

A família do portador de sofrimento psíquico e os serviços de saúde mental: estudo de caso

Vânia Moreno^{1*} e Márcia Bucchi Alencastre²

¹Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, São Paulo, Brasil.

²Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil. *Autor para correspondência. Rua Miguel Catarino, 481, 18608-210, Botucatu, São Paulo, Brasil. e-mail: btmoreno@terra.com.br

RESUMO. Esta investigação, de natureza qualitativa, tipo estudo de caso, teve como objetivo apresentar qual o entendimento do familiar do portador de sofrimento psíquico na procura pelos serviços de saúde mental, em situação de emergência, hospitalização parcial ou em seguimento ambulatorial. Foram entrevistados 12 familiares que relatam que encontram dificuldades no atendimento no pronto-socorro, quando o paciente está em crise, sendo apenas considerada pelo médico a sintomatologia apresentada pelo mesmo e desvalorizados os saberes adquiridos pela convivência da família com o adoecer psíquico. O hospital-dia é concebido como um espaço para receber cuidados, ocupar o tempo e deve ensinar como uma escola. O acompanhamento ambulatorial representa, para a família, a possibilidade de o paciente assumir a responsabilidade sobre o comparecimento nas consultas e sobre o uso correto da medicação.

Palavras-chave: família, transtorno mental, serviços de saúde, portador de sofrimento psíquico.

ABSTRACT. Families of psychic sufferers and mental health services: a case study.

This qualitative research, case study type, aimed at presenting the understanding of psychic sufferers in search for mental health services during emergency situation, partial hospitalization or in ambulatory services. 12 family members were interviewed. They reported difficulties in the attendance in the emergency room when the patient is in crisis, as well as doctors considering merely the present symptomatology and undervaluing their own knowledge of the sickening process. The day-care hospital is conceived as a place to provide care, occupation and should teach as a school. The ambulatory service represents for the family the possibility of the patient being responsible for their attendance to the consultations and for the correct use of the medication.

Key words: family, mental disturb, health services, psychic sufferer.

Introdução

A família tem ocupado um lugar privilegiado nas discussões das políticas públicas, na última década. Os programas de atenção à saúde buscam recolocar a unidade familiar em uma posição de responsabilidade pelo cuidado de seus membros e torná-la agente de transformações nos diversos cenários da assistência.

No campo da Psiquiatria, nos primórdios de sua constituição enquanto ciência, a família foi considerada como causa do adoecer, por Pinel, pois a alienação poderia ter a influência de uma educação corrompida e do desregramento no modo de viver (Pessoti, 1996). O tratamento proposto implicava que os familiares ficassem afastados dos pacientes de forma a não piorar o quadro, e estes eram internados em hospitais psiquiátricos, ficando sob a assistência

dos alienistas. Essa forma de atendimento deixou como marca o isolamento e a segregação social.

A instituição da psiquiatria no Brasil utilizou como referencial a prática do alienismo francês e também excluiu a família do acompanhamento do membro acometido de doença mental, e ela só começou a ser estimulada a participar do cuidado ao portador de sofrimento psíquico* a partir de 1979, com a Reforma Psiquiátrica, que iniciou as reformulações no modelo assistencial.

O ideário de Reforma Psiquiátrica propunha que se compreendesse o paciente como sujeito de sua

* Portador de sofrimento psíquico: esse termo foi utilizado no Relatório Final da 3ª Conferência de Saúde Mental (Brasil, 2001), para nomear aqueles que antes recebiam a denominação de doente mental, trazendo a conotação de incurabilidade. O termo sofrimento psíquico, segundo Saraceno (1998), permite visualizar a intermitência, ou seja, estamos em sofrimento mas não somos sofredores em essência.

história, respeitando sua singularidade e favorecendo-lhe o aprendizado e a vivência com outras formas de relação, oferecendo sentido para sua existência e não mais utilizando como parâmetro o retorno à normalidade ou a cura de seu quadro psiquiátrico (Basaglia, 1985; Rotelli, 1990).

Quanto à forma de tratamento, contrapondo-se ao modelo hospitalocêntrico, em que predominava o local de “troca zero” (Saraceno, 1999), os novos serviços deveriam ser abertos, flexíveis e possibilitar ofertas terapêuticas que visassem ao respeito da subjetividade do portador do sofrimento psíquico, bem como um espaço de exercício pleno da cidadania, buscando criar mecanismos de intervenção a qualquer forma de discriminação ao diferente.

Cabe destacar os relatos sobre o funcionamento dos serviços que buscaram transformar a forma de conceber e de tratar o usuário dos serviços de saúde mental: Wetzel (1995), Goldenberg (1996); Vichi *et al.* (1997).

Os serviços de saúde mental também passaram a oferecer atenção aos familiares, compondo parcerias em uma nova forma de cuidado, utilizando principalmente as estratégias de grupo para possibilitar trocas de experiências, bem como de orientação de como lidar e conviver com o paciente com transtorno mental (Medeiros *et al.*, 1993; Nelman, 1998).

Em relação ao cenário político, os familiares se organizaram por meio de associações para se contraporem às mudanças propostas, ou seja, a desativação dos hospitais psiquiátricos ou para assumir um papel ativo enquanto membros de conselhos que visem a propiciar uma melhor assistência aos portadores de sofrimento psíquico (Souza, 1999).

O Relatório Final da 3ª Conferência de Saúde Mental (Brasil, 2001) veio reafirmar que quando ocorresse a construção dos serviços substitutivos, estes deveriam incluir ações dirigidas aos familiares e ao portador, comprometendo-se com os projetos de inserção social e respeitando as possibilidades individuais. Assim, a família é chamada a participar de organizações civis que busquem garantir a conscientização de seus direitos e viabilizem o exercício pleno de sua cidadania.

Nessa direção, o objetivo deste estudo é apresentar a trajetória do familiar na procura pelos serviços de saúde mental, quando o membro da família adoeceu e, atualmente, como ela tem entendido o funcionamento dos recursos disponíveis para o atendimento de uma situação de crise, acompanhamento intensivo ou ambulatorial.

A investigação justifica-se porque a família tem ocupado um novo papel que lhe foi imposto pelos pressupostos do movimento da Reforma Psiquiátrica, o de compartilhar com os serviços de saúde mental o cuidado ao portador de sofrimento psíquico, estabelecendo uma rede de relações que busquem criar uma convivência saudável entre os usuários, os profissionais da saúde, os familiares e a sociedade.

Material e métodos

Para apreender como os familiares têm lidado com os serviços de saúde e seu entendimento desse processo, optou-se por uma pesquisa qualitativa, por compreender que ela:

“responde a questões particulares. Ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificada. [...] ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações” (Minayo, 1994; 21-2).

Foi utilizado como estratégia um estudo de caso, que também permitiu uma análise mais completa possível da unidade social estudada (Goldenberg, 1998).

A estratégia escolhida para obtenção dos dados foi a entrevista semi-estruturada, que buscou enfocar: a) a família, sua constituição e seus aspectos sociodemográficos; b) a família e a inserção nos serviços de saúde mental: qual a trajetória frente aos equipamentos de saúde quando do adocimento do paciente, quais as facilidades e as dificuldades durante o período de internação no hospital-dia (HD), como avalia o tratamento no HD, como o tratamento no hospital-dia tem ajudado o familiar a entender e a cuidar do paciente e quais as facilidades e as dificuldades no tratamento ambulatorial.

A coleta de dados ocorreu no período de setembro de 1999 a março de 2000, após o projeto de pesquisa ter sido submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp e aprovado por este.

Foram entrevistados 12 familiares (cinco mães, quatro irmãs, dois maridos e um irmão) de pacientes que estiveram internados em um hospital-dia, o qual foi considerado o ponto de partida desta investigação. Buscou-se entrevistar o familiar que havia acompanhado o paciente durante a hospitalização parcial. Outro critério utilizado foi de estarem convivendo há mais de três anos com o adocimento. Acreditamos que, nesse período, os familiares já teriam vivenciado várias formas de atendimento em saúde mental.

A análise dos dados foi realizada após a transcrição das entrevistas, estas foram lidas exaustivamente até ter o domínio de cada relato. Buscou-se, a seguir, estabelecer a relação entre as entrevistas, sendo estas organizadas visando a comparar as respostas e agrupar idéias a partir das semelhanças e diferenças, constituindo-se, assim, as categorias empíricas.

Esses dados comparados com os existentes na literatura permitiram uma análise do tema estudado (Minayo, 1994).

Resultados e discussão

Inicialmente, faz-se necessário apresentar os doze familiares que fizeram parte deste estudo.

Dos seis familiares que residem com os pacientes: dois são maridos, duas irmãs e cinco mães. Habitam casa própria, com boa infra-estrutura urbana (saneamento básico, energia elétrica e asfalto). Apenas uma família pertence à religião evangélica; as demais são católicas. Os outros três familiares, duas são irmãs e um irmão, são casados e moram com suas respectivas famílias. Residem em casa própria, com boa infra-estrutura urbana.

Os pacientes são aposentados, bem como as mães, que recebem algum tipo de benefício.

Em relação à renda familiar, encontramos duas famílias com renda inferior a dois salários mínimos, sendo que um marido encontrava-se desempregado.

A faixa etária dos pacientes varia de 21 a 60 anos, e a dos familiares, de 23 a 80 anos, sendo que as mais idosas são as mães com mais de 70 anos.

Quanto ao grau de escolaridade dos pacientes, predomina o ensino fundamental, com exceção de dois pacientes que concluíram o ensino médio e, de um que concluiu o terceiro grau.

Entre os familiares, também predominam o ensino fundamental, porém, dois completaram o terceiro grau.

Pode-se perceber que a figura feminina está marcadamente presente no cuidado e no acompanhamento do tratamento.

Quanto ao tempo de adoecimento, todos tinham mais que três anos em seguimento nos serviços de saúde mental, sendo que seis pacientes tiveram internações em hospital psiquiátrico, dois foram internados em hospital geral, em decorrência do adoecer psíquico, e uma só teve internação em regime de hospitalização parcial.

Buscou-se, então, reconstruir, por meio das falas dos familiares, o caminho percorrido a partir do aparecimento dos sintomas apresentados pelos portadores de sofrimento psíquico, sua passagem

pelo hospital-dia e sua inserção no seguimento ambulatorial.

Procurando os serviços de saúde mental

Quando o paciente adoeceu, as famílias fizeram a opção pelo médico particular e por internações fora do município, apesar da existência de um hospital psiquiátrico, como o seguinte relato:

"Nós fomos primeiro no Dr..., particular, ela foi muito bem atendida. Ela foi internada em Itapira". (irmã 1)

São estratégias utilizadas pelos familiares para não expor o paciente à comunidade em que reside, porque, nos serviços públicos, existe uma maior possibilidade de encontrar pessoas conhecidas, mostrando, dessa forma, também a doença da família.

"Ela ficou um tempo internada, era diferente o tratamento, naquele tempo dava até choque, era uma judiação, então a gente se recusava a levar para o hospital... agüentava...agüentava, porque sabia que iam judiar dela (...)" (irmã 3)

A internação em hospital psiquiátrico era a última alternativa a que a família recorria, pois sabiam o quanto a assistência era, muitas vezes, precária. Mas, quando não conseguiam mais "controlar" o paciente em casa, buscavam esse tipo de tratamento por perceberem esgotados todos os seus recursos.

Levando-se em consideração os reduzidos recursos existentes em saúde mental até o início da década de 90, os familiares tinham pouca opção, pois os atendimentos eram restritos a hospitais psiquiátricos e às consultas médicas ambulatoriais.

Atualmente, os familiares contam com uma rede de serviços substitutivos, porém, no momento de crise, devem procurar o pronto-socorro e, enquanto aguardam a avaliação médica, vivenciam a expectativa da internação psiquiátrica, como relata essa mãe:

"Foi... atenderam com muito amor, mas pra internar eles não gostam de internar mesmo. Só quando ele fica bem ruim mesmo. Mas como aqui era de um jeito e lá era diferente, o médico achava que... eles chegaram a falar para mim 'eu não sei por que a senhora está correndo para internar ele. A senhora sabe que isso daí vai ser para a eternidade'". (mãe 2)

A forma como essa mãe busca a internação mostra que, às vezes, o familiar não consegue transmitir suas necessidades, falar claramente do comportamento apresentado pelo paciente. Existe, então, um descompasso entre o "olhar" do médico para a sintomatologia e a realidade vivenciada pela família.

Durante a avaliação, na consulta, os comportamentos relatados pelo familiar não são observados pelo médico, porque, muitas vezes, o paciente encontra-se calmo, não havendo, assim, necessidade de internação em um hospital psiquiátrico.

Nessa direção, Bezerra Júnior (1981) mostra, em seu estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto, que o médico, para indicar a internação psiquiátrica, baseia-se no comportamento sintomático apresentado pelo paciente, e os familiares solicitam a internação em decorrência do "*rompimento com o compromisso social, diminuição ou perda da responsabilidade, e o desvio de comportamento considerado normal no meio social*" (p. 60). Afirma ainda que as famílias buscam resolver os problemas ocasionados pelo paciente, por um certo período, por meio dos recursos internos. Esgotadas as possibilidades, procuram um serviço de emergência.

O relacionamento do médico com a família é percebido como uma relação autoritária, pois o familiar é visto como aquele que não tem conhecimento na área, de forma a contribuir para a elaboração do diagnóstico e do planejamento da assistência (Luís *et al.*, 1989). Então, ele tem que se submeter passivamente às regras que lhe são mais ou menos estranhas, já que sua vontade pessoal ou sua opinião são excluídas de qualquer decisão (Montero, 1985). Dessa forma, o familiar sente que não há escuta de sua dor nem acolhimento do sofrimento da família pelo profissional que está realizando a consulta.

O familiar solicita internação integral pelo grau de gravidade dos comportamentos apresentados pelo paciente. Outro fator que interfere no pedido de internação integral é a periculosidade. Em seu estudo, Campos (1989) aponta que os familiares fizeram a opção pela internação integral por falta de condições para compartilhar responsabilidades e por maior segurança. Porém, o hospital psiquiátrico é visto como um local onde são internados casos de "loucura" e pessoas com má conduta na sociedade. Como verbaliza essa mãe:

"Ah!.. é diferente, lá não tinha paz para gente. Aquele hospital, o (...). Eu não tinha porque é de todo jeito as pessoas, maconeiro, pessoa que bebe, então, pessoas de todas as maneiras". (mãe 2)

Por outro lado, ela verbalizou o medo de deixar o filho em um hospital psiquiátrico, pois é um lugar que tem vários tipos de pessoas em tratamento e que também pode não prover a sua segurança.

A outra opção pela internação decorre ainda do uso incorreto da medicação pelo paciente, como comenta esse irmão:

"Lá no psiquiátrico, ela ficava boa, porque lá tem disciplina, o remédio é ministrado certinho (...)" (irmão 1)

O paciente, não aceitando a necessidade de tratamento constante e regular, principalmente o uso de medicação, faz a única alternativa para a família ser a internação em hospital psiquiátrico, em momentos de crise. A instituição responde a um papel que lhe é imposto historicamente – o de reeducar e normatizar as condutas dos desviantes.

A necessidade da família é atendida, e o paciente, enquanto estiver internado, irá tomar a medicação corretamente, sendo isso também uma forma de evitar as recaídas, melhorando, assim, o seu quadro clínico.

A família e o hospital-dia*

Quando o paciente está em tratamento no hospital-dia, a mãe afirma que:

"Foi o lugar que eu senti ela melhor... desde que ela entrou, parece que ela já começou a gostar... que é o principal... ela gostar... porque quando ela não gostava de um lugar, parece que não dava certo, ia tudo para trás e daí ela começou a gostar". (mãe 3)

O hospital-dia é visto pelos familiares como um espaço em que o paciente recebe os cuidados durante o dia, ficando sob a responsabilidade de profissionais e, dessa forma, a família pode se tranquilizar. Durante o período em que o paciente permanece no hospital-dia, os familiares podem realizar as demais atividades que se tornam inviabilizadas quando ele está presente em sua residência, porque, na maioria das vezes, o doente solicita atenção e dificulta a rotina de manutenção da casa. É também um local para o paciente se distrair ou aprender a conviver, como relata esse irmão:

"O que eu sei... é... lá é... o pessoal tá se esforçando pra... como uma escola, cada coisa que eles fazem é melhor pra eles, aprende mais, né? Cuida bem também... eu não tenho... não posso falar nada, né? Tá entendendo?" (irmão 1)

Ocupar o tempo, "ensinar como uma escola", esse é o papel esperado pelos familiares para uma modalidade de assistência diurna.

Monteiro (1996) destaca, em sua investigação, que os familiares apontam para a importância da ocupação por meio de atividades programadas no

* Segundo a Portaria 224/92 do Ministério da Saúde, o hospital-dia representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório e desenvolve um programa de atenção de cuidados intensivos, visando a substituir a internação integral. Deve abranger um conjunto diversificado de atividades. Desenvolvidas até cinco dias da semana e com carga de oito horas diárias por paciente.

O Hospital-dia, campo empírico dessa investigação iniciou suas atividades em 1979 e está vinculado a um Hospital-Escola.

hospital-dia, para evitar a ociosidade, e que esta é uma dificuldade para o paciente, quando ele recebe alta desse tipo de serviço, já que, em casa, ele permanece inativo. Problema esse decorrente de como os serviços se articulam de forma a garantir que o portador de sofrimento psíquico continue, mesmo depois da alta, participando de atividades que tenham sentido para sua existência, como, por exemplo, as oficinas terapêuticas.

Esse é também um valor cultural presente na psiquiatria desde a sua constituição. Os primeiros tratamentos já previam a necessidade de se manter ocupado o paciente, mesmo que as atividades propostas tivessem pouco ou nenhum valor de troca social (Mangia, 1992). O espaço institucional representa um local para educar aqueles que apresentam falhas em seu comportamento social.

Cabe apresentar, aqui, o depoimento de outro familiar que destaca como é difícil compreender o funcionamento do hospital-dia. Se for no hospital que o paciente deveria ficar internado, recebendo cuidado integral diuturnamente e só quando estivesse melhor poderia receber alta e ir embora, como entender o tratamento em que a pessoa se desloca para casa todos os dias?

“Porque... uma internação não é uma internação que a gente vê, interna um dia e volta de noite, volta no outro dia e está internado, não quer dizer que fosse isso. Mas é... eu acho que se ela tivesse internada, por exemplo, ficado, por exemplo, um mês, no hospital, que seja, eu acho que teria sido bem mais fácil”. (marido 2)

A denominação de internação subentende que o hospital é um local onde a pessoa tem que ficar e não pode de lá sair, estando passiva aos cuidados oferecidos. É difícil entender que seja terapêutico, para o paciente, suas idas e vindas para casa e o convívio do dia-a-dia, como se a vida transcorresse normalmente, apesar do sofrimento.

Com relação ao hospital-dia, esse conceito de internação parece contraditório, pois o paciente fica um período do dia em um hospital e, ao final da tarde e à noite, deve ir para casa. É isso o que equipe denomina de tratamento? Dessa forma, pode-se concluir que o hospital-dia também é pouco entendido pelos familiares como um espaço que busca ampliar as possibilidades de vida social, desenvolver habilidades sociais, local de trocas e de produção de sentido, alicerçado em um projeto terapêutico construído no cotidiano pelo paciente, família e profissionais de saúde.

Dentre as atividades desenvolvidas no hospital-dia, buscamos destacar o grupo de familiares, que ocorre semanalmente, com duração de uma hora e trinta minutos. É um grupo aberto – sempre que

um paciente inicia o tratamento, a família é convidada a participar. Os temas são trazidos espontaneamente por familiares e pacientes. Tem como objetivo principal a orientação frente ao adoecer psíquico e está pautado no “aqui e agora”, representando um espaço de trocas entre as famílias e a equipe. Como refere esta mãe:

“Eu acho que é bom porque a gente vai pegando o jeito como cuidar da pessoa... Eu acho também assim de conversar com a pessoa, a pessoa vai conversando com a gente e a gente começa a entender, isso daí é uma doença que tem dado em muitas pessoas, não é só ele”. (mãe 2)

O grupo facilita para as famílias o entendimento do sofrimento psíquico, bem como promove mudanças nos padrões de interação. Dessa forma, permite o surgimento de novos papéis no núcleo familiar (Ortiz e Tostes, 1992).

No depoimento abaixo, podem-se observar os obstáculos enfrentados pela família em seu cotidiano, a insegurança nos relacionamentos e a dificuldade para colocar limites nos comportamentos apresentados pelos pacientes.

“É esse respaldo que vocês dão para as famílias, eu acho isso fantástico, porque você sente segurança, né? Porque, se toma uma atitude, depois você fica em dúvida, será que foi correto? Será que isso não vai aumentar ainda mais o problema dela? Você nunca sabe, de vez em quando você tem que usar assim de uma... para conversar com ela”. (irmã 3)

A família sente-se culpada, muitas vezes, ao dar limites para o paciente, de forma que a cada atitude mais firme é como se ele fosse ter uma nova crise.

Uma dificuldade sentida pelos familiares está em estabelecer um padrão de comunicação normal com o paciente. O medo deles está relacionado a como o portador de sofrimento psíquico irá reagir frente a qualquer colocação da família. À medida que a equipe do serviço coloca-se como mediadora, a família começa a se sentir segura.

O grupo também é um espaço em que as famílias compartilham seu sofrimento, dificuldades e trocam experiências.

“Antes, a gente não via essas coisas. A gente não via tantas pessoas com esse tipo de problema, depois que pegou a vir aqui, a gente vê que não é só ele, bastante vem aqui, tem esse tipo de problema, então... a gente vê que é uma coisa que pode dar em qualquer pessoa... e eu comecei a sentir diferente, comecei a me conformar, né? Até pra mim é melhor, né?” (mãe 3)

Melman (1998) afirma que o grupo permite um processo de identificação no qual os membros podem ver no outro o reflexo de sua própria realidade: “Ouvir o relato de outro familiar pressupõe uma disponibilidade para acolher o sofrimento e a angústia do

outro, assim como procurar pontos de contato e vivências semelhantes em suas narrativas” (p. 123). Além disso, a convivência com outros problemas pode ajudar a família a entender melhor seu paciente e a se sentir solidária com os demais participantes.

Ao receber alta do hospital-dia ou do hospital psiquiátrico, o paciente é encaminhado para o atendimento ambulatorial, pois já não necessita de cuidados intensivos.

A família e o tratamento ambulatorial

Os familiares apontam que, quando o paciente está melhor, ele torna-se responsável pelo tratamento. Indo sozinho às consultas, ficando também sob sua responsabilidade o uso correto da medicação.

“Ele vem sozinho, então, ele cuida muito dessa parte dele, se tem que tomar o remédio, ele toma sozinho. E... o tipo de atendimento que tem aqui, isso é uma coisa boa também”. (irmã 2)

Quando o portador de sofrimento psíquico está em acompanhamento ambulatorial, os familiares estimulam sua autonomia, e, dessa forma, a convivência fica mais próxima daquela das “famílias normais”, em que cada um tem suas obrigações e evitam sobrecarregar os outros membros. Porém, os familiares queixam-se de que quando têm de acompanhar o paciente no tratamento ambulatorial, esperam muito tempo pelo atendimento.

“Assim, no campo da psiquiatria, ali, acho mais difícil a gente chegar lá, pra conversar assim, tem que esperar bastante tempo, tá vendo ele ruim no corredor, né? Tem que esperar um monte de gente, dá um desespero na gente. No ambulatório”. (irmã 4)

A queixa apresentada pelos familiares reflete o grande número de atendimentos do Ambulatório do Hospital das Clínicas da Unesp, sem uma adequação do espaço físico, o que acarreta, muitas vezes, ao paciente e ao familiar uma longa espera pela consulta. É necessário esclarecer que, apesar do aumento da demanda, não houve, como já foi referido, ampliação de serviços de saúde mental no município do estudo.

Outra dificuldade relatada pelo familiar decorre de como o serviço está estruturado nos vários níveis de atenção e da dificuldade em discernir para onde levar o paciente, porque, dependendo da necessidade apresentada, é um local de atendimento. O tratamento de rotina é realizado no Ambulatório de Saúde Mental, e as emergências psiquiátricas são atendidas no pronto-socorro.

As queixas relatadas pelos familiares, em relação ao atendimento ambulatorial, também foram

encontradas no estudo de Pompei (1996) sobre a análise da qualidade da assistência nesse serviço. Os aspectos organizacionais, o acesso e a localização obtiveram uma avaliação negativa por parte dos usuários.

Conclusão

Ao buscar apreender como os familiares têm convivido com os serviços de saúde mental, pôde-se perceber que eles procuram a internação em um hospital psiquiátrico, quando não conseguem lidar com os comportamentos apresentados pelos pacientes, que podem trazer risco para si e para os outros. Outro fator que faz a família optar pela internação tradicional é quando não há uso correto da medicação.

Em atendimento no pronto socorro, queixam-se de não conseguir transmitir para o médico o saber adquirido pelo período de convivência com o paciente e com o adoecer, sendo valorizada apenas a sintomatologia apresentada durante a consulta. Os familiares vivenciam essa situação e sentem que sua contribuição tem pouca importância frente ao planejamento da assistência ao paciente.

Quando o portador de sofrimento psíquico é atendido em um hospital-dia, os familiares valorizam a possibilidade de ele ocupar o tempo e de lá ser um local de educação. Trazem em sua fala a concepção presente no tratamento tradicional, que não valoriza a subjetividade das pessoas e as possibilidades advindas do seu projeto terapêutico.

O tratamento ambulatorial permite que a família modifique sua relação com o paciente, passando ele a ser o responsável por seus retornos às consultas e pelo uso correto das medicações.

Este estudo buscou enfocar, por meio das falas dos familiares, como estes têm se relacionado com os serviços de saúde mental; relacionamento esse que começou a ser construído de maneira participativa, a partir da Reforma Psiquiátrica, na década de 80. A forma como será consolidada representa um desafio para os profissionais de saúde mental, à medida que compartilhar com as famílias o cuidado implica reconhecer saberes pouco estimados e de importância para o projeto terapêutico a ser elaborado por todos os envolvidos.

Os familiares e os usuários são os principais agentes de um processo em construção através do exercício de sua cidadania, devem ser executados e respeitados em suas possibilidades.

Referências

BASAGLIA, F. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

- BEZERRA JÚNIOR, A. R. *O processo da hospitalização psiquiátrica: estudo da atitude de familiares internados e dos outros agentes, na cidade de Ribeirão Preto – SP. Uma abordagem psicossocial.* 1981. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1981.
- CAMPOS, M. A. Os modelos de internação parcial em hospital-dia e integral vistas por um grupo de pacientes psiquiátricos e seus familiares. *Rev. ABP-APAL.*, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.29-34, 1989.
- BRASIL. Sistema Único De Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. 2001. Brasília.
- GOLDENBERG, J. Reabilitação como processo – O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. *In: PITTA, A. M. Reabilitação psicossocial no Brasil.* São Paulo: Hucitec, 1996. p. 33-37.
- GOLDENBERG, M. *A arte de pesquisar.* Rio de Janeiro: Record, 1998.
- LUÍS, M. V. *et al.* Percepções que a família e o paciente psiquiátrico têm sobre os determinantes de um distúrbio mental. *Rev. Gaúcha Enf.*, Porto Alegre, v.1, n.10, p.52-59, 1989.
- MANGIA, E. F. *As origens da psiquiatria institucional brasileira e seus ideólogos.* 1992. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica. São Paulo, 1992.
- MEDEIROS, E. *et al.* Grupos de familiares de Hospital-dia: sociabilidade, loucura e comunicação terapêutica. *J. Bras. Psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v.42, n.8, p.449-451, 1993.
- MELMAN, J. *Repensando o cuidado em relação aos familiares de pacientes com transtorno mental.* 1998. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1998.
- MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: O desafio da pesquisa social. *In: MINAYO, M. C. S. Pesquisa social.* Petrópolis: Vozes, 1994.
- MONTEIRO, A. R. M. *O significado para família do ir-e-vir de um de seus familiares ao (do) hospital-dia.* 1996. Dissertação (Mestrado) – Enfermagem em Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 1996.
- MONTERO, P. *Da doença a desordem.* Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- ORTIZ, M. A.; TOSTES, V. M. C. S. Uma experiência com grupo de familiares no hospital-dia. *J. Bras. Psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v.41, n.6, p.271-273, 1992.
- PESSOTI, I. O século dos manicômios. São Paulo: Ed.34, 1996.
- POMPEI, M. S. Avaliação da qualidade da assistência ambulatorial em saúde mental: um estudo das relações entre processo e resultado final. 1996. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1996.
- ROTELLI, F. *Desinstitucionalização.* São Paulo: Hucitec, 1990.
- SARACENO, B. A concepção de Reabilitação Psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, São Paulo, v.9, n.1, p.26-31, 1998.
- SARACENO, B. *Libertando identidades.* Rio de Janeiro: Te Cora, 1999.
- SOUZA, W. S. *Associações de usuários e familiares frente a implantação da política de saúde mental no município do Rio de Janeiro.* 1999. Dissertação (Mestrado) – Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999.
- VICHI, T. M. *et al.* Refletindo sobre o processo de construção/reconstrução de um Hospital-dia. *In: VENÂNCIO, A. T. et al. O campo da atenção psicossocial.* Rio de Janeiro: Te Cora/Instituto Franco Basaglia, 1997, p. 119-128.
- WETZEL, C. *Desinstitucionalização em saúde mental: a experiência de São Lourenço.* 1995. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1995.

Received on June 23, 2003.

Accepted on October 03, 2003.