

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“Júlio de Mesquita Filho”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU
Departamento de Enfermagem**

**O Cuidado em Saúde Mental: a escuta de pacientes
egressos de um Hospital Dia**

Maria Solange de Castro Ferreira

**Botucatu
-2010-**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MARIA SOLANGE DE CASTRO FERREIRA

**O Cuidado em Saúde Mental: a escuta de pacientes egressos
de um 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.

Linha de pesquisa: processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Alice Ornellas Pereira

**Botucatu
-2010-**

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

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Ferreira, Maria Solange de Castro.

O cuidado em saúde mental: a escuta de pacientes egressos de um Hospital Dia / Maria Solange de Castro Ferreira. – Botucatu : [s.n.], 2010.

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2010.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Maria Alice Ornellas Pereira
Assunto CAPES: 40400000.

1. Enfermagem. 2. Saúde mental.

CDD 610.7368

Palavras chave: Assistência; Reabilitação psicossocial; Saúde mental; Subjetividade.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Maria Solange de Castro Ferreira

O Cuidado em Saúde Mental: a escuta de pacientes egressos de um 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.

Linha de pesquisa: processo de cuidado em Saúde e Enfermagem

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof^a

Dr^a _____

Instituição _____

Assinatura _____

Dedicatória

Ao meu parceiro na vida, João, pela disponibilidade em estar comigo por onde quer que eu vá, independente do que encontrarmos pelo caminho.

Ao meu pequeno grande, João Ricardo, que sabiamente entrou em minha vida para dar mais sentido e alegria ao meu caminhar.

Vocês dois, de uma forma muito especial, estiveram presentes na idealização e realização deste trabalho, compartilhando, acolhendo e vivenciando comigo as dificuldades e sabores neste caminhar.

Agradecimentos

*Tem os que passam
e tudo se passa
com passos já passados.*

*Tem os que partem
da pedra ao vidro
deixam tudo partido.*

*E tem, ainda bem,
os que deixam
a vaga impressão
de ter ficado.*

Alice Ruiz

Com um carinho especial agradeço aos que ficaram:

Aos meus pais, Santos e Maria, que com muita coragem me ensinaram a viver, me incentivaram a voar, mas sempre me acolhem quando retorno.

Aos meus irmãos, Luciane, Elaine e Legson e às lindas famílias que constituíram. Obrigada por se fazerem presentes.

À Prof^a Dr^a Maria Alice Ornellas Pereira, orientadora, sábia, amiga, árvore frondosa, que acreditou em minha capacidade, me acolheu nos momentos difíceis, grande incentivadora deste trabalho, me conduzindo sabiamente neste caminhar. Enfim, fez-se presença agradável em minha vida. Sinto-me orgulhosa de ser sua semente.

À Sabiá, Cacatua, Bem-te-vi, Beija-flor, Curió, Calopsita, João de Barro, Andorinha e Rouxinol, nomes fictícios dos protagonistas desta história da vida real. Ter me aproximado de vocês, possibilitou dar sentido a este estudo. Agradeço a confiança e o acolhimento.

À minha grande equipe de trabalho: Ana, Betina, Irma, Leticia, Miguel, Silvia e Sumaia, além das aprimorandas: Rimena e Roberta. Por serem o meu grande orelhão de escuta, braços gigantes que me abraçaram. Sei que com vocês eu posso contar.

À minha querida prima, Márcia Regina Damasceno de Souza Cândido. Não tenho palavras para agradecer sua disponibilidade em revisar o texto. De repente, você, que está tão presente em minha vida, também, passou a fazer parte dessa história.

À Prof^a Dr^a Magda Cristina Queirós Dall'Ácqua e à Prof^a Wilza Carla Spiri, pelas pertinentes sugestões no Exame de Qualificação, contribuindo para o aprimoramento deste estudo.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, cuja convivência possibilitou troca de saberes, crescimento pessoal e profissional. Ficaré a saudade...

Aos queridos colegas do curso de Pós-Graduação, como foi bom ter vocês por perto.

À Aline Parada, secretária do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, pela paciência e atenção.

À bibliotecária, Rosemeire Aparecida Vicente, pela elaboração da ficha catalográfica.

À bibliotecária, Rosemary Cristina da Silva, pela revisão das referências.

RESUMO

Ferreira MSC. **O Cuidado em Saúde Mental: a escuta de pacientes egressos de um Hospital Dia.** 2010. 117f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Enfermagem, Botucatu, 2010.

Considerando o evoluir histórico da atenção em Saúde Mental, vê-se que essa tem se transformado e caminhado para a busca da inclusão social e se apresentado como campo de conhecimento complexo, que solicita práticas que contemplem a diversidade de demandas de muitas ordens. Nessa perspectiva, o presente estudo teve como objetivos compreender como os pacientes egressos de um Hospital Dia de Saúde Mental vêm o serviço, conhecer se este contribuiu para mudanças em suas vidas e apreender se estas pessoas têm continuidade ao tratamento. Para tanto, utilizamos a abordagem qualitativa de pesquisa. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas realizadas durante visitas domiciliares e busca documental. Adotamos a Análise Temática para a ordenação e análise dos dados obtidos. Esses foram analisados a partir do referencial da reabilitação psicossocial. Participaram do estudo nove pacientes, residentes no município de Botucatu que concluíram o tratamento proposto no Hospital Dia de Saúde Mental – UNESP – Botucatu, no ano de 2008. Os resultados demonstram que o sofrimento causado pelo adoecimento psíquico é um fator marcante e desagregador na vida dos participantes desta investigação, solicitando uma assistência que considere as necessidades complexas dos indivíduos e o acolhimento do sofrimento. Para os sujeitos, o serviço ofereceu o acolhimento, mostrando-se continente ao sofrer psíquico, contribuiu para o processo de retomada da autonomia e inserção social, possibilitando a efetivação de mudanças na vida dessas pessoas. O estudo, também, aponta que os sujeitos dão continuidade ao tratamento após a alta do serviço e valorizam a pluralidade terapêutica oferecida. Por outro lado, evidencia-se a necessidade de ações que considerem a integralidade e a intersectorialidade, uma vez que foi observada restrita comunicação entre serviços que assistem nessa área. Por fim, ressalta-se a importância do olhar subjetivo para os diversos aspectos da existência humana, solicitando dos serviços e dos profissionais o estabelecimento de uma relação de cuidado que possibilite a reconstrução de trajetórias interrompidas pelo acometimento do transtorno.

Palavras-Chave: Saúde Mental, Assistência, Reabilitação Psicossocial, Subjetividade

ABSTRACT

Ferreira MSC. **Mental Health Care: listening to patients discharged from a Day Hospital.** 2010. 117 f. Thesis (Master's) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Enfermagem, Botucatu, 2010.

Considering the historical development of mental health care in Brazil, it is observed that such care has changed, headed towards the search for social inclusion and shown to be a field of complex knowledge, as it requires practices that can contemplate a diversity of demands of many orders. In this perspective, the present study aimed at understanding how patients who have been discharged from a Mental Health Care Day Hospital view the service, at learning whether such service contributed to changes in their lives and at apprehending whether such individuals continued treatment. To that end, the qualitative research approach was used. The data were collected by means of semi-structured interviews conducted during home visits and by documental research. Thematic analysis was adopted for organization and analysis of the information obtained, which was analyzed according to the psychosocial rehabilitation framework. Nine patients who resided in the city of Botucatu and had completed the treatment proposed by the Mental Health Day Hospital - UNESP - Botucatu in 2008 participated in the study. Results showed that the suffering caused by psychic illness was a remarkable and disaggregative factor in the lives of the participants in this investigation, thus requiring care that takes into account the individuals' complex needs as well as suffering admittance. To the subjects, the service received them well by showing to be attentive to their psychic suffering, contributed to the process of autonomy resumption and social inclusion, thus producing effective changes in these individuals' lives. The study also shows that the subjects continued their treatment after hospital discharge and valued the plurality of the therapy provided. On the other hand, it shows the need for actions that will consider integrality and intersectoriality, since limited communication between the services assisting in this field was observed. Finally, the importance of a subjective look at the various aspects of human existence is pointed out, thus demanding from services and professionals the establishment of a care provision relationship that will enable the reconstruction of trajectories interrupted by the onset of the mental disorder.

Key words: Mental Health, Care, Psychosocial Rehabilitation, Subjectivity.



“O importante não é estar aqui ou ali, mas ser. E ser é uma ciência delicada feita de pequenas grandes observações do cotidiano, dentro e fora da gente. Se não executamos estas observações, não chegamos a ser, apenas estamos e desaparecemos.”

Carlos Drumont de Andrade

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVOS.....	23
3 SAÚDE MENTAL, INCLUSÃO SOCIAL E CIDADANIA: UM TRAJETO A SER PERCORRIDO.....	25
3.1 A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL COMO ESTRATÉGIA DE TRANSFORMAÇÃO.....	37
3.2 UM RESGATE HISTÓRICO: A SAÚDE MENTAL EM BOTUCATU.....	43
4 MÉTODO.....	48
4.1 CONTEXTO DO ESTUDO.....	49
4.2 SUJEITOS.....	51
4.3 COLETA DE DADOS.....	51
4.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	53
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	56
5.1 BREVES HISTÓRIAS DOS SUJEITOS.....	57
5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS.....	66
5.3 EIXOS TEMÁTICOS.....	68
5.3.1 Possibilidades no Hospital Dia.....	69
5.3.1.1 Resgate da vida anterior.....	69
5.3.1.2 Local de acolhimento.....	83
5.3.1.3 Estabelecer relações interpessoais	90
5.3.2 Assistência à Saúde Mental após alta do Hospital Dia.....	93
5.3.2.1 Busca de cuidado.....	94
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	105
ANEXO 1 – Parecer Comitê Ética e Pesquisa.....	116
APÊNDICE 1 – Roteiro de entrevista.....	117
APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	118

APRESENTAÇÃO

Minha trajetória profissional, enquanto enfermeira iniciou-se em 1995, logo após o curso de graduação. Trabalhando em um hospital geral tive a oportunidade de experimentar várias áreas de atuação, como enfermarias cirúrgicas, unidades de tratamento intensivo, centro-cirúrgico e sala de recuperação anestésica. No entanto, em 2002, a possibilidade de atuação em um Hospital Dia de Saúde Mental me remeteu às experiências vividas na disciplina de Psiquiatria da graduação. Vivências estas que suscitaram, na época, muito interesse pela área, onde, para mim, o papel do enfermeiro bem preparado era tido como de importância fundamental para o cuidado de pessoas portadoras de transtornos mentais. Aprendi a respeitar essas pessoas, a entender seus sofrimentos e a almejar uma assistência digna. Em 1993, ainda enquanto aluna, participei do “Encontro Regional do Movimento Antimanicomial”, onde se discutiam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Mediante as discussões que ocorreram no citado encontro que tinham como foco questões políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas no sentido de mudança da relação social com os portadores de transtornos mentais, impulsionou meu desejo de participar deste processo de transformação, aliado à lembrança de minha pequena experiência anterior, apenas enquanto aluna e estagiária em um Hospital Psiquiátrico. Assim, o destino me levou, inicialmente, para outros caminhos. No entanto, não tive dúvidas em mergulhar neste novo desafio e aprender a fazer o que realmente eu, um dia, achei que de fato, gostaria de fazer. À procura de aperfeiçoamento, em 2003, fui aluna do Curso de Especialização em Psiquiatria e Saúde Mental, na Escola de Enfermagem da USP – Ribeirão Preto.

A busca por “aprender a fazer o que gosto”, também, foi o motivo pelo qual busquei o curso de Mestrado Profissional em Enfermagem. Considero que um dos grandes desafios em minha atuação profissional seja realmente a busca constante por uma assistência que permita o rompimento com o modelo manicomial e a construção de cuidados centrados no indivíduo, que considerem as relações interpessoais, as subjetividades.

Desse modo, a idealização da presente pesquisa, se dá a partir de minha prática enquanto enfermeira de um Hospital Dia de Saúde Mental, vivenciando o processo de transformação da assistência psiquiátrica, os desafios inerentes a este processo, na prática, e nesse, a trajetória dos pacientes egressos.



1. Introdução

Revisitando o processo de assistência psiquiátrica, vê-se que a partir da segunda metade do século XX novas práticas de atenção em Saúde Mental começam a ser pensadas em países da Europa e EUA, com o objetivo de romper e de transformar os modelos pautados nos Hospitais Psiquiátricos. Neste contexto, iniciam-se mobilizações que enfatizam a importância e a possibilidade da saída do doente mental dos manicômios e o seu retorno à sociedade, recebendo tratamento em serviços de saúde em sistema aberto, que favoreça o convívio com a família e a permanência no núcleo social¹. Vê-se que cada movimento teve sua particularidade, importância e repercussão no processo de transformação pelo qual a assistência em Saúde Mental vem passando. Porém, prevalece o núcleo central voltado para a ideia de que o sujeito torna-se objeto da Psiquiatria e deixa de ser visto por um olhar fragmentado. Para tanto, novos serviços, embasados num paradigma em construção começam a ser criados, possibilitando o surgimento de um outro saber, pautado no acolhimento, na humanização, na subjetividade e na reintegração do homem em seu contexto social.

A prática evidencia que a pessoa que passa pela experiência da doença mental carrega consigo herança de conceitos cristalizados pela história, onde encontramos exclusão, enclausuramento e negação de direitos. Desse modo, consideramos que, para que seja possível o rompimento com quase duzentos anos de uma prática segregadora, excludente, embasada na tutela e na noção de periculosidade, é preciso bem mais que a reorganização dos serviços.

Este deve ser um processo de construção, reflexão e transformação que ocorre a um só tempo, nos campos assistenciais, culturais e conceituais. Tal processo tem como objetivo transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco, e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido de superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos, para estabelecer com a loucura, uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados².

No Brasil, a transformação no atendimento em Saúde Mental teve início a partir dos anos 70, quando a internação em Hospitais Psiquiátricos e, conseqüentemente, a exclusão do convívio social das pessoas com transtornos mentais, passou a ser questionada, o que impulsionou o movimento da Reforma Psiquiátrica. Este movimento teve início com a denúncia de profissionais de saúde sobre as precárias condições a que eram submetidos os pacientes em Hospitais Psiquiátricos. A insensibilidade do Ministério da Saúde frente a estas denúncias gerou a primeira greve no setor público, após a instalação do regime de exceção política num episódio que ficou conhecido como a Crise de Dinsam (Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde). A “doença mental” deixava de ser o objeto de interesse e discussão exclusivo dos técnicos e alcançava as principais entidades da sociedade civil e a grande imprensa. Essa noticiava, com destaque e interruptamente por cerca de quase um ano, as condições relativas aos Hospitais Psiquiátricos e as distorções da política nacional de assistência psiquiátrica: a questão psiquiátrica tornou-se uma questão política².

Nesse contexto as ações do movimento começaram a ter maior visibilidade a partir da I Conferência Nacional de Saúde Mental e do II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru, em 1987, deixando claro que a proposta era investir no convívio social e no resgate da cidadania, não bastando a humanização dos hospícios, a melhoria do ambiente e nem o aumento de profissionais².

A Reforma Psiquiátrica, portanto, se organiza em torno dos princípios da desinstitucionalização e desospitalização, como formas de garantia dos direitos de cidadania dos doentes mentais. A proposta era a desconstrução do modelo hospitalocêntrico e a construção de uma nova rede de serviços substitutiva, de atenção comunitária, pública e de base territorial².

A desinstitucionalização é vista como um processo social complexo, muito mais amplo que a própria desospitalização, com objetivos na transformação da instituição psiquiátrica, mobilizando os atores e sujeitos sociais na transformação das relações de poder entre os pacientes e as

instituições, na construção de estruturas de Saúde Mental que substituam totalmente as internações em Hospitais Psiquiátricos³.

A Reforma Psiquiátrica italiana, liderada pelo médico psiquiatra Franco Basaglia tem sido a principal e mais importante linha prático-teórica a orientar a condução da política assistencial de Saúde Mental brasileira². A Declaração de Caracas, resultado da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente, organizada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em novembro de 1990, norteia a elaboração de Portarias, de discussões e conferências a fim de viabilizar a reestruturação de uma nova rede de assistência em Psiquiatria no Brasil, constituída por serviços substitutivos ao manicômio⁴. Essa, além do envolvimento da comunidade, deve ser exercida por uma equipe multidisciplinar, que vise à reabilitação das pessoas assistidas.

Desse modo, como consequência da desinstitucionalização, a Reabilitação Psicossocial emerge como estratégia no tratamento de pessoas com doença mental, vislumbrando o aumento de trocas afetivas, sociais e econômicas que viabilizem o melhor nível de autonomia para a vida na comunidade, sendo um processo de reconstrução de vida. Segundo Saraceno⁵, a Reabilitação Psicossocial é um processo, um exercício pleno da cidadania, com vistas a melhorar o poder de contratualidade das pessoas nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social.

Pitta⁶ problematiza a Reabilitação Psicossocial no Brasil, e a descreve, em seu sentido instrumental como um conjunto de meios (programas e serviços) que se organizam para facilitar a vida das pessoas com problemas mentais severos e persistentes.

A lei 10.216⁷, aprovada em abril de 2001, como substitutivo ao Projeto de lei 3.657, apresentado em 1989, pelo deputado Paulo Delgado, ampara e direciona as ações da Reforma Psiquiátrica no Brasil, estabelece os direitos dos pacientes e regula as internações psiquiátricas.

De acordo com a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde⁸, 3% da população brasileira sofrem de transtorno mental severo e persistente (o IBGE estima a população brasileira em 184 milhões – 3% seriam 3,6 milhões de pessoas). Este grupo necessita de atenção e

atendimento mais intenso e contínuo em Saúde Mental, sendo que em torno de 1% necessitam de atendimento a nível terciário; 6% apresentam transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e drogas. Este grupo também necessita de atenção específica e atendimentos constantes; 12% necessitam de algum atendimento em saúde mental. E a verba anual do SUS destinada à área é de 2,3% do orçamento anual.

Diante de números tão expressivos, as ações governamentais se estruturam no sentido de redução progressiva dos leitos psiquiátricos, qualificação, expansão e fortalecimento da rede extra-hospitalar. É proposta a articulação de uma rede de atenção à Saúde Mental de base comunitária, com potencial de construção coletiva de soluções, como forma de garantia de resolubilidade e de promoção da autonomia e da cidadania às pessoas com transtornos mentais. A rede de Saúde Mental é complexa, diversificada, de base territorial, devendo constituir-se em um conjunto vivo e concreto de referências para o usuário dos serviços. Esta rede é constituída de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), Hospitais Dia de Saúde Mental, Centros de Convivência e Cultura, unidades psiquiátricas em hospitais gerais, serviços de atendimento ambulatorial, atendimento de emergência em Pronto Socorro e Oficinas Protegidas⁸.

A lei 10216⁷ propõe em seus artigos segundo e terceiro que esta rede de Saúde Mental pressupõe a criação de alternativas de cuidado baseado no diagnóstico epidemiológico e nas necessidades da população alvo da assistência. Contempla-se, também, a necessidade de articulação entre os serviços constitutivos desta rede com o objetivo de que os pacientes possam ser atendidos em cada nível de atenção de forma contínua e de acordo com suas necessidades.

A atenção básica ocupa um importante papel no processo de transformação da assistência psiquiátrica, pois, está imersa no território e é, afinal, o espaço utilizado para a produção de saúde em geral, para os pacientes e suas famílias.

Neste sentido, o Ministério da Saúde tem estimulado ações na Atenção Básica, com diretrizes que remetem à dimensão subjetiva dos

usuários e aos problemas mais graves de Saúde Mental, por meio da formação das equipes da atenção básica e o apoio matricial de profissionais de Saúde Mental junto a essas equipes. Um marco importante dessa lógica foi a implantação da Estratégia Saúde da Família na maior parte do país, a partir de 1993. Atualmente, o Programa atende 103 milhões de brasileiros, segundo Ministério da Saúde, com o objetivo de atuar na manutenção da saúde e na prevenção de doenças, através da reorientação do modelo de saúde centrado em hospitais, reorganizando, desta maneira, o processo de trabalho na atenção básica. Este modelo tem incentivado a atenção básica às invenções para desenvolver a integralidade da atenção com grupos de Saúde Mental⁸. Portanto, torna-se evidente a necessidade de comunicação entre os serviços, o real acompanhamento de cada paciente no processo de tratamento, visando o resgate de trajetórias subjetivas interrompidas pelo processo da doença.

No entanto, na prática, observamos que a rede de serviços extra-hospitalares, centrada em ações que visam à superação da lógica manicomial, apesar de inseridos nas políticas nacionais e pertinentes às diretrizes do SUS, estão se constituindo isolados da rede básica de saúde. Este afastamento tem provocado certa separação entre as práticas e saberes em Saúde Mental e as práticas e saberes de saúde em geral. Além deste afastamento da atenção básica, também observamos o isolamento de cada equipamento extra-hospitalar em seu próprio campo de atuação⁹.

Pinto¹⁰ investigando a relação estabelecida por meio do sistema de referência e contra-referência entre equipes da Estratégia de Saúde da Família, da equipe mínima de referência em Saúde Mental e dos serviços e dispositivos substitutivos em Saúde Mental no interior paulista, constata fragilidade, insuficiência e inadequação nesta relação. Para o autor este fato tem sido um dificultador para a articulação de Saúde Mental neste município que, apesar de contar com uma organização de equipamentos e possibilidades de ações, não tem conseguido cuidar do adoecimento psíquico em uma rede integrada de atenção psicossocial.

A dicotomia entre Saúde Mental e saúde em geral repercute na configuração do SUS enquanto sistema unificado e integral, interfere na

eficácia da rede básica e, também, dos serviços substitutivos, pela dificuldade no estabelecimento de parcerias necessárias para a efetivação de uma atenção resolutiva em Saúde Mental⁹.

Saraceno¹¹ propõe que os projetos em Saúde Mental tenham como indicadores de qualidade a acessibilidade e a integralidade. Considera a importância do compromisso com seus pacientes na produção de práticas voltadas à produção de sentido, ou seja, ajudar a pessoa que em um determinado momento de sua vida perdeu a capacidade de gerar sentidos, como gerar trabalho, gerar relações afetivas, gerar relações familiares e sociais, no resgate e ou na construção dos mesmos.

Após a fase de críticas e não mais a aceitação da institucionalização, é importante definir quais os projetos alternativos e refletir sobre os novos serviços. Estes serviços devem ser 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 do cidadão em produzir sentido de trocas, não em espaços protegidos e sim em espaços socialmente abertos¹¹.

Nossa prática de trabalho exercida há oito anos como enfermeira de um Hospital Dia (HD), tem demonstrado a importância de estratégias assistenciais centradas na promoção da Reabilitação Psicossocial e não somente em práticas que visem a remissão de sintomas, e ou, a cura de transtornos psiquiátricos. Depois da alta nesse local, cada paciente é encaminhado para outro serviço de Saúde Mental a fim de continuar o tratamento. Porém, a carência de comunicação entre serviços dificulta o real acompanhamento das subjetivas vivências dos egressos do H.D.

Desse modo, estar em tratamento em um serviço substitutivo ao modelo tradicional de assistência psiquiátrica, significa requerer cuidados intensivos frente ao sofrimento mental, manifestado por meio de condutas que solicitam compreensão, continência e preparo dos profissionais que cuidam. Por outro lado, os serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico, possibilitam a manutenção do contato com os vínculos familiares e sociais, já que o paciente, diariamente, retorna para casa durante o tratamento. Nessa ótica, estar no Hospital Dia, deveria significar estar em um local

protegido, em um espaço com possibilidades de acolhimento, de trocas afetivas, que permitem a escuta e a compreensão das diferenças. Assim, é importante que a alta seja construída e trabalhada, de forma que o desligamento dos pacientes aconteça gradualmente, concomitante com sua reinserção social. Para tanto, é necessária a construção de novos elos e parcerias, com a finalidade de ampliação da rede social e da rede de relações do indivíduo.

Porém, a carência de integralidade entre os serviços, indicador básico de qualidade, é frequentemente observada^{12,10}, adicionada à dificuldade de comunicação entre os mesmos. Neste contexto, emergem as dificuldades na construção da alta do serviço, esta somente é elaborada no Hospital Dia, sem o envolvimento e a participação de outros equipamentos, havendo, apenas os encaminhamentos. A doença mental envolve um conjunto de elementos e traz ao seu portador expressivo sofrimento psíquico, interferindo em sua história de vida pessoal, familiar e nas relações interpessoais. Portanto, a doença mental insere-se em campo complexo de conhecimento, que está além dos serviços de saúde em si. Nesse campo, as dificuldades enfrentadas numa sociedade competitiva, a exclusão social e a dinâmica familiar são fatores que, também, interferem neste processo e podem dificultar, inclusive, a continuidade do tratamento, sendo fundamental a articulação e a integração de ações na assistência em Saúde Mental.

O descompasso entre a atenção básica e a própria rede de assistência em Saúde Mental implica em ações desintegradas. A atenção em Saúde Mental ofertada de forma desarticulada, onde não há troca de saberes e práticas e nem uma efetiva interligação entre os serviços traz como consequências a redução da responsabilidade ampliada e a dificuldade em apreender as necessidades de ações de saúde em cada contexto. Esta desarticulação de ações interfere na eficácia das intervenções propostas e, conseqüentemente, é um dificultador para os próprios pacientes e suas famílias que necessitam ter acesso e transitar por esta rede complexa e desarticulada, deficiente, portanto, para garantir intervenções significativas em suas vidas.

O processo de transformação da assistência em Saúde Mental e a prática de trabalho neste contexto que busca cuidar da pessoa em sofrimento psíquico, nos conduzem a questionamentos tais: como a pessoa que vive a experiência da doença mental, vivencia as mudanças decorrentes da transformação da assistência em Saúde Mental e como está inserida neste novo contexto de transformação assistencial? E após o término do tratamento no HD? Como as pessoas que tiveram a necessidade de serem cuidadas, receberam tratamento no Hospital Dia, após a alta do serviço, estão vivenciando sua própria inserção na sociedade? Para essas pessoas, tem sido possível o exercício da autonomia? Quais cuidados estão recebendo? O serviço trouxe alguma melhoria para a vida destas pessoas?

Apesar dos Hospitais Dias de Saúde Mental terem sido um dos primeiros serviços extra-hospitalares, criados com a finalidade de serem substitutivos ao manicômio e estarem de acordo com os princípios do SUS e da própria Reforma Psiquiátrica, a prática cotidiana aponta que ainda há muitos desafios a superar. Consideramos que um destes grandes desafios seja, realmente, a busca constante por uma assistência que permita o rompimento com o modelo manicomial e a construção de cuidados centrados no indivíduo, que considerem as relações interpessoais, as subjetividades, os contextos sociais e familiares, além da inclusão social e o exercício da cidadania. A deficiência de uma rede articulada de Saúde Mental no município dificulta ações articuladas, prioritárias em uma assistência que tem por objetivos esta mudança de paradigma assistencial.

Acreditamos que buscar respostas a estas questões pode nos aproximar da perspectiva do sujeito que recebeu atendimento no Hospital Dia, a fim de ampliar a compreensão do possível processo subjetivo de inserção social. Consideramos que nessa dinâmica, trajetórias são protagonizadas e estratégias se organizam, produzindo um saber que dificilmente pode ser captado nos serviços de saúde. Além disso, possibilitará a reflexão sobre a própria prática assistencial, propiciando futuras intervenções.



2 Objetivos

Os **objetivos** do presente estudo são:

- **Compreender como os pacientes egressos do Hospital Dia veem o serviço.**
 - **Conhecer se o Hospital Dia contribuiu para mudanças na vida dos pacientes egressos.**
 - **Aprender se as pessoas egressas do Hospital Dia têm continuidade ao tratamento.**
-



*3. Saúde mental, inclusão social e
cidadania: um trajeto a ser
percorrido*

Uma nova lógica tende a orientar a atenção ao doente mental, tendo como eixo central a inclusão social. Entende-se que o sujeito que experimenta o sofrimento psíquico não é constituído apenas de um aparelho psíquico, necessitando somente de diagnóstico e tratamento. A doença mental, a partir desta nova lógica, começa a ser compreendida como um fenômeno complexo e histórico, permeado por dimensões psicossociais enquanto determinantes do processo saúde-doença mental.

Questões históricas, culturais, econômicas, religiosas e filosóficas norteiam as relações estabelecidas entre a sociedade e o doente mental. As representações sociais acerca da doença mental, muitas vezes, estão pautadas no modelo psiquiátrico tradicional, onde encontramos distanciamento, exclusão, periculosidade, incapacidade, impossibilidade para o exercício da autonomia e cronicidade¹³.

O entendimento da doença mental enquanto fenômeno complexo e biopsicossocial encontra pouco espaço nas representações sociais elaboradas pela sociedade. No entanto, o adoecer psíquico é facilmente percebido, uma vez que pode se manifestar por comportamentos não aceitos socialmente. Dessa maneira, abre-se precedente para a construção do paradigma da exclusão social, através do isolamento dos doentes que diferem dos padrões habituais. A estigmatização da loucura faz com que o portador de transtorno mental seja segregado da sociedade, sendo vítima de preconceitos e destituído de sua própria cidadania. Isto traz como consequência “uma herança de vidas cerceadas e excluídas de qualquer tipo de convívio e possibilidades sociais, afetivas, familiares, ignorando-lhes os atributos residuais humanos, como habilidade, capacidade, desejos”¹³. (p. 568).

Vê-se que a doença mental está inserida em um campo de conhecimento complexo, uma vez que o processo de adoecimento repercute na história de vida pessoal do sujeito que adoece, interfere em suas relações familiares e em suas redes de relações sociais. A análise das necessidades complexas de um paciente leva a colocá-lo em áreas específicas como assistenciais, de relações humanas, familiares, trabalho, entre outras¹⁴. Portanto, o foco das intervenções necessita dar conta dessa complexidade e

estar voltado para a “pessoa doente”, considerando essas áreas específicas e com a finalidade de se buscar resultados que sejam significativos para a vida de cada indivíduo.

Desse modo, a negação, a superação e a reflexão de práticas e pressupostos teóricos da instituição psiquiátrica tradicional que via defeito, irracionalidade, desrazão e periculosidade no louco, têm possibilitado a construção de novas abordagens terapêuticas. Essas consideram as subjetividades, as histórias e os contextos sociais dos sujeitos portadores de sofrimento psíquico, assim como, têm como enfoque a produção de autonomia, o respeito aos direitos humanos, e a construção de cidadania.

É neste sentido que Saraceno¹¹ propõe que as práticas de intervenções em Saúde Mental sejam orientadas por um modelo complexo, tendo como foco a articulação entre pacientes, serviço e contexto. Sendo assim, a Reabilitação Psicossocial vista não como técnica de tratamento, mas como estratégias que possibilitem a recuperação da capacidade do indivíduo em gerar sentido e, conseqüentemente, valor social, restabelecendo sua contratualidade enquanto cidadão. A Reabilitação Psicossocial é definida como um processo que implica na possibilidade de espaços de negociação para o paciente, sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam dos pacientes, com o objetivo de aumentar a capacidade contratual dos pacientes.

A Reabilitação Psicossocial permite conceitualmente a não dicotomia entre sujeito e contexto, utilizando-se para tal dos serviços. Portanto, não basta a consideração da doença como biopsicossocial, os serviços devem ser biopsicossociais para que as intervenções também sejam biopsicossociais¹¹.

Isso implica que o atendimento à grande demanda de Saúde Mental, observada em estudos epidemiológicos, não será possível apenas com uma rede especializada nestes cuidados. É fundamental a integralidade das ações e uma assistência que considere o indivíduo como ser biopsicossocial em todos os espaços assistenciais, respeitando critérios de acessibilidade, complexidade pertinente, efetividade e eficácia¹⁵.

Neste novo contexto de transformação da assistência psiquiátrica, a internação psiquiátrica tradicional, caracterizada pelo isolamento das pessoas, deixa de ser vista enquanto instrumento terapêutico e o enfoque do cuidado desloca-se do diagnóstico para o indivíduo e seus problemas, fatos estes que determinam um olhar integral da situação. Portanto, ressalta-se a importância da superação de práticas que utilizam a seleção de pacientes como critério básico para a oferta de serviços. A diversificação de programas é defendida como fundamentais para o acolhimento integral e a superação da seleção enquanto prática usual, já que seleção e exclusão caminham juntas. Neste sentido, a intersetorialidade e a diversificação tornam-se componentes indissociáveis da integralidade. Os novos paradigmas de atenção à Saúde Mental solicitam propostas que contemplem problemas complexos. Além disto a diversificação de ofertas de maneira integrada, propicia a busca de respostas em outros setores para os quais a saúde não contempla, já que nem sempre lhe é inerente¹².

Partindo do pressuposto de que as pessoas com problemas mentais transitam em níveis de saúde e de doença, possuem uma gradação de intensidade de sintomas, implicando em necessidades diferenciadas de cuidado, o atendimento à demanda em Saúde Mental solicita serviços abertos, de base comunitária, territorializados, com retaguarda hospitalar pequena. O desenvolvimento de interfaces entre saúde e sociedade que possibilitem trocas criativas e amplas é de fundamental importância no processo de mudança da lógica de exclusão do doente mental¹⁵.

Os dispositivos de base comunitária estão inseridos em determinada cultura, em território definido, com seus problemas e potencialidades, onde as crises resultam de fatores do indivíduo, de sua família, eventualmente de seu trabalho e, seguramente, de seu meio social e, portanto, onde devem ser enfrentadas¹².

Segundo Saraceno¹¹ os elementos que mais influenciam no curso das doenças mentais estão apenas parcialmente nos tratamentos e a outra parte está no tipo de serviço que atende o sujeito, ou seja, a maneira como os serviços estão organizados. Portanto, a questão está na reabilitação oferecida dentro de um sistema de serviço que permite considerar as

variáveis que são o paciente enquanto sujeito, o micro contexto do paciente, o macro contexto do paciente e o próprio contexto do serviço. Desta forma, podemos compreender como tratamentos semelhantes produzem resultados notavelmente diferentes.

Oliveira¹⁶ em estudo realizado em serviços extra-hospitalares, buscou analisar a cidadania como instrumento e finalidade do processo de trabalho das equipes destas instituições. Em suas conclusões, aponta que o processo assistencial encontra-se muito distanciado da inclusão e da cidadania do paciente, mesmo estes serviços estando localizados em serviços abertos, não manicomiais. Considera que a Reforma Psiquiátrica solicita uma redefinição do processo de trabalho das equipes de Saúde Mental, em seu próprio cotidiano, nos confrontos e nas contradições entre o processo de reprodução e recriação, próprios das práticas de assistência à saúde.

Nesta perspectiva, um dos desafios da assistência encontra-se na construção de serviços que ofereçam recursos terapêuticos que estão além da clínica tradicional, com o propósito e a responsabilidade de intervenção, reflexão e construção de uma rede social de suporte, a qual favoreça ao doente mental receber tratamento em serviços abertos, que promovam inclusão. Assim, a possibilidade de cidadania e qualidade de vida ao portador de uma doença mental implica na garantia de seus direitos de igualdade, saúde, trabalho, transporte, educação, lazer, enfim, de ações coletivas de uma sociedade.

No processo de transformação e tentativa de mudanças do modelo manicomial de assistência, as redes sociais, os serviços, os profissionais, a família e o próprio paciente têm suas responsabilidades, expectativas e posicionamentos frente ao sofrimento psíquico e as dificuldades inerentes a estas mudanças são apontadas por vários autores. As representações dos profissionais de saúde em relação ao transtorno mental são apontadas como relevantes para a mudança no modelo de atenção. Muitas vezes, o imaginário construído acerca dos transtornos mentais é constituído de representações pautadas no distanciamento, exclusão, periculosidade, influenciando posturas, determinando percursos e interferindo na própria

assistência prestada. Vê-se que a equipe tem papel fundamental na construção desse novo modelo de cuidado em Saúde Mental, que solicita dos profissionais a disponibilidade para rever seus conceitos, envolvimento, compromisso e flexibilidade no enfrentamento dos desafios, a partir de um movimento interno cotidiano de desconstrução de princípios fortemente instituídos¹⁷.

Até a década de 90 do século XX, as ações da enfermagem psiquiátrica, no Brasil, basicamente, se davam nos Hospitais Psiquiátricos, constituídas por ações burocráticas e administrativas, centradas no controle do fazer alheio, baseadas no modelo biológico, submetidas ao saber e ao poder médico e afastada do cuidado propriamente dito¹⁸. Portanto, a reorientação do modelo assistencial, imposta, particularmente, pela Reforma Psiquiátrica, solicita, inclusive da enfermagem, reflexões acerca de sua prática, no sentido de rompimento com este modelo de atuação manicomial.

As ações da enfermagem no campo psicossocial, devem ter como pressupostos o planejamento de modelos assistenciais coletivizados, produzidas em conjunto com uma equipe multidisciplinar, visando à superação da rígida especificidade profissional, e flexível para que seja possível gerar produtos de Saúde Mental compatíveis com as necessidades dos pacientes e seu familiares, encontrar respostas para problemas reais, inventar soluções inesperadas, insuspeitas, convocando todo o potencial dos atores em cena para viabilizá-las¹⁸.

A produção do ato cuidador consiste na responsabilização do profissional diante de uma intervenção, culminando em uma dimensão tutelar. Porém, o cuidado, pode e deve implicar em ganhos de autonomia para o paciente, onde a saúde é concebida como a capacidade de se gerar mais vida com o caminhar na vida, assim como, a capacidade de indivíduos e coletivos gerarem redes que atam e produzem vida. A multiplicação dessas redes de dependências produzem autonomia, devendo implicar em relação direta com a pretensão de um cuidado substitutivo e antimanicomial. Neste sentido, os serviços de Saúde Mental devem ter como eixo condutor a construção de modelos de intervenções que possibilitem a exploração do ato

cuidador com a finalidade de produção de complexas redes agenciadoras de vida¹⁹.

Em pesquisa realizada junto a profissionais de Saúde Mental de serviços substitutivos, Oliveira¹⁶, analisa a questão da cidadania enquanto instrumento terapêutico. Propõe uma redefinição do processo de trabalho das equipes de Saúde Mental, onde os trabalhadores tenham a oportunidade de inclusão neste processo enquanto cidadãos, como essencial para a viabilização de processos terapêuticos que considerem a inclusão do próprio paciente.

Por outro lado, Leão²⁰ aponta para a necessidade dos serviços no investimento em recursos humanos, tanto no que diz respeito à sua formação e aperfeiçoamento como a insuficiência do número destes profissionais. Em pesquisa realizada junto a profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial identifica dificuldades dos profissionais no cotidiano dos serviços em realizar ações com os pacientes que, de fato, sejam promotoras de inclusão social. Além disto, encontra nas representações acerca da loucura, elaboradas pelos profissionais, conceitos que remetem ao modelo psiquiátrico tradicional. Mas também, encontra profissionais que estão em sintonia com as propostas de um novo modelo de atenção, ou seja, diferentes visões sobre a doença mental, e, portanto, consequentemente, práticas cotidianas também diferentes.

Pereira et al¹³, tendo como contexto de investigação o serviço básico de saúde, e, como objetivo a identificação das representações sociais de agentes comunitários sobre o transtorno mental, também evidencia a necessidade de investimento em recursos humanos que possibilitem o treinamento de habilidades para lidar com questões relacionadas à subjetividade, aos vínculos, além da necessidade de transformação da cultura manicomial, efetivando a revisão de valores, de princípios e de ética.

Jorge²¹ ao estudar as perspectivas de profissionais da Saúde Mental de um Centro de Atenção Psicossocial, aponta para necessidade da disponibilização de educação continuada a estes profissionais, além do investimento em trabalho interdisciplinar, articulando práticas e saberes. Isso é justificado pelos resultados encontrados, que apontam que a Reabilitação

Psicossocial é entendida pelos profissionais pesquisados como um processo cuja implementação necessita da efetiva superação do modelo tradicional de assistência, que norteia conceitos e práticas terapêuticas. Além disso, o estudo demonstra que a viabilização da Reabilitação Psicossocial requer confiança dos profissionais acerca da capacidade dos pacientes em transitar como cidadãos nos diversos segmentos sociais.

Vemos que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS nº 1996²², apresenta como proposta ações estratégicas que contribuam para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços de saúde, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. Desse modo, a Educação Permanente da equipe de enfermagem de Saúde Mental, deve estar além de programas educacionais baseados em definições e competências específicas. Percebe-se a necessidade de processos educativos mais amplos e problematizadores com a finalidade de desenvolvimento de conhecimentos de caráter interdisciplinar, através de programas integrais de Educação Permanente nos próprios serviços. Estes programas devem possibilitar a reflexão sobre estratégias inovadoras de cuidado, favorecer as trocas de experiências e a relação entre os serviços de saúde e as instituições acadêmicas²³.

Silveira²⁴ encontra aspectos sociais, econômicos e pessoais referenciados por profissionais de um Hospital Dia como os mais relevantes em sua prática dentro dos novos serviços. Estes profissionais reconhecem em sua práxis a culpabilização, as consequências da divisão técnica e social do trabalho, a polarização entre sujeito produtivo e sujeito individual, a escassa oferta de treinamento para as atividades que exercem, a falta de preparo para desenvolver ações de Saúde Mental num espaço extra-hospitalar, a instabilidade muitas vezes provocada pelo contato direto com o sofrimento psíquico, a transição entre os modelos de atenção em Saúde Mental e as dificuldades de trabalhar em equipe, quando a formação profissional básica foca o individualismo.

Apesar destas dificuldades, os serviços têm favorecido aos pacientes lugares de tratamento e referência, passando a representar a possibilidade de mudanças nas vidas, pensar ou pleitear um trabalho; realizar sonhos e voltar a pensar nas próprias capacidades^{25,26}. Representam também, a possibilidade de recuperação de autonomia e redução do isolamento social que a própria doença com seus sintomas e estigmas produzem²⁶.

Buscando compreender o que caracteriza as pessoas como doentes mentais e como as adversidades decorrentes de seus quadros mentais não as impossibilitam de construir circuitos, trajetos e redes sociais nos espaços urbanos, Dalmolin²⁷ reforça a importância da superação de práticas tradicionais de assistência, as quais transformam o processo do adoecimento psíquico em uma experiência destituída de sentido para os que vivem e sofrem com ela. Revela que o transitar pelos espaços públicos possibilita ao portador de doença mental a construção de uma rede de sustentação para a troca de afetos, quando este tem a oportunidade de mostrar sua capacidade e utilidade. Além disso, a cidade é vista como um espaço gerador de conflitos, ajudando na construção de estratégias capazes de transpor as barreiras criadas diante das suas diferenças.

As associações de usuários têm desempenhado papel relevante na inclusão social do portador de transtorno mental, aliado às políticas públicas de Saúde Mental, bem como o acompanhamento da gestão dos serviços, articuladas com outras entidades da sociedade civil^{28,29}.

As associações civis em Saúde Mental têm como desafio principal efetuar pressão política em favor de novos olhares sobre a loucura, lutando pela garantia dos direitos de cidadania aos portadores de transtornos mentais^{30,31}.

Com o objetivo de conhecer o significado de uma associação para seus participantes, Rodrigues²⁹, aponta significados diversos, como espaço de formação e informação, construção de autonomia, pertencimento, instrumento político e de empoderamento. Observa uma caminhada a passos lentos em direção às políticas públicas em saúde e Saúde Mental que incluam a participação coletiva. Para a autora os significados de associação atribuídos pelos participantes expressam as carências deste

segmento social: excluídos, sem fonte de renda para atender as necessidades mais básicas, dependentes de programas de assistência social, raramente sendo assistidos, silenciados por ausência de ouvintes.

Lucas³⁰ analisando a trajetória de uma associação civil em Saúde Mental relata que o trabalho emerge como categoria central em sua pesquisa, representando bem mais que a garantia de renda e de acesso a bens de consumo. O trabalho revelou-se como importante instrumento de socialização e reconhecimento social.

Neste sentido, o Ministério da Saúde⁸ aponta que as associações de usuários que se constituíram ao longo do processo da Reforma Psiquiátrica, têm manifestado a necessidade de projetos de trabalhos articulados com a rede de serviços. A inclusão social pelo trabalho no campo da Saúde Mental, tem encontrado na economia solidária a possibilidade de propostas concretas.

Segundo Singer³² a economia solidária é

“a resposta organizada à exclusão pelo mercado de trabalho por parte dos que não querem uma sociedade movida pela competição, da qual surgem incessantemente vitoriosos e derrotados. É antes de qualquer coisa, uma opção ética, política e ideológica, que se torna prática quando os optantes encontram os de fato excluídos e juntos, constroem empreendimentos produtivos, redes de trocas, instituições financeiras, escolas, entidades representativas, etc., que apontam para uma sociedade marcada pela solidariedade, da qual ninguém é excluído contra vontade”. (p.11)

O Programa de Volta para Casa, criado em 2003, onde os pacientes egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos recebem auxílio reabilitação, têm sido um importante dispositivo no processo de desinstitucionalização e de apoio à reintegração social. Este auxílio tem possibilitado intervenções significativas no poder de contratualidade social dos beneficiários, segundo Ministério da Saúde⁸.

Dados do Ministério da Saúde³³ apontam para uma redução gradual do número de leitos psiquiátricos no período entre 2002 e junho de 2009, passando de 51.393 para 35.426 leitos. O número de beneficiários do Programa de Volta para Casa, tem aumentado, consideravelmente, passando de 879, em 2004, para um total de 3346 beneficiários até junho de 2009. Isto representa que um grande número de pacientes, com histórias de

internações anteriores, passa a receber assistência neste novo sistema, emergindo a necessidade de se rever a relação entre serviços, usuários e familiares.

Portanto, a família, que constitui a primeira rede social da pessoa e ocupa papel fundamental na manutenção do doente mental fora dos Hospitais Psiquiátricos, vem ocupando importante papel neste processo de mudanças, sendo inserida no projeto terapêutico em busca de uma melhor qualidade de vida tanto para quem cuida como para quem é cuidado, implicando numa mudança da relação dos profissionais com estas famílias. No entanto, o convívio com o portador de transtorno mental impõe aos seus familiares a vivência de sentimento e emoções, que inconsciente ou conscientemente, são difíceis de elaborar e entender³⁴.

Ainda é muito presente no meio social o rótulo dado ao doente mental e em função disto, o paciente e sua família, muitas vezes, negam a doença. Porém, aqueles que encontram maneiras de lidar com a doença e a aceitam, evoluem melhor no tratamento e em trocas positivas de experiências³⁵.

Vê-se que as famílias não explicam e nem entendem a doença mental de seu membro familiar. Os familiares constroem representações acerca do processo saúde-doença mental, caracterizados pela diversidade, fluidez e ambiguidade, explicitando a não aceitação pela família daquele que se mostra diferente³⁶.

O descompasso temporal, a culpa, as desavenças, os conflitos na família e as perdas sofridas são fatores geradores de conflito no interior do espaço familiar. Dessa maneira, esses conflitos repercutem em dificuldades de relacionamento com o doente mental, em condutas inadequadas como agressão, depreciação e abandono. Neste sentido, a mudança das diretrizes da assistência em Saúde Mental, através do atendimento em serviços abertos, requer mudanças da relação profissional com as famílias dos pacientes, já que são importantes parceiras no processo de reabilitação. Os familiares solicitam escuta, acolhimento e ajuda para amenizar sua experiência com a pessoa acometida de transtorno mental¹⁷.

A sobrecarga gerada pelo apoio no cuidado prestado ao portador de transtorno mental pode desencadear situações de sofrimento psíquico em

seus familiares³⁷. Por outro lado, o apoio familiar é entendido como essencial para o progresso no tratamento de pessoas com transtornos mentais²¹.

Vê-se que no trajeto em direção à inclusão social e à cidadania dos portadores de transtorno mental, as mudanças são gradativas e o ponto de partida é a Reforma Psiquiátrica. Neste processo, a Reforma Psiquiátrica não deve se restringir a uma mera reestruturação da assistência ou um rearranjo da instituição tradicional. O que deve ser buscado é a noção de transformação estrutural e de processo social complexo. Desse modo, a

“desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade e subjetividade”³⁸. (p. 494)

Portanto, as dificuldades são inerentes a este processo de transformação e possibilitam a instrumentalização para ações que viabilizem a construção deste novo paradigma de atenção em Saúde Mental.

O deslocamento do doente mental do papel de incapaz, desacreditado e excluído para a inclusão social, não acontecerá somente pelas mudanças de espaço físico. É na articulação dos detalhes do cotidiano, na maneira de agir e lidar com os objetos, espaço e tempo que se imprime a particularidade do mundo compartilhado e é esta apropriação, que ordenará para o sujeito a realidade compartilhada, possibilitando a inclusão na sociedade³⁹.

Porém, não se deve perder de vista o paradoxo que diz respeito à possibilidade de se estabelecer um pacto de sociabilidade de solidariedade, de tolerância à diversidade, numa sociedade que como a nossa é marcada pela violência, pela exclusão, pela desigualdade de classes e de direitos³⁸.

A cidadania teoricamente assentada na igualdade formal, aponta para a desigualdade real como expressão de uma universalidade abstrata, ou seja, esta tem sido a aparência do real. A igualação abstrata de todos perante a lei, impede a expressão das desigualdades sociais. Somente a

eliminação das desigualdades torna possível apresentar todos submetidos às mesmas regras. A mudança da realidade, em busca de uma sociedade marcada pela equidade, pela equalização das oportunidades, reduzindo as diferenças sociais vividas pelos portadores de transtornos mentais, garantiria aos portadores de transtornos mentais o exercício da cidadania e melhoria da qualidade de vida⁴⁰.

Vê-se que a impossibilidade de exercer seu papel enquanto cidadão, o preconceito, a estigmatização e a discriminação, estão presentes durante toda a história da assistência psiquiátrica. Porém, novas formas de pensar e lidar com a saúde e o sofrimento psíquico das pessoas, dentro de um processo de mudanças políticas e culturais, tem possibilitado avançar para além de práticas segregadoras, além dos muros de manicômios, onde se tem construído um aumento do poder contratual desses sujeitos. Afinal, “loucos ou não, somos todos cidadãos”.* (DIA NACIONAL LUTA ANTIMANICOMIAL – 1999)

3.1 A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL COMO ESTRATÉGIA DE TRANSFORMAÇÃO

A Reabilitação Psicossocial emerge na Reforma Psiquiátrica como possibilidade de tratamento ao portador de sofrimento mental, visto que possui estratégias que contemplam as causas biopsicossociais envolvidas no adoecimento psíquico, além dos fatores biológicos.

A Organização Mundial de Saúde preconiza ações de Saúde Mental que contemplem a Reabilitação Psicossocial. O Brasil encontra-se entre os dez países do mundo tidos como referência na Reforma Psiquiátrica pela Organização Mundial de Saúde.

A proposta de Reabilitação Psicossocial elaborada por Saraceno⁴⁰ têm sido um importante referencial teórico a conduzir as ações de transformações da assistência em Saúde Mental no Brasil.

Saraceno⁴¹ traz críticas e reflexões sobre a psiquiatria clínica e a terapêutica psiquiátrica, no sentido de que estas práticas constituem um conjunto de “pleonasmos” (entretenimento) ou danosos ou indiferentes. Constata que a clínica e a terapêutica, por si só não geram transformações significativas na vida dos pacientes. O autor propõe a Reabilitação Psicossocial como possibilitadora da ruptura deste “entretenimento”, que deve ir muito além da renúncia passiva à prática da psiquiatria, mas sim de se construir teórica e praticamente ações cotidianas de maior eficácia na transformação da vida do paciente.

Para o autor a Reabilitação Psicossocial deve ter como foco aumentar as habilidades das pessoas e diminuir as deficiências e os danos da experiência do transtorno mental.

Para tanto, utiliza-se das definições propostas pela Organização Mundial de Saúde, onde: doença ou distúrbio (condição física ou mental percebida como desvio de saúde normal e descrita em termos de sintomas); 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). Enfatiza que a deficiência é uma condição que não se refere ao sujeito e a sua desabilidade e, sim à resposta que a organização social dá ao sujeito portador de uma desabilitação.

Esquemáticamente considera quatro modelos conceituais e operativos importantes na Reabilitação Psicossocial, apresentados a seguir:

1. Modelos de treinamento de habilidades (Social Skillis training ou SST)

Esta abordagem é embasada no conceito de sistema biopsicossocial, onde as interações entre vulnerabilidade, estresse, enfrentamento e competência são entendidos como fatores determinantes do transtorno mental. O indivíduo com vulnerabilidade psicológica, frente às situações estressantes, pode desenvolver sintomas, que, por sua vez, interferem em suas habilidades de enfrentamento.

Portanto, a proposta de atuação é o fortalecimento das habilidades de enfrentamento, no *setting terapêutico*, sendo transferidas para o contexto de vida do paciente. Nesse sentido é apontado a fragilidade do modelo, onde as atividades são programadas pelo terapeuta fora da vida real e sem interferência nas situações sociais estressantes. Percebe-se a ausência de ações de recomposição da intervenção e das pessoas, com exclusão da dimensão do desejo, de ocultação do poder e dos conflitos entre os sujeitos.

2. Modelos psico-educativos

A base desse modelo são os estudos de Brown e Wing em Londres, nos anos 60, sobre as Emoções Expressas (EE), que buscavam estabelecer as variáveis relevantes na avaliação do grau de adaptação social dos psicóticos que recebiam alta dos hospitais, além de entender os critérios para se evitar recaídas, identificando os fatores precipitantes das recidivas.

A finalidade da intervenção psico-educativa é a diminuição das recaídas, como objeto terapêutico e reabilitativo. As intervenções ocorrem no domicílio, onde a família é treinada para uma gestão adequada de sintomas.

Porém, a redução do objeto da reabilitação exclusivamente à diminuição das recaídas aponta a fragilidade da organização que não leva em consideração o funcionamento social do sujeito.

3. Modelo de Spivak

Neste modelo o objeto central de análise é a cronicidade psiquiátrica com ênfase na descrição de comportamentos e processos que levam ao afastamento da vida social progressiva, consequência de um déficit de competência pessoal e social.

Spivak também considera os fatores ambientais neste processo de afastamento social do paciente, apontando para a consideração da complexidade dos indivíduos, considera que a forma de neutralizar a cronicidade seria por meio de ações reabilitadoras que aumentem as articulações sociais entre o paciente e o ambiente sociais. Ressalta a importância de se levantar as competências sociais deficitárias do paciente em seu ambiente, considerando as seguintes áreas: moradia, trabalho, família e amigos, cuidado de si e independência, atividade social e recreativa. A partir disso, os comportamentos incompetentes são eliminados

e os competentes desenvolvidos, visando uma readaptação às normas da sociedade.

Este modelo, apesar de considerar os fatores ambientais no processo de isolamento social presente no adoecimento psíquico, propõe tecnicamente a intervenção exclusiva no paciente, para readaptá-lo às demandas e expectativas do contexto, o qual não é posto em discussão.

4. O modelo de Luc Ciomp

De acordo com esse modelo o transtorno mental está relacionado à condição de maior vulnerabilidade do indivíduo, que frente a situações estressantes manifesta uma crise.

O processo de cronificação do portador de transtorno mental está relacionado às respostas sociais

Saraceno⁴¹ ressalta a importância de considerar os cenários onde se desenvolvem as estratégias de Reabilitação Psicossocial ou o lugar onde o paciente vive, como fundamentais na busca de “variáveis reais que mudam as vidas reais das pessoas reais” (p. 83). Conforme o autor essas variáveis reais devem ser buscadas nos sujeitos, contextos, serviços e recursos.

Em relação aos sujeitos sugere um olhar necessário para o entendimento das necessidades, das demandas e possibilidades. Considera que um olhar médico sobre o paciente muito pouco traz sobre suas necessidades, desejos e possibilidades e que na Reabilitação Psicossocial é necessário a consideração de um conjunto de variáveis referentes ao paciente.

A padronização e o caráter estigmatizante do diagnóstico psiquiátrico são os fatores que mais contribuem para o fracasso das técnicas terapêuticas dos serviços de reabilitação. Além disso, o diagnóstico não é um instrumento que permite obter informações a respeito do contexto da vida real do indivíduo. Portanto, entende-se que as variáveis que os pacientes carregam consigo e que é o que realmente podemos considerar como patrimônio, de risco ou de proteção, estão mais conectadas à vida do paciente do que à sua doença.

Além do contexto do paciente, considera a importância do paciente enquanto um sistema complexo e indivisível, assim como é indivisível para

qualquer indivíduo a relação-vínculo entre sujeito e intersubjetividade. Considera, então, que por meio das relações terapêuticas não é possível conhecer o sujeito em si, nem a doença em si, mas sim as interações desses sujeitos em seu ambiente, sendo, portanto, essas interações o patrimônio ao qual podemos ter acesso e que pode ser modificado através de intervenções que possibilitem ao sujeito exercitar mais escolhas.

A partir disto, Saraceno⁴¹ não considera a existência de uma tecnologia aplicável ao sujeito, mas sim uma prática que utilize o conhecimento do “patrimônio de riscos e benefícios” enquanto pertencentes aos sujeitos e que os acompanham na construção de espaços de negociação. Assim,

“a troca (o negócio) precede e define a relação (e não o contrário), ou seja, que só a construção de espaços de troca pode gerar relações, enquanto a construção da possibilidade das relações não gera espaços para a troca”.⁴¹ (p.94)

A possibilidade em ampliar os espaços de troca implica na construção de condições para que as relações entre pacientes e contextos se multipliquem com vistas à autonomia e cidadania dessas pessoas.

Para tanto, preconiza que as técnicas de intervenções nos serviços sejam orientadas por um modelo complexo, tendo como foco a articulação entre pacientes, serviço e contexto. Um serviço de qualidade deveria se ocupar de todos os pacientes, considerando a singularidade de cada um, sendo capaz de oferecer um processo de reabilitação à todos que pudessem se beneficiar. Assim,

“Um serviço de alta qualidade deveria ser um ‘lugar’ (constituído de uma multiplicidade de lugares/oportunidades comunicantes) permeável e dinâmico, onde as oportunidades (ou seja, os recursos e as ocasiões negociáveis) encontram-se continuamente à disposição dos pacientes e dos operadores.”⁴¹ (p.96)

Os recursos dos serviços são as pessoas, os profissionais, os familiares e a comunidade. Os profissionais devem ser considerados além de recursos numéricos, sobretudo, como pessoas, que trazem consigo as motivações com que trabalham, as expectativas que têm em relação aos

pacientes dos quais cuidam, o senso de pertinência a um projeto coletivo e a qualidade das relações que se realizam no campo do trabalho. A família do paciente é parte da comunidade. A comunidade na qual está o serviço é rica em recursos humanos e materiais, com o qual o serviço necessita entrar em relação.

Outro contexto importante, no qual se insere os serviços, e o próprio paciente, são os contextos das leis e das normas. As leis que normatizam os tratamentos psiquiátricos e os direitos dos pacientes têm uma influência significativa sobre as possibilidades de Reabilitação Psicossocial. As ações são diferentes em um lugar onde o Hospital Psiquiátrico não mais exista, em outro lugar, onde continua sendo referência de tratamento.

Percebe-se que as desabilidades ou habilidades não existem descontextualizadas do conjunto de determinantes composto pelos cenários onde se dão as estratégias de reabilitação, pelas organizações dos serviços e pelos recursos disponibilizados. Portanto,

“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’”⁴¹ (p.112)

Podemos, então, considerar a Reabilitação Psicossocial como um processo, que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, sua família, a comunidade e os serviços que se ocupam dos pacientes, por meio de trocas materiais e afetivas. Nesta rede de negociações é que se determina a capacidade contratual dos indivíduos.

Conforme o autor, o aumento da capacidade contratual dos portadores de transtornos mentais deve ser construído em três grandes cenários: habitat, família e trabalho.

No cenário habitat, considera importante as noções de casa e habitar estarem separadas para compreensão em nível teórico, onde a noção de casa está vinculada às experiências concretas do uso dos espaços e a noção de habitar ao envolvimento afetivo e de apropriação do indivíduo em

relação a esse espaço. Assim um dos compromissos da Reabilitação Psicossocial é se ocupar da casa e do habitar, indissociáveis, na prática.

Em relação ao cenário família, salienta a importância da conscientização dos profissionais da Saúde Mental do envolvimento da mesma nos projetos de reabilitação. Os objetivos da intervenção familiar deveriam ser: reduzir os riscos de recaída para os pacientes, melhorar a qualidade de vida dos pacientes e familiares, ensinar habilidades de manejo e minimização dos sintomas da desabilitação.

No âmbito do cenário trabalho entende que o simples desenvolver de tarefas, pode se configurar em uma forma de contenção e restrição do campo existencial. Ao invés disso, traz o entendimento de que o trabalho promova um processo de articulação do campo dos interesses, das necessidades, dos desejos. Enfatiza a importância de se considerar o sentido e o valor atribuído ao trabalho pelo paciente, dentro de seu projeto terapêutico, evoluindo para uma destituição da ênfase terapêutica.

A Reabilitação Psicossocial, portanto, pode ser definida por um exercício pleno da cidadania, com vistas a melhorar o poder de contratualidade das pessoas nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social. Desta forma, para Saraceno⁴¹, a cidadania do paciente psiquiátrico não se constitui apenas pela restituição de seus direitos formais, mas sim pela construção de seus direitos substanciais, sendo que é dentro de tal construção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) que se encontra a única Reabilitação possível.

3.2 UM RESGATE HISTÓRICO: A SAÚDE MENTAL EM BOTUCATU

O município de Botucatu está localizado na região centro-oeste do estado de São Paulo, a 235 Km da capital do estado de São Paulo⁴², com uma estimativa populacional segundo o censo do IBGE⁴³ de 130.348 habitantes, em 2009. Foi elevada à categoria de cidade em 1876, ocupando atualmente uma área de 1.486,4 km⁴².

A implantação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu em 1967 transforma o município em importante pólo de prestação de serviços de saúde no Estado de São Paulo, e também de outros Estados, em especial do Mato Grosso do Sul e do Paraná. Atualmente possui 415 leitos, ambulatorios e diversos serviços de diagnósticos destinados à assistência em nível terciário de atenção, caracterizada pela alta especialidade⁴⁴.

Em nível de atenção secundária o município oferece atendimento em dois hospitais gerais: Associação Beneficente do Hospital Sorocabana, conveniado ao SUS e o Hospital Misericórdia Botucatuense, que atende convênios particulares. Em nível de atendimento ambulatorial conta com três postos de Saúde Estaduais, dois em parceria com a FMB e um Ambulatório Regional de Especialidades⁴². Possui, também, um hospital especializado, o Hospital Profº Cantídio de Moura Campos, que recentemente se transformou em Centro de Atenção à Saúde, integrando vários equipamentos, além dos 180 leitos destinados à internação fechada, o Centro de Atenção Psicossocial II, lares abrigados, residências terapêuticas, oficinas terapêuticas e Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas.

A rede básica de saúde é constituída por 17 postos de saúde, sendo sete Unidades Básicas de Saúde e 10 equipes atuantes na Estratégia de Saúde da Família⁴².

No campo da Saúde Mental, o primeiro marco importante da região é a inauguração do Hospital Psiquiátrico da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo “Cantídio de Moura Campos” (HPCMC), em 1969, que apesar de surgir com uma proposta de inovação na assistência psiquiátrica (ser referência para atendimento em regime de triagem e internação de pessoas acometidas por transtornos mentais agudos) rapidamente assume o modelo hospitalocêntrico vigente.

Em 1970, a primeira experiência transformadora da assistência em Saúde Mental no município se dá pela implantação do Ambulatório de Saúde Mental da FMB já que as instituições universitárias mostravam-se mais receptivas às mudanças. A partir de 1974, a Secretaria de Saúde iniciou o repasse de recursos a FMB, necessários para a manutenção de uma equipe

multiprofissional de Saúde Mental. Desde então, se estabeleceram as condições objetivas para a mudança do modelo de assistência em Saúde Mental na região e também para a formação de profissionais em um modelo alternativo à internação manicomial⁴⁵.

A implantação do atendimento ambulatorial mostrou a necessidade de outro serviço que atendesse pessoas em programas de atendimento mais intensivo em Saúde Mental, resultando na criação do Hospital Dia Psiquiátrico da FMB em 1980⁴⁵. Este serviço foi até o ano de 2000 o único da região a oferecer um programa de atendimento intensivo em Saúde Mental extra-hospitalar. Esta realidade fez com que o projeto terapêutico desenvolvido aqui se diferenciasse do modelo tradicionalmente consagrado, voltado basicamente para a remissão de sintomas. A alternativa assumida foi a de incluir entre seus objetivos, o início do processo de Reabilitação Social de seus usuários, dada a ausência de serviços que pudessem promover o processo de reabilitação. O Hospital Dia funciona junto ao Hospital das Clínicas⁴⁵.

A partir de 1983, o governo do Estado de São Paulo, incentivou a transformação do modelo assistencial através da implantação de equipes mínimas de Saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde e da criação de Ambulatórios de Saúde Mental na rede estadual. Nesse período implantou-se o programa de Saúde Mental do Centro Saúde-Escola (CSE) como um serviço de extensão do Departamento de Neurologia e Psiquiatria da FM UNESP Botucatu.

Em 1985, o HPCMC também transforma o modelo ambulatorial existente e o que até então funcionava, basicamente, como triagem para internação, passou a contar com a participação de mais técnicos (Psicólogos, Enfermeiros, Assistentes Sociais e Terapeutas Ocupacionais), ganhando, então, caráter de atenção secundária.

A promulgação da Constituição de 1988, que criou o SUS e incentivou a Reforma Psiquiátrica, fortaleceu em todo país a desospitalização psiquiátrica. Em nossa região, os mais importantes fatos foram: o fechamento do Hospital Psiquiátrico de Laranjal Paulista e a progressiva diminuição de leitos do HPCMC em Botucatu. A partir do final de 1991 o

serviço de psiquiatria do pronto socorro do HC - Unesp passou a centralizar os atendimentos de urgência e emergências psiquiátricas da região. Em 1992, o ambulatório do HPCMC foi incorporado ao Ambulatório Regional de Especialidades, saindo da área física hospitalar e as internações passaram a ter um novo fluxograma, isto é, passaram do Hospital Psiquiátrico para o Pronto Socorro da FMB.

Em 1995, o sistema de Saúde Mental do município ressentia-se de recursos públicos que pudessem, além de tratar o transtorno (doença), lidar com as dificuldades que o paciente enfrentava na comunidade. O serviço público não contava com oficinas terapêuticas e nem de convivência. Também não havia nenhum movimento que caminhasse no sentido de informar e mobilizar a sociedade com relação aos direitos sociais das pessoas com transtornos mentais. Diante disto, um pequeno grupo de profissionais da área, vários dos serviços de Saúde Mental do município existentes naquele momento, mobilizou-se para estruturar com os usuários, seus familiares e líderes comunitários uma organização não governamental, a Associação "Arte e Convívio" (AAC)⁴⁶.

A partir de 2000, foi realizada uma grande reestruturação na dinâmica e na oferta de tratamento no HPCMC e com a equipe do próprio hospital foram montados o Centro de Atenção Psicossocial "Espaço Vivo", a Oficina Terapêutica "Estação Girassol" e seis lares abrigados. Foram reduzidos os leitos para 180, distribuídos em 122 para usuários moradores, 48 para pacientes acometidos por transtornos mentais agudos e 10 para desintoxicação química.

Na atenção primária, atendendo o disposto na 3ª Conferência Municipal de Saúde realizada em 2002, foi criada em 2004, a Equipe Mínima de Saúde Mental, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde que atua na Reabilitação Psicossocial do usuário com sofrimento psíquico, e na inclusão deste na sociedade visando uma convivência saudável de ambos, territorializando e integrando os serviços já existentes para a realização de ações de proteção, promoção, prevenção, assistência e recuperação em Saúde Mental. Oferece suporte técnico a toda rede básica de saúde dividindo-se no atendimento às seis Unidades de Saúde e as oito Unidades

de Saúde da Família, realizando triagens, encaminhamentos para serviços extra-hospitalares, grupos terapêuticos, visitas domiciliares, atendimento as vítimas de violência sexual, intervenção nos casos de maus-tratos e negligência a criança e ao idoso. Na busca pelo melhor atendimento às demandas do usuário, a Equipe de Saúde Mental tem estabelecido parcerias com órgãos do poder público municipal e estadual, tais como: Secretaria de Assistência Social, Conselho Tutelar, Vara da Infância e Juventude, Juizado Especial, Centro de Atenção Psicossocial II, Ambulatório de Psiquiatria da Unesp, Hospital Psiquiátrico Cantídio de Moura Campos, Ambulatório Regional de Especialidades, etc. Além disso, mantém parcerias com entidades não governamentais, asilos e casas de repouso, clínicas de internação para tratamento de dependência de álcool e outras drogas⁴².



4 Método

“Assim como falham as palavras quando querem exprimir qualquer pensamento, assim falham os pensamentos quando querem exprimir qualquer realidade.”

Fernando Pessoa

Foi utilizada a abordagem qualitativa de pesquisa pela possibilidade desta nos proporcionar melhor compreensão e reflexão sobre as questões colocadas. Para Turato⁴⁷ a metodologia qualitativa deve ser aplicada quando o objetivo da pesquisa é a compreensão do significado dos fenômenos. Para o autor, no contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo as quais não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Ressalta a importância de se compreender o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para as pessoas, pois coloca o significado como função estruturante, isso é, em torno do que a coisa significam, as pessoas organizarão, de certo modo, suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde. O autor acrescenta que estes significados passam a ser partilhados culturalmente e desta forma, organizam o grupo social em torno destas representações e simbolismos.

Também Minayo⁴⁸, afirma que a pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificada, trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, busca a compreensão da realidade humana vivida socialmente, aprofundando-se no mundo dos significados, das ações e relações humanas.

4.1 CONTEXTO DO ESTUDO

O Hospital Dia de Saúde Mental – UNESP – Botucatu foi criado em 1980. Está inserido no Hospital das Clínicas da UNESP, atende pacientes do

Departamento Regional de Saúde VI (DRS-VI), que compreende 68 municípios do Estado de São Paulo⁴⁹. A maioria dos pacientes é procedente da própria cidade de Botucatu. Possui 15 vagas destinadas a pacientes que necessitam de um programa de tratamento intensivo em Saúde Mental. Objetiva oferecer assistência intensiva e contínua a portadores de transtornos mentais graves e suas famílias, fortalecendo as estratégias assistenciais alternativas e os processos de desospitalização, a partir da atuação de uma equipe multidisciplinar (enfermeira, auxiliares de enfermagem, médico psiquiatra, assistente social e terapeuta ocupacional). Por estar inserido em um hospital escola, também, tem como proposta a oferta de recursos didáticos para ensino e pesquisa na área de Psiquiatria e Saúde Mental para alunos de graduação em Enfermagem e Medicina, em nível de especialização para médicos residentes em Psiquiatria e profissionais da área da Saúde Mental, aprimorandos de Terapia Ocupacional, Psicologia e Serviço Social. É um espaço onde os pacientes passam o dia ou períodos deste, conforme suas necessidades e ou possibilidades, o que possibilita o tratamento sem que seja necessária a exclusão familiar e social. O tempo médio de permanência no Hospital Dia tem sido de dois meses. Considerando que os pacientes atendidos neste serviço são procedentes de municípios da DRS VI, estes são encaminhados à suas cidades de origem, caso esta contemple serviços de Saúde Mental em sua rede de atenção. No entanto, a carência de serviços especializados em Saúde Mental na maioria destas cidades faz com que os pacientes, após a alta do Hospital Dia sejam encaminhados ao Ambulatório Regional de Especialidades ou ao Ambulatório de Saúde Mental da UNESP, ambos na própria cidade de Botucatu. Em relação aos pacientes procedentes da cidade de Botucatu, após a alta estes são encaminhados para acompanhamento em ambulatórios (Ambulatório de Saúde Mental da Universidade Estadual Paulista – UNESP – Botucatu e Ambulatório Regional de Especialidades), e, dependendo da área de abrangência ao Centro de Saúde Escola (CSE). O município atualmente conta com Estratégias de Saúde da Família, e nestas unidades ocorre atendimento de Saúde Mental,

realizado pela equipe mínima de Saúde mental, composta por psicólogo e assistente social.

4.2 SUJEITOS

Fazem parte deste estudo nove pacientes, residentes no município de Botucatu, que concluíram o tratamento no Hospital Dia de Saúde Mental da Faculdade de Medicina da UNESP em 2008. Os critérios utilizados para escolha dos sujeitos consistiram na busca de pessoas que completaram o tratamento no Hospital Dia de Saúde Mental da UNESP no ano de 2008, residentes no município de Botucatu, que aceitaram participar da pesquisa e que puderam responder as questões estabelecidas para a entrevista.

Por ser esta uma pesquisa qualitativa, a amostragem foi definida a partir do critério de representatividade, buscando abranger a totalidade do problema em suas múltiplas dimensões, sendo saturada na nona entrevista. Segundo Minayo⁵⁰ numa busca qualitativa o pesquisador deve atentar-se com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão do grupo a ser estudado, tomando como critério de inclusão e ou exclusão dos sujeitos aqueles que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer.

4.3 COLETA E FONTE DE DADOS

A coleta de dados se deu no período de junho a início de agosto de 2009, após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, através de ofício nº 524/08 - CEP (Anexo 1). Inicialmente buscamos nos arquivos os pacientes que contemplavam os critérios estabelecidos para seleção. Após a localização dos pacientes

realizamos um primeiro contato, por telefone, com os possíveis sujeitos. Neste primeiro contato, convidamos os possíveis sujeitos a participar da pesquisa, explicando resumidamente sobre o trabalho e o motivo de sua seleção. Após anuência dos sujeitos, foi agendado um horário para as visitas domiciliares, considerando data e horário pertinentes ao entrevistado e entrevistador. Já neste primeiro contato os sujeitos mostraram-se receptivos em contribuir com a investigação e todos os que foram convidados a participar do estudo aceitaram o agendamento da visita domiciliar e a participação na investigação.

Uma relação de confiança já havia sido estabelecida entre pesquisadora e entrevistados durante o período de tratamento destes no Hospital Dia de Saúde Mental. Este fato facilitou o processo de interação com os sujeitos, que pareceram receptivos, descontraídos e à vontade durante a coleta de dados.

Os instrumentos utilizados para a coleta dos dados foram entrevistas semi-estruturadas, norteadas por um roteiro de perguntas (apêndice 1) e a busca documental. Para Bleger⁵¹, a entrevista permite maior flexibilidade para possíveis intervenções e possibilita investigação mais ampla sobre o entrevistado. Segundo o referido autor, a entrevista tem seus próprios procedimentos ou regras empíricas com as quais não só se amplia e verifica, como também ao mesmo tempo se aplica o conhecimento científico; além de constituir-se num processo ininterrupto de interação.

A entrevista é, também, um instrumento valioso de conhecimento interpessoal, conforme sendo colocada como um facilitador na apreensão de fenômenos, de elementos de identificação e construção do todo da pessoa do entrevistado e, de certo modo também do entrevistador, sendo, portanto, caracterizada como um encontro interpessoal preestabelecido⁵².

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora durante as visitas domiciliares, considerando os procedimentos éticos exigidos. Primeiramente, foi buscado estabelecer um clima descontraído que pudesse facilitar a entrevista e, nela, a expressão de cada sujeito. Foi interessante constatar que todos os sujeitos, inicialmente, perguntaram sobre os outros membros da equipe e dos pacientes que conheceram quando estiveram em

tratamento no Hospital Dia. Vê-se que a visita domiciliar propiciou essa fase de aquecimento, já que foi o entrevistado que recebeu o entrevistador em sua própria residência e, portanto, esta fase de aquecimento da comunicação foi iniciada pelo próprio entrevistado.

Os sujeitos se prepararam para a entrevista, se organizaram para uma recepção acolhedora e informal, alguns fizeram bolo e café da tarde na expectativa da visita. Importante relatar que algumas famílias, assim como os sujeitos, se prepararam para a visita, se organizaram em suas rotinas com o propósito de nos receberem em suas casas.

Após a fase de aquecimento da comunicação uma explicação preliminar sobre a pesquisa foi fornecida aos sujeitos, solicitando seu consentimento por escrito (apêndice 2). Após anuência dos sujeitos as entrevistas foram registradas em fita K7, com a finalidade de manter a fidedignidade dos depoimentos durante a sua transcrição. As fitas serão destruídas após o término do trabalho. O tempo médio de duração das visitas domiciliares foi de 1 hora e o das entrevistas foi de 30 minutos

Também efetuamos a consulta direta ao prontuário de cada sujeito do estudo, buscando dados que ampliassem as informações, ou seja, idade, estado civil, história de seu adoecimento, os tipos de tratamento em psiquiatria aos quais já foram submetidos, diagnóstico médico e encaminhamentos efetuados após a alta do Hospital Dia.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente as entrevistas foram transcritas na íntegra pela pesquisadora. Ouvir e transcrever as entrevistas possibilitou a garantia da fidedignidade dos registros, a captação das singularidades dos discursos, tanto pelo registro das palavras, como também, a percepção dos silêncios, dos risos, das repetições, dos sons e da entonação da voz. Cada encontro

foi particularmente revivido, neste momento, facilitando a emergência de reflexões sobre cada experiência compartilhada.

Em seguida, o conjunto das entrevistas foi submetido a várias leituras, utilizando-se a técnica da 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 e suspenda as motivações que dirigem habitualmente a atenção.”⁵³ (p.40)

Portanto, nesta fase, entramos em contato direto e intenso com o material coletado, através de várias leituras do mesmo, com o objetivo de deixar-se impregnar pelo seu conteúdo, sem a preocupação em apreender significados.

A fase seguinte constituiu-se na Análise Temática, sempre a partir de nova leitura das entrevistas, a fim de voltar à atenção para alguns trechos mais significativos das experiências pessoais, considerando a busca por respostas aos objetivos propostos.

Para Bardin⁵⁴ a Análise Temática ou Categorical é uma das possíveis técnicas a serem utilizadas na Análise de Conteúdo, sendo baseada em operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação, e, posteriormente, realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias. Portanto, este método recorta o conjunto de entrevistas através de uma grelha de categorias projetadas sobre os conteúdos, em busca de temas significativos ou unidades de significação.

A Análise Temática pertence à primeira fase do processo de Análise de Enunciação proposto por D’Urung⁵⁴, com a finalidade de dar tratamento qualitativo para os dados obtidos em situações abertas. É uma modalidade da Análise de Conteúdo, apóia-se numa concepção da comunicação como processo e não como dado e funciona desviando-se das estruturas e dos elementos formais. A técnica aplica-se particularmente ao tipo de discurso produzido pela entrevista não diretiva.

Para D'Urang⁵⁴, o discurso não é produto acabado, mas um momento num processo de elaboração, composto de contradições, de incoerências e de imperfeições, tendo a sua própria dinâmica. Portanto, a Análise de Enunciação consiste em apreender ao mesmo tempo os diversos níveis da dinâmica existentes nos discurso. Para tanto, requer uma organização do material coletado e sequencialmente as etapas de análise: Análise Temática, Análise Lógica, Análise Sequencial, Análise de Estilo e Identificação dos elementos Atípicos (as recorrências, as ambivalências, os lapsos, entre outros).⁵³ Neste estudo nos detivemos à Análise Temática, visto que a mesma mostrou-se suficiente em responder os objetivos propostos.

Considerando que a Análise Temática é transversal e recorta o conjunto de entrevistas através de uma grelha de categorias projetadas sobre o conteúdo, buscamos os temas significativos ou as unidades de significação. O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente do texto analisado⁵⁴. Para D'Unrug⁵⁴ o tema é uma unidade de significação complexa, de comprimento variável, tendo como validade a ordem psicológica e não a linguística, podendo ser constituído tanto por uma afirmação como por uma alusão. Desta forma, um tema pode ser desenvolvido em várias afirmações como também pode reenviar para diversos temas.

Nesta perspectiva, após o recorte das entrevistas para elaboração de uma grelha de categorias, partimos para a busca dos “núcleos de sentido” em cada uma das narrativas. A partir de então, os “temas” foram definidos.



*5 Apresentação e discussão dos
resultados*

5.1 BREVES HISTÓRIAS DOS SUJEITOS

*“Ando devagar porque já tive pressa
E levo esse sorriso porque já chorei
demais
Cada um de nós compõe a sua
história,
Cada ser em si carrega o dom de ser
capaz
De ser feliz”*

Almir Sater

Os sujeitos dessa pesquisa são pessoas com percursos distintos, particulares, cada um é único em sua história de vida. Apontar essas vivências, mostrar as experiências concretas e singulares do convívio com o transtorno mental e com o sofrimento psíquico inerente a esta condição, nos permite uma idéia de quem são esses sujeitos, particulares e únicos no grande palco da vida. A história de cada um e seus diferentes percursos foram buscadas por consulta direta ao prontuário do paciente.

Com o propósito ético de manter o anonimato desses sujeitos escolhemos nomes de pássaros para identificá-los.

“Sabiá”

“Sabiá” é um garoto de 24 anos, solteiro, católico, estudante universitário. Natural de São Paulo, onde viveu até os 19 anos. Mudou-se para Botucatu, em 2004, com seus pais, para cursar Agronomia.

É filho único, a mãe deixou o emprego para cuidar dele quando Sabiá adoeceu. A relação com o pai é mais distante, este tem dificuldades em demonstrar afeto e emoções; seu pai é bancário, está afastado do trabalho devido à doença ocupacional.

Estudou em um bom colégio, sempre foi o melhor aluno da sala, exigente consigo mesmo, de poucos amigos e muito comportado. Cursando

o colegial, aos 18 anos, apresentou o primeiro surto psicótico, apesar de haver relatos de aparecimento de sintomas aos 16 anos. Nesta época, foi internado em um Hospital Psiquiátrico em São Paulo, com delírios persecutórios, agitação psicomotora, insônia, alucinações auditivas e solilóquios. O tratamento com antipsicóticos permitiu que ele retornasse à escola. Porém, por perceber prejuízo em seu rendimento escolar diminuiu as medicações por conta própria, culminando em um novo surto, em 2003 e, conseqüentemente, uma nova internação.

Apesar das dificuldades, continuava muito esforçado, passou no vestibular e entrou na Universidade para cursar agronomia, em 2004. Neste mesmo ano, não suportou tantas mudanças. Sem seguir orientação médica, parou novamente de tomar as medicações e vivenciou o terceiro surto psicótico. Por estar morando em Botucatu, a família encontrava dificuldades em levá-lo ao tratamento em São Paulo e optaram por buscar atendimento no Pronto Socorro da UNESP, onde foi encaminhado ao Hospital Psiquiátrico e permaneceu internado por quatro meses. Após essa internação, pela primeira vez, foi encaminhado ao Hospital Dia de Saúde Mental, onde permaneceu, aproximadamente, um mês. A partir, de então, seu tratamento, que era realizado em São Paulo e constituído, basicamente, por consulta médica, passou a ser feito em Botucatu, na UNESP, através de consultas, psicoterapia e grupos ambulatoriais (encaminhamento feito pelo HD após permanência nesse serviço).

Em 2008 um quarto surto psicótico, novamente, interrompe sua rotina de vida. A dose da medicação antipsicótica, desta vez, foi diminuída pelo psiquiatra, à pedido de Sabiá. É internado em Hospital Psiquiátrico, por quatro meses e após, encaminhado ao Hospital Dia novamente.

No momento, está cursando o quarto ano de agronomia. Devido ao adoecimento, já não consegue ser o melhor, como sempre almejou, mas tem aprendido a lidar com suas limitações. Gosta de tocar violão, cinema, de música eletrônica e de computador. Tem poucos amigos, namorou uma única vez, sai de casa para estudar, não gosta de freqüentar balada, tem muita dificuldade em adaptar-se em ambientes estranhos.

“Cacatua”

Cacatua é uma mulher de 35 anos, casada, tem dois filhos, de 19 e 7 anos, católica, trabalhava como doméstica. É natural da Bahia (São Félix). Estudou até o primário. Mora com o marido e seu filho menor em um bairro pobre da cidade de Botucatu, de difícil acesso a meios de transporte.

Aos 28 anos, começou a mudar a maneira de se comportar, ficou agressiva com o marido e os filhos, com medo de sair de casa, deixou de cuidar de si, da casa, dos filhos e do trabalho. Mergulhou em um isolamento social absoluto. Em sua casa, não conversava com ninguém, falava apenas com as vozes que ouvia, perdeu o contato com a realidade, deixou de manifestar sentimentos.

Nesse sofrimento permaneceu por cinco anos sem tratamento, pois sempre que o marido a levava às consultas médicas era medicada para dor de cabeça, única queixa que relatava, já que não possuía nenhuma crítica sobre seu estado mental. Em 2008, após uma consulta médica na Unidade Básica de Saúde de seu bairro, foi encaminhada à triagem da psiquiatria da UNESP e de lá, ao Hospital Dia, onde permaneceu por cinco meses.

No momento, apresenta-se dócil, afetuosa, voltou a expressar sentimentos, a cuidar de si, da casa, do marido e dos filhos. Está feliz por ter retornado à vida. Fala do passado com tristeza e refere que estava sofrendo muito. Conversa com as vizinhas, gosta de passear e de fazer artesanato. Está animada e planeja voltar a trabalhar e frequentar um grupo de artesanato de seu bairro.

“Bem-te-vi”

“Bem-te-vi” é um moço de 26 anos, solteiro, operário em uma fábrica, está afastado do trabalho para tratamento de saúde, há, aproximadamente, 1 ano. Nasceu em Botucatu, onde mora com os pais e sua única irmã, mais velha.

Quando menino, “Bem-te-vi”, era quieto, não tinha muitos amigos. Concluiu o ensino médio e aos 14 anos começou a trabalhar com o pai que é carpinteiro. Porém, Bem-te-vi não gostava da profissão, sentia-se humilhado pelo pai, que segundo ele, o desprezava e desvalorizava suas tarefas. Por interferência da mãe, aos dezoito anos deixou de trabalhar com o pai, procurou emprego na fábrica onde está até hoje. O relacionamento com a mãe sempre foi bom.

Há, aproximadamente sete anos, apresentou a primeira alteração de comportamento, com sintomas paranóides e persecutórios. Nesta época, sentia-se perseguido pela polícia, achava que iam matá-lo, ouvia vozes. Devido a isso, deixou de sair de casa, de trabalhar, sempre estava ansioso e com muito medo., permanecia em alerta e passou a não dormir à noite.

Desde essa época, é paciente do Ambulatório de Saúde Mental da UNESP, com dificuldade em aderir ao tratamento, abandonou as consultas várias vezes por conta própria, e deixa de tomar as medicações. Assim como “Bem-te-vi”, sua família tem muita dificuldade em aceitar o seu adoecimento. Hora, buscam uma explicação orgânica para sua doença, hora, cobram de “Bem-te-vi” uma melhora, pois acreditam que melhorar depende exclusivamente de sua força de vontade. “Bem-te-vi” apresenta muitas recidivas dos sintomas, necessita de várias intervenções no Hospital Dia. Em 2008, esteve em tratamento no Hospital Dia por três vezes, e, devido à idéias paranóides e persecutórias, além de ideação suicida, foi internado por duas vezes no Hospital Psiquiátrico.

Atualmente, está melhor dos sintomas, menos ansioso, inclusive, coloca em dúvida o diagnóstico que os médicos lhe atribuíram. Gosta de caminhar, frequentar a igreja e dirigir. Relata sentir-se bem porque está conseguindo fazer tudo isso. Em sua última perícea médica do INSS, o médico solicitou alguns documentos extras, e “Bem-te-vi” ficou apavorado achando que seu benefício seria cortado, culminando em um infarto do miocárdio.

O trabalho é muito importante para ele, deixar tde receber o salário do INSS ou ser demitido da fábrica o deixa apavorado, pois sabe que terá que voltar a trabalhar com o pai. No entanto, vive em conflito, quer voltar a

trabalhar, mas sabe que todas às vezes que tentou, não conseguiu, mesmo sendo remanejado de função.

Em relação ao tratamento, têm frequentado, regularmente o Ambulatório e, quando em dificuldades procura orientação e acolhimento no próprio Hospital Dia.

“Beija-flor”

“Beija-flor” tem 57 anos, casado, tem três filhos (30, 25 e 26 anos). Nasceu em São Paulo e mora em Botucatu desde a infância. Trabalhava como colhedor de laranja. A infância de “Beija-flor” foi marcada por muita violência, seu pai era alcoolista e agressivo, faleceu há oito anos. Relacionava-se bem com sua mãe, que também, faleceu há seis anos. É o quinto filho de 11 irmãos. Era uma criança travessa, desobediente e não gostava de estudar. Não concluiu o ensino fundamental.

Muito jovem começou a fazer uso abusivo de álcool e outras drogas, está abstinente há treze anos, quando se converteu evangélico. Saía com muitas mulheres mesmo após estar casado. Era agressivo em casa, com a esposa e os filhos.

Há oito anos, quando passeava com o cachorro, ficou perdido, perambulou pelas ruas por dois dias, perdeu os documentos e a memória. A família não sabe o que aconteceu neste período. Foi internado em um Hospital Geral, onde se descartou causas orgânicas, sendo, então, encaminhado ao Ambulatório Regional de Especialidades para seguimento psiquiátrico. Melhorou em poucos dias e abandonou o tratamento.

Em julho de 2008, apresenta, novamente, alteração súbita de comportamento, com labilidade emocional, perda da memória, comportamento regredido e infantilizado, perda do controle de esfíncter urinário e queixas somáticas (cefaléia intensa, claudicação, desmaios, paralisia de braço e perna direita). Necessitava de ajuda para a locomoção, para a alimentação e para a higiene pessoal. Apresentava-se desorientado e não conseguia manter uma conversação coerente. Nesta época, enfrentava

alguns problemas em sua vida, havia sido suspenso o benefício que recebia do INSS há três anos, devido a problemas na coluna, o que garantia a sobrevivência da família. Além disso, sua filha, neta e genro, mudaram-se de sua casa para outra cidade, o que o deixou muito abalado. Então, foi admitido no Hospital Dia para elucidação diagnóstica.

Atualmente, retornou ao seu funcionamento anterior. Após muita espera, foi aprovada sua aposentadoria do INSS, a filha voltou a morar em sua casa e Beija-flor, parece que está voltando a encontrar sentido em seu viver. Ajuda a esposa no orçamento doméstico, vendendo salgados pela rua, planeja uma reforma em sua casa, voltou a cuidar de si e das pessoas com quem se relaciona. Está em acompanhamento ambulatorial na UNESP, não falta em nenhuma consulta e não deixa de tomar as medicações corretamente.

“Curió”

“Curió”, homem de 49 anos, solteiro, evangélico, ensino fundamental incompleto, tem uma filha adolescente, que mora em São Paulo e com a qual não mantém contato. Mora em Botucatu, com uma irmã, portadora de Transtorno Afetivo Bipolar e seu cunhado, que sofre de problemas ligados ao álcool.

Durante a infância era quieto, preferia ficar isolado em casa, não completou o ensino fundamental, tinha dificuldades para aprender. Na adolescência, começou a sair mais, ficou mais extrovertido. Tinha bom relacionamento com a mãe, que faleceu aos 63 anos. O pai, faleceu aos 64 anos, era agressivo e muito nervoso. Possui 6 irmãos, apenas dois vivos, todos com problemas psiquiátricos.

Aos 20 anos começou a apresentar alterações de comportamento, agitação psicomotora associada a sintomas psicóticos. Ficava irritado, agressivo, fugia de casa e andava muito (várias vezes, chegou a ir a pé para São Paulo), alucinações auditivas e conteúdo persecutório. Desde então, apresenta uma evolução cíclica, entre períodos de estabilidade e agitação

psíquica. Foi internado, por várias vezes, em Hospitais Psiquiátricos. Até o início da doença trabalhava como pintor de autos e pedreiro. O percurso de seu adoecimento, os abandonos dos tratamentos e as várias internações começaram a dificultar suas atividades laborais, recentemente foi aposentado por incapacidade pelo INSS. Em 2008 teve sua primeira experiência de tratamento no Hospital Dia, evitando nova internação em Hospital Psiquiátrico.

Gosta de desenhar, de fazer amizades, de andar de bicicleta e de passear pela UNESP. Atualmente, está em tratamento no Ambulatório de Saúde Mental da UNESP. Passa a maior parte do dia fora de casa, andando pelo campus da UNESP, visitando os amigos em vários setores, ajuda a irmã com as atividades da casa, a cuidar dela quando não está bem. Sente medo de perder o controle quando o cunhado está alcoolizado, então sai de casa sempre que ele chega assim.

“Calopsita”

“Calopsita” é uma moça de 28 anos, solteira, católica. Nasceu em Botucatu, onde mora com os pais e a irmã mais nova. Quando criança era quieta e comportada. Concluiu o ensino médio, fez um curso de auxiliar de dentista, mas nunca atuou na área. Trabalhou em vários seguimentos (salão de beleza, padaria, casa de família, vendedora autônoma). Não conseguiu permanecer em nenhum emprego por muito tempo, sente-se insegura e incapaz. Sempre teve poucos amigos, namorou uma única vez, por um curto tempo (1 mês).

Aos 12 anos sofreu um grave acidente automobilístico com sua família, onde apresentou traumatismo craniano grave, ficando em tratamento intensivo por muito tempo. Quando se recuperou, começou a apresentar comportamentos estranhos, agressiva quando contrariada, hiperssexualizada, diminuição da necessidade de sono, comportamentos inadequados na casa de estranhos, desinibida e sem crítica. No momento, está em tratamento no Ambulatório de Saúde Mental, está inserida em

várias atividades na Associação Arte e Convívio, participa do grupo de projetos do Ambulatório, faz aula de artesanato e de dança, planeja voltar a trabalhar como vendedora.

“João de Barro”

“João de Barro”, homem de 46 anos, casado, 3 filhos (25, 20 e 9 anos). Natural de Botucatu, onde mora com a esposa e a filha caçula. É o primogênito de uma família de 11 irmãos. Morou na fazenda até os 20 anos de idade. Começou a trabalhar na lavoura aos 11 anos, toda a família tinha que trabalhar para não serem expulsos da fazenda. Seu pai, que faleceu há 20 anos, era bravo, rígido, exigente, distante dos filhos. A mãe era mais atenciosa e mais próxima. Não concluiu o ensino fundamental, estudou até a 4ª série, apesar de bom desempenho na escola não podia ir à cidade para estudar, tendo que trabalhar para ajudar no sustento da família.

Na idade adulta, se casou, trabalhava como eletricista e em 2007, começou a apresentar sintomas depressivos, de início insidioso e progressivo, caracterizado por tristeza, desânimo, indisposição para as atividades de rotina, lentificação, irritabilidade, idéias de ruína, desvalia, ideação suicida, isolamento social, emagrecimento de 10 kg, choro fácil, diminuição da concentração. Neste contexto, sentia-se pressionado no trabalho, não conseguia mais dar conta das muitas responsabilidades que antes assumia, e se incomodava muito com a hostilidade que era tratado pelo seu supervisor e acabou pedindo demissão da empresa. Como “João de Barro” era o provedor em sua casa, a situação financeira ficou precária, a mulher começou a costurar, precisaram de ajuda social para conseguirem alimentação. Neste momento, a esposa o conduziu à procura de atendimento psiquiátrico, sendo encaminhado ao Hospital Dia, onde melhorou gradativamente dos sintomas.

Atualmente, está mais disposto e esperançoso, voltou a assumir algumas atividades em casa, realiza alguns trabalhos de eletricista. Ainda sente-se inseguro, com medo de voltar a trabalhar no mesmo ritmo que

trabalhava antes, e de adoecer, novamente. Está em seguimento psiquiátrico ambulatorial e psicoterapia.

“Andorinha”

“Andorinha é uma moça de 27 anos, solteira, não trabalha e não estuda, mora com os pais. Nasceu em Botucatu, onde passou a infância, com muitos amigos, mas nunca gostou de estudar, repetiu vários anos e completou o ensino médio. Tem muitos conflitos com o pai, sofria agressões físicas na infância, brigam muito, ele é alcoolista. Relaciona-se bem com a mãe e os irmãos. É a segunda filha, de uma família de três irmãos”.

Na adolescência viveu em Franca, mudando-se para lá, com seus pais, aos 12 anos. A partir dos 13 anos começou a fazer uso de bebidas alcoólicas e outras drogas, fazendo uso abusivo dessas substâncias até 2008.

Aos 19 anos, engravidou e ficou mais agitada, sofreu um abortamento aos cinco meses de gestação, e começa, então a apresentar mudanças mais acentuadas de comportamento. Arrumava a casa o tempo todo, sofreu um trauma craniano devido a uma queda quando estava alcoolizada, falava muito, discutia na rua, perambulava pelas ruas como andarilho e continuava fazendo uso abusivo de bebida alcoólica e vários tipos de drogas. Nesta época, retornou à Botucatu para tratamento. Foi internada por duas vezes em Hospital Psiquiátrico, aos 23 e 26 anos. Participou do grupo de dependentes químicos no Ambulatório da UNESP. Esteve em tratamento no Hospital Dia em 2008, encaminhada após sua última internação no Hospital Psiquiátrico, com alteração de comportamento, caracterizada por aceleração do processo psíquico, descuido pessoal, irritabilidade, idéias paranóides, fuga de idéias e ideação suicida. Melhorada, foi encaminhada ao Ambulatório de Saúde Mental, onde faz tratamento desde o início dos sintomas de aceleração psíquica, à psicoterapia e à Associação Arte e Convívio. Passa a maior parte do tempo dentro de casa, os conflitos com o pai continuam. Sente-se sozinha e triste, com muita dificuldade em encontrar

sentidos em sua vida. Frequenta o “grupo de projetos” do Ambulatório. Gosta de ouvir música, ler e namorar.

“Rouxinol”

“Rouxinol” é uma mulher de 36 anos, separada, 1 filho (10 anos). Nasceu em Recife e mudou-se para São Paulo, aos 2 anos, teve pouco contato com os pais, foi criada por uma irmã e o cunhado, que posteriormente, cometeu suicídio. É de uma família de 22 irmãos. Teve uma infância pobre.

Tem história de diversos episódios de descontrole de impulso e automutilações. Pensou em suicídio por várias vezes, mas não tinha coragem. Faz tratamento psiquiátrico e psicoterápico no Ambulatório Regional de Especialidades desde 2006. Foi casada por treze anos e, após traição do marido, separou-se. Piorou após a separação e falecimento da mãe. Embora ela não tenha tido muito contato com a mãe, pois, foi criada pela irmã e o cunhado, cuidou da mãe quando esta adoeceu e sentiu sua morte. Em um atendimento de urgência no Pronto Socorro, acompanhada de uma vizinha, apresenta ideação suicida e baixa continência familiar. Foi internada no Hospital Psiquiátrico, por 15 dias, quando é encaminhada ao Hospital Dia.

Atualmente, continua o tratamento no Ambulatório Regional de Especialidades, não voltou ao trabalho, tem muita dificuldade em cuidar da casa e do filho. Sente-se sozinha, sem apoio de sua família que não acredita e nem apoia seu sofrimento. Além disso, enfrenta dificuldades financeiras, pois, está afastada do trabalho e seu benefício do INSS está suspenso.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Na tentativa de melhor caracterizar os sujeitos o quadro abaixo nos fornece dados pessoais de identificação dos mesmos.

Quadro 1 – Caracterização dos sujeitos

SUJEITOS	SEXO	IDADE	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	RELIGIÃO	TEMPO TRATAMENTO (HD) EM DIAS	DIAGNÓTICO MÉDICO (CID 10)
SABIÁ	M	24	SOLTEIRO	SUPERIOR INCOMPLETO	CATÓLICO	72	F20
CACATUA	F	34	CASADA	FUNDAMENTAL	EVANGÉLICA	193	F20
BEM-TE-VI	M	26	SOLTEIRO	ENSINO MÉDIO	EVANGÉLICO	182	F20
BEIJAFLORES	M	57	CASADO	FUNDAMENTAL INCOMP.	EVANGÉLICO	60	F44
CURIÓ	M	49	SOLTEIRO	FUNDAMENTAL INCOMP.	EVANGÉLICO	83	F31
CALOPSITA	F	28	SOLTEIRA	ENSINO MÉDIO	CATÓLICA	65	F31
JOÃO DE BARRO	M	46	CASADO	FUNDAMENTAL INCOMP.	EVANGÉLICO	34	F32
ANDORINHA	F	27	SOLTEIRA	ENSINO MÉDIO	S/ RELIGIÃO	40	F31
ROUXINOL	F	36	SEPARADA	FUNDAMENTAL	CATÓLICA	30	F32

Observa-se que em relação ao sexo não houve predominância de nenhuma categoria, foram entrevistados cinco homens e quatro mulheres.

A idade dos sujeitos variou de 24 a 56 anos, com uma predominância na faixa etária de 24 a 30 anos (4 sujeitos), que se somada às faixas etárias de 31 a 40 anos (2 sujeitos) e 41 a 50 anos (2 sujeitos), temos um total de 8 sujeitos. Portanto, isto indica que a população deste estudo é constituída, em sua maioria, por adultos jovens, que se encontra em fase produtiva de suas vidas.

A maioria desses sujeitos possui vínculo conjugal, sendo estes os mais velhos, apenas um paciente, de 49 anos, é solteiro. Os sujeitos solteiros e separados são os mais jovens (entre 24 e 33 anos).

A maioria dos sujeitos foi encaminhada ao tratamento no Hospital Dia de Saúde Mental pelos serviços ambulatoriais. Possuíam, em geral, histórias longas de adoecimento psíquico, apesar de serem jovens, quatro deles já estiveram internados em Hospitais Psiquiátricos, anteriormente, dois tinham tratamento pregresso no Hospital Dia. Importante registrar que um sujeito, apesar da cronicidade e gravidade da doença, nunca havia recebido nenhum tipo de tratamento.

Observamos a predominância dos diagnósticos de transtornos afetivos, seguidos dos esquizofrênicos. Porém, um dos sujeitos apresenta diagnóstico de transtorno de personalidade.

Estes sujeitos permaneceram em tratamento no Hospital Dia por períodos que variaram de 30 a 193 dias. Considerando que o tempo médio de tratamento no Hospital Dia é de 60 dias, temos neste estudo pacientes, que devido às suas demandas excepcionais, permaneceram no serviço, por um tempo superior a esta média.

Após a alta do Hospital Dia todos foram encaminhados para atendimento com médico psiquiatra, em sua maioria, no Ambulatório de Saúde Mental da UNESP. Apenas um sujeito foi referenciado ao Ambulatório Regional de Especialidades (ARE). Além do atendimento médico, dois sujeitos foram encaminhados à psicoterapia e um ao grupo de projetos do ambulatório. Importante ressaltar que todos os pacientes que recebem alta, saem do serviço com os devidos encaminhamentos agendados pela equipe do Hospital Dia.

5.3 EIXOS TEMÁTICOS

Em busca de respostas aos objetivos propostos pela investigação, constatamos que o material apresenta-se bastante rico de significados, mas para o presente estudo nos limitaremos aos seguintes eixos temáticos e suas respectivas categorias:

1º Eixo: Possibilidades no Hospital Dia

- Resgate da vida anterior;
- Local de acolhimento;
- Estabelecer relações interpessoais.

2º Eixo: Assistência à Saúde Mental após alta do Hospital Dia

- Busca de cuidado.
-

5.3.1 Possibilidades no Hospital Dia

Este eixo temático aponta para os sentidos da assistência vivenciada por nossos sujeitos no Hospital Dia. Em busca de respostas aos objetivos de compreender como os pacientes egressos do Hospital Dia veem o serviço e conhecer se o serviço contribuiu para mudanças em suas vidas, percebemos uma correlação entre eles. Pelos discursos podemos observar que os sujeitos respondem a estes objetivos de forma complementar.

Os sentidos produzidos acerca da assistência neste serviço dizem respeito a ter o Hospital Dia como: resgate da vida anterior, local de acolhimento e estabelecimento de relações interpessoais.

A seguir, apresentamos as categorias que constituem este eixo temático:

5.3.1.1 Resgate da vida anterior

*“A vida são deveres que nós
trouxemos para fazer em casa.”
Mário Quintana*

Os sujeitos falaram sobre o impacto do adoecimento em suas vidas e as conseqüentes repercussões nas relações familiares, sociais, e de trabalho. Nos discursos, destacam o sofrimento causado pela cisão nas trajetórias de vida, nos projetos, nos desejos, como se a vida deixasse de ter sentido, devido às causas e conseqüências impostas pelo próprio adoecimento psíquico.

Vemos que as falas produzidas estão impregnadas de vivências que trouxeram danos, incapacidades, e deficiências decorrentes do adoecimento psíquico. Nessas, percebe-se o impacto causado pela doença e evidencia-se a separação de como eram as vidas antes e após o adoecimento.

“É, trabalhava muito, eu trabalhava quase que dia e noite, e tudo que eu ia fazer, que eu faço, eu quero fazer direitinho... Então, a situação chegou num ponto que...que eu fui...que eu percebi que eu...já estava, não estava dando conta mais do recado, entendeu?. Então, quando o chefe falava para mim, ah...passava dois, três serviços, eu, eu, eu corria lá no quartinho meu e já estava marcando num papelzinho, que eu não conseguia mais guardar na cabeça, não conseguia guardar, e quando vinha os serviços, essas coisas, que eu pegava o serviço para fazer, eu...eu...eu ficava com medo do serviço, eu não dava conta, eu não conseguia executar o serviço. E...às vezes, falava para mim assim, sei lá, eu preciso do serviço aí, e dava um prazo para mim, um horário para mim terminar o serviço, eu não conseguia mais fazer aquilo dentro do horário.” (João de Barro)

“Eu estava... não conseguindo fazer as coisas... eu estava... É... eu não conseguia levantar da cama, ficava o dia inteiro na cama... minha vida tava meio, meio sem sentido, né?...” (Calopsita)

“Eu estava me sentindo inútil, de uma hora para outra eu não consegui mais dar conta do serviço, dar conta de casa, né. Só, só ficava o tempo inteiro trancado no quarto, dormindo, e... não tinha ânimo para nada das coisas.” (João de Barro)

Estar na vida, desabilitados da capacidade de gerar sentido, com padrões de comportamento que diferem do esperado pela sociedade, refletem nestas pessoas, sentimentos de inutilidade, de perda da autonomia e desvantagens de poder nas relações interpessoais. Perder a capacidade de produzir algo implica em sofrer rechaços pela sociedade, sendo, portanto,

necessário que exista oportunidade de recuperação das desabilidades consequentes do sofrimento psíquico¹¹.

A interação com o sofrimento psíquico requer o entendimento das necessidades complexas dos indivíduos (assistenciais, relações humanas, familiares, trabalho e outras) e que estas necessidades devem ser consideradas na assistência. Vê-se a importância da inclusão do paciente na construção de projetos terapêuticos que contemplem mudanças nas vidas das pessoas, considerando que sempre é possível o melhoramento de qualquer nível de destruição humana que se parta¹⁴.

Observamos em todos os depoimentos uma relação complementar entre o “não estar bem” e o rompimento com as rotinas da vida anterior ao adoecimento, onde a perda da capacidade de gerar sentido emerge como um dos motivos pelos quais estes sujeitos solicitam a ajuda do serviço e apresentam desejos de poderem resgatar a própria vida.

As formas através das quais o paciente pode perder sua capacidade de produzir sentido são variáveis, como: não poder mais gerar trabalho, não poder mais gerar relações afetivas com o cônjuge, não poder mais gerar relações com seus filhos, não poder mais gerar relações e trocas sociais. Neste momento, o paciente necessita de ajuda e os serviços devem estar sensibilizados para entenderem suas necessidades, suas demandas e possibilidades, a partir de exercício contínuo onde se deve pensar mais sobre as vidas reais dos pacientes e as vidas reais dos serviços. Isto nos remete à reflexão de que as variáveis que determinam a evolução de uma doença mental estão parcialmente no tratamento que o sujeito recebe, mas, também, no tipo e na organização do próprio serviço que o atende¹¹.

Portanto, os elementos mais decisivos para a evolução do paciente, são os contextos onde o tratamento se dá, as motivações e as expectativas de quem oferece o tratamento, os modos afetivos e materiais com que são construídas propostas de vida para o paciente⁴¹.

Os sujeitos relatam suas percepções sobre a importância da variável serviço enquanto determinante da evolução das consequências que o adoecimento psíquico trouxe para suas vidas. Nas narrativas, o Hospital Dia, é visto como um serviço que possibilitou o resgate da vida anterior ao

adocimento, um lugar onde encontraram acolhimento necessário para iniciarem o processo de se refazerem novamente, sentiram-se ajudados nas demandas e, portanto, fortalecidos para a efetivação de mudanças em suas vidas.

“...se eu não estivesse passado pelo Hospital Dia eu acho que eu estava numa situação bem mais difícil, né. Eu acho que eu não teria conseguido... me refazer de novo. Eu não conseguiria melhorar, eu acho que se não fosse o Hospital Dia, eu acho que estaria sem memória ainda, estaria perdido, né. Eu estaria numa situação bem mais difícil e lá eu me encontrei.” (Beija-flor)

“...E lá no Hospital Dia eu, eu consegui retornar... ao que eu era antes, né”. (Calopsita)

“ Eu vejo que quando você tem essa oportunidade de estar no Hospital Dia e recuperar rápido, você retoma mais fácil as atividades...” (Sabiá)

Para estas pessoas, o serviço contribuiu para que mudanças fossem efetivadas em suas vidas. As narrativas apontam a existência do processo de resgate da vida anterior, o restabelecer trocas afetivas e sociais, de retomarem as atividades e a autonomia, enfim, de organizarem suas próprias vidas e sentirem-se inseridos na sociedade (família, amigos, trabalho).

Neste sentido, um elemento que apareceu com frequência nas narrativas é a restituição da condição de realizar tarefas, vistas como importantes, exercendo a autonomia e percebendo as próprias condições. Nossos sujeitos relatam a importância das tarefas de organização da casa, de atividades de lazer, de retornar aos estudos.

“Hoje já tenho vontade de sair, de passear, de programar alguma coisa, de fazer”... (Cacatua)

“Agora eu consigo, pelo menos em casa, fazer alguma tarefa em casa... É, eu ajudo minha mãe limpar a casa, assim, lavar a louça, que a minha mãe trabalha fora e trabalha com salgado em casa, também, não sobra muito tempo para ela e eu faço alguma coisinha, algum serviço e cuido da minha sobrinha.” (Andorinha)

“... fora de casa eu estou bem, agora eu estou melhor. Estou saindo de casa, estou...passeando de carro. O que eu mais gosto é passear de carro.” (Bem-te-vi)

“Eu retomei a faculdade que eu faço, eu retomei alguns estágios fora da faculdade, eu retomei alguns estágios na faculdade, eu retomei aula de guitarra que eu faço, eu retomei aula de inglês...” (Sabiá)

Percebe-se que cuidar do espaço em que se vive é condição primordial como garantia de responsabilidade e independência. A divisão das tarefas de casa solicita trocas e podem promover a inserção das pessoas em seu núcleo familiar enquanto participantes ativas das rotinas que compõem a vida doméstica.

Os indivíduos se ocupam de diversas atividades, como o trabalho, os estudos, as diversões, todas de extrema importância tanto para sua função pessoal como social⁵⁵. Dentre estas atividades estão incluídas as atividades de lazer. Dumazedier⁵⁶ conceitua lazer como um conjunto de ocupações às quais o indivíduo pode entregar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se, ou ainda, para desenvolver sua informação ou formação desinteressada, sua participação social voluntária ou sua livre capacidade criadora após as obrigações profissionais, familiares e sociais. Portanto, poderíamos definir lazer, como uma forma de utilização do tempo realizando uma atividade que se gosta de fazer.

As atividades de lazer se opõem à apatia, possibilitam aos indivíduos a apropriação de assuntos que podem ser compartilhados. Além disso, a escolha de uma atividade de lazer implica em iniciativa e busca pessoal³⁹. Desta maneira, os sujeitos valorizam as atividades de lazer no resgate de uma vida com sentido, sugerindo que estão retomando capacidades de desejar, de terem iniciativa, de poderem escolher o que lhes faz bem na vida. Curió relata,

“O que eu gosto de fazer, diariamente, de manhã, de manhã cedo, hora do almoço, de tarde, fazer exercício, ficar andando assim lá em volta do campus, lá em volta da quadra, em volta do salão, só que eu não corro, só ando normal.” (Curió)

O conteúdo apreendido sugere que as atividades de lazer não requerem complexidade de elaboração e sim, percepção do que proporciona bem estar. Embora não tenhamos como objetivo deste estudo a análise da psicopatologia, Curió tem um histórico de episódios de intensa aceleração e agitação psíquica, onde entre outros comportamentos, caminha por muitos quilômetros, por dias seguidos, sem crítica alguma de seu estado. Portanto, Curió, quando diz:

“...só que eu não corro, só ando normal.” (Curió)

remete às vivências de quando não está bem, demonstrando crítica em relação ao seu estado atual, ou seja, melhorado.

Por outro lado, o retorno às atividades que possibilitam a integração social, no caso os estudos, também aparece, onde o indivíduo pode ser reconhecido como alguém capaz.

Kinoshita⁵⁷ destaca a Reabilitação Psicossocial como um processo de restituição do poder contratual das pessoas, com a finalidade de ampliação da autonomia das mesmas, ou seja, ampliação de suas capacidades de gerar normas, ordens para suas vidas, conforme as situações que enfrentam. As condições determinantes para o poder de contratualidade dos

pacientes são a relação estabelecida pelos profissionais que o atendem e a capacidade destes profissionais em elaborar práticas que modifiquem as condições concretas de vida, a fim de que a subjetividade possa enriquecer-se e as abordagens terapêuticas específicas se contextualizarem.

Nesta ótica, a desabilitação é também empobrecimento da rede social, ou seja, dos lugares nos quais as trocas são possíveis, por meio de perdas qualitativas e quantitativas, inclusive no núcleo familiar. O fortalecimento das habilidades em melhorar as trocas sociais é percebido nas falas dos sujeitos, também enquanto fator positivo de mudanças em suas vidas.

“Eu nem cumprimentava as vizinhas... Agora, qualquer coisa a gente está conversando, sai, vai andar com as vizinhas, vai fazer alguma coisa...” (Cacatua)

“...eu acho que quando eu estava doente eu não tinha muita atenção para o Tiago, agora eu tenho mais atenção. Vou buscar ele na escola, já levo ele na escola. Já vou nas reuniões. Coisas que eu não estava fazendo...” (Cacatua)

“Ah...eu vou na igreja, vou no terço. Eu, eu, eu vou na aula de dança...depois que eu saí, que eu saí de lá do Hospital Dia eu comecei com a aula de dança...” (Calopsita)

“...sábado eu fui numa festa, num churrasco, já, já fiz mais amizade, num, antes, não, eu ficava quieto num canto, num, num, eu ficava mais encolhido num canto. Agora, não, agora eu estou fazendo amizade no orkut, no...no...em tudo lugar...” (Sabiá)

Considerando que a doença mental traz como consequência o estigma e o isolamento social, podendo haver um prejuízo nos níveis contratuais nos espaços sociais onde se estabelecem as relações, vemos

que os relatos demonstram a importância do relacionamento com os outros, os vizinhos, os filhos e os amigos. A doença mental não impossibilita os indivíduos de constituírem circuitos, trajetos e redes sociais. O transitar nos espaços urbanos é a possibilidade de construção de uma rede de sustentação de trocas afetivas, quando as pessoas têm a oportunidade de mostrarem suas capacidades e utilidades²⁷.

Segundo Saraceno⁴¹ a vida cotidiana se desenvolve em torno de vários cenários, espaços de trocas, onde se define o valor contratual estabelecido nas relações. De forma esquemática, o autor descreve que esta atuação se dá em três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho. Neste sentido, a Reabilitação Psicossocial implica em reconstrução da contratualidade dos indivíduos nestes três grandes cenários, facilitando-os à restauração da autonomia no melhor nível possível de suas funções na sociedade.

“É dentro destes cenários que temos o desenrolar das cenas, das histórias, dos efeitos de todos os elementos: dinheiro, afetos, poderes, símbolos, etc. Cada um com seu poder de aquisição neste mundo onde, às vezes, somos mais hábeis ou menos hábeis, mais habilitados ou menos habilitados.”⁴¹ (p. 15).

A escuta, a solidariedade, a afetividade, o experimentar gerar um confronto entre interesses do paciente e interesses do contexto, a possibilidade de modificar o contexto material de vida cotidiana das pessoas, a possibilidade de favorecer trocas afetivas, são instrumentos úteis, porém, difíceis de serem padronizados⁴¹.

Sair de casa, conversar, voltar a estudar é uma forma de inserção social, representa participação no mundo compartilhado, estar em espaços de trocas e possibilidade de atuação nos cenários. O deslocamento do doente mental do lugar de incapaz e excluído para o lugar de inclusão social, não ocorre apenas pela mudança de espaço físico, ou seja, não basta estar em casa. A apropriação da articulação dos detalhes do cotidiano, a maneira de agir e lidar com os objetos, espaço e tempo que se imprime a particularidade do mundo compartilhado, é que ordena a realidade

compartilhada ao sujeito e possibilita a inclusão na sociedade. A apropriação da articulação dos detalhes do cotidiano, a maneira de agir e lidar com os objetos, espaço e tempo que se imprime a particularidade do mundo compartilhado, é que ordena a realidade compartilhada ao sujeito e possibilita a inclusão na sociedade³⁹.

Dessa forma, a equipe de saúde em atuação no campo psicossocial necessita minimamente, de duas habilidades enquanto agente gerador de produtos de saúde: atendimento à população promovendo vínculo do cuidado em si e sustentação da situação de vínculo que os pacientes estabelecem com o serviço, produzindo ações de saúde no âmbito da coexistência social¹⁸.

Em busca do resgate da vida anterior, as dificuldades e desafios são inerentes ao processo e, também estão presentes nos discursos de nossos sujeitos, onde cada um relata de maneira diferenciada, encontrando recursos para lidar com as situações difíceis.

“Você volta a retomar as atividades que você tinha antes, com certas limitações, né, por causa do remédio, mas mesmo assim, você fica ah...é... mais...adepto àquilo que... você já reconhece melhor a sua doença, você já sabe quando você está com algum sinal negativo para procurar o médico, né...”
(Sabiá)

Demonstra que não há uma entrega à terapia medicamentosa, sem crítica ou poder de escolha, mas sim o entendimento de que a medicação é um dos recursos necessários em seu processo de tratamento. A busca de parte de sua história de vida contida no prontuário do paciente, amplia nosso entendimento da importância deste aspecto trazido por Sabiá. Sua relação com a terapia medicamentosa nem sempre foi esta, pois, anteriormente, quando se deparava com as limitações impostas pelas medicações psicotrópicas, abandonava o tratamento, culminando em quatro internações em Hospitais Psiquiátricos, e, conseqüentemente, em interrupções de sua trajetória de vida.

Rouxinol demonstra consciência de seus sentimentos e de sua realidade, mostrando-se como protagonista do processo vivido.

“Eu não sei por quê... porque que eu não consigo reagir, ou porque ajo de outra forma, eu não sou uma pessoa de palavras, para agredir palavras, então me calo e aquilo ali me faz mal. Você entendeu? Fora o dia que...estou tendo ainda que fazer bastante esforço para lidar com a minha realidade, porque ... estou sozinha...” (Rouxinol)

Assim, aparece a questão da solidão enquanto sofrimento. A partir da consideração que solidão é um sentimento no qual uma pessoa sente uma profunda sensação de vazio e isolamento, pode ser pensado que a narrativa traz mais do que o sentimento de querer uma companhia ou querer realizar alguma atividade com outra pessoa. A vida de Rouxinol é marcada por abandonos e perdas, a mãe a abandonou quando pequena, mais tarde houve o falecimento de quem a criou, a separação do marido, além de sentimento de grande desamparo no processo de adoecimento.

As desavenças e desarmonias familiares são trazidas por Curió. Entendemos que estas desarmonias produzem sobrecarga emocional e, podem ser fatores determinantes na piora de sintomas ou conseqüentes do próprio transtorno mental. Curió tenta se afastar quando os desentendimentos estão presentes, com medo de perder o controle, elabora sua estratégia de proteção.

“...por causa do meu cunhado que estava bêbado ontem, chegou bêbado, ele queria provocar, não provocou eu, provocou ela, (aponta para sua irmã) eu saí vazado, antes de provocar eu saí, ó, se não eu bato, brigo com ele, aí ele xingou eu, começou a xingar, não foi, Luísa? A hora que eu saí começou a xingar...” (Curió)

As narrativas de Rouxinol e Curió nos remetem à importância de espaços de acolhimento, tolerância e convivência com aquilo que na vida subjetiva encontra-se na ordem do intratável, do sofrimento inevitável, do que não tem remédio nem nunca terá, além dos recursos terapêuticos para diminuir o sofrimento psíquico⁵⁸.

Neste sentido, o conceito de resiliência emerge como fundamental no processo de Reabilitação Psicossocial. O conceito, original da física, tem sido utilizado como a capacidade de alguns indivíduos de enfrentarem adversidades acumuladas e estresse sem prejuízos para seu desenvolvimento⁵⁹. Torna-se, portanto, relevante a importância dos serviços em pensar e considerar as condições adversas que os pacientes enfrentam, antes, durante e após o tratamento.

Mais uma vez, o conteúdo apreendido dos relatos nos remete à questão da desabilidade abordada por Saraceno⁵. O autor considera que a reabilitação não é apenas passagem de um estado de desabilidade para um estado de habilidade, ou de incapacidade para capacidade. Para o autor estas noções não se sustentam quando descontextualizadas do conjunto de determinantes presentes nos locais em que ocorrem as intervenções. Isto no leva à reflexão de que a reabilitação é ampliada de acordo com as possibilidades de estabelecimento e novas ordenações para a vida. Desse modo, não há uma fronteira delimitadora dos que passaram a estar aptos à vida e não aptos à vida, seja ela no âmbito pessoal, social ou familiar.

Portanto, no trabalho em Saúde Mental, a pessoa acometida pelo transtorno mental necessita de uma abordagem que esteja atenta às várias dimensões da vida humana. Nesta abordagem, o cotidiano da vida passa a fazer parte do programa terapêutico, e a atenção em Saúde Mental é voltada para a participação junto com o outro da relação, na reconstrução de sua vida, estando além da medicalização ou da psicoterapia⁶⁰.

A condução da terapêutica medicamentosa durante o tratamento emerge como fator considerado importante pelos nossos sujeitos. Nos discursos percebe-se que os sujeitos não assumem o papel de passividade frente à medicação, sugerindo que, também, existe a consideração de serem protagonistas do seu adoecimento.

“... e uma coisa que eu achei que foi bom também, que reduziu bastante as minhas medicações enquanto eu estava lá...isso.” (Andorinha)

“...eu achei que ocorreu bastante mudanças positivas, né, porque vai reduzindo o remédio, você não ficando tão lento... Você não fica tão impregnado de medicação, né...você volta para o convívio social...” (Sabiá)

As práticas que utilizam o dispositivo da medicalização podem ser libertadoras quando a medicação é utilizada como um intercessor, considerando as variáveis que determinam tanto a experiência da sanidade quanto a da loucura. Por outro lado, alerta que, também podem ser utilizadas como produtoras de infantilização, segregação e culpabilização⁶¹.

Nos discursos anteriores, é percebido como os efeitos colaterais dos psicofármacos podem interferir e comprometer a vida social do paciente. Sabemos que doses altas de neurolépticos não apresentam vantagens em relação às doses terapêuticas. Além disso, provocam sintomas indesejáveis, principalmente em nível neurológico. Um efeito colateral muito comum na utilização de medicações antipsicóticas é a Síndrome Parkinsoniana, também conhecida por reação extrapiramidal ou impregnação neuroléptica. É caracterizada por hipocinesia, hipomimia, fala monótona, hipertonia muscular, sinal da roda denteada, marcha em monobloco, acatisia, tremores de mãos e língua, seborréia facial, distonias, disartrias, disfagias, inquietação, crises oculógiras e sialorréia.

Os registros demonstram vários abandonos de tratamento, o que sugere que a experiência negativa da impregnação neuroléptica marcou a vida de Sabiá. Provavelmente, devido às dificuldades impostas pelos efeitos colaterais da medicação, vê-se a importância da utilização de doses mínimas terapêuticas com o objetivo de se evitar este efeito indesejado. Sabemos que não existem antipsicóticos isentos de efeitos colaterais, mas um tratamento individualizado, cauteloso, que possibilite a detecção precoce de efeitos adversos, diminuição de dose, troca por outra droga, suspensão

de associações desnecessárias, são estratégias importantes na prática medicamentosa. Neste sentido, na relação médico-paciente-famíliares, destaca-se a necessidade de um olhar individualizado, que possibilite troca de informações sobre as desvantagens e vantagens entre sintomas e efeitos colaterais⁶².

Atividades que nos podem parecer simples, que fazem parte da vida cotidiana, podem se tornar complexas diante do adoecimento psíquico. Os cuidados pessoais básicos, como tomar banho, é citado por Cacatua, que enfatiza a importância da restituição da capacidade de realizar tal atividade em busca do resgate da vida anterior.

“Tô me cuidando, tô tomando banho, coisa que eu não tomava banho (risos). Tô tomando banho, tô melhorando...” (Cacatua)

Além de importante para a saúde, a higiene do corpo é fundamental nas relações sociais.

Enfim, parece que a vida mudou, porém nem tudo ainda foi alcançado. No entanto, os desejos de mudanças e projetos futuros são identificados no discurso de Calopsita, que apresenta como principal perspectiva o retorno ao trabalho.

“Então, eu não estou muito segura para trabalhar. (Silêncio) Eu penso em trabalhar, mas eu tenho medo ainda...Ah, de não conseguir trabalhar, de dar errado...” (Calopsita)

O trabalho é um importante instrumento de emancipação reconhecimento social, representando muito mais que a garantia de renda e de acesso a bens de consumo, se configura em um recurso que promove o autoconhecimento e a auto-realização, além de auxiliar na diminuição da ociosidade Sabemos que não existem antipsicóticos isentos de efeitos colaterais, mas um tratamento individualizado, cauteloso, que possibilite a detecção precoce de efeitos adversos, diminuição de dose, troca por outra

droga, suspensão de associações desnecessárias, são estratégias importantes na prática medicamentosa⁵⁷. Neste sentido, na relação médico-paciente-familiares, destaca-se a necessidade de um olhar individualizado, que possibilite troca de informações sobre as desvantagens e vantagens entre sintomas e efeitos colaterais⁶².

No entanto, não podemos desconsiderar o contexto capitalista vigente na sociedade atual, o ideário neoliberal e o conseqüente aumento das desigualdades sociais. A contemporaneidade traz como ideal o trabalhador sempre pronto, disponível, com capacidade de responder às demandas do sistema produtivo, e a culpabilização e aceitação do fracasso como experiência individual²⁹. Portanto, o capitalismo globalizado em moldes neoliberais, traz inúmeras conseqüências, entre elas, o aumento da miséria e da marginalização econômica e social.

Neste sentido, o Ministério da Saúde⁸ aponta que as associações de usuários que se constituíram ao longo do processo da Reforma Psiquiátrica, têm manifestado a necessidade de projetos de trabalhos articulados com a rede de serviços. A inclusão social pelo trabalho no campo da Saúde Mental tem encontrado na economia solidária a possibilidade de propostas concretas.

Na Reabilitação Psicossocial proposta por Saraceno⁴¹ o trabalho enquanto valor social é visto como a possibilidade de construção do aumento de capacidade contratual dos portadores de transtornos mentais. Para ele, trata-se de:

“que sejam modificadas as regras do jogo, de maneira que desse participem fracos e fortes, em trocas permanentes de competências e interesses”.⁴¹ (p.113)

Percebe-se que as vidas das pessoas se desestruturam com o adoecimento psíquico, mas, também vê-se que ações transformadoras podem possibilitar o resgate da vida anterior. Além disso, apesar da dificuldade existente na tarefa de mudar, as pessoas deste estudo, não desistiram.

5.3.1.2 Local de acolhimento

As narrativas demonstram que os sujeitos vêem o Hospital Dia como local continente ao sofrer psíquico. Isso é possível devido às estratégias baseadas no acolhimento, na consideração das subjetividades, na escuta, enfim, na promoção da autonomia e no exercício da cidadania dos portadores de transtornos mentais.

Acolhimento, segundo o dicionário Aurélio⁶⁴ é o ato ou efeito de acolher; recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho. O acolhimento na área da saúde, como produto da relação trabalhadores da saúde e usuários vai além deste conceito, passando pela consideração da subjetividade, escuta das necessidades do sujeito, processo de reconhecimento de responsabilização entre serviços e usuários, além de possibilitar a construção do vínculo⁶⁵.

O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém.

Neste sentido, a Política Nacional de Humanização do SUS⁶⁶ inclui o acolhimento em suas diretrizes, considerando sua importância ética, estética e política. No sentido ético devido ao compromisso com o reconhecimento do outro, acolhendo-o nas diferenças, nas dores, nas alegrias, nos modos de viver. Na esfera estética porque possibilita a invenção de estratégias conectadas com a vida e o viver, através das relações e encontros do dia-a-dia. No sentido político implica no compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros.

Os sujeitos referem que o serviço possibilitou o entendimento de suas próprias condições. O acesso às informações aumenta a participação das pessoas no processo de tratamento, promove autonomia e cidadania.

“E através desse Hospital Dia, do tratamento que eu recebi lá, eu pude... eu pude ter idéia do que estava acontecendo comigo. Eu comecei a entender que eu precisava mesmo do tratamento, dessas coisas, né, e fui buscar onde tivesse esse tratamento, né, tinha que buscar.” (João de Barro)

“...achei que as pessoas têm paciência com a gente, e...parece que é mais fácil ver o que a gente está tendo...” (Cacatua)

O sucesso do tratamento encontra-se diretamente relacionado ao modo de como o paciente compreende sua doença e o que faz a partir disto. Reconhecer e aceitar a doença e a situação são essenciais para o entendimento do paciente sobre sua necessidade de tratamento e a forma de como conduzirá este processo³⁵.

As expectativas que o ambiente deposita sobre as pessoas são talvez a cobertura maior para envolvê-las, ajudá-las ou esmagá-las. Para tanto, é solicitado dos profissionais envolvidos no cuidado:

*“a oferta de uma relação de confiança com o mundo, com nosso nível de escuta, de crédito, de dignidade, de encontro e de momentâneos depósito de mal-estar, é um esforço emotivo, não só um esforço profissional de repartir a cada vez a construção de uma relação com o paciente em crise. Isso requer a colocação de nossa energia pessoal à sua disposição, para que este sujeito destruído possa ser ‘aquecido’ e possa pensar que vale a pena tentar outra vez.”*¹⁴(p. 29)

Para os sujeitos, o serviço ofereceu um “bom tratamento” no sentido em que percebem que suas necessidades foram acolhidas, a consideração da subjetividade esteve presente na dinâmica do cuidado. Neste sentido, Beija-flor refere

“...eu fui tratado muito bem. Todos os exames de que foi necessário fazer na minha pessoa foi feito, né. Todas as coisas que foi necessário fizeram por mim, né eu tive uma recuperação porque, teve um

tratamento bom, tive um tratamento bom, né, e as pessoas que está... que estão lá ajudam muito a gente, né, têm consciência do que está acontecendo com a gente...” (Beija-flor)

Considerando o cuidado ampliado no atendimento na área da Saúde Mental, o acolhimento do paciente, encontra-se além de estar do outro lado de uma mesa, observando seu comportamento, mas estar disposto a recebê-lo e estar com ele na situação, participando, tentando apreender um código desconhecido⁶⁷, ou seja, conforme cita o sujeito acima: um local com pessoas atentas às necessidades, que ajudam porque entendem o sofrimento.

Vê-se a importância do serviço ter a atenção voltada ao paciente, considerando sua complexidade, sua subjetividade, suas condições materiais de vida e suas relações sociais, onde a escuta é um instrumento importante nesta prática.⁶⁸

A escuta e o cuidado ao sofrimento psíquico apresentado são percebidos pelos sujeitos, também pela possibilidade do serviço proporcionar oportunidades de organização interna, o que os ajuda a retornarem à realidade e retomarem suas atividades.

“...eu acho que me ajudou bastante, porque eu cheguei lá muito acelerada. Sabe, eu fiquei muito agitada, não conseguia executar tarefa nenhuma, assim, não conseguia fazer nada. ...e estando lá, eu estava muito desregrada, também, aí estando lá, eu achei que me disciplinou um pouco, sabe? Eu voltei a ter um pouco de disciplina, porque eu não conseguia fazer nada, praticamente.” (Andorinha)

As atividades de um serviço de Saúde Mental devem ser promotoras da conservação ou ativação da relação do paciente com o mundo externo⁶⁷. Esse aspecto encontramos no relato de Sabiá:

“...lá no Hospital Dia, não, você só tem contato com coisas que existem ,né, não tem assim, meio termo.”

(Sabiá)

Estar em contato com a realidade sugere que Sabiá nos fala da importância de sentir-se inserido no mundo real, onde as relações acontecem, onde, realmente se vive. Os registros demonstram que Sabiá tem experiências de tratamento em hospitais psiquiátricos tradicionais o que nos leva a pensar que ele reflete criticamente sobre essas experiências anteriores. Historicamente, na instituição psiquiátrica fechada pode ocorrer uma ruptura do contato com a realidade no sentido de que a pessoa é seqüestrada e isolada de seu mundo real com o propósito de tratamento.

A capacidade para acolher, também, é oferecida, conforme assinalam os sujeitos, a partir da escuta e compreensão em relação ao momento em que vivenciam, caracterizando o que eles chamam de “um lugar melhor”. Como visto anteriormente, os sujeitos deste estudo, em geral, passaram por experiências anteriores de tratamento, possuem histórias longas de adoecimento psíquico. Apesar de serem jovens, quatro deles já estiveram internados em Hospitais Psiquiátricos e, inevitavelmente, fazem comparações que evidenciam suas necessidades em receberem atenção e estabelecer vínculos que poderão auxiliá-los a superar a situação vivenciada no momento.

Nas falas de Sabiá percebe-se a vivência com práticas de cuidado pautadas no modelo manicomial das instituições psiquiátricas tradicionais, onde o cuidado é fragmentado, as relações de poder disciplinar estão estabelecidas e se traduzem por meio de condutas invasivas e violentas.

“Ah, eu acho muito bom, porque... eu saí de uma atmosfera ruim, que era a primeira internação no Cantídeo e fui para um lugar melhor, né, que você não fica tão tenso, né... Se existisse Hospital Dia que pudesse dormir lá mesmo eu acharia que seria uma boa idéia... do que passar por internação, a gente tem que ficar amarrado, as pessoas são agressivas, você

toma remédio, muita injeção, sem motivo, aparente...

(Sabiá)

Assim, observamos que Sabiá requisita para seu tratamento, um “lugar melhor”, um outro tipo de cuidado, onde possa encontrar espaço de escuta e acolhimento para o sofrer. Demonstra resistência à estrutura manicomial, caracterizada por práticas de medicalização excessiva, de posturas rígidas e violentas.

Por outro lado, Andorinha que nunca esteve internada em um Hospital Psiquiátrico e tem como referência de tratamentos anteriores os serviços ambulatoriais, sugere certa “dependência” do serviço.

“...eu chego a sentir falta de lá, assim, na época eu senti medo de sair de lá, eu me senti muito segura lá dentro, assim, sabe...” (Andorinha)

Assim como Rouxinol que tem a experiência de tratamento em instituição psiquiátrica.

“Bom... Foi de grande ajuda, porque do tempo que eu cheguei lá, pelo que eu me recordo, eu não estava bem mesmo. Aliás, eu estava bem ruim ...Éeee, tanto que no tempo que eu saí, eu saí bem de lá, mas... aqui fora.... é muito diferente de estar lá.” (Rouxinol)

Assim, a vida que é produzida dentro dos serviços parece não se estender à vida externa⁶⁷. Diante dessa constatação, parece necessário que o serviço esteja atento a esta forma de dependência, que sutilmente pode se instalar no processo de cuidado. A pessoa que recebe o diagnóstico de um transtorno mental, carrega consigo a anulação de seu poder contratual e passa a existir apenas em sua dimensão de doente, anulado enquanto sujeito social. Nesse sentido, a Reabilitação Psicossocial é considerada como a possibilidade de reconstrução do poder contratual dos pacientes com o propósito de que participem do processo de trocas sociais. Para tanto,

reconstruindo ou descobrindo com o sujeito espaços externos ao serviço, onde seja possível o exercício de autonomia. Trata-se, portanto, de investir em cuidados que proporcionem ao indivíduo atuação nos vários cenários da vida⁵⁷. Estar atento e cuidar desta situação, é importante para o processo de enfrentamento das múltiplas demandas sociais.

O sentimento de ter sido acolhido também aparece, tendo como pano de fundo o tratamento medicamentoso, porém, destaca-se a necessidade da consideração da subjetividade, no sentido de que a medicação é considerada um instrumento facilitador de inserção social.

“Teve mudança porque, no meu caso, como eu tomava muita medicação, e lá foi adequada até ficar numa medicação que eu fiquei estabilizado...eu achei que ocorreu bastante mudanças positivas, né, porque vai reduzindo o remédio, você não ficando tão lento, você não fica tão...é, como que eu posso dizer? Você não fica tão impregnado de medicação, né.” (Sabiá)

Os discursos sugerem que a terapia medicamentosa realizada com critérios e cuidados é valorizada pelos sujeitos. No entanto, centralizam as possibilidades de tratamento na medicação. Esse fato pode ser explicado devido às vivências anteriores de altas dosagens medicamentosas e, os consequentes efeitos indesejáveis destas medicações pelos quais Sabiá e Andorinha já foram submetidos.

“... é bom porque ele ajuda na diminuição dos remédios, né, porque você está, com uma alta... um alto...tomando bastante remédio e meio que te facilita para viver em sociedade, assim.” (Sabiá)

“.. e uma coisa que eu achei que foi bom também, que reduziu bastante as minhas medicações enquanto eu estava lá...isso.” (Andorinha)

A associação de tratamentos biológicos e psicossociais favorece a utilização de doses menores de medicação para o controle sintomatológico, reduzindo os riscos de efeitos colaterais e favorecendo o trabalho de inserção social⁷⁰.

Por outro lado compreende-se que as atividades realizadas no serviço pesquisado são componentes necessários do tratamento. Os discursos mencionaram as atividades que possibilitam o exercício de rotinas da vida diária, como tempo para dormir, para se alimentar, se relacionar, ter lazer. Isso nos aponta para a reflexão da importância dos espaços informais serem significativos e utilizados pelos pacientes e, portando, de que um serviço não se constitui apenas de espaços formais, como grupos, oficinas terapêuticas, atendimentos individuais, pois, o contato com o mundo é permanente e direto, no qual o paciente participa da vida e está entrelaçado por eventos cotidianos.

Curió cita a importância da refeição no serviço, nos remetendo à reflexão de que os horários de refeições também se constituem em espaços de socialização e trocas. O cuidado deve ser processado, realmente, no enfrentamento do cotidiano, por meio do uso do tempo, espaço, objetos e inter-relações, ajudando a pessoa que necessita readquirir ou adquirir a habilidade para efetuar trocas e escolhas.

“Eu acho que...eu gostei muito do Hospital Dia...eu gostei de ficar internado no Hospital Dia, eu gostava da comida...das atividades, gostava das atividade que tinha lá, gostava de fazer desenho, é mais desenho...”
(Curió)

Assim, o serviço é visto pelos sujeitos ouvidos como um local que possibilita o resgate das potencialidades.

“E... de uma certa forma, é..., é confortável, sim, porque eu tava sendo útil, me sentindo útil, entendeu? É porque lá eu estava fazendo algo para mim... É como se eu estivesse me fortalecendo...” (Rouxinol)

“Era os desenhos...eu gostava de desenhar. Fazia bem, fazia estrela, coração, os prédios... Planta de casa, carrinho, fiz um carrinho lá, fiz um fusquinha (rindo).” (Curió)

As pessoas, ainda que adoecidas, podem exprimir capacidades de relação, de produção, de criatividade, de trabalho⁶⁸.

Desse modo, os sujeitos trazem a ideia de que o serviço é continente ao adoecimento e sofrimento psíquico apresentado. Essa capacidade de conter, acolher a pessoa é percebida como fundamental no tratamento.

A importância da presença do profissional com disponibilidade e atenção para o atendimento é trazida por Sabiá.

“... Fora atenção que você tem, você tem atividade, você tem mais tempo de passar com os médicos...”
(Sabiá)

O discurso traz a questão da valorização da pessoa do sujeito no cuidado. Embora sugira, também, a valorização da atuação médica, apontando para uma visão médico-centrada. Vê-se que grande parte dos sujeitos ouvidos, tiveram experiências anteriores em serviços tradicionais, somado ao imaginário coletivo que ainda é carregado da assistência médico centrada.

5.3.1.3 Estabelecer relações interpessoais

Historicamente, a doença mental é um fenômeno psicossocial pouco compreendido, aceito e, de certa maneira, temido pelas pessoas. A possibilidade de convivência com outros pacientes durante o tratamento é compreendida por nossos sujeitos como facilitador da aceitação da própria condição, aliviando a dor e o medo da loucura.

“E através desse Hospital Dia, do tratamento que eu recebi lá, eu pude... eu pude ter idéia do que estava acontecendo comigo, e... eu pensei que eu estava sozinho nesta situação. Eu pensei que era só eu que tinha esse problema, sabe? ... eu pude ver que eu não estava sozinho nesta situação. Que eu... que tinha pessoas lá que, conversando com as pessoas que estavam lá, que tinham passado, estavam passando pelo mesmo problema que o meu.” (João de Barro)

Vê-se no relato a importância do trabalho em grupo, enquanto promotor da melhora da comunicação, favorecedor de suporte, estimulando o desempenho de papéis saudáveis e possibilitando a criação de vínculos que diminuem o sentimento de solidão⁷⁰.

Assumir a doença mental pode implicar em assumir que não se tem controle da vida, do comportamento, é ser desacreditado, é perder sua cidadania e direitos enquanto pessoa³⁵. No entanto, o reconhecimento e a aceitação da doença são importantes na condução do tratamento. O acesso às informações é um fator importante que influencia a participação no processo de tratamento.

A própria família do portador de doença mental traz estigmas e preconceitos em suas representações sobre o adoecimento, onde o doente mental é visto como alguém que faz coisas diferentes que as pessoas normais, sendo caracterizado como um ‘estranho’, com padrões e comportamentos não aceitos, e, portanto, passíveis de rejeição pelo grupo social. Assumir a doença mental pode implicar em assumir que não se tem controle da vida, do comportamento, é ser desacreditado, é perder sua cidadania e direitos enquanto pessoa³⁵. No entanto, o reconhecimento e a aceitação da doença são importantes na condução do tratamento. O acesso às informações é um fator importante que influencia a participação no processo de tratamento³⁶.

No entanto, a consideração do serviço enquanto espaço de convivência e de oferta de recursos terapêuticos grupais, pode possibilitar às pessoas acometidas pelo transtorno mental, o contato com outras pessoas,

onde as relações interpessoais se estabelecem. Nestes encontros a universalidade presente, possibilita o encontro de pessoas que se identificam na dor, amenizando as dificuldades de estar sozinho na 'estranheza'.

“Ah, um serviço bom, que me ajudou bastante, aprendi muitas coisas com os outros, com os outros pacientes, aprendi a lidar com os problemas... aprendi... eu pensava que só eu que tinha esse problema aí de perseguição, de... de problema, de tudo... Mas eu vi que outras pessoas têm também. Não é só comigo não.” (Bem-te-vi)

A universalidade pode ser entendida como um reforço ao incentivo da esperança. É caracterizada pela exposição às experiências comuns e pelo aprendizado de que os membros não estão sozinhos. Por meio da solidariedade aos problemas alheios, apesar das particularidades individuais, é possível que os indivíduos percebam que não são os únicos com dificuldades e que suas dúvidas podem ser solucionadas⁷².

A reconstrução de uma rede de laços de cumplicidade e afetividade com os profissionais e outros pacientes podem favorecer formas de ajuda recíproca onde um paciente pode se tornar uma referência e um apoio a outro em maior dificuldade⁶⁸.

Por outro lado, isto nos leva à reflexão sobre a consideração do ser humano a partir das relações, apresentando a dimensão da alteridade. Nesta dimensão, o outro é alguém essencial em nossa existência, no nosso próprio agir, é alguém necessário para a própria compreensão de mim mesmo⁷³.

A alteridade é vista como essencial no processo de Reabilitação Psicossocial, onde o paciente tem o direito e a necessidade de “outro”. O rompimento com o modelo manicomial é considerado importante pela possibilidade de construção de serviços voltados para a reconstrução de histórias subjetivas, espaços que sejam lugares de experiência. Assim, a troca deve preceder e definir a relação, e não o contrário, ou seja, só a

construção de espaços de troca podem gerar relações, enquanto a construção da possibilidade das relações não gera espaços para a troca⁴¹.

Dessa maneira, o espaço de tratamento é percebido pelos sujeitos deste estudo como possibilidade de estabelecerem relações interpessoais por meio de trocas, ou seja, um lugar onde é possível existir, viver, trocar com o outro.

“ Ah, lá eu consegui... é... ter bastante amigos, também.” (Calopsita)

“... no grupo ali, é... nós acabávamos tendo uma afinidade mais com um que com outro, então, você acaba tendo um vínculo também, né, e de certa forma, aprendendo também.” (Rouxinol)

Percebe-se que estas relações são similares aos relacionamentos interpessoais estabelecidos na vida, com familiares e amigos. Nos relacionamentos interpessoais, também, varia o grau de encaixe e sintonia das pessoas, podendo haver desejos de aproximação ou de distanciamento⁷⁴.

Em relação à apreensão de como os egressos tem tido continuidade ao processo de tratamento, do material obtido, elegemos um único tema:

5.3.2 Eixo temático: Assistência à Saúde Mental após alta do Hospital Dia

Neste, contemplamos as vivências de tratamento de nossos sujeitos após a alta do Hospital Dia, os equipamentos de saúde e os recursos terapêuticos utilizados na continuidade ao processo de tratamento. Neste sentido, uma única categoria, a busca de cuidado, emerge nos discursos, sendo apresentada a seguir:

5.3.2.1 Busca de cuidado

Todos os sujeitos estão frequentando os serviços ambulatoriais para os quais foram encaminhados após a alta do Hospital Dia, ou seja, atendimento com médico psiquiatra, em sua maioria, no Ambulatório de Saúde Mental da UNESP. Além do atendimento médico, dois sujeitos foram encaminhados à psicoterapia e um ao grupo de projetos, ambos no ambulatório da UNESP. Apenas um sujeito foi referenciado ao Ambulatório Regional de Especialidades (ARE).

Nas narrativas todos os sujeitos trazem a ideia de pertença ao serviço para o qual foram encaminhados após saída do Hospital Dia. A maioria refere que o tratamento não se encontra centrado apenas na medicação. Assim, vemos que uma diversidade de procedimentos terapêuticos tem sido ofertada a esses pacientes, indicando a necessidade da presença de outros profissionais, além do médico, no decurso do tratamento.

“No ambulatório bloco...lá eu vou, ...Eu já estava lá, né, e voltei para lá.” (Curió)

“...o ambulatorial da Drª Tereza., no Bloco 1. Acho que eu já tinha uma vaga lá e conforme eu saí, eu retomei, né, quando eu voltei, né? Aí eu tenho atividades lá e estou fazendo psicologia, também.” (Sabiá)

“Sim, foi o, a terapia ocupacional lá do ambulatório, no bloco 1, que eu lembre... Eu continuo tendo consultas, né. Antes de eu ir para o Hospital Dia eu já tinha consultas lá no ambulatório e continuo indo.” (Calopsita)

Percebe-se a valorização da pluralidade terapêutica. Nesse sentido, a abordagem terapêutica psicossocial possibilita trabalhar as repercussões da

doença na vida das pessoas, a compreensão do significado de estar doente, além da conscientização sobre a necessidade de manter o tratamento farmacológico⁷⁰. Essa questão, também, é trazida nas narrativas de João de Barro:

“Só o Ambulatório com o Dr. Francisco, é terapia que eu faço, ele está, com o Dr. Francisco ele está, ele está escutando eu, orientando eu nas coisas, a lidar com a situação, né. A lidar com a situação, porque eu não achava que o meu corpo tinha limite, sabe ?”

(João de Barro)

Isso nos sugere que os participantes do estudo dão continuidade ao tratamento em serviços que consideram além das dimensões biológicas, as considerações psicológicas e sociais envolvidas no adoecimento. Essa atitude possibilita um olhar menos fragmentado e reducionista ao paciente e seu sofrimento.

No entanto, observamos a centralização dos encaminhamentos, praticamente, no ambulatório de Saúde Mental da UNESP. Os equipamentos das redes básicas de saúde, como as Unidades Básicas, o Centro de Saúde Escola e as Unidades que contemplam a Estratégia de Saúde da Família não são utilizados por nossos sujeitos na continuidade ao tratamento em Saúde Mental. A atenção à Saúde Mental parece estar em um isolamento especializado de competência exclusiva da psiquiatria. No entanto, sabemos que estes equipamentos são utilizados pelos sujeitos para intervenções ligadas à outras áreas da saúde, apontando para um descompasso ou descolamento entre Saúde Mental e atenção básica. Esse descompasso compromete o entrelaçamento de ações, e, conseqüentemente, a efetividade dos serviços, já que os equipamentos funcionando isoladamente, apresentam dificuldades na otimização de ações. Nessa perspectiva, a qualidade da assistência e o olhar voltado para o cuidado ampliado podem estar prejudicada.

Essa questão nos remete á reflexão sobre a possível fragilidade ou inexistência de uma rede de atenção em Saúde Mental, que pode ser observada na desorganização de várias portas de entrada e a falta de portas de saída, onde a rede não se constrói, porque a descentralização e a conectividade não se operam⁶⁹.

Além disso, alguns de nossos sujeitos recebem apenas a consulta médica, como oferta terapêutica após a alta do serviço pesquisado.

“Só consulta, o atendimento, com Dr.Geraldo”

“Só consulta. Lá no ambulatório, bloco 1, da psiquiatria”

“Daí é todo mês a médica pede para ir, para não faltar, né. Tratar lá, eles tratam super bem a gente. A Dr^a Catarina é um amor de pessoa, né. Então, todo mês tem aquele, aquele, aquele..., todo mês tem que estar ali, certinho, então é um cuidado especial com gente de verdade, não é uma coisa do médico, sabe, já tá bom, pode sair, pode ir embora, não é. É uma coisa, que continuou, vai andando e enquanto não ficar bom ela diz que não para.” (Cacatua)

A integralidade e a intersetorialidade aparece nas falas de Cacatua, como componentes importantes de ajuda para a continuidade do tratamento. Alguns dos médicos que atendem no ambulatório da universidade referenciada, tiveram contato anterior com os sujeitos, antes ou durante o tratamento no serviço pesquisado. Alguns porque estavam no serviço como Residentes em Psiquiatria ou como profissionais que atendem também no Ambulatório ou no serviço de emergência da universidade. Esse contato anterior indica que um vínculo já vinha se estabelecendo entre os pacientes e os profissionais que darão continuidade tratamento ambulatorial.

Considerando o contexto dos novos paradigmas da atenção em Saúde Mental, onde o enfoque do cuidado desloca-se do diagnóstico para o

indivíduo e seus problemas, a questão da integralidade necessita ser abordada, determinando um olhar integral da situação¹¹. Para tanto, a intersectorialidade e a diversificação devem ser consideradas componentes indissociáveis da integralidade¹¹. Vê-se que no caso de Cacatua, um olhar integral à sua situação foi de fundamental importância para a adesão ao tratamento. Os registros demonstram que Cacatua, sem crítica sobre seu estado, queixava-se apenas de cefaléia nas consultas médicas realizadas na unidade básica de saúde e era medicada para tal. Enquanto isso, mergulhava em sintomas psicóticos que lhe impediam de viver, permanecendo nessa situação, sem tratamento adequado, por cinco anos. Nesse sentido, a questão da integralidade é problematizada enquanto uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e possivelmente uma abertura para o diálogo⁷⁵.

As falas também traduzem a existência do envolvimento e do compromisso dos profissionais com os pacientes, como podemos constatar abaixo:

“Estou tendo acompanhamento com eles, com os psiquiatras que dão medicação, ele já falou para eu tomar a medicação certa, só que eu não encontro o remédio, o remédio é caro, é R\$ 41,00 e eu não tenho para comprar remédio, um eu manipulo. Coisa que ele não gosta que manipule.... E a Dr^a Regina que ficou de ver se arrumava para mim, que é a psicóloga, é...no hospital se teria alguma amostra, pedir para secretária ao doutor. Para trocar meu remédio, porque não está tendo, eu não estou achando, e ficou de me retornar...”
(Rouxinol)

Além disso, o medicamento é trazido como importante recurso terapêutico. Rouxinol, assim como os outros sujeitos, enquanto em tratamento no Hospital Dia têm acesso garantido a este recurso. Por outro lado, após a alta do serviço, a questão medicamentosa pode aparecer como um dificultador do seguimento.

Observamos, na narrativa, a importância de que na prescrição medicamentosa, o médico esteja atento as outras questões que estão além do diagnóstico e terapêutica adequada, como a possibilidade real do sujeito ter acesso à medicação prescrita. A prescrição de um medicamento inacessível ao paciente, possivelmente, tende a um abandono do tratamento prescrito. A dificuldade em encontrar o medicamento na rede pública e a deficiência de condição financeira para comprá-lo são fatores que podem levar as pessoas a abandonar o tratamento, expondo-se ao risco de terem seu quadro psíquico agravado.

O acesso é garantido pela Constituição Federal de 1988. O estabelecimento de uma Política Nacional de Medicamentos visa, entre outros objetivos, o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais⁷⁶. O Ministério da Saúde por meio das Portarias SAS/MS nº 286 de 14 de agosto de 2000⁷⁷ e SAS/MS nº 347 de 21 de setembro de 2000⁷⁸, tenta viabilizar o acesso de pacientes em situações crônicas, incluindo os portadores de esquizofrenia, a medicamentos de dispensação excepcional.

No estado de São Paulo, desde 1995, a população pode ter acesso a medicamentos básicos, inclusive os medicamentos referentes ao Programa de Saúde Mental, por meio do Programa Dose Certa⁷⁹. Porém, o acesso ao recurso terapêutico medicamentoso, apesar de constitucionalmente reconhecido e respaldado pelo Sistema Único de Saúde, é trazido por Rouxinol como um direito negligenciado.

A questão do trabalho é trazida por Curió, que tentou participar de uma oficina terapêutica, antes mesmo de ser encaminhado ao Hospital Dia, mas encontrou dificuldades e não aderiu ao seguimento:

“Porque eu fui, já fui na Oficina Girassol, lá, fiquei uns tempos lá, ganhava dinheirinho, um pouquinho. Mas, é que eu enjoiei, comecei a enjoar, enjoiei. Porque lá é longe de casa. Eu quero ficar perto de casa. Eu vô, volto, aqui perto de casa. É por isso. Tem a minha irmã também, né. Se eu estou lá, não tinha, eu ia lá duas vezes por semana, quarta e quinta que eu ia, né.

(Curió)

Para Curió, conforme relatado no prontuário, o adoecimento, os vários abandonos ao tratamento e as muitas internações em Hospitais Psiquiátricos limitaram suas habilidades laboriais desde muito cedo. Observamos que esta questão, por muitos anos, não foi cuidada nos tratamentos a que ele foi submetido. Isso nos sugere que a relação de Curió com a questão do trabalho ficou adormecida por muito tempo.

Percebe-se a importância de se considerar a opinião e concepções dos pacientes acerca do lugar ocupado pelo trabalho em seu processo de reabilitação psicossocial⁶².

O trabalho para os pacientes psiquiátricos gravemente desabilitados, entendido como desenvolver de determinadas tarefas pode se caracterizar em uma forma de contenção e restrição do campo existencial. Ao contrário, o trabalho entendido como “inserção laborativa” tende a promover um processo de articulação do campo de interesses, das necessidades e dos desejos⁴⁰.

Mais uma vez, destaca-se a importância da ampliação da Economia Solidária e da Empresa Social, enquanto promotoras de condições reais de ingresso ou retorno das pessoas que se encontram em condições de desvantagem social no mundo do trabalho⁶².

Vê-se, também, que no relato de Curió está presente a importância dada ao território. Para ele estar inserido em um serviço pertencente ao seu território facilita seu tratamento. No caso de Curió sabemos que reside próximo ao ambulatório de Saúde Mental da UNESP. Além disso, estabeleceu em diversos setores da Universidade uma rede de relações afetivas e significativas. Portanto, é em um serviço perto de seu próprio território que Curió demonstra o desejo, a possibilidade e o sentido em ser tratado.

“Só lá que eu vou. Quando eu, quando eu, quando eu vou, quero participar de atividade lá, eu falei com a moça ontem, quero participar de atividade no bloco...”

(Curió)

Isso nos aponta para a importância da inclusão da concepção de território nas estratégias de Saúde Mental, visando expansão e consolidação de uma rede de atenção extra-hospitalar com garantia de atendimento das demandas territoriais específicas. Neste sentido, território é visto como uma força viva de relações concretas e imaginárias que as pessoas estabelecem entre si, com os objetos, com a cultura, com as relações que se dinamizam e se transformam³⁷. Portanto, a consideração do território na atenção à Saúde Mental é fundamental para o acolhimento das tantas subjetividades que necessitam ser consideradas na assistência ao portador de um transtorno mental.



6. Considerações Finais

*“Nada sabemos da alma
Senão da nossa,
As dos outros são olhares
são gestos, são palavras,
com a suposição
de qualquer semelhança
no fundo.”*

Fernando Pessoa

O presente estudo teve por objetivos compreender como os pacientes egressos de um Hospital Dia veem este serviço, conhecer se o serviço contribuiu para mudanças na vida dessas pessoas e apreender se esses sujeitos têm continuidade ao tratamento , após a alta do serviço.

A busca de respostas a estas questões nos possibilitou uma aproximação da perspectiva do sujeito que recebeu cuidados no Hospital Dia, de vivências subjetivas, do sofrimento causado pelo adoecimento psíquico, enquanto fator marcante e desagregador da vida dessas pessoas.

O rompimento com a vida anterior ao adoecimento é comum nas narrativas, porém, também, é unânime o desejo de resgatarem a própria vida.

Percebe-se a valorização de pequenas atividades da vida cotidiana, como o cuidado com o próprio corpo, as tarefas domésticas e as atividades de lazer, vistas pelos sujeitos como importantes no resgate da autonomia e início do processo de inserção na sociedade. Desafios mais ousados e complexos, também, são desejados pelos participantes deste estudo, como o trabalho, os estudos, as relações afetivas e as trocas sociais.

A investigação aponta para a importância dos serviços de Saúde Mental irem além do instituído, se apropriarem da responsabilidade do cuidado ampliado, aliada ao comprometimento dos profissionais. Esses fatores emergem como determinantes da evolução das consequências do adoecimento psíquico e ocupam papel relevante no processo de mudança de vida. Desse modo, há a demonstração que o ato cuidador necessita ser transformado em atitude.

Evidencia-se que para os sujeitos, o serviço possibilitou o acolhimento para que pudessem se refazer, apesar do adoecimento, por meio da

ampliação do poder contratual nas relações sociais, do resgate das habilidades, num processo de retomada da autonomia e inserção social. As narrativas apresentadas sugerem que a capacidade em gerar sentido tem se processado na vida dos participantes ouvidos e apreendemos que o processo de adoecimento psíquico solicita uma assistência que considere as necessidades complexas dos indivíduos e o acolhimento do sofrimento que, muitas vezes, não é cessado pelos psicofármacos.

Nesta perspectiva, a importância dos serviços contemplarem estratégias baseadas no acolhimento é considerada no estudo, no sentido de que essa atitude implica estar em relação com algo ou alguém.

Nesta relação entre pacientes e serviço, os sujeitos trazem a importância do serviço enquanto facilitador do reconhecimento da própria condição. O estudo evidencia que o encontro com outras pessoas possibilita, por meio da universalidade, a identificação e a amenização do isolamento dos sujeitos em suas dores e problemas. O ambiente acolhedor se constitui por meio do atendimento das necessidades subjetivas, que referem uma assistência pautada na oportunidade de estabelecer vínculos afetivos, de se organizarem psiquicamente e de retomarem potencialidades adormecidas pelo processo de doença.

Desta forma, a escuta, o respeito e a atenção emergem como condição importante na dinâmica de tratamento ao portador de transtorno mental.

Evidencia-se, também, que a dependência dos pacientes pode se instalar no processo de cuidado, apontando para a necessidade dos serviços estarem atentos a esta questão. Neste sentido consideramos a importância de investimentos em processos terapêuticos que visem o restabelecimento do poder contratual dos indivíduos, com o propósito de participarem de trocas sociais em espaços externos aos serviços, ou seja, na vida real, dentro da comunidade.

Os sujeitos demonstram valorizarem a terapia medicamentosa criteriosa, considerando o uso da medicação enquanto facilitador do resgate da vida e, conseqüentemente do processo de inserção social. Alguns têm história de várias internações em Hospital Psiquiátrico tradicional.

Todos os sujeitos dão continuidade ao tratamento em Saúde Mental após a alta do Hospital Dia. Evidencia-se a oferta de uma pluralidade terapêutica, entendida como fundamental pelos sujeitos, em serviços que consideram as dimensões psicológicas e sociais, além das biológicas, envolvidas no adoecimento psíquico.

Por outro lado, observamos a centralização dos atendimentos em um serviço especializado em Saúde Mental, sugerindo a fragilidade de uma rede de atenção em Saúde Mental no município. Essa questão nos alerta para o perigo do isolamento do tratamento psiquiátrico, onde os serviços especializados tendem a funcionar como “ilhas”, isolados em seu saberes e práticas, e, conseqüentemente, desagregados da atenção básica. Isso dificulta a intersectorialidade, a comunicação entre os serviços, levando à carência de dados sobre as singulares vidas das pessoas na comunidade a qual pertencem, além de reduzir a perspectiva do olhar e da atuação dos profissionais envolvidos na assistência, independente do nível de complexidade.

A investigação aponta para a necessidade de ações que considerem a integralidade e a intersectorialidade na assistência em Saúde Mental, com a finalidade de contemplar a complexidade inerente ao adoecimento psíquico. Desse modo, evidencia-se a importância do olhar subjetivo para os muitos aspectos da existência humana. Neste processo, é solicitado o envolvimento dos serviços e dos profissionais para o estabelecimento de uma relação de cuidado, que possibilite a reconstrução de trajetórias interrompidas.

Considerando que a doença mental ainda é um fenômeno psicossocial que requer melhor compreensão, é certo que a pessoa que vivencia o sofrimento psíquico necessita ser cuidada, valorizada e estimulada a reencontrar uma vida com sentido. Desse modo, função importante dos serviços é contribuir para que haja transformações significativas nas vidas das pessoas, apesar do sofrimento inerente ao transtorno mental. “Talvez não se ‘resolva’ por hora, não se ‘cure’ agora, mas, no entanto, seguramente ‘se cuida’”³.



Referências Bibliográficas

1. Desviat M. A institucionalização da Loucura. In: A reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p.15-49.
 2. Amarante P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: Fleury S, organizadores. Saúde e democracia – A luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p.163-185.
 3. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D, Risio C. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Nicácio F, organizador. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990. p.17-59.
 4. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Legislação em Saúde Mental. 2ª ed. Brasília, 2002.
 5. Saraceno BA. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta A, organizador. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996. p.13-18.
 6. Pitta AMF. Perspectivas de reabilitação psicossocial. In: Pitta AMF, Organizador. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 9-27.
 7. Ministério da Saúde. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasil: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
 8. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde; 2007.
-

9. Figueiredo MD. Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS – Campinas (SP) [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2006.
 10. Pinto TR. Encontros e desencontros: a estratégia de saúde da família em sua relação com a rede de serviços e dispositivos substitutivos em saúde mental [dissertação]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2007.
 11. Saraceno BA. Concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. *Rev Ter Ocup.*1998;9:26-31.
 12. Alves DS. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: Pinheiro R, Matos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO; 2001. p. 167-176.
 13. Pereira MAO, Barbieri L, Paula VP, Franco MSP. Saúde Mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41:567-72.
 14. Pasquale E. Gestão da Psiquiatria na Comunidade. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde.*2000; 2: 27-34.
 15. Pitta AMF, Dallari SG. A cidadania dos doentes mentais no sistema de saúde mental do Brasil. *Saúde em Debate.* 1992;36:19-23.
 16. Oliveira AGB, Alessi NP. Cidadania: instrumento e finalidade no processo de trabalho na reforma psiquiátrica. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005;10: 191-203.
-

17. Pereira MAO, Pereira Júnior A. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. *Rev Esc Enferm USP*. 2003;37:92-100.
 18. Aranha e Silva AL, Fonseca RGMS. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. *Rev latino-am Enferm*. 2005; 13:441-9.
 19. Merhy EE. Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: Merhy EE, Amaral H, organizadores. *Reforma Psiquiátrica no Cotidiano II*. São Paulo: Hucitec; 2007. p.25-37.
 20. Leão A, Barros S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. *saúde soc*. 2008;17: 95-106.
 21. Jorge MSB, Ramirez ARA, Lopes CHAF, Queiroz MVO, Bastos VB. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de saúde mental. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59: 734-39.
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1996, de 20 de agosto de 2007. [internet]. Brasília; 2007. [acesso em 7 ago 2009]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf.
 23. Tavares CMM. A Educação Permanente da Equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de Saúde Mental. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15: 287-95.
 24. Silveira LC, Braga VAB. A equipe de saúde mental numa aproximação sociopoética: das relações interpessoais à produção de subjetividade. *Rev Esc Enferm USP*. 2004;38: 429-37.
-

-
25. Marzano MLR, Souza CAC. O espaço social do CAPS como possibilitador de mudanças na vida do usuário. *Texto Contexto Enferm.* 2004;13: 577-84.
26. Livieres CF, Silva ALA O projeto moradia assistida do centro de atenção psicossocial: de uma questão clínica a outra. *Rev Esc Enferm USP.* 2006; 40:188-95..
27. Dalmolin BM, Vasconcellos MP. Etnografia de sujeitos em sofrimento psíquico. *Rev Saúde Pública.* 2008;42:49-54.
28. Ribeiro MBS, Oliveira LR. Terapia ocupacional e saúde mental : construindo lugares de inclusão social. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2005;9(17): 425-31.
29. Rodrigues J, Brognoli FF, Spricigo JS. Associação dos usuários de um centro de atenção psicossocial: desvelando sua significação. *Texto Contexto Enferm.*2006;15: 240-5.
30. Lucas LS. De pacientes a cidadãos: a trajetória da associação “Loucos pela Vida” no Município De Mogi das Cruzes – SP. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2007.
31. Souza WS. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. *Cad Saúde Pública.* 2001; 17: 933-39.
32. Singer P. Saúde mental e economia solidária. [Internet]. Brasília; 2009[acesso 11 maio 2009] Disponível em <<http://www.saude.gov.br/bvs>>.
33. Ministério da Saúde. [internet]. Saúde Mental em Dados-6, ano IV, nº 6. Informativo eletrônico Brasília; 2009 [citado 09 set 2009]. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smDados/2008_SMD_06.pdf.
-

34. Pereira MAO. Representação da doença mental pela família do paciente. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2003;7(12): 71-82.
35. Spadini LS, Souza MCBM. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Rev Esc Enferm USP* 2006;40(1):123-7.
36. Colvero LA, Costardi CA, Rolim MA. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Rev Esc Enferm USP.* 2004; 38: 197-205.
37. Pegoraro RF, Caldana RHL. Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Interface Comunic Saúde Educ.* 2008;12(25): 295-307.
38. Amarante P. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: Scliar M et al. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial.* Rio de Janeiro: NAU Editora; 2003. p. 45-65.
39. Salles MM, Barros S. O caminho do doente mental entre a internação e a convivência social. *Imaginário – USP,* 2006;12(13):397-418.
40. Fernandes DF Oliveira RO, Fernandes J. Cidadania e qualidade de vida dos portadores de transtornos psiquiátricos: contradições e racionalidade. *Rev Esc Enferm USP.* 2003; 37: 35-42.
41. Saraceno B. *Libertando Identidades: da Reabilitação Psicossocial à Cidadania Possível.* Rio de Janeiro: Te Cora; 1999.
42. Botucatu.sp.gov [Internet]. Botucatu; 2009 [acesso 7 abr 2009]. Disponível em: <http://www.botucatu.sp.gov.br>.
43. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Internet]. Dados demográficos. Brasília: IBGE; 2009. [acesso 20 ago 2009]. disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.
-

-
44. Faculdade de Medicina. [internet]. Hospital das Clínicas. Botucatu: Unesp; 2009. [acesso 7 abr 2009]. Disponível em: <http://www.hc.fmb.unesp.br/>.
45. Lima MCP. Hospital – Dia da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP: estudo descritivo da população atendida [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas; 1999.
46. Ribeiro MBS. Estudo de características familiares de usuários de uma associação civil para a reabilitação psicossocial. 2003 [dissertação]. Botucatu; Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2003.
47. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*. 2005. 39:507-14.
48. Minayo MCS. Ciência, Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS, organizador. *Pesquisa social*. Petrópolis: Vozes; 1994. p.9-50.
49. Secretaria da Saúde.[Internet]. Regionais de saúde. Brasília; 2009. [acesso 10 ago 2009]. Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/content/geral_estrutura_regionais_de_saude.mmp#drs6.
50. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10^a ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
51. Bleger J. Temas de psicologia: entrevistas e grupos. 2^a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
-

52. Turato ER. Tratado de Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003
53. Laplange J, Pontalis JB. Vocabulário da psicanálise. São Paulo: Martins Fontes; 1992.
54. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
55. Formiga LS, Ayroca I, Dias L. Escala das atividades de hábito de lazer: construção e validação em jovens. Rev de Psicol. 2005;6: 71-9.
56. Dumazedier J. Lazer e cultura popular. São Paulo: Perspectiva; 1976.
57. Kinoshita TR. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: Pitta AMF, organizador. Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 55-9.
58. Bezerra Júnior B. O Cuidado nos CAPS: os novos desafios. [Internet] Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde; 2004. [citado 10 nov 2009]. Disponível em http://www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsms/media/cuidado_nos_caps.pdf.
59. Valentini Jr WAH, Vicente CM. A Reabilitação psicossocial em Campinas. In: Pitta AMF, organizador. Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 48-53.
60. Pandroni RFS, Padilha MICS. Loucura e complexidade na clínica do cotidiano. Esc Anna Nery R Enferm. 2006;10:623-34.
61. Rodrigues JT. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. Psicol Estud. 2003; 8: 13-22.
-

62. Abreu PB, Bolognesi G, Rocha N. Prevenção e tratamento de efeitos adversos de antipsicóticos. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000; 22: 41-4.

63. Lussi IAO. Trabalho, reabilitação psicossocial e rede social: concepções e relações elaboradas por usuários de serviços de saúde mental envolvidos em projetos de inserção laboral [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2009.

64. Ferreira ABH. Novo dicionário Aurélio da Língua Portuguesa . 3ª ed. Rio de Janeiro: Positivo; 2006.

65. Bueno WS, Merhy EE. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. [acesso 13 nov 2009]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm>.

66. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

67. Goldberg GJ. Reabilitação como processo – o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. In: Pitta A, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec; 2001.p.33-45.

68. Dell'Acqua G, Mezzina R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: Amarante P, organizador. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial* 2. Rio de Janeiro: Nau; 2005, p. 161-94.

69. Amorim AK, Dimenstein M. Desinstitucionalização em Saúde Mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Rev Ciênc Saúde Colet.* 2009; 14: 195-204.

70. Bettarello SV, Greco F, Filho LMAS, Silva MCF. Fundamento e prática em Hospital-Dia e Reabilitação Psicossocial. São Paulo: Atheneu; 2008.

71. Barros, S, Oliveira MAF, Araranha e silva AL. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41: 815-9.

72. Murani DB, Rodrigues ARF. Enfermagem e Grupos. Goiânia: AB Editora;1997.

73. Guareschi P. Alteridade e relação: uma perspectiva crítica. In: Arruda A, organizador. Representando a alteridade. Petrópolis: Vozes; 1998. p. 149-61.

74. Maldonado MT, Canella P. Recursos de relacionamento para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores; 2003.

75. Mattos R A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO; 2001. p. 39-64.

76. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de medicamentos.. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

77. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 286, de 14 de agosto de 2000 [Internet]. Dispõe sobre . Brasília; 2000. [acesso 20 set 2009]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/POR_2000/PT-286.htm>.

78. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 347, de 21 de setembro de 2000 [Internet]. Dispõe sobre . Brasília; 2001. [acesso 20 set 2009]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/POR_2000/PT-347.htm>.

79. São Paulo. Secretaria da Saúde [Internet]. São Paulo: Secretaria da Saúde; [acesso em 20 set 2009]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/content/geral_politica_estadual_medicamentos_dose_certa.mmp.

ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa

Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenação: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de abril de 1997

Botucatu, 01 de dezembro de 2008

Of. 524/08-CEP

Ilustríssima Senhora
Prof^a Dr^a Maria Alice Ornellas Pereira
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Prof^a Maria Alice,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa "O cuidado em saúde mental: a escuta de pacientes egressos de um Hospital Dia", a ser conduzido por Maria Solange de Castro Ferreira, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 01/12/2008.

Situação do Projeto: **APROVADO**. Apresentar Relatório Final de Atividades ao final da execução deste projeto.

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP.

APÊNDICE 1 – Roteiro de Entrevistas

Considerando o seu período de tratamento no Hospital Dia – Saúde Mental, como você vê este serviço?

Após a alta do Hospital Dia você percebeu mudanças em sua vida? Caso sim, fale-me sobre elas.

Após o período de tratamento no Hospital Dia você passou a freqüentar outro serviço de Saúde Mental? Qual? Quem encaminhou?

E no momento, você freqüenta algum serviço de Saúde Mental? Quem encaminhou?

APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Para a realização da pesquisa “**O Cuidado em Saúde Mental: a escuta de pacientes egressos de um Hospital Dia**”, estamos entrevistando os pacientes que receberam tratamento no Hospital Dia de Saúde Mental no ano de 2008. Esta pesquisa tem como objetivos identificar sua idéia a respeito do tratamento no Hospital Dia, saber se este tratamento ajudou em mudanças em sua vida e se você continua fazendo tratamento em outros serviços de Saúde Mental.

É importante ressaltar que esta pesquisa poderá contribuir para a melhoria da assistência no Hospital Dia de Saúde Mental, trazendo benefícios a seus usuários.

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 gravada e, posteriormente, transcrita para melhor análise dos dados. Os sons gravados não serão apresentados, e as fitas serão destruídas após transcrição.

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

Qualquer reclamação que você tiver a respeito da pesquisa, poderá ser feita para a pesquisadora responsável, nos endereços abaixo indicado.

Assim sendo, eu _____, identidade nº _____ após ter lido, recebido as explicações e esclarecidas as dúvidas, concordo em participar desta pesquisa.

Botucatu, ____ de _____ de 2009.

Assinatura do entrevistado

Assinatura da pesquisadora

Qualquer dúvida em relação à pesquisa entre em contato com: Maria Solange de Castro Ferreira, rua Adolfo Balarim, nº 442, Jd. Paraíso, fone: 3882 6022, email: risojo@ig.com.br ou Maria Alice Ornellas Pereira, no Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP – Campus Rubião Júnior S/N – CEP: 18 618-970 -Tel: 38116070 - email: malice@fmb.com.br.

APÊNDICE 3 – Transcrição das entrevistas

Legenda: P – pesquisadora

S1 a S9 – sujeitos

Entrevista 1

P – Sabiá, considerando o período que você esteve em tratamento no Hospital Dia, né, como é que você vê este serviço?

S1 – Ah, eu acho muito bom, porque... eu saí de uma atmosfera ruim, que era a primeira internação no Cantídeo e fui pra um lugar melhor, né, que você não fica tão tenso, né, e é bom porque ele ajuda na diminuição dos remédios, né, porque cê tá, com uma alta...um alto...tomando bastante remédio e meio que te facilita pra viver em sociedade, assim. Fora atenção que você tem, cê tem atividade, cê tem mais tempo de passar com os médico, coisa que não tem, por exemplo, no Cantideo, que eu fui internado já.

P – Hum, hum...

S1 – Aí... eu gostei muito das atividades que tinha de... então você acaba esquecendo este período conturbado, que você tem, por exemplo nas oficinas de TO...

P – Hum, hum...

S1 – Eu gostava muito de conversar com a médica toda semana, gostava do grupo de interação com a Dr^a Tereza. Eu gostava... Ah, aí de ter atividades lá mesmo. Eu vejo que é muito importante o Hospital Dia pra não ter que passar pelo Cantídeo, né. Se existisse Hospital Dia que pudesse dormir lá mesmo eu acharia que seria uma boa idéia, assim.

P – Hum, hum

S1 – Do que passar por internação, a gente tem que ficar amarrado, as pessoas são agressivas, cê toma remédio, muita injeção, sem motivo, aparente, nenhum, assim. Eu acho isso.

P – Hum, hum. E no Hospital Dia, é diferente disto?

S1 – Isso. É. Não tem esse...essa interação negativa que ocorria no Cantídeo, né. Porque lá você acaba entrando numa atmosfera...realmente, parece que você não tá num tratamento pra doença, parece que você é considerado como um doente, e você fica lá, tomando remédio, sendo amarrado, é..., um monte de coisas negativas que eu acho que não teria necessidade, porque com os avanços das medicações você não precisa ter essas atitudes...

P – Hum, hum....

S1- E... disso, né, que eu acabei de te falar.

P – E no Hospital Dia, você encontrou o tratamento?

S1 – Isso, é, encontrei adequação do remédio, também, né...muito importante.

P - Hum, hum... Adequação do remédio...

S1 – Ah, sobre voltar pra realidade, voltar pras coisas reais, que..., que no Cantídeo você acaba tendo contato outras pessoas piores do que você no tratamento, e aí você começa a meio que acreditar em coisas irreais. Que nem lá no Hospital Dia, não, você só tem contato com coisas que existem, né, não tem assim, meio termo aí ruim que tem lá, né...

P – Hum, hum...Mais alguma coisa do Hospital Dia?

S1 – É, ah! Só acho importante é, é pro Hospital Dia, de caso ampliasse as instalações, de que tivesse, é... de como você ficar lá, invés de ser internado num, num Cantídeo, eu acharia que seria uma boa idéia.

P – Hum, hum...depois que você teve alta do Hospital dia, você percebe se teve mudança na sua vida?

S1 – Ah! Teve mudança porque, no meu caso como eu tomava muita medicação, e lá foi adequada até ficar numa medicação que eu fiquei estabilizado...

P - Hum, hum...

S1 – ...eu achei que ocorreu bastante mudanças positivas, né, porque vai reduzindo o remédio, você não ficando tão lento, você não fica tão....é, como que eu posso dizer? Você não fica tão impregnado de medicação, né.

P – Entendi...hum, hum....

S1 – Aí você acaba voltando a ter mais atividades, você volta pro convívio social, né...

P – Hum, hum...

S1 – ...você volta a retomar as atividades que você tinha antes, com certas limitações, né, por causa do remédio, mas mesmo assim, você fica ah...é... mais...adepto àquilo que... você já reconhece melhor a sua doença, você já sabe quando ce ta com algum sinal negativo pra procurar o médico, né....

P – Hum hum.

S1 – Mas, graças às medicações atuais, eu acho que... isso daí num...

P – Hum, hum...

S1 – Ah, eu vejo que a melhora assim acontece quando ocorre a diminuição e você fica menos impregnado de medicação.

P – Entendi...Você fala que isso te ajudou a voltar pras atividades da sua vida, né?

S1 – Isso...é.

P – Que atividade você retomou?

S1 – Ah! Eu retomei a faculdade que eu faço, eu retomei alguns estágios fora da faculdade, eu retomei alguns estágios na faculdade, eu retomei aula de guitarra que eu faço, eu retomei aula de inglês. Eu vejo que quando você tem essa oportunidade de tr no Hospital dia e recuperar rápido, você retoma mais fácil as atividades...

P – Hum, hum....

S1 – ...do que você ser internado no Cantideo e num... num ter mais este tipo de atenção, né...que tem.

P – Entendi...depois de seu período de tratamento no Hospital Dia você passou a freqüentar um outro tipo de serviço?

S1 – Não... só o ambulatorial da Dr^a Tereza, no Bloco 1.

P – Isso. Isto é um tipo de serviço...

S1 – Ah, tá.

P – Quem que te encaminhou pra lá depois da alta do Hospital Dia?

S1 – A própria Dr^a Tereza que encaminhou. Acho que eu já tinha uma vaga lá e conforme eu saí, eu retomei, né, quando eu voltei, né?

P – Hum, hum...Isso... Isso mesmo.

S1- Aí eu tenho atividades lá e tô fazendo psicologia, também. Com a, com a Raquel.

P – Lá no ambulatório?

S1 – Lá no ambulatório, toda... segunda feira, às 4 horas. Isso era importante também...

P – Individual ou em grupo?

S1 – Individual.

P – E quem foi que te encaminhou para a psicologia, Alexandre? Foi no Hospital Dia?

S1 – Quem me encaminhou, foi...foi a Dr^a Catarina, o Dr. Francisco, a Tereza, também... Não no ambulatório. Eu vejo que uma falta que faz no Hospital dia é não ter psicólogo, né...

P – Hum, hum...

S1 – Eu acho que poderia melhorar também, caso ampliasse, né, porque... às vezes, é bom a gente... vê que tem muita coisa que quando a gente sai da realidade de volta, a gente perde alguns parâmetros, né...

P – Hum, hum...

S1 - ... e a psicologia ajuda a ver que cê não tá tão fora, cê já começa, olha a sua vida assim, cê vê que... ajuda em bastante aspectos, assim...

P – Com certeza...

S1 – Eu vejo como, eu acho que uma falta do Hospital dia era uma falta de psicólogo, né.

P – Com certeza... Você acha que iria te ajudar mais se tivesse na equipe um psicólogo?

S1 – Isso, exato. Um psicólogo, é.

P - Então, tá...E no momento, Sabiá, acho que você já me falou: você está freqüentando qual serviço de Saúde mental?

S1– Bloco 1, com a Dr^a Tereza, ambulatorial e psicologia individual.

P – Hum, hum... Então, ta bom. Lembrou de mais alguma coisa que você queira acrescentar?

S1 – Ah! Só queria agradecer né que ainda bem que existe Hospital Dia, né, e que pelo que eu percebo assim, quando você tá.... quando você tem uma melhora no Cantídeo e essa já é notada pelo médico, eu acho que eles já deveriam de encaminhar pro Hospital Dia, porque tentar acertar a medicação mais e...

P – Hum, hum...

S1 – Porque eu vejo que hoje, por exemplo, eu tomo a medicação haldol, né., e...

P – Hum...

S1 - .. eu acho que... ainda eu tô tomando uma sobredose, né...não que eu não queria aceitar o tratamento, por exemplo...

P – hum, hum...

S1 – Eu acho que eu não precisaria tá tomando essa dosagem que eu tomo porque a, tem uns sinais de impregnação...de delírios, sabe, de...nervoso. Eu acho que quando o paciente já tem uma certa melhora, que ele, mesmo que, de certa forma ele ta ruim ainda, mas acho que ele já tem uma melhora progressiva, , quando ele retoma as atividade eu acho que ele deveria ser mandado pro Hospital Dia.

P –Hum, hum... assim como você foi?

S1 – É. Não, mais ou menos, né, porque eu ainda acho que, que essa impregnação me prejudicou porque eu tive até problema de fígado, né, que deu tudo, né. Eu tô fazendo, eu fiz uma... recuperei uma biópsia que eu fiz. É, to cum, to cuma pedra na vesícula, não sei se isto tem a ver, minhas enzimas tão alteradas por causa, justamente por causa da medicação excessiva que eu tomei, né.

P – Isso poderia ser evitado?

S1 – Eu acho que poderia ser evitado, né...

P – Se você estivesse no Hospital Dia, antes?

S1 – Isso, é, antes. Um pouco antes, eu acho.

P – Hum, hum...

P – Então, ta, Lê. É isso só...

S1 – Ah, é....?

P – Obrigada pela colaboração.

S1- Tá certo.

Entrevista 2

P – Então, Cacatua, em primeiro lugar, eu queria que você pensasse no período que você ficou em tratamento no Hospital Dia, né, e dissesse para mim como você vê esse serviço.

S2 – Ah, eu achei uma coisa boa, achei que as pessoas têm paciência com a gente, e...parece que é mais fácil ver o que a gente tá tendo...tudo de novo, né. E daí, a partir deste momento eu vou lembrando as coisas que aconteceu, das pessoas que eu esqueci, e daí eu vou me lembrando das pessoas...

P – Na época que você ficou no Hospital Dia

S2 – Na época que eu fiquei no Hospital Dia.

P – Como é que foi pra você O que tinha lá

S2 – Pra mim foi importante, ainda mais a gente que não tinha problema nenhum e não ia em médico, só com dor na perna, né. Mas, médico psiquiatra, psicólogo, essas coisa que eu num ia, pra mim foi uma coisa diferente, né.

P – Hum, hum...

S2 – Saber que eu tava internada porque tava com problema na cabeça, né. Às vezes, o Edson ainda conta de alguma coisa que eu não lembro, que eu não faço, mas, foi bom ter ficado lá.

P – Hum, hum...

P – E depois que você teve alta do Hospital Dia, você percebe se mudou alguma coisa na sua vida

S2 – Ah! Mudou muito. Mudou bastante coisa, né.

P – Mudou um monte de coisa

S2 – Mudou tudo, né. Daí é todo mês a médica pede pra ir, pra não faltar, né. Tratar lá, eles tratam super bem a gente. A Dr^a Catarina é um amor de pessoa, né.

P – Hum, hum...

S2 – Então todo mês tem aquele, aquele, aquele..., todo mês tem que ta ali, certinho, então é um cuidado especial com gente de verdade, não é uma coisa do médico, sabe, já tá bom, pode sair, pode ir embora, não é. É uma coisa, que continuou, vai andando e enquanto não ficar bom ela diz que não para.

P – E na sua vida, assim, fora do Hospital, fora do ambulatório que você vai esporadicamente, no dia a dia da sua vida tem alguma coisa que mudou (Silêncio) Como é que ta? Que você está fazendo, que antes você não fazia...

S2 – Ah. Eu tenho vontade de fazer muitas coisas. Mas, por enquanto de dar diferença assim, num tem muito.

P – Hum, hum

S2 – Mudou... vai ao médico, o médico verifica a tireóide, meu exame de tireóide também deu certo. Então, isso mudou.

P – Você saía de casa antes, como é que era?

S2 – Não saía de casa. Hoje eu tenho vontade de sair, gosto de sair mais.

P – É uma mudança importante...

S2 – De fazer coisas. Mas não saía, eu não saía de casa, era do trabalho pra casa.

P – E hoje?

S2 – Hoje já tenho vontade de sair, de passear, de programar alguma coisa, de fazer...

P – Hum, hum...

S2– Mas antes não era assim (abaixa o tom da voz)

P – Não era?

S2 – Não era. Eu nem cumprimentava minhas vizinhas, até minhas vizinhas falam até hoje (risos)

P – É....e agora?

S9 – Agora, quando cê chegou eu tava batendo papo, né

P – Verdade...

S2- Que é uma coisa que mudou também, foi isso. Agora, qualquer coisa a gente ta conversando, sai, vai andar com as vizinha, vai fazer alguma coisa. (aumenta o tom de voz e fala sorrindo)

P – Legal... E para cuidar do filho, mudou?

S2 – Então... eu acho que quando eu tava doente eu não tinha muita atenção pro Taylor, agora eu tenho mais atenção. Vou buscar ele na escola, já levo ele na escola. Já vou nas reunião. Coisas que eu não tava fazendo...

P – Você está me contando um monte de mudanças...

S2 – Então... (risos)

P- É isso que eu quero saber. Legal, Cacatua...

S2 – Então, agora, eu tô fazendo.

P – Que bom, né

S2 – É...

P- E com o marido, como é que está?

S2 – Então, eu fui no Hospital com o Edson, né, eu tinha raiva dele, ele voltava atrás de mim, eu ficava com raiva. Daí isso mudou, também, daí eu voltei ao normal. Voltei a ficar com ele, né. Daí, isso mudou, também...

P – Tá se cuidando...(observei que ela estava de cabelo molhada, perfumada)

S2 – Tô me cuidando, tô tomando banho, coisa que eu não tomava banho (risos). Tô tomando banho, tô melhorando...

P – Que bom. Mais alguma coisa

S2 – Não, é só.

P – Um montão, não é só, não, né. Muito bom te ver assim bem.

S2- Então, tá bom, é bom, é importante tá melhorando, né

P – Com certeza...voltou à vida, né.

S2 – É. Voltei a enxergar tudo de novo, né.

P- Hum, hum...

S2 – Nossa, mas é de repente, né. Ai que horror. Ai, quando eu lembro que eu não ia quase, que eu sentia dor de dente, qualquer coisa, por aqui me virava, não ia no médico, não ia pensar que eu tava num Hospital, fazendo tratamento lá. Ah, não foi fácil...

P – Eu imagino...

S2 – Daí, depois que eu descobri, falei: nossa, mas logo eu que não gosto de ficar em hospital. Procuro não levar nem os filhos, assim, só numa consulta marcada, das coisas, assim, nossa...esquecer até do próprio filho, ah, esse foi demais, né.

P – Hum, hum...Mas agora você tá melhor...

S2 – Tô melhor. Tá melhorando...

S2 – Só não fiquei sem os remédios, porque os remédios ela passa ainda. Porque dá uns tremores, dá uns, com é que chama, uma bateadeira, daí vai aumentando o remédio.

P - Hum, hum...Acho que é importante entender que os remédios também te ajudaram a melhorar.

S2 – É verdade. Ela é super boa, a Dr^a Catarina encaminhou, fez tratamento, viu que não deu esse, deu aquele outro, e faz isso.

P – Depois que você teve alta do Hospital Dia, você passou a freqüentar algum outro serviço de Saúde Mental?

P – Não?

S2 – Não. Só o Ambulatório

S2- Só. Tinha uma reunião ali no posto, só que era pra gente fazer coisas, fazer artesanato.

P – Ahn...

S2- Daí eu fui uma vez só, daí depois eu não fui mais. É toda terça-feira e toda quinta, que faz caminhada e (não entendi)

P- Sei...Quem te encaminhou para lá?

S2 – Não. Eu tenho consulta aqui, eu passo no ginecologista, alguma coisinha eu passo aqui no posto, né.

P – Hum, hum....

S2 – Então, daí, elas vem convida a gente, às vezes pra fazer artesanato, daí...

P – Você não tem ido?

S2 – Não tenho ido mais. Fui uma vez só e não fui mais. Quando eu lembro já passou a hora. É às oito horas da manhã, né, eu falo, ai de novo, eu esqueci, hoje ia ter caminhada, aquelas coisa, aí eu esqueci e não vô. Mas eu vou dependurar o dia na geladeira, porque daí lembrar, Deus me livre. Eu não tava conseguindo guardar nada na cabeça, e agora, né, eu consigo. Às vezes eu lembro das coisas, guardo, recordo. Antes tudo tinha que marcar, até pra ir no mercado. Agora não, tá melhorando até.

P – Que bom...e agora, né , Lucilene, você esta consultando no ambulatório. Nomesmo que você foi encaminhada quando teve alta do Hospital Dia

S9 – É. No bloco 1, na UNESP.

P – Lú, é só isso.

S9 – É só isso. Ah!!! Então ta bom. Eu pensei que ia ter um monte de coisa, que eu não ia me lembrar de alguma coisa...

(risos)

P – Você acha que tem alguma coisa que você gostaria de acrescentar ou não?

S2 – Não...Das coisas que eu já falei, não tem...

P – É isso. Obrigada.

S2 – De nada.

Entrevista 3

P – Então, Bem-tevi, considerando o seu período de tratamento no Hospital dia de Saúde Mental , como você vê este serviço?

S3 – Ah, um serviço bom, que me ajudou bastante, aprendi muitas coisas com os outros, com os outros pacientes, aprendi a me lidar com os problemas, e tomando remédio, lógico, né? E...tamo aí.

P- Hum...

(Silêncio)

P – Mais alguma coisa?

S3 – Não.

P – Não?...

S3 (balança a cabeça negativamente)

P – Depois que você teve alta do Hospital dia você percebeu se sua vida mudou? Ou seja, assim, você percebeu mudanças em sua vida? Sim ou não?

S3 – Mudou, mudou algumas coisas, aprendi... eu pensava que só eu que tinha esse problema aí de perseguição, de... de problema, de tudo...

P – Hum,hum...

S3 – De tudo. Mas eu vi que outras pessoas têm também. Não é só comigo não.

P – Que mais que mudou, Bem-te-vi?

S3- Ah, mudou de, de, de eu ter mais atividade pra eu fazer, mais vontade de fazer as coisa participando da TO. Me deu mais....

P – O que você tem feito que você não fazia antes?

S3- Ah, agora eu tô ajudando mais em casa (rindo)

P- Ahn...

S3- Tô ajudando mais em casa agora. Fico aqui, ajudo mais em casa, a minha irmã, a minha mãe.

P – E fora de casa, como está?

S3 –Ah, fora de casa eu tô bem, agora eu tô melhor. Tô saindo de casa, tô...passeando de carro, (risadas)

P - E não fazia isso antes....

S3- Não. O que eu mais gosto é passear de carro. Passear de carro, sábado eu fui numa festa, num churrasco, já, já fiz mais amizade, num, antes, não, eu ficava quieto num canto, num, num, eu ficava mais encolhido num canto. Agora, não, agora eu to fazendo amizade no orkut, no...no...em tudo lugar...

P – Sua vida tá diferente, então?

S3 – Tá, tá diferente.

P – Você tá conseguindo sair...

S3 – Oooo.

P – Você percebeu que não é só você que tem esse problema...

S3 – Não. Várias pessoas têm. Porque depressão é o que mais tem hoje em dia. Não tem nem idade e nem classe social, nada, sócio-econômica, nada, tem haver qualquer um depressão.

P – Mais alguma coisa mudou, que você gostaria de contar?

S3 – Não.

P – Não?...

P – Após o período de tratamento no Hospital dia, você passou a freqüentar outro serviço de Saúde Mental?

S3 – Sim.

P – Qual serviço?

S3 – Lá no ambulatório, bloco 1, da psiquiatria, da UNESP. Quem que encaminhou foi a Dr^a Luciana.

P - Do Hospital Dia?

S3- Do Hospital Dia.

P – Hum, hum...O que você faz lá no ambulatório?

S3- Só consulta, o atendimento, com Dr. Francisco.

P – Então, tá. No momento é este o serviço que você continua freqüentando ou é outro?

S3- Sim. Só esse serviço.

P – A T.O., que você falou que te ajudou...foi aonde isso?

S3 – Foi no Hospital Dia, né.

P- Ah, tinha entendido que você tava em atendimento de TO, agora.

S3 – Não.

P- Então, tá. Marcelo, as perguntas eram essas.

S3 – Já acabou?

P – É ...super rápido,né. Você acha que lembrando das perguntas que eu fiz, tem alguma coisa que você gostaria de acrescentar? É isso mesmo?

S3 – É isso mesmo.

P – Então, tá bom. Obrigada.

Entrevista 4

P- Sr. Beija-flor, em primeiro lugar, eu queria saber, eh..., considerando o tempo que o senhor passou no Hospital Dia de Saúde Mental, como é que o senhor vê este serviço?

S4 – Olha, da minha lembrança lá eu tenho muito pouco, da lembrança lá... assim como minha esposa falou, né, do como eu fui tratado lá, que eu fui tratado muito bem. Todos os exames de que foi necessário fazer na minha pessoa foi feito, né. Todas as coisas que foi necessário fizeram por mim, né... fui muito bem atendido, né e converso com minha esposa, né, ela dizendo como que eu fui tratado lá, que era... como que posso dizer...que foi dos melhores tratamento que, que tem uma pessoa, eu fui tratado lá, né.

P – Sei...

S4 – Pelo que eu... pelo o estado que eu estava, né, e pelo estado que eu estou hoje. Na época eu tava sentindo muito mal, né, e tudo que puderam fazer por mim lá eles fizeram, né... foi a... foi aonde que eu tive a minha... a minha... como é que posso dizer... a minha, né, a cura do que eu tive, foi através do Hospital Dia, né.

P – O senhor se lembra alguma coisa?

S4 – Lembro vagamente de algumas passagens, né, porque... ela contava, né, prá mim, ela contou prá mim do que eu fazia lá, que eu fazia trabalhos lá, prá eu me identificar, prá minha identificação e outros trabalhos que fizeram comigo lá... assim, de muitas lembranças eu não tenho na verdade, né... não tenho mesmo, só dela contar prá mim. (olha para a esposa)

P – Tá bom!

P – O senhor teve alta do Hospital Dia, né?

S4 – Isso...

P – E depois que o senhor teve alta , o senhor acha que a vida do senhor mudou?

S4 – Mudou! Mudou! (afirma com a cabeça) Mudou bastante...

P– Fale um pouquinho para mim: o que mudou?

S4 – Olha mudou tanto pela medicação né. Que eu era muito estressado, discutia fácil, tinha muitos problemas de esquecimento, né, e ainda tenho, né. Algumas coisas ainda eu tento lembrar e não consigo, né, essa é uma das coisas que eu fiz, quando eu tô fazendo esse tratamento sobre o remédio, né... mas... pelo que eu lembro das coisas que vem ocorrendo, que tá ocorrendo ainda na minha vida, que a melhora, a melhora das coisas que eu tinha de antigamente, melhorou, melhorou, assim... vamos supor, oitenta por cento. Porque não sou mais tão agitado, tão nervoso, né, tem algumas coisa que a gente se... que nem eu falo prá você, né, algumas coisas que ainda fico nervoso prá estes acontecimentos que acontece.

P – Ahn, ahn...

S4 – Que a gente fica meio... né... né. Mas...

P- Com certeza...

S4 – Mas as coisas a gente vai levando, né. Tem a melhora sim, do que eu era e do que eu sou hoje. Nessa eu acho que eu melhorei bem dizer, uns oitenta por cento, melhorei....

P – O senhor acha, que assim, essa passagem do senhor pelo Hospital Dia, o tempo que o senhor ficou em tratamento contribuiu para essa mudança? Ajudou nessa mudança?

S4 – Ah! Eu acho que ajudou, viu. Eu acho que ajudou. Porque se eu não tivesse passado pelo Hospital Dia eu acho que eu estava numa situação bem mais difícil, né. Eu acho que eu não teria conseguido... (pequena pausa) me refazer de novo, né. Eu não conseguiria melhorar, eu acho que se não fosse o Hospital Dia, eu acho que taria sem memória ainda, taria perdido, né. Eu taria numa situação bem mais difícil e lá eu me encontrei. Lá, pelo tratamento que minha esposa me conto prá mim, do que eu tive lá, né, eu acho que se eu não tivesse o Hospital Dia, eu, eu taria bem pior hoje, né, eu acho que não só eu, todos aqueles que estão, que tiveram lá, que tiveram passagem junto comigo lá, eu acho que não teriam... recuperação, né? Estariam no Cantídio, lá... tava no Cantídio, né.

P – No hospital fechado?

S4 – No hospital fechado, né... e lá não, lá eu tive uma recuperação porque, teve um tratamento bão, tive um tratamento bão, né, e as pessoas que tá... que tá lá ajudam muito a gente, né, têm consciência do que tá acontecendo com a gente. Então, eu acho que foi uma... foi um tratamento assim que eu me recuperei bem, eu acho! Porque se não fosse o Hospital Dia, sei lá o que seria de mim, né, na verdade. Porque falaram que eu tava muito mal mesmo, eu tava muito mal, tava muito ruim, eu não lembrava das coisas. Ainda tem coisas que eu não lembro, né... eu lembro quando, quando vai, quando vô tocando no assunto, vai tocando no assunto, aí eu vô lembrando, né... mas não que ... as lembrança vem vindo assim de acordo com que eu vou conversando. Tem vez.... tem vez que ainda até o nome da minha esposa ainda eu esqueço.

P - Ahn, ahn...

S4 – Né, eu esqueço porque isso é da mente da gente, né...

P – Com certeza....

S4 – Eu que foi o... não só do tratamento, né, o tratamento foi bom pra mim, porque se não fosse o tratamento eu teria, eu taria numa situação mais difícil.

P – Ahn, ahn...

S4 – Eu digo assim, pela minha mente mesmo, porque eu tenho, eu tenho a mente fraca... enfraqueceu muito, né, mas isso daí foi um tratamento, né, se não fosse pelo tratamento eu taria pior... eu taria pior...

P – Entendi...

Silencio

P – Mais Alguma coisa?

S4 – Ah, tem muita coisa que agente quer falar, né, tem bastante coisa que agente qué falá, né, mas desses tratamentos que eu tive lá, foi...

P – À respeito disto....

S4 – À respeito disto foi a melhor coisa, foi a melhor solução prá mim, prá mim foi.

P – E depois, Senhor Beija-flor, que o senhor teve alta do hospital dia, o senhor passou a freqüentar outro tipo de serviço de saúde mental?

S4 – Não.

P – Não?

S – Não. Não tive outro tratamento, só esse.

P – Só esse?

S4 – A da psiquiatria, a da psiquiatria, tive o acompanhamento da psiquiatria...

P – Qual, Sr. Beija-flor?

S4 – Qual que foi? (olha para a esposa)

S4 – A da medicação que eu tô tomando através da psiquiatria. Nessa consulta que eu foi com o Dr.César.

P – Lá no ambulatório?

S4 – Lá no ambulatório

P – Tá.

S4 – Tô tendo acompanhamento com eles, com os psiquiatra.

P – Além do ambulatório, o senhor fez algum outro tipo de seguimento, em algum outro lugar? Ou não?

S4 – Não... não tive.

P – O sr. sabe quem encaminhou o sr. para o ambulatório?

S4 – Não lembro....

P – Não? Aonde foi?

S – Não lembro.

P – Tã... será que foi no Hospital Dia?

S – Não lembro.

(esposa responde afirmativamente com a cabeça)

P –Foi no Hospital Dia?

S4 - Foi no Hospital Dia.

P – O sr. já me contou, então, a próxima pergunta era essa...

S4- Será, é...

P - ... Se o senhor freqüenta algum serviço de psiquiatria? É o ambulatório, né?

S4 – É o ambulatório, é. Freqüento lá, é o tratamento.

P – Isso, é o mesmo serviço desde que o sr. saiu do Hospital dia, é pra onde o sr. foi encaminhado?

S4 – É, eu fui encaminhado pra psiquiatria.

P – Já passou pela psicóloga, Sr. Carlos?

S4 – Já passei pela psicóloga, também, e dessa vez que eu fui passei pelo Dr. César, né.

P – Tá... quem encaminhou o sr. pra psicóloga?

S4 – Foi lá... foi lá... no Hospital Dia, mesmo.

P- Foi?

S4- Foi no Hospital Dia.

P – Sei...

P – E aí, o sr. faz o seguimento com a psicóloga, ou não?

S4 – Faço sim..

P – interrompeu o tratamento? Como que foi?

S4 – Passou uma vez só e depois ficaram de ligar. E depois eles vão entra em contato comigo pra mim entra de novo com ela, pra conversa com ela de novo.

P – Entendi. Então, o sr. está aguardando?

S4 - Tô aguardando... tô aguardando porque, eu passei uma vez com a psicóloga, né? (olha para a esposa)

S4 – E duas vezes na psiquiatria. O Dr. César.

P – Depois que o sr. teve alta?

S4– Depois que eu tive alta.

S4 – É, foi com uma médica e depois, agora, com o Dr. César. É, tive acompanhamento sim. Tinha a Catarina...

P – É porque lá é um hospital escola, tem rodízio de alunos... os residentes mudam, realmente.

S4 – É. Mudou. Fiquei feliz porque era o Dr. César.

P – Que já conhecia...

S4- É. Ele me conheceu, por isso que tô falando, eu não conheci ele. Então, por isso, que às vezes, me falha isso. E tem isso, de eu não lembrá das pessoas, né.

P – Com certeza...

S4 – Tem pessoas que eu não lembro, que eu passei pelo tratamento lá, então, na época eu não tava bão, né... Então, as pessoas me vê... que nem outro dia... né, a pessoa me viu eu no mercado, ela me conheceu, mas eu não conhecia ela. Depois que eu fui lembrá dela, que ela tava internada lá junto comigo. Então, ela me conheceu, mas eu... depois que ela converso comigo, que ela falo, não sr. Beija-flor, eu tava lá no hospital, lá junto com o sr., e tal, nós ficava lá, aí que eu fui... entendeu? Aí que eu fui entendendo. É, porque a minha esposa me conta tudo prá mim, ela fala prá mim e... e falô que eu tive em tratamento, então, a gente vai, né, tomando, tento, dessas coisas aí, né?

P – Com certeza... Sr. Beija-flor, o que eu queria saber era isso, falei pro senhor que era curtino, né?

S4 – Era curtinho...

P – Tá bom?

S4– Tá bom.

P – Tem mais alguma coisa que o senhor gostaria de completar? Ou era isso que o senhor queria dizer?

S4 – Era isso que eu queria dizer. Era isso.

P – Então a bom! Obrigada, então.

Entrevista 5

P – Bom, então, Curió, eu queria que você pensasse um pouquinho no período que você ficou em tratamento no Hospital Dia, que você falasse para mim como você vê esse serviço?

S5 – Ah, eu vejo bem né...vejo bem, só isso.

P – O que você acha do Hospital Dia?

S5 – Eu acho que...eu gostei muito do Hospital Dia...eu gostei de ficar internado no Hospital Dia, eu gostava da comida...das atividades, gostava das atividade que tinha lá, gostava de fazer desenho, é mais desenho....(risos)

P – Hum,hum...O que era bom lá? O que te fazia bem no Hospital Dia?

S5 – Era os desenho...eu gostava de desenhar. Fazia bem, fazia estrela, coração, os prédio. (silêncio) Planta de casa, carrinho, fiz um carrinho lá, fiz um fusquinha (rindo).

P – Hum,hum... Em casa você desenha?

S5 – Eu num desenho. Do jeito que eu num paro, eu vou mais na UNESP do que aqui, eu não paro em casa, eu não desenho.

P – Ahn....O que mais era bom no Hospital Dia?

S5 – Era a comida.

P – Hum, hum...

S5 – A comida de lá era bom, gostava da comida.

P – Hum, hum...depois que você teve alta do Hospital Dia você achou que sua vida mudou? Ou não?

S5 – Eu achei, prá melhor, viu.

P- Mudou prá melhor? O que mudou?

S5– Não sei (coça a cabeça com expressão de interrogação)

P- O que é que tá diferente?

S5 – Não sei, eu não sei. Sei que mudou prá melhor

(Hoje ele tá um pouco agitado...) – fala a irmã

S5 – Mas também, Por causa do seu cunhado, por causa do meu cunhado que tava bêbado ontem, chegou beldo, ele queria provocar, não provoco eu, provoco ela, (aponta para sua irmã) eu saí vazado, antes de provocar eu saí, ó, se não eu bato, brigo com ele, aí ele xingo eu, começo xinga,num foi, Marisa? A hora que eu saí começo xinga...

P – Aí você ficou nervoso?

S5- É, por isso.

P – É. Tá certo. Qualquer um ficaria, né, Curió?

S5 – É (não entendi) ...Toma remédio e bebe, por isso fica ruim.

P– É... aí você tava me falando, que sua vida melhorou, que você está melhor... O que você tá fazendo agora, que você não fazia antes, tem alguma coisa?

S5 – Ah, não tem não.

P – Não?...

S5 – Tem não. O que eu gosto de fazer, diariamente, de manhã, de manhã cedo, hora do almoço, de tarde, fazer exercício, ficar andando assim lá em volta do campus, lá em volta da quadra, em volta do salão, só que eu não corro, só ando normal. Se correr eu canso, né, é a idade, né, a idade avançada, num agüento mais não...(risos). Não dá prá correr não, se correr eu canso demais...

P - É...

S5 – Eu ando normal.

P – É. Então ta. Depois que você passou no Hospital Dia você começou a freqüentar outro tipo de serviço

S5 – Não.

P – De Saúde Mental?

S5– Ah...Fui no bloco, né, que eu freqüento.

P – No ambulatório?

S5 – No ambulatório bloco...lá eu vô, dia 19 de agosto agora, eu vô

P - É...?

S5 – Vô consulta.

P – É. E quem te encaminhou pro ambulatório

S5 – Eu já tava lá, né, e voltei pra lá.

P – É. Você já tava e voltou, você continua lá, né , Curió?

S5 – É, continuo lá.

P – Só lá que você vai?

S5 – Só lá que eu vô. Quando eu, quando eu, quando eu vô, quero participar de atividade lá, eu falei com a moça ontem, quero participar de atividade no bloco, né.

P – Sei...

S5 – Aí eu não tinha telefone em casa, que ela falo pra liga procê ir lá, se você liberasse eu prá fazer atividade lá, prá fazer uma pintura, pintar um quadro, vasos.

P – Terapia ocupacional, que você está falando?

S5 – Terapia ocupacional.

P – Tá. Ela falou que vai ligar no Hospital Dia?

S5 – Ia liga no Hospital Dia quando eu passasse lá, conversar com ocois direitinho.

P – Ah, tá.

S5 – Porque...porque...sem orde num pode. Eu fui lá, fiquei olhando, mas sem orde num pode ir lá participar. Num pode.

P – Tem outros lugares na cidade também, não tem, Curió?

S5 – Na cidade num tem não.

P – A Arte e Convívio...

S5 – Num quero ir não.

P – Não? Por quê?

S5 – Porque eu fui, já fui na oficina Girassol, lá, fiquei uns tempo lá, ganhava dinheirinho, um pouquinho. Mas, é que eu enjoiei, comecei a enjoar, enjoiei. Porque lá é longe de casa. Eu quero ficar perto de casa. Eu vô, vorto, aqui perto de casa. É por isso. Tem a minha irmã também, né. Se eu to lá, não tinha, eu ia lá duas vezes por dia, á quarta e quinta que eu ia, né. Quarta e quinta eu ia lá.

P – Hum, hum...

S5 – Na oficina Girassol. Num é que num gostei de lá, enjoiei.

P – Parou?

S5 – Parei.

P – Curió, era só isso. Tem mais alguma coisa que você lembrou, que você quer falar?

S5- É só isso mesmo. Por enquanto é.

P – Então tá. Passou a timidez?

S5 – Passou sim.

(risos)

P – Obrigada, então....

S5 – De nada.

Entrevista 6

P- Considerando o período seu de tratamento no Hospital Dia de Psiquiatria, eu queria que você falasse pra mim como é que você vê este serviço?

S6 – Ah... foi bom....porque... eu tava...outra, né... eu tava... eu tava.. eu tava ruim, né...eu tava...eu taaa.... eu tava... como chama?

Silêncio

P – Você estava ruim...

S6 – Eu tava... não conseguindo fazer as coisas... eu tava...

P – Hum, hum, não estava conseguindo fazer as coisas...

S6 –É... eu não conseguia levantar da cama, ficava o dia inteiro na cama...minha vida tava meio, meio sem sentido, né?...

P – Hum, hum....

S6 – E lá no Hospital dia eu, eu consegui retornar... ao que eu era antes, né. Não consegui retornar ao que era antes, totalmente antes, ainda não voltei ainda ao que eu era totalmente antes....

P- O que falta, Calopsita?

S6 – Ah... Falta, falta, falta.... (silêncio) o.... o ânimo. Eu tô meio desanimada ainda...Não tenho vontade de fazer as coisas ainda.

P – O que mais você tem para falar do Hospital Dia?

S6– Ah, lá eu consegui... é... ter bastante amigos, também.

(Silêncio)

P – E oportunidade de arrumar amigos...Você vê essas pessoas ainda?

S6 – Não.

(Silêncio)

P – E depois que você teve alta do Hospital Dia, você percebe que sua vida mudou?

S6 – Ah... ah... não sei se mudou....

P – Você me contou assim: que no começo você tava mal, né, desmotivada, sem vontade de fazer as coisas...e ter ficado no Hospital Dia melhorou tudo isso, né. E sua vida, ficou diferente?

S6 – Ficou, porque... eu saio, eu saio, eu tenho, eu tenho disposição pra sair de casa, né. Isso que eu não tinha, eu não tinha disposição pra sair de casa.

P - Hum, hum.

(Silêncio)

P – Mudou mais alguma coisa?

(Silêncio)

S6 – Ah...eu saio de casa, né.

P – Sai de casa para fazer o quê?

S6 – Ah...eu vou na igreja, vou no terço. Eu, eu, eu vô na aula de dança. Depois que, que eu comecei, depois que eu saí, que eu saí de lá do Hospital Dia eu comecei com a aula de dança...

P – Sério?

S6 – Sério.

P – Onde você está indo?

S6 - Ali no Nova Aurora.

P – Que legal! E o que você acha?

S6 – É gostoso....Agora vai ter formatura....

P – Verdade?!!!

S6- Eu já, eu já, eu já participei da formatura no ano passado.

P – Han...

S6 – No final do ano...

P – Han...

S6 – E agora vai ter nossa outra formatura, no meio do ano.

P – Eu lembro que você gostava de dançar, não é? No hospital?

(Risos) Olha para sua mãe.

S6 – Não.... não...(risos)

P – Não era?

S6 – Não.

P – Parece que teve uma oficina de dança...Mas não foi na época que você estava em tratamento, então, estou me confundindo.

S6 – Não, não (risos)

P – Que legal! Então parece que mudou bastante coisa...

S6 – Mudou...

P – E depois que você teve alta do Hospital Dia, você começou a freqüentar outro serviço de Psiquiatria, ou de Saúde Mental?

S6 – Não. É... eu acompanho meu, a... a consulta, né.

P – Isso. Que acompanhamento você faz?

S6– A consulta.

P – Aonde? No ambulatório?

S6 – No bloco, né, no ambulatório.

P - Quem te encaminhou para lá, você sabe?

S6 – Ah, eu lutei muito pra conseguir vaga lá na UNESP. Eu passei por bastante médico, eu passei pelo posto...não deu certo, o médico me encheu de remédio, não deu certo. Daí eu passei numa consulta particular, também não deu certo.

P – Sei...

S6– Daí que eu consegui... consegui.... na UNESP.

P – Mas daí você teve alta do Hospital Dia e o Hospital Dia te encaminhou pro ambulatório de novo, é isso?

S2 – É.

P – Você frequenta mais coisas...?

(silêncio)

P – Você falou pra mim que...

(S6 interrompe a fala da pesquisadora)

S6 – Ah. É a TO. É lá na TO.

P – Lá no ambulatório, também?

S6 – É, na TO, no ambulatório. E agora eu vou começar uma aula de...é, é, é, na mulher, de fazer artesanato.

P – Aonde?

S6 – Aqui perto de casa. E, e, e de terça feira eu vou fazer crochê.

P – Aonde?

S6 – Ah, aqui na minha amiga.

P – Sei.

(A mãe interfere, bem baixinho e lembra da Arte e Convívio)

S6 – É, e de terça-feira eu vou lá na Arte e Convívio. Mas agora eu vô começar a ir de Sexta.

P – Ahn... Então deixa eu ver se eu entendi essa agenda lotada...

(Risos)

P – Você vai no ambulatório, na Unesp, para as consultas médicas...

S6 – É... é.

P – Lá no ambulatório você também tem atendimento com a TO. Individual ou em grupo?

S6 – Em grupo.

P – E também você vai, você frequenta a Associação Arte e Convívio, uma vez por semana.

S2 – É, é. Isso.

P – Além disso você faz a dança, o crochê e o artesanato...

S6- A dança, o crochê e o artesanato...

P – E o artesanato que vai começar.

S6 – É.

P – E assim: pro ambulatório você me falou que foi no Hospital Dia que te encaminharam. Quem que te encaminhou pra Arte e convívio? Quem que te encaminhou pra TO?

S6 – A TO, foi de lá, foi de lá do Hospital Dia, que falou prá mim da TO. Na Arte e Convívio foi a Marina que falou.

P – A TO que atende no ambulatório?

S6 – É, é.

P – Então tá bom.... Que agenda lotada, não?

S6 – É.

(Risos)

P – Tá animada sim, eu acho, ahn?

S6 – É...

P – Se não tivesse, como é que ia dar conta de tudo?

S6 – É...

P – Han?...

S6 – É só, só aqui em casa que eu, que não faço muita coisa, sabe. Não tenho muita vontade de fazer o serviço de casa, sabe.

P – Hum, hum.

S6- E antes eu fazia.

P – É...

(Silêncio)

P – Eu acho que você tá arrumando coisa melhor que serviço de casa para fazer...

S6 – É.... (risos)

P – Será que não é? Não é? Verdade...

(risos)

S6- É que eu fico sem fazer nada em casa.

P - Ahn...

(a mãe diz que ela fala que não tem o que fazer, mas sempre tem serviço)

P – Você gosta de fazer serviço de casa?

S6 – Eu gosto.

P – Tem que começar, então não é. Como a gente fazia no Hospital Dia...

S6 – Eu trabalhei um ano, de, de, de, de fazer limpeza de casa.

P – Hum, hum.... Como é que está esta questão do trabalho?

S6 – Então, eu não tô muito segura pra trabalhar. (Silêncio) Eu penso em trabalhar, mas eu tenho medo ainda...Ah, de não conseguir trabalhar, de dar errado...

P- E a relação com os pais, com a família, como é que está?

S6 – Tá Bom.

P – Melhorou?

S6 – É, sempre foi bom.

P – Hum. Hum. Mais alguma coisa, você quer falar?

S6 – Não.

P – Não?

S6 – Não.

P- Então, obrigada, era isso.

S6 – risos – Só isso?

(achei que ficou mais aliviada com o término da entrevista, conversou mais à vontade, contou que estava ajudando nos preparativos para a festa junina da saúde mental, perguntou se eu iria. Lembrou que tem visto um paciente que esteve em tratamento com ela no HD, no ambulatório de TO. Contou que seu pai está melhor, que também está freqüentando a Arte e Convívio).

Entrevista 7

P – Bom, Sr. João de Barro, eu queria que o senhor pensasse um pouquinho no período que o senhor ficou em tratamento no Hospital dia, é..., como que o sr. vê este serviço?

S7 – Ah, eu vejo, esse serviço pra mim, pra mim, eu vejo como ótimo esse serviço. Porque, eu... eu até então, não sabia nem o que tava acontecendo comigo, né?

P – hum, hum...

S7 – E através desse Hospital Dia, do tratamento que eu recebi lá, eu pude (pequena pausa) eu pude ter idéia do que tava acontecendo comigo, e... eu pensei que eu tava sozinho nesta situação. Eu pensei que era só eu que tinha esse problema, sabe?

P – Hum, hum...

S7 – Eu tava me sentindo inútil, de uma hora pra outra eu não consegui mais dar conta do serviço, dar conta de casa, né. Só, só ficava o tempo inteiro trancado no quarto, dormindo, e... não tinha ânimo pra nada das coisa, então, no Hospital Dia eu pude ver que eu não tava sozinho nesta situação. Que eu... que tinha pessoas lá que, conversando com as pessoas que tavam lá, que tinham passado, tavam passando pelo mesmo problema que o meu.

P – hum, hum...

S7 – Então, isso foi dando força também pra mim poder entender, né, o que que tava acontecendo comigo. Aí eu descobri que era uma depressão, uma coisa, um caso sério mesmo...Aí, pra mim (não entendi),Tudo, né, o pessoal lá, a terapia, as coisa que eu fazia lá, e... pra mim foi ótimo, né?

P – Hum, hum...Mais alguma coisa?

S7 – Acho que não.

P – Não?

S7 – Não.

P – Depois que o senhor teve alta do Hospital Dia o senhor percebeu, é... a vida mudou, ou não?

S7- Ah, em relação ao que eu tava sentindo começou a mudar um pouco, porque eu comecei a entender, né?

P – Hum, hum....

S7 – Eu comecei a entender que eu precisava mesmo do tratamento, dessas coisa, né, e fui buscar onde tivesse esse tratamento, né, tinha que buscar.

P –Hum, hum...Então, mudou?

S7- Mudou. Pra mim mudou bastante, o Hospital Dia pra mim foi, nossa...

P – hum, hum... como é que ficou a vida do senhor depois do Hospital Dia?

S7 – Ah, do Hospital Dia...a mudança, assim, eu, eu. Lá no Hospital Dia eu comecei a entender que...até as pessoas, quando eu comecei a conversar com as pessoas, tudo lá eu...é... a gente dá força, né, vai dando força um pro outro, então cê começa a entender o que é que tá acontecendo com você, né?

P – Hum, hum...

S7 – Então, a gente conversando, essas coisas, acaba dando força uma pro outro, é... pra gente poder sair liberto dessa situação. Pra mim, quando eu lembro da situação que eu fiquei eu ainda me sinto mal, né? Então, o Hospital Dia, eu sei lá, acho que foi um grande passo que eu dei, desde quando eu entrei no Hospital Dia, até agora, né, porque os tratamento que eu tô recebendo, essa coisa, tudo, pra mim me ajudou bastante.

P – E depois que o senhor teve alta do Hospital Dia, o senhor começou a freqüentar outro tipo de serviço?

S7 – Ah, depois do Hospital Dia eu comecei a fazer a... com o Dr. Francisco, né.

P – O que o senhor faz com o Dr. Francisco?

S7 – Com o Dr. Francisco é terapia que eu faço, ele tá, com o Dr. Francisco ele tá, ele tá escutando eu, orientando eu nas coisas, a lidar com a situação, né. A lidar com a situação, porque eu não achava que o meu corpo tinha limite, sabe? Eu achava que tudo quanto era serviço, essas coisas, que viesse pra mim eu não falava não, eu sempre pegava, ia fazendo, e fazia, fazia muito bem mesmo meu serviço. Então, é...eu fazia, quando eu entrei na firma eu...é, no entanto eu entrei com uma função, e por último agora eu tava com três, função, e fazia muito bem. Então, pra mim dar conta do recado, praticamente trabalhava quase que dia e noite.

P – Hum, hum, trabalhava muito?

S7 – É, trabalhava muito, eu trabalhava quase que dia e noite, e tudo que eu ia fazer, que eu faço, eu quero fazer direitinho... Então, a situação chegou num ponto que...que eu fui...que eu percebi que eu...já tava, num tava dando conta mais do recado, entendeu?. Então, quando o chefe falava pra mim, ah...passava dois, três serviços, eu, eu, eu corria lá no quartinho meu e já tava marcando num papelzinho, que eu não conseguia mais guardar na cabeça, não conseguia guardar, e quando vinha os serviços, essas coisas, que eu pegava o serviço pra fazer, eu....eu....eu ficava com medo do serviço, eu não dava conta, eu não conseguia executar o serviço. E...às vezes, falava pra mim assim, sei lá, eu preciso do serviço aí, e dava um prazo pra mim, um horário pra mim terminar o serviço, eu não conseguia mais fazer aquilo dentro do horário.

P – Não dava conta?

S7- Não dava conta mais. E...depois foi perdendo a vontade de fazer...

P – Com certeza...

S7 – Foi perdendo a vontade de fazer, depois eu vinha pra casa, eu não queria mais voltar pro serviço. Quando eu ia pro serviço, eu chegava lá...prá mim, nada mais dava certo pra mim, eu queria voltar pra casa de novo. Então...

P – Fazer terapia com o Dr. Francisco tem te ajudado neste sentido? A entender porque o senhor ficou assim...?

S7 – É, o Dr. Francisco tem me ajudado muito, ele ta, ele ta ajudando a entender porque que eu não agüentei, porque que eu cheguei nessa situação. Porque eu acho que eu passei do meu limite, e eu não percebi que eu passei do meu limite e eu, é, eu pensei que eu tinha alguma coisa mais,

P – Depois que o senhor saiu do Hospital Dia, o senhor já começou a terapia como Dr. Francisco? Foi no Hospital Dia o encaminhamento para a terapia?

S7- É. (a esposa balança a cabeça dizendo que não) Naquela época eu não tava muito legal, quem cuidava das papelada, tudo, era a minha mulher, ela que cuidava dessas coisas. Eu não lembrava de nada.

P – O sr. lembra para onde o senhor Foi encaminhado, do Hospital Dia?

(olha para a esposa e solicita ajuda para responder a pergunta)

P – Se a sr^a. Quiser falar, não tem problema....

(risos)

E – Pode?

P – Pode...

E – Quando ele sai do Hospital Dia ele foi para o ambulatório.

P – Daí que foi proposto a terapia?

E – Hum, hum, faz agora terapia com Dr. Francisco e Dr. César.

P – Ah, agora entendi...eu não me lembrava desse encaminhamento pra terapia (risos)

S7 – Eu não lembrava, agora que eu to, que nem eu tava falando pro Dr. Francisco, é...ontem mesmo (ruído externo não permite ouvir a gravação)

P – E agora, tá dirigindo bem?

S7 – Ah, eu evito um pouco de dirigir... (incompreensível por interferência de barulho externo)

P- Seu João de Barro, era só isso, ta bom? Obrigada.

Entrevista 8

Andorinha

P – Então, Andorinha, eu queria que você, primeiro, ah.... falasse pra mim, ah.. à respeito do período seu de tratamento no Hospital dia, considerando o tempo que você esteve em tratamento, é, como é que você vê este serviço, o Hospital Dia?

S8 - Olha, Solange, eu acho que me ajudou bastante, porque eu cheguei lá muito acelerada. Sabe, eu fiquei muito agitada, não conseguia executar tarefa nenhuma, assim, não conseguia fazer nada.

P – Hum, hum...

S8 - ...e tando lá, eu tava muito desregrada, também, aí tando lá, eu achei que me disciplinou um pouco, sabe?

P – Sei...

S8 – Eu voltei a ter um pouco de disciplina, porque eu não conseguia fazer nada, praticamente.

P – O que mais, do Hospital Dia?

S8 – Ah....eu chego a sentir falta de lá, assim, na época eu senti medo de sair de lá, eu me senti muito segura lá dentro, assim, sabe. Me ajudou bastante lá.

P – Você sente falta do Hospital Dia?

S8 – Às vezes eu vou lá visitar, assim.

P – Hum, hum....

S8 – É isso.

P – Então ta bom. Depois que você teve alta do Hospital Dia, Silvia, você percebeu, se teve mudanças em sua vida?

S8 – Olha, eu acho que, teve e não teve, assim, sabe, eu não consigo explicar...

P – Hum, hum...

S8 – Mas, eu tava de um jeito que eu não conseguia realmente fazer nada , sabe, eu não conseguia fazer nada, eu tava muito agitada. Agora eu consigo, pelo menos em casa, fazer alguma tarefa em casa, eu cuido da minha sobrinha, e... e uma coisa que eu achei que foi bom também, que reduziu bastante as minha medicação enquanto eu tava lá...isso.

P – Então , ta....O que você tem feito em casa? As atividades de casa...

S8 – É, eu ajudo minha mãe limpa a casa, assim, lavar a louça, que a minha mãe trabalha fora e trabalha com salgado em casa, também, não sobra muito tempo pra ela e eu faço alguma coisinha, algum serviço e cuido da minha sobrinha.

P – Hum, hum.... Silvia, e assim: depois do período de tratamento no Hospital Dia, você passou a freqüentar outro tipo de serviço de Saúde Mental?

S8 – Sim, foi o, a terapia ocupacional lá do ambulatório, no bloco 1, que eu lembro...

P – É acompanhamento psiquiátrico?

S8 – Eu continuo tendo consultas, né. Antes de eu ir pra o Hospital Dia eu já tinha consultas lá no ambulatório e continuo indo.

Entrevista 9

P – Bem, Rouxinol, então, pra começar eu queria que você pensasse um pouco no período de tratamento que você esteve no Hospital Dia, né, como é que você vê este serviço?

S9 – Bom... Foi de grande ajuda, porque do tempo que eu cheguei lá, pelo que eu me recordo, eu não tava bem mesmo. Aliás, eu tava bem ruim.

P – Hum, hum....

S9 - ...Éeee, tanto que no tempo que eu saí, eu saí bem de lá, mas... aqui fora... é muito diferente de estar lá.

P- Hum, hum...

S9 – Entendeu?

P – Como é que é?

S9 – Quando eu tava come, quando eu tava come, começando a achar que... que tava, que tava, éee... (guaguejando) que eu tava indo bem, que tava melhorando, que eu estava, né?... (balança a cabeça solicitando aprovação)

P –Hum, hum...

S9 – Que eu estava me sentindo bem e melhorando... (fala bem baixinho) aí eu tive que...é ... convidada pra sair, né? (fala rapidamente, quase que atropelando as palavras). A doutora....(bem baixinho)

P – Hum, hum....

S9 – Daí eu, eu fui dispensada pra o ambulatório.

P – Hum, hum...

S9 – Que no caso eu to fazendo o tratamento no ARE, que eu já fazia antes de ser internada...Com o Dr. Marcelo e a Dr^a. Renata, que é psicóloga.

P – Hum, hum...

S9 – Mas... Não foi fácil não, porque ao mesmo tempo em que eu não queria tá longe do meu filho, que por isso eu aceitei também e não questionei, foi ruim porque na realidade aqui eu fico só.

P –Hum, hum...

S9 – Aí fica aquela coisa ruim da solidão, que quando você menos espera vem, que quando te vem, vem com... eu não sei, Solange, o que acontece, porque na realidade quando me vem, me vem uma coisa de ira, mas contra mim mesma.

P – Hum, hum...

S9 – Pode ser que outra pessoa teja me fazendo mal, mas eu sinto, é..., mal comigo mesma....eu não consigo ficar com raiva da outra pessoa. (me olha profundamente nos olhos)

P – Hum, hum...

S9 – Eu não sei porque...porque que eu não consigo reagir, ou porque ajo de outra forma, eu não sou uma pessoa de palavras, pra agredir palavras, então me calo e aquilo ali me faz mal. Cê entendeu? Fora o dia que...tô tendo ainda que fazer bastante esforço pra lidar com a minha realidade, porque ... tô sozinha, comecei a receber, agora, o tal do INSS, agora, faz pouco tempo, este ano, entendeu? Eu fiquei um período inteiro sem. Aí eu tive que procurar um (não entendi), porque eu tava com o pé quebrado, que eu quebrei o pé no período que eu tinha saído do Hospital Dia...

P – Hum, hum...

S9 – Eu fui levantar da cama, torci o pé, fico doendinho aí, eu agüentando aquela dor, quando fui ver tava quebrado o pé.

P – Hum... hum...

S9 – Então, vê? É muita coisa assim, desagradável, que deixa a gente desanimada, e tudo, e já lá, não, no Hospital, a gente já se sentia mais assim que nem em casa, uma família, né? É... cada um na sua atividade, mas a gente esquecia um pouco do... do comentário, ali era outra vida.

P – Hum, hum...

S9 – Ta vivendo um outro momento, uma outra situação, entendeu? E... de uma certa forma, é..., é confortável, sim, porque eu tava sendo útil, me sentindo útil, entendeu?

P – Hum. Hum...

S9 – Por mais que aqui fora eu faça as coisas, eu tento fazer, eu vou e eu faço, só que assim, quando é pra mim eu não consigo voltar pra mim. Quando a coisa é pra mim, é comigo (aponta as mãos para o seu peito).

P – Hum... hum... Era diferente no Hospital Dia?

S9 – É porque lá eu tava fazendo algo pra mim (responde prontamente, com entonação mais alta da voz), por mim, não era pros outros. Lá eu não pensava em ninguém, lá eu pensava no meu momento, porque eu estava lá trabalhando, é..., porque, querendo ou não, nós, é... no grupo ali, é... nós acabava tendo uma finidade mais com um que com outro, então cê acaba tendo um vínculo também, né, e de certa forma aprendendo também.

P – Hum...hum...

S9- Eu muitas vezes eu não falava, eu ficava olhando, eu não conseguia, depois eu comecei a falar, me envolver, mas na realidade me fazia bem.

P – Hum, hum...

S9 – Eu depois que eu saí, aí a situação já foi diversas, eu vivi muitas coisas depois que eu saí. Só não chegaram a me internar porque.... meu ex-marido não quis me levar (não entendi). Então, o Hospital Dia, ele é sim de grande ajuda.

P – Hum... hum...

S9 – Só que no meu caso, eu não sei, eu fiquei... pouco tempo, talvez por fato de eu já ter um encaminhamento, já estar em tratamento....

P – Hum, hum...

S9 – Antes, anteriormente, né, no ARE. E....

P – Você acha que foi ruim pra você ter ficado pouco tempo lá?

S9 – Eu achei que sim, que quando eu tava pegando...é assim, me sentindo, é...,tava assim tipo em sentimento, né. Igual assim: uma hora cê ta bem e outra hora cê não ta, eu to muito assim, ta oscilando demais, já lá não, eu tava me mantendo daquele jeito.

P – Hum... hum...

S9 – Entendeu? É como se eu estivesse me fortalecendo.

P – Aí você teve alta?

S9 – Aí eu tive alta. (silêncio) Porque meu problema é pensar nos outros, não sei o que...minha irmã já foi na reunião e falou isso.(falava muito rápido e começa a falar mais claramente) só que na realidade não é que eu penso nos outros, o meu problema é que quando eu penso em mim, ninguém pensa em mim, se pensam não fazem nada, e eu já sou uma pessoa que eu penso e faço. Entendeu? Ou então tem coisas que quando eu vou ver, eu já fiz. Entendeu? E na realidade... eu... eu me sinto, assim, incompreendida...

P – Hum, hum...

S9- E... me sinto injustiçada muitas vezes, só que, eu não julgo, eu não consigo ofender a pessoa, sabe julgar, ela, eu só, só me sinto mal, ofendida, e aquilo ali me deixa deprimida...

P – Hum... hum...

S9- È uma coisa que eu não gosto porque eu me deprimi muito fácil...

P – Acho que você falou já um pouquinho, né, é... já respondeu um pouco a segunda pergunta que eu queria te fazer, que é o depois da alta do Hospital Dia, né? Você percebeu que sua vida mudou?

(Silêncio)

P –Sim ou não?

S9 – Mudou. (muito baixinho)

P- O quê que mudou?

S9 – Mudou porque na realidade, eu vi que, no Cantídio eu não pensava da mesma forma que eu estava pensando no Hospital Dia.

P – Hum, hum... Ter passado, você acha, esse período de tratamento no Hospital Dia, contribuiu para alguma mudança em sua vida?

S9 – Eu acho que sim, porque eu vi que tinha pessoas numa situação pior... do que eu. Entendeu? Eu tava numa situação mais lúcida...entendeu? Não que eu tivesse, é, vamos dizer, com uma estabilidade emocional, ali, que tava firme, mas...eu (tosse) eu me sentia assim mais segura, eu não queria estar dependente dos outros, é muito chato ficar esperando (tosse) os outros me buscar, ele não vinha e tal, que nem ele, que ficava vindo, porque me fazia mal eu ficar na presença dele, entendeu? Tanto é que até hoje eu continuo assim, por isso que às vezes eu falo pra ele manter uma distância de mim, porque eu não consigo ficar muito próxima dele.

P – Hum...hum...

S9 – Volta os sentimentos, daquela vez. Mas o Hospital Dia é diferente, realmente foi essa porque....

P – E depois que você saiu de lá, o que mudou na sua vida? Você fala que mudou, que você começou a perceber que tem outras pessoas que estavam piores que você, é isso que eu estou entendendo, né?

S9- Isso, claro...

P - Isso fez mudar o quê?

S9 – Nada. Porque... eu mais uma vez como sempre fiz, só que eu sempre me avaliei por mim mesma, entendeu? Eu, eu e Deus, desde criança, eu não vou falar que é de agora não, mas eu vi que se eu não levantasse e fizesse algo, ninguém ia fazer.

P – Hum...hum....

S9- Eu tava me enchendo de, eu tava com as conta tudo acumulada, um monte de coisas aí pra pagar, pra receber dinheiro, do INSS, do patrão, o décimo terceiro, ele chegou a ajudar, foi de grande ajuda, mas, é... me apertei muito. Sabe, ver meu filho também na situação, sem contar de me ver de um jeito, sabe...eu fiquei um pó...depois que eu saí do Hospital eu fiquei muito, porque... eu levanto, faço as coisas, mas depois eu me deito...entendeu? Por mim eu ficava na cama direto, só que...vinha aquela coisa em mim, eu tenho que levantar porque eu tenho que correr atrás,tenho de cobrar quem me deve, de buscar, de fazer um bico ali, outro aqui, porque...prá não faltar, né, querendo ou não, me magoei porque... quando o pai do meu filho falou pra mim assim, ah, uns trezentos reais paga a pensão, trezentos reais não é nada, pago duzentos e dez da casa, e o que é água, luz, entre as outras coisas, aquilo ali me deixou péssima, eu queria morrer

ali, porque, eu falei, antes dele pensar em trabalhar, ele não quer trabalhar. Desde criança eu me virava pra ganhar roupa, pra ganhar calçado, entendeu? Pra me vestir.

P- Você tem conseguido fazer isso, agora?

S9- Sim. De uma forma ou de outra eu to me virando, eu to buscando, eu to indo atrás. Como eu falei, eu com ele, eu fazia sacrifício pra ele ter as coisa dele, e agora...porque eu não deva fazer pra mim?

P – Hum... hum...

S9 – Só que é ruim, porque as pessoas que cercam são pessoas negativas, medrosas, vamos dizer assim, se eu falar que eu vou fazer tal coisa, é capaz de eu não fazer porque a pessoa vai falar... entendeu? Então você acaba não fazendo porque a pessoa ta falando, mas sendo que sua vontade era fazer. Então, tem muitas coisa que faço pra depois ta falando, só que eu falo como comentário, muitas vezes me vem crítica, assim, porque eu não to pedindo opinião, entendeu? E a pessoa acaba se sentindo ofendida, só que eu digo, eu não vim trazer problema, nem vim falar, eu só to conversando como (não entendi), eu só queria conversar com alguém, com uma amiga, é o que eu fiz, eu... eu...eu não sou criança. Porque na hora de tomar uma decisão, Solange, acontece isso, eles me vêem como se...eu fosse uma criança, porque querem mandar em mim.De qualquer forma que eu me sinta...eles querem mandar, porque quando eu preciso, quando eles precisam, eu sô aquela que desenrola, age, faz, resolve. Mas quando eu faço algo que pra eles não convém, ah, já falam, eles ficam, ah, não sei o que, mas você fala assim, poxa, você não tá se queixando pra ninguém, você ta conversando sobre algo que aconteceu. Então aí é onde cê não se sente bem, que nem agora, eu to afastada, de novo da minha irmã, da minha sobrinha, porque foi ignorância. Isso daí eu me senti mal, entendeu? Tive um episódio aqui em casa (balbuciou que ficou com uma faca escondida atrás de si) Não sei qual era o meu pensamento, se era fazer mal a ele ou se era

a mim, o que que era, mas eu não conseguia tirar de dentro e ele percebeu quando eu estava fazendo o movimento pra encaixar. Quer dizer, realmente eu não tava em mim, e depois eu me senti pior ainda, eu me senti péssima, por eu ter feito aquilo, de eu ter tido outra tentativa, ou seja, porque mais uma vez eu fiquei daquele jeito.

P – Você está em tratamento, agora?

S9 – Eu to.

P – Que que cê ta fazendo?

S9 – Eu to com Dr. Marcelo, que é psiquiatra, que dá medicação, ele já falou pra mim tomar a medicação certa, só que eu não encontro o remédio, o remédio é caro, é R\$ 41,00 e eu não tenho pra comprar remédio, um eu manipulo. Coisa que lê não gosta que manipule, que é a sertralina, não, é sulpirida, sertralina é que não tem, e o outro é o diazepam, diazepam que eu tomo. E a Dr^a Renata que ficou de ver se arrumava pra mim, que é a psicóloga, é...no hospital se teria alguma amostra, pedir pra secretária ao dr. Pra trocar meu remédio, porque não ta tendo, eu não to achando, e ficou de me retornar, mas eu não recebi telefonema dela.

P – E com a Renata, você faz que tipo de tratamento?

S9 – Psicóloga...

P- Individual ou em grupo?

S9- Individual. Ela acha que ele me adocece. Eu já passei o estágio da minha mãe, agora é ele.Só que... não é só ele, eu acabei de crer que minha família também. É que eu gosto do meu canto, trabalho, sempre trabalhei, gosto de trabalhar. Comecei fazer informática, mas tranquei porque não tinha dinheiro pra pagar, eu comecei e logo quebrei o pé, então, agora eu vou acertando,

depois eu faço. Depois que a cabeça estiver boa, eu to esquecendo muito as coisa.

P – Sandra, então, acho que era isso que eu queria perguntar, a gente pode desligar e continuar conversando. Se você quiser, ta?

S9 – Tá...

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)