UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP – DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

A participação da família no tratamento em Saúde Mental como prática no cotidiano do
serviço

Pedro Pablo Sampaio Martins

Dissertação apresentada à Faculdade de
Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da
USP, como parte das exigências para obtenção
do título de Mestre em Ciências, Área:
Psicologia.

Ribeirão Preto – SP
2013

PEDRO PABLO SAMPAIO MARTINS

A participação da família no tratamento em Saúde Mental como prática no cotidiano do serviço

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências.
Área de concentração: Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi

Ribeirão Preto – SP
2013

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.

Martins, Pedro Pablo Sampaio

A participação da família no tratamento em Saúde Mental como prática no cotidiano do serviço. Ribeirão Preto, 2013.

154 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia.

Orientadora: Guanaes Lorenzi, Carla.

1. Saúde Mental. 2. Família. 3. Terapêutica. 4. Hospital-Dia. 5. Construcionismo Social.

Martins, Pedro Pablo Sampaio

A participação da família no tratamento em Saúde Mental como prática no cotidiano do serviço

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Área: Psicologia.

Aprovado em:

Banca examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedico à minha família: Ari, Simone,
Juliano, João Lucas, Lara
e Henrique,
por juntos vivermos
sentidos de família tão especiais.

AGRADECIMENTOS

Na trajetória deste Mestrado, com diferentes contribuições, inúmeras pessoas me ajudaram a chegar até o fim. A todos, o meu agradecimento sincero e profundo pelos os momentos vividos.

À Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi, companheira principal desta jornada, agradeço por me receber de braços abertos e por confiar sempre em mim. Agradeço a liberdade, sempre acompanhada pela competente assistência: reconheço o quão sortudo sou por isso! Há neste pesquisador e nesta pessoa marcas de você que sempre me acompanharão. Muito obrigado.

Aos professores Sheila McNamee e John ‘Jack’ Lannamann, agradeço o empenho e carinho com que me receberam em seu país e em sua universidade. Minha experiência nos Estados Unidos foi um ponto importante em minha história e vocês tornaram isto possível de uma forma muito especial.

Ao Prof. Dr. Emerson Raser, a minha imensa gratidão por ter me apresentado à prática de pesquisa e ao mundo acadêmico de maneira tão encantadora e responsável, e por ter me apresentado ao construcionismo social. Obrigado pela amizade presente e transformadora.

Ao grupo de pesquisa do LAPEPG – USP, Ricardo Pinheiro, Thaís Cintra, Marília Palácio, Giovanna Doricci, Gabriela de Paula, Malu Fatureto, Andrezza Peretti, Luíza Menezes e Marina Belelli – agradeço pelo aprendizado, apoio e compartilhar cada vez mais próximo. E pelas risadas também!

Ao Marcus Vinícius Santos, obrigado pela infalível colaboração em tantas etapas dessa pesquisa. Sua generosidade é impressionante! Saiba que tem “você” neste trabalho em vários momentos.

À Fabiana Brunini, por toda a boa vontade e ajuda no contato com as famílias.

À equipe do Hospital-Dia, agradeço por me receberem em sua instituição e por me inserirem tão prontamente nos espaços de participação da família. Espero que o meu trabalho faça jus ao trabalho de vocês.

Aos participantes desta pesquisa e a todos os demais usuários do serviço com quem tive contato no meu período de coleta, o meu agradecimento pela confiança em mim depositada e pela acolhida. Vocês têm todo o meu respeito. Espero que este trabalho contribua, ainda que timidamente, para que as vidas de pessoas em situações semelhantes à de vocês se tornem melhores de alguma forma.

À banca de qualificação, composta pelos professores Dr. Emerson Raser e Dra. Luciana Kind do Nascimento, agradeço pela leitura minuciosa, pela possibilidade de discussão, ampliação e fortalecimento do trabalho.

Aos meus pais, Simone e Ari, diante da impossibilidade de agradecimento suficiente, me resta apenas dizer que, em nossa convivência tão única, aprendi o que significa família em suas melhores consequências. Mais uma vez, agradeço por sempre tornarem a minha vida o mais fácil que podem. Vocês são seres humanos admiráveis.

Aos meus irmãos, Juliano, João Lucas e Lara Martins, obrigado pela felicidade de estarmos cada vez mais próximos e por testarmos as barreiras do que significa, para nós, “ser irmão”!

Ao meu afilhado Henrique Martins, minha gratidão por você existir e, então, fazer de mim alguém melhor.

Aos meus sobrinhos, Marcelo Filho, João Victor Santos, Victor Hugo, Beatriz e Helena Martins, obrigado por constantemente me lembrarem a importância e a potência da simples curiosidade sobre o mundo e do abraço desinteressado.

Ao Rafael Nascimento, meu grande companheiro, agradeço por tudo o que vivemos juntos desde que este Mestrado era apenas uma ideia: por acompanhar, apoiar, incentivar, cuidar, participar, viajar, aguentar, trabalhar, estudar, brincar, divertir, estar... E por ser. Sem você, não teria sido tanto e nem tão bom.

À família Martins, vocês são muitos para dizer um por um, mas quem viveu, sabe do que viveu, e nisto está a minha maior gratidão. Na casa da Vovó Maria, eu me sinto abraçado como em nenhum outro lugar! E para aqueles primos-amigos que estiveram sempre ali, tão próximos, nesta trajetória, um abraço fraterno de gratidão.

Aos meus avós Vicente e Adelaide, e aos Sampaio, obrigado pelo carinho e confiança.

À Ede Lanir Ferreira, agradeço por todo o empenho, amizade e cuidado com que tem me tratado desde sempre. Nossa amizade me é preciosa.

Aos Nascimento, em especial Solange, Nilson, Emília, Mariana, João e Alessandro, obrigado pelo acolhimento e dedicação!

À Ludmilla Dell’Isola e à Kátia Caetano, meu afeto e gratidão por termos transformado uma casa em um lar de inquebráveis laços e incontáveis histórias. Estar com vocês foi parte do melhor dos últimos anos.

Aos meus companheiros de casa em Durham, Tales Lelis, André de Barros e Diego Woitschach, obrigado por terem sido amigos presentes para o alegre e para o difícil, em dias

intensos na nossa mansão. Foi muito bom ser “os brasileiros que moram na biblioteca” com vocês.

Aos meus amigos americanos, obrigado por me receberem em seu país e em sua cultura, e por tornarem minha experiência em Durham uma inesgotável saudade. Scott Picariello, Emily Kent, Izzie Fletcher, Torin Evans, Bryan Carignan, Kerri Farrel, Gina Soule, Annie Fuller, Alex Brix, Stacy Clark, Erin Cavanaugh, Hannah Johnson, Cristina Lindsay e Megan Murphy, vocês são demais!

À Margot Brink, agradeço pelos momentos felizes em Durham e por criar aquela sensação tão próxima de intimidade que me fazia inadvertidamente falar português com você!

A cada um dos seguintes amigos, em suas particularidades, meu carinho e gratidão por tornarem meu mundo um lugar melhor: Gabriela Silva, Adriano Gosuen, Lorraine Possamai, Luciana de Paula, Maria Carolina Buiatti, Luciana Guimarães, Lucas Morato, Guilherme Bessa, Berenice de Biagi, André de Biagi, Gabriela Moura, Mirella Baroni, Lara Miranda, Órion Oliveira, Anderson Silva, Amanda Oliveira, Débora Nobusada, Marina Lino, Ana Paula Rocha, Fabiana Amorim, Francisco Arantes, Rômulo Nascimento, Hugo César, Rui Moraes, Nyanne Beckmann, Ana Cecília Oliveira, Regiane Sbroion, Paula Medeiros, Déborah Maia, Cecília Vilela, Emanuelle Rodrigues e Diogo Silva.

Às instituições de ensino a partir de onde este psicólogo e pesquisador se torna possível, Universidade de São Paulo, Universidade Federal de Uberlândia e University of New Hampshire, espero retribuir todo o investimento produzindo algo de bom para o mundo. Muito do que sou vem destes lugares.

À FAPESP, pelo financiamento desta pesquisa no Brasil e nos Estados Unidos, e à CAPES, por financiamento em etapa inicial desta pesquisa.

A todos vocês, saibam: quem quer que leia ‘Martins (2013)’ em qualquer lugar, estará também lendo um pouco sobre vocês.

“Desaprender 8 horas por dia ensina os princípios.”

Manoel de Barros

RESUMO

Martins, P. P. S. (2013). *A participação da família no tratamento em Saúde Mental como prática no cotidiano do serviço*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

A preocupação com a participação da família no tratamento em Saúde Mental no Brasil tem se produzido historicamente a partir do movimento de reforma psiquiátrica, que busca transformar a lógica de produção de cuidado em saúde. Desde então, observa-se certa tensão neste campo, com a presença de diferentes discursos sobre a família, sua participação, envolvimento e responsabilidade com relação ao adoecimento mental e seu cuidado. O objetivo do presente estudo é compreender como familiares atendidos em um programa de assistência à família, no contexto de uma instituição de Saúde Mental, constroem sentidos sobre sua participação no tratamento. Para tanto, foram realizadas entrevistas individuais, semiestruturadas, com dez familiares de pacientes de um serviço público de semi-internação psiquiátrica localizado em uma cidade de médio porte no estado de São Paulo. Estas entrevistas tiveram como tema central a participação destes familiares no programa de assistência à família da instituição, considerando seus entendimentos sobre família, doença mental e tratamento. As entrevistas foram audiogravadas e transcritas integralmente, sendo submetidas a procedimentos qualitativos de análise, com base nas contribuições do movimento construcionista social em ciência. Em primeiro lugar, realizamos uma análise temática, organizada em três recortes temporais: 1) *Famílias em sofrimento*, que versa sobre a vida dos familiares antes do HD, tendo como temas o surgimento da doença e suas consequências na vida familiar, e as passagens por serviços de saúde; 2) *Famílias em tratamento*, que contempla cinco formas de participação dos familiares no HD: o cuidado à família, o aprendizado sobre a doença mental, a transformação das relações familiares, o cuidado com o familiar em semi-internação e o cuidado mútuo entre as famílias; 3) *Famílias em desenvolvimento*, relacionando os assuntos acerca da vida atual, considerando a melhora do paciente, os desafios da vida pós-alta e as perspectivas imaginadas por estes familiares. A seguir, analisamos o processo comunicacional de uma das entrevistas, ilustrando como toda descrição da participação do familiar era construída como produto da interação de pesquisa. Percebemos como determinadas posturas do entrevistador convidavam a um processo de participação do familiar similar àquele que se pretendia investigar. Concluimos que a participação destes familiares no tratamento se constrói como possibilidade não apenas mediante o convite para participação, mas através do efetivo e cotidiano investimento na qualidade das relações entre os atores envolvidos no processo (pacientes, familiares e profissionais de saúde), em um contínuo processo, construído momento-a-momento no cotidiano das práticas de saúde. Esta compreensão chama atenção para a micropolítica da produção de cuidado e para a necessidade de uma atenção aos processos comunicativos e relacionais envolvidos na participação da família no cotidiano da instituição. Concluimos apontando o desafio de inventar, no cotidiano das práticas, formas de fazer este cuidado acontecer. Para este fim, destacamos a importância de deslocar o entendimento de “tratamento da família” para “cuidado da família”. A transformação deste entendimento considera os efeitos negativos que discursos de culpabilização e adoecimento da família geram na sociedade, buscando transformá-los em direção a discursos atrelados a práticas que de fato apoiem e ajudem famílias em sofrimento. (FAPESP)

Palavras-chave: Saúde Mental. Família. Terapêutica. Hospital-Dia. Construcionismo social.

ABSTRACT

Martins, P. P. S. (2013). *The participation of family in Mental Health treatment as practice in the quotidian of the service*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Concerns with the participation of family in mental health treatments in Brazil have historically aroused from the movement of psychiatric reform, which aims at changing the logic that underlies the production of healthcare. Ever since then, it has been possible to observe tensions in this field, characterized by the presence of different discourses regarding family, their participation, involvement and responsibility in relation to mental health and to its needed care. This study aims to understand how relatives of mental health patients make meanings about their own participation in treatment. We conducted individual, semi structured interviews with ten of those relatives who were seen in a mental health day service in a city in the state of São Paulo, Brazil. The participation of these family members in treatment was the central theme of these interviews, which focused especially on their understandings about family, mental health and treatment. The interviews were recorded in audio, fully transcribed and later analyzed through qualitative procedures, based on the contributions of the social constructionist movement in science. First, we conducted a thematic analysis, which was organized in three time-based categories: 1) *Families in pain*, that refers to the lives of the family members before their participation in treatment, and that has as themes the arising of the illness, its consequences to family life, and the families' seek for help in health services; 2) *Families in treatment*, which contemplates five forms of participation in the program for family assistance, namely the care for families, the learning about the mental illness, the transformation of family relationships, the care for the family member who is being treated, and the mutual care between different families; 3) *Families in development*, under which are the themes regarding the interviewees' current lives, considering the improvement of the patient's situation, the challenges family members have faced since they left the service, and their imagined perspectives for life. Next, we analyzed the communicational process in one of the interviews that illustrated how every description of the participation of the family member in treatment was constructed as an interactional product during the research process. We realized how certain stances of the researcher invited a process of participation by the family member very similar to that which we wanted to investigate. We concluded that the participation of these family members in treatment is constructed as a possibility not only through inviting them to participate, but through an effective and daily investment in the quality of the relationships between different social actors involved in the process (patients, family members, healthcare practitioners). We characterized this as an ongoing process, constructed at every moment during everyday health practices. This understanding calls attention to the micro politics of production of healthcare, and to the necessity of an attention to communicational and relational processes involved in the participation of family in the quotidian of the institution. We concluded by pointing to the challenge of creating, in daily practices, ways of making this care happen. For that, we highlighted the importance of moving away from an understanding of a family being treated to one that considers a family who needs care. The transformation of this understanding considers the negative effects that discourses blaming families for the disease create in society. We hope to contribute to changes in these discourses towards others that, intertwined to practices, may actually be supportive and helpful to families who suffer. (The São Paulo Research Foundation).

Keywords: Mental Health. Family. Therapeutics. Hospitals, Day. Social Constructionism.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Procedimentos de análise.....	45
Figura 2. X está no contexto de Y.....	56
Figura 3. Níveis de contextualização e a realização do ato de fala de <i>convite</i> para conversar sobre a história de Rose.....	87
Figura 4. Atos de fala mudam os níveis de contextualização em um momento crítico...	94

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Discursos sobre a participação da família no tratamento.....	33
Tabela 2.	Famílias contatadas durante o processo de pesquisa.....	42
Tabela 3.	Participantes: nomes, parentesco e atividades.....	42
Tabela 4.	Análise temática das entrevistas.....	48
Tabela 5.	Famílias em sofrimento.....	61
Tabela 6.	Famílias em tratamento.....	66
Tabela 7.	Famílias em desenvolvimento.....	77
Tabela 8.	Análise temática da entrevista com Rose.....	88
Tabela 9.	Análise temática da entrevista com Anna.....	120
Tabela 10.	Análise temática da entrevista com Sandra.....	124
Tabela 11.	Análise temática da entrevista com Lia.....	128
Tabela 12.	Análise temática da entrevista com Luísa.....	131
Tabela 13.	Análise temática da entrevista com Mário.....	134
Tabela 14.	Análise temática da entrevista com Paulo.....	138
Tabela 15.	Análise temática da entrevista com Amanda.....	142
Tabela 16.	Análise temática da entrevista com Lúcia.....	146
Tabela 17.	Análise temática da entrevista com Fernando.....	150

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CMM	Teoria do Manejo Coordenado do Sentido
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FFCLRP	Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
HC	Hospital das Clínicas
HD	Hospital-Dia
SUS	Sistema Único de Saúde
UNH	University of New Hampshire
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	16
1. INTRODUÇÃO.....	20
1.1. O modo asilar e a segregação da família.....	22
1.2. Reforma Psiquiátrica Brasileira e questionamentos na Saúde Mental.....	25
1.3. O modo psicossocial e a valorização da família no processo de cuidado.....	29
1.4. Hospital-Dia e o cuidado ao usuário e à família.....	34
2. MÉTODO.....	38
2.1. Delineamento teórico-metodológico.....	39
2.2. Considerações éticas.....	40
2.3. Participantes.....	41
2.4. Procedimentos de construção do <i>corpus</i> de pesquisa.....	43
2.5. Procedimentos de análise.....	44
2.5.1. “O que se fala”: Análise temática.....	46
2.5.2. “O que se faz”: CMM e a análise da comunicação.....	51
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	58
3.1. Participação da família no tratamento: sobre “o que se fala”.....	59
3.1.1. Famílias em sofrimento.....	60
3.1.1.1. O surgimento da doença e suas consequências para a vida familiar.....	61
3.1.1.2. As passagens por serviços de saúde.....	64
3.1.2. Famílias em tratamento.....	66
3.1.2.1. O cuidado à família.....	67
3.1.2.2. O aprendizado sobre a doença mental.....	69
3.1.2.3. A transformação das relações familiares.....	71
3.1.2.4. O cuidado com o familiar em semi-internação.....	73
3.1.2.5. A ajuda mútua entre as famílias.....	75
3.1.3. Famílias em desenvolvimento.....	77
3.1.3.1. As melhoras atribuídas à participação no HD.....	78
3.1.3.2. Os desafios da vida pós-alta.....	79
3.1.3.3. As perspectivas imaginadas.....	81
3.2. A história de Rose e minha história com Rose: sobre “o que se faz” com o que se fala.....	84
4. CONCLUSÃO.....	101
REFERÊNCIAS.....	109
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	117

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Constituição de Banco de Dados.....	118
APÊNDICE C – Roteiro de entrevista semiestruturada.....	119
APÊNDICE D – Tabela temática da Entrevista 1.....	120
APÊNDICE E – Tabela temática da Entrevista 2.....	124
APÊNDICE F – Tabela temática da Entrevista 3.....	128
APÊNDICE G – Tabela temática da Entrevista 4.....	131
APÊNDICE H – Tabela temática da Entrevista 5.....	134
APÊNDICE I – Tabela temática da Entrevista 7.....	138
APÊNDICE J – Tabela temática da Entrevista 8.....	142
APÊNDICE K – Tabela temática da Entrevista 9.....	146
APÊNDICE L – Tabela temática da Entrevista 10.....	150
ANEXO – Ofício relativo à aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa.....	153

Apresentação

*“Histórias são importantes. Muitas histórias são importantes.
Histórias foram utilizadas para desapropriar e para difamar,
mas histórias também podem ser usadas para empoderar e humanizar.
Histórias podem quebrar a dignidade de um povo,
mas histórias também podem reparar esta dignidade quebrada.”*

Chimamanda Adichie

APRESENTAÇÃO

Este é um trabalho que entende a importância das histórias na constituição do mundo em que vivemos: a que aspectos direcionamos nossa atenção, que recortes fazemos, como enxergamos as pessoas, os grupos, as nações, etc., e principalmente, que possibilidades de ação se abrem para nós a partir destas histórias. Sendo assim, peço licença ao leitor para apresentar este trabalho a partir da metáfora das histórias ou, mais especificamente, para apresentá-lo como o produto da conjunção de diferentes histórias.

Começando pela minha história pessoal, quando ainda era estudante de graduação na Universidade Federal de Uberlândia (UFU), tive meu primeiro contato com o processo de pesquisa e com o que podia significar ser parte do mundo acadêmico. Encantei-me. Entre o aprendizado sobre que era pensar um objeto de pesquisa, escrever um projeto, pensar um método coerente, conduzir uma análise, redigir resultados, corrigir, corrigir, corrigir... e tudo o mais envolvido na elaboração e execução de uma pesquisa, no meu quarto ano de faculdade, decidi que participar desta comunidade acadêmica era o que eu queria para a minha profissão de psicólogo. Neste processo, como orientando de iniciação científica do Prof. Dr. Emerson Rasera, conheci também o construcionismo social e, junto a ele, muitas inquietações sobre a nossa profissão. Concluí que eu precisava estudar mais sobre isso.

No meu último ano de faculdade, então, procurei a orientadora deste projeto, Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi, contando-lhe sobre essa história. Conversamos sobre interesses em comum: construcionismo, cuidado, famílias... Ela me contou sobre sua inserção em um Hospital-Dia de Psiquiatria (HD), onde estava participando como professora colaboradora na construção de um programa de atendimento às famílias dos pacientes em regime de semi-internação. Curiosos quanto à participação das famílias no tratamento naquele contexto – e empolgados com as possibilidades de colaborarmos com a construção daquele programa – delineamos o projeto para este estudo, com a intenção de conhecer um pouco sobre a experiência dos familiares atendidos no HD. Quando ingressei no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP-USP, começamos a execução do projeto.

Minha recepção no HD foi especialmente relevante. Com o apoio da equipe de profissionais desta instituição – e com a assistência especial do psicólogo e da assistente social – participei das atividades oferecidas às famílias dos pacientes, ao mesmo tempo em que fazia contato com familiares que participavam ou já haviam participado dos serviços oferecidos. Eu não estava, até aquele momento, familiarizado com o contexto da Saúde

Mental no qual meu trabalho se inseria. Assim, para além dos estudos bibliográficos que realizava – começando a entender um pouco das histórias contadas por outros pesquisadores sobre a temática que me interessava para este trabalho – minha própria inserção no HD foi um modo especial de conhecer ainda outras versões para as histórias que estudava.

Neste período, realizei entrevistas com dez familiares de usuários do serviço que aceitaram participar desta pesquisa. Mais histórias entravam neste percurso: desta vez, com as vozes dos atores principais do trabalho! Eu já estava bastante empolgado com a perspectiva do que aconteceria a seguir, e a isto uma boa surpresa se somou. No momento inicial da análise do *corpus* de pesquisa, recebemos em nosso Programa de Pós-graduação a visita de dois docentes do Departamento de Comunicação da University of New Hampshire (UNH), Sheila McNamee, PhD, e John Lannamann, PhD. A seu convite, e com o apoio da FAPESP, realizei um estágio em pesquisa no exterior, na UNH, sob supervisão destes professores, que contribuíram com meu processo de análise com seu conhecimento em construcionismo social, em geral, e especificamente em processos de comunicação. Trabalhamos, assim, na interface entre estas duas áreas do conhecimento, Psicologia e Comunicação, buscando construir a análise de forma que este trabalho, ao mesmo tempo em que chamasse a atenção para aspectos da experiência dos familiares entrevistados no serviço, pudesse também se tornar uma ferramenta útil para os profissionais atuando com famílias em contextos de Saúde Mental.

De volta ao Brasil, o momento era de qualificação. As contribuições dos professores Dr. Emerson Rases (UFU) e Dra. Luciana Kind do Nascimento (Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, PUC-Minas), me ajudaram a moldar a história a ser contada sobre o tema a que me propus estudar. Com o suporte sempre presente da Profa. Carla, me engajei na fase final de dar forma a esta dissertação, com o compromisso ético de me endereçar às questões que havia me proposto a estudar.

Sendo assim, este trabalho também é uma história: moldada em uma retórica acadêmica pós-moderna, comprometida em dar visibilidade à experiência de pessoas que, historicamente, têm se constituído no entrelace de discursos sociais, muitas vezes benéficos para si, mas, infelizmente, muitas vezes prejudiciais. Para contar esta história, a presente dissertação está organizada em quatro capítulos.

No Capítulo 1, exploro alguns discursos sociais historicamente produzidos acerca das relações das famílias com o adoecimento mental e suas consequências para a participação ou segregação de familiares no tratamento. Tomo como ponto de referência o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, comparando dois modos de produção de cuidado em Saúde

Mental – asilar e psicossocial – e as maneiras como o uso de discursos advindos destes modos de cuidado repercutiram sobre as formas de cuidado oferecidas a pacientes e familiares.

O Capítulo 2 trata da trajetória metodológica de construção desta pesquisa, destacando o processo de escolhas que tornou a história narrada nesta dissertação, dentre tantas outras, possível de ser contada e passível de ser avaliada.

No Capítulo 3, apresento os resultados construídos e a discussão por eles possibilitada. Por meio de três recortes temporais criados a partir de uma análise temática, discorro sobre a experiência dos familiares a) antes do HD (*Famílias em sofrimento*), considerando o surgimento da doença e suas consequências na vida familiar, bem como suas passagens por serviços de saúde; b) durante seu período de participação no HD (*Famílias em tratamento*), que contempla cinco formas de participação no tratamento, quais sejam, o cuidado à família, o aprendizado sobre a doença mental, a transformação das relações familiares, o cuidado com o familiar em semi-internação e o cuidado mútuo entre as famílias; e c) sobre suas vidas atuais (*Famílias em desenvolvimento*), considerando a melhora do paciente, os desafios da vida pós-alta e as perspectivas imaginadas por estes familiares.

Além disso, neste mesmo capítulo, analiso meu processo de comunicação com uma das familiares entrevistadas, Rose, chamando atenção para como produzimos em colaboração as versões de sua história que, posteriormente, seriam tomadas como sua experiência para os resultados de pesquisa. Relacionando esta análise aos temas de todos os familiares, traço um paralelo sobre como a possibilidade de participação dos familiares se constrói a cada momento no decorrer dos encontros entre profissionais de saúde, famílias e usuários do serviço.

Por fim, no Capítulo 4, retomo os resultados e a discussão apresentados, relacionando-os aos objetivos do trabalho e à literatura da área. Discorro, assim, sobre a importância de continuamente focalizar os encontros nos serviços de saúde como o lugar onde, no cotidiano das práticas, o cuidado pode se produzir por meio do investimento na qualidade das relações entre familiares e profissionais. Com esta concepção, chamo atenção para o contínuo desafio de inventar, no cotidiano das práticas, formas de fazer acontecer o cuidado às famílias. Espero que o leitor possa fazer suas próprias reflexões no desenrolar desta história. Por entender que o sentido de qualquer história está sempre a caminho, no próximo movimento em contá-la, coloco-me curioso para saber o que a história aqui contada, em seu uso, produzirá.

Introdução

“Desfazer o normal há de ser uma norma.”

Manoel de Barros

1. INTRODUÇÃO

As relações entre pessoas em sofrimento mental, famílias e instituições são complexas e têm se transformado significativamente com o transcorrer da história da humanidade. Por um lado, mudanças históricas nos entendimentos sobre a doença mental – Loucura? Possessão demoníaca? Sofrimento psíquico? Transtorno psiquiátrico? – implicam diretamente nas vidas de todas as pessoas envolvidas: de suas possibilidades de circulação social às diferentes propostas de tratamento e cuidado, passando ainda pelos papéis e funções atribuídos às suas famílias. Ao presente trabalho, interessa especialmente investigar as famílias neste processo histórico: como ela transforma e é transformada em relação à questão da doença mental? Que implicações para a vida familiar se produzem com tais transformações? Como chegamos ao atual panorama de cuidado em saúde mental, no qual a família tem sido colocada em lugar de destaque? Nesta introdução, discorro sobre estas questões, investigando as relações historicamente construídas entre família e cuidado em saúde mental, como forma de refletir acerca desta temática que, no Brasil, tem ganhado destaque na literatura especialmente a partir do investimento em um modelo de cuidado em saúde que se preocupa em cuidar dos indivíduos em sofrimento mental e de seus familiares em uma lógica de cidadania e de compromisso social.

Considerando o contexto em que este trabalho aconteceu – um programa de atendimento a famílias de um Hospital-Dia Psiquiátrico – e sua inserção em um cenário de cuidado à saúde mental marcado pela convivência de discursos advindos de diferentes modelos de assistência – asilar e psicossocial (Costa-Rosa, 2000) – exploro a seguir alguns discursos acerca da participação da família no cuidado à saúde mental. Por meio de uma reflexão sobre a literatura científica da área, apresento uma discussão que organiza comparativamente estes dois modelos, considerando a) seus entendimentos sobre a família e suas funções e papéis em relação ao adoecimento psíquico; b) as formas de participação da família nos tratamentos oferecidos; e c) as problemáticas levantadas pela literatura a respeito destas formas de participação.

Como discursos entrelaçados a atividades práticas e a ações concretas, é importante enfatizar que os entendimentos sobre família, adoecimento mental e cuidado presentes em cada um dos modelos somente podem ser organizados comparativamente de forma tão clara por meio de um esforço teórico para dar sentido didático a elas. Na vida cotidiana – das instituições, dos profissionais de saúde, dos usuários dos serviços, dos familiares, da

população leiga, etc. – estes discursos convivem e, em seu uso diário, muitas vezes se sobrepõem.

Com isto em mente, o interesse central nesta introdução é explorar como diferentes modelos de atenção à saúde mental – produtores de e produzidos por diferentes discursos sobre a doença mental – promovem distintas formas de participação da família no tratamento. Interessa-nos, ainda, entender estes modelos e discursos como parte de contextos sociais, históricos, políticos e econômicos que, guiados por interesses de várias ordens (para além apenas das funções terapêuticas do tratamento), tiveram grande impacto nos modos de cuidado endereçados a doentes e familiares.

1.1. O Modo Asilar e a Segregação da Família

A figura do manicômio ou hospital psiquiátrico é talvez a imagem mais lembrada quando se trata da temática da doença mental. Por anos, o cuidado em Saúde Mental teve como principal (e, muitas vezes, única) estratégia a internação integral dos pacientes gravemente acometidos por transtornos mentais. Este modelo de assistência é conhecido como asilar porque era comum a internação dos pacientes para toda a vida, o que implicava em uma indesejada cronicidade das doenças e altos custos para a saúde pública.

No Brasil, as primeiras políticas preocupadas com a doença mental datam apenas da segunda metade do século XIX e foram marcadas por processos de marginalização e exclusão social. Com um entendimento escasso acerca do fenômeno da loucura e da doença mental, “a psiquiatria da época exercia finalidades mais políticas do que médicas, já que os hospícios se caracterizavam menos por suas finalidades terapêuticas do que de exclusão social” (Guanaes, 2000, p. 3). Assim, este modo de cuidado em psiquiatria buscava atender aos interesses burgueses de classificar como doente mental os comportamentos que não se conformassem à sua ideologia, com um discurso que versava sobre a periculosidade dos doentes, sua incapacidade de convívio social e consequente necessidade de segregação (Costa & Tunis, 1992).

Em síntese retomada das políticas públicas referentes à doença mental até a metade do século XX no Brasil, Guanaes (2000) aponta que estas políticas tiveram formulações direcionadas à tutela, à destituição dos doentes mentais de seu status de cidadão e à sua alienação, caracterizando uma política social de isolamento que privilegiava o cuidado com

os valores da sociedade em detrimento do cuidado com o sofrimento mental. Em 1940, por exemplo, o Código Penal recomendava o recolhimento aos manicômios, casas de custódia e colônias agrícolas dos indivíduos considerados perigosos (Marsiglia, 1987, citado por Guanaes, 2000).

Com este tipo de discurso e prática, a família não aparecia em qualquer lugar de destaque no debate acerca do cuidado em Saúde Mental, a não ser como mais uma parte da sociedade a ser protegida da influência negativa do convívio com a loucura (Silva & Monteiro, 2010). Entretanto, a partir dos anos 50, as ciências ‘psi’ tomaram um interesse especial acerca do papel da família na etiologia da doença mental. Novos entendimentos sobre a temática foram produzidos e, ao serem popularizados, acabaram por fortalecer o discurso asilar de segregação social do doente mental. Retomando um pouco desta história, segundo Aun (2005), este movimento aconteceu com a Psicologia, a Psiquiatria e a Psicanálise ampliando seus interesses de um foco voltado exclusivamente para o indivíduo para outro que considera os fatores sociais – com destaque preponderante para a família – nas questões psicológicas. Diante da disseminação destas teorizações e de seus usos cotidianos muitas vezes simplificados, os conhecimentos destas disciplinas, por manterem uma lógica determinista de compreensão da doença mental, favoreceram uma visão naturalizada da família, na qual os pais seriam responsáveis não apenas pela educação de seus filhos, mas também pela formação de sua personalidade.

Rosa (2003) destaca como interpretações da psicanálise tiveram papel preponderante neste tipo de entendimento, ao centrarem nas relações familiares – sobretudo naquelas de um casal heterossexual e seus filhos, entendidas como sendo orientadas pelo Complexo de Édipo – a discussão sobre a formação do psiquismo humano, tendendo a localizar na capacidade/incapacidade dos pais a criação de filhos psiquicamente saudáveis.

No campo teórico da comunicação, os estudos do antropólogo Gregory Bateson e de seus colaboradores também foram preponderantes para este tipo de concepção acerca da família. Ao interessarem-se pela etiologia da esquizofrenia e questionarem-na como doença orgânica, eles desenvolveram a hipótese do duplo-vínculo, um tipo de comunicação paradoxal que ocorreria nas famílias de pessoas com esquizofrenia. Assim, entendendo que este transtorno surgiria a partir de padrões de comunicação patogênicos nas famílias, estes estudiosos deslocaram a explicação da origem da esquizofrenia de processos biológicos para processos comunicacionais ocorrendo no seio familiar (Aun, 2005). Mais uma vez, o potencial familiar para a criação de desordens psíquicas ganhava destaque na produção científica da época.

Se, por um lado, o interesse em estudar as famílias acabou posteriormente propiciando o desenvolvimento do campo da terapia familiar, com a ampliação do entendimento por parte dos terapeutas de seu objeto de tratamento – deslocando-o do indivíduo para a família – por outro lado, a compreensão de que padrões patológicos nas relações familiares eram a causa da doença mental também funcionou como fomento para o isolamento do doente de seu convívio familiar. Assim, segundo Sprenkle (2003), um dos efeitos negativos do foco nas relações familiares promovidos pela terapia familiar foi o de culpabilização das famílias e, sobretudo das mães, pelo adoecimento mental de seus filhos, especialmente considerando a esquizofrenia. Em contrapartida, e ao mesmo tempo, suas propostas também colocaram em destaque a família como unidade de cuidado e a importância de tratá-la. Isto demonstra como os discursos sociais sobre o tema se transformam de maneira complexa e inconstante, em uma lógica que muitas vezes passa mais pelo convívio de discursos antagônicos do que por sua superação. Neste sentido, o conhecimento promovido pelas ciências ‘psi’ funcionaram em parte para fomentar a inviabilidade da participação da família no tratamento como opção desejável para o tratamento nas instituições psiquiátricas.

Além disso, o modelo asilar tem como foco de tratamento a supressão do sintoma individual, tendendo a focalizar as causas orgânicas da doença. Neste caso, o tratamento com medicamentos é a estratégia principal e, com seu foco no corpo isolado do indivíduo – em detrimento de em sua subjetividade socialmente situada – torna desnecessária a atenção à família. Em resumo, neste modo de cuidado, observou-se a delegação do cuidado do sofrimento mental às instituições psiquiátricas, afastando os doentes de suas famílias, tanto por responsabilizá-las pelo adoecimento mental, quanto pela alegada necessidade de protegê-las do sofrimento causado pela convivência com o mesmo. Entretanto, este cenário seria transformado em significativa medida a partir da articulação de críticas advindas de dentro da própria psiquiatria e que, culminando em movimentos reformistas que problematizaram e buscaram transformar a lógica de cuidado em saúde, de forma geral, e em saúde mental, especificamente, implicou em grandes mudanças para as noções de saúde, doença e cuidado, produzindo novos entendimentos sobre a família com relação a estes contextos.

1.2. Reforma Psiquiátrica Brasileira e mudanças no cuidado à Saúde Mental

As críticas aos manicômios e à lógica que os sustentavam surgiram também por razões políticas e econômicas. Segundo Guanaes (2000), com os avanços do capitalismo e o período pós-Segunda-Guerra, as baixas populacionais criaram uma necessidade de recuperação de pacientes psiquiátricos como possíveis sujeitos de produção. Neste contexto, o isolamento promovido pelo modo asilar se tornava um peso social, na medida em que limitava a capacidade da força produtiva de países que precisavam se reconstruir. Orientada também por interesses capitalistas, a psiquiatria se moveu da busca pela “cura” em direção à noção de adaptação do indivíduo ao seu grupo social. Ao mesmo tempo, seu objeto foi redefinido não mais como a doença, mas como a saúde mental, ainda que estritamente definida em termos de adaptação e capacidade de submissão às regras de um grupo (Birman & Costa, 1994).

Assim, por meio de reformas em suas legislações e em seu aparato assistencial, países como Estados Unidos, Canadá, Itália, França e Grã-Bretanha conseguiram diminuir suas populações manicomiais e desenvolver novos modelos de atenção à saúde mental (Guanaes, 2000). Estes modelos se diferenciam entre si – sendo o italiano, por exemplo, uma perspectiva mais revolucionária que o norte-americano – mas tiveram em comum a preocupação com a descentralização da assistência oferecida unicamente nos manicômios e o resgate de direitos civis de seus usuários. No Brasil, entretanto, o que se observava era um cenário completamente distinto, em um período de ditadura militar no qual os manicômios se tornaram um lucrativo negócio amplamente incentivado pelo governo (Moura Neto, 1987).

Apenas a partir dos anos 70 e 80, quando uma série de descontentamentos com relação aos modos de produzir cuidado em saúde no país começaram a ser articulados em ações que culminaram na Reforma Sanitária Brasileira, foi possível observar uma movimentação também nas políticas em relação à saúde mental. Com um cenário social da saúde caracterizado por uma exclusão da maioria da população, dificuldades de acesso aos serviços e gestão centralizada, a Reforma Sanitária Brasileira se deu em meio a um período de reconstrução da democracia no país. Com a Constituição Federal de 1988, ela se traduziu em política pública por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), transformando o acesso à saúde em direito garantido constitucionalmente pela primeira vez na história do país (Matta & Pontes, 2007).

Assim, ampliou-se a discussão acerca da própria concepção de saúde, buscando contemplar, para além da importante atenção aos aspectos médicos e biológicos dos

pacientes, seus aspectos psicossociais. Dessa forma, observou-se um movimento que deixava de entender saúde apenas como ausência de doença, para compreendê-la como um processo complexo, dinâmico e multideterminado, considerando aspectos que passam desde o acesso ao lazer e à educação até condições de saneamento básico e serviços de saúde (Camargo-Borges & Cardoso, 2005). Nas palavras de Cubas e Egry (2007):

O indivíduo assistido passa a ser visto como um sujeito portador de uma história de vida, determinada pela forma de organização da sociedade em que vive e pela sua inserção em um grupo social recortado por classe social, etnia, geração e relações de gênero. (p. 788)

Sensível às críticas e propostas levantadas com esta diferente compreensão acerca da saúde, a Reforma Psiquiátrica Brasileira se caracterizou pelo questionamento do paradigma epistemológico de construção do saber em psiquiatria e, conseqüentemente, das práticas psiquiátricas vigentes no país até então (Amarante, 1996). A crítica a este paradigma se direciona à hegemonia do saber biomédico no cuidado à saúde mental, bem como às infelizes conseqüências testemunhadas durante anos pela segregação e exclusão social promovida com o modelo asilar. Assim, a Reforma Psiquiátrica é “compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais” (Brasil, 2005, p. 6), e teve a participação de diversos setores da sociedade, incluindo o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), composto por integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações profissionais e pessoas com histórico de internações psiquiátricas.

Segundo Pitta (2011), na década de 1970, os ideais reformistas começavam a ser desenvolvidos e discutidos, mas ainda às margens da sociedade. O que se observava na prática era um marcado crescimento nos investimentos públicos em leitos de manicômios que, ao responderem às concepções vigentes sobre a loucura, promoviam o enclausuramento e a exclusão dos pacientes diagnosticados com transtornos mentais. Na década de 80, este debate começou a ganhar mais força, sob a influência do pensamento Europeu, – especialmente de Franco Basaglia, na Itália – o que trouxe para o Brasil o lema: “por uma sociedade sem manicômios”. A partir deste momento, os movimentos sociais estreitaram suas relações com a luta pela transformação do cuidado em Saúde Mental no Brasil. O Movimento pela Luta Antimanicomial destaca-se neste contexto, mas junto a ele começavam a se formar também associações de familiares, voluntários e usuários de serviços psiquiátricos, que denunciavam maus tratos e abandonos nos hospitais psiquiátricos e movimentavam o debate acerca das políticas públicas de saúde mental do país. Ao mesmo tempo, diversos setores da sociedade civil também começaram a se interessar por estas discussões.

Neste contexto, a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, representa um marco importante da Reforma Psiquiátrica pois, ainda que não tivesse sido organizada para este propósito, se transformou em uma grande assembleia (Pitta, 2011), na qual os muitos setores interessados no debate sobre as formas vigentes de se lidar com a loucura e na busca por alternativas a este modelo se reuniram. Também nesta época, o então deputado Paulo Delgado propôs o projeto de lei que ficou conhecido como Lei da Reforma Psiquiátrica que, apesar de tramitar por mais de uma década antes de sua aprovação, mostrava a tendência em transformar em políticas públicas institucionalizadas aquilo que antes eram reivindicações.

Neste clima de discussão, de acordo com Hirdes (2009), a década de 90 começava com propostas efervescentes de desinstitucionalização, focalizando a busca por opções que pudessem deslocar dos manicômios o centro da atenção psiquiátrica, propondo, como alternativa, as práticas de cuidado realizadas nas comunidades. A II Conferência Nacional de Saúde Mental aconteceu em 1992, contando com a participação ativa de usuários e familiares, o que produziu recomendações enfatizando a territorialidade da assistência e a corresponsabilidade no cuidado, a fim de garantir aos usuários os direitos, por um lado, ao tratamento e, por outro, à recusa do mesmo (Pitta, 2011), como forma de se contrapor à oferta exclusiva e compulsória de internações anteriormente oferecidas como possibilidade única de tratamento.

Os anos 2000 se caracterizaram como um momento de retomada e expansão da Reforma, especialmente marcados por dois acontecimentos históricos importantes, em 2001: a aprovação da Lei 10.216 (Lei da Reforma Psiquiátrica) e a III Conferência Nacional de Saúde Mental (Borges & Baptista, 2008). Segundo Pitta (2011), questões complexas trazidas pela Reforma Psiquiátrica já se apresentavam claramente delineadas nesta Conferência: “enfretamento do estigma; reorientação do modelo assistencial com garantia de equidade de acesso; direitos e cidadania com prioridade para a formulação de políticas que fomentem a autonomia dos sujeitos; expansão do financiamento e controle social” (p. 4587).

Ainda de acordo com a mesma autora, a Reforma não consistiu na desarticulação da rede hospitalar já existente, mas em sua transformação junto a alternativas não-hospitalares. Esta estrutura consiste da construção de uma rede de Saúde Mental, composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais (Brasil, 2005).

Assim, em consonância com os princípios do SUS, propõe-se que a atenção à saúde mental também deva acontecer de forma descentralizada, articulada nos vários níveis de atenção à saúde, de forma que o adoecimento mental possa ser tratado em suas

particularidades e não mais de uma única maneira, tal como acontecia com os manicômios. Assim, ações de prevenção e cuidado em Saúde Mental passam a ser valorizadas, desde a Atenção Primária em Saúde – por meio da Estratégia de Saúde da Família – passando por toda a rede territorializada composta por ambulatórios de Saúde Mental, unidades de emergência, enfermarias de psiquiatria, hospitais-dia e, quando necessário, por internações totais em hospitais gerais ou psiquiátricos ainda existentes. Contudo, estas internações devem ser acompanhadas de perto pelas equipes de saúde e seguidas de encaminhamento para outros níveis de assistência assim que possível. Destaca-se que o hospital não deixa de ser valorizado como opção de tratamento, mas é reposicionado como *uma opção* à qual se pode recorrer em *certas situações*, e não mais em todas.

Em resumo, Yasui (2006) explica que a Reforma, como movimento social, contempla quatro dimensões que se entrelaçam. Epistemologicamente, ela propõe o desafio da mudança de entendimento e de olhar para a saúde mental como um objeto complexo e multideterminado. Em uma dimensão técnico-assistencial, isto implica na transformação das formas de cuidado, proporcionando uma diversidade de técnicas e tratamentos a serem empregados. Política e juridicamente, ela desafia o Estado a repensar seu aparato público de novas maneiras, que possibilitem o protagonismo de diferentes atores sociais e dê conta do novo entendimento acerca da complexidade do campo da saúde mental. Por fim, no âmbito sociocultural, ela convida a sociedade a repensar seu modo de enxergar não somente a loucura, trazendo também para o debate questões sobre preconceito, estigma e exclusão nas relações humanas em geral.

Sendo assim, se por um lado, o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira significou uma gradativa e ainda inacabada transformação tanto nas políticas públicas quanto nas práticas de cuidado em saúde mental, por outro lado, é importante destacar, junto com Amarante (1996), que estas mudanças apenas se justificam se entendidas sob a ótica da crítica epistemológica ao saber médico constituinte da Psiquiatria que as sustentavam. Muitas vezes, a simples mudança do *que* fazer não é suficiente, mas é necessária a mudança do *como* fazer, uma transformação nos próprios modos de cuidado e nas concepções que os sustentam. Assim, entende-se a Reforma como um processo que se faz também no cotidiano institucional e no âmbito das relações interpessoais, nos quais se promovem avanços e retrocessos, impasses, conflitos, tensões e desafios (Ministério da Saúde, 2005). A fim de contemplar estas mudanças, a transição para um modo psicossocial de atenção à saúde tem sido a estratégia adotada, implicando em transformações e revisões nas relações entre serviço, usuários e suas famílias (Pereira, 2003).

1.3. O modo psicossocial e a valorização da família no processo de cuidado

Para a desarticulação da rede dos manicômios, propôs-se a criação de uma rede substitutiva de serviços de saúde que busca diversificar as possibilidades de atenção à saúde mental, tratando-a desde ações de prevenção, junto à atenção básica de saúde, no Programa de Saúde da Família, por exemplo, até as opções de internação, quando necessário. Neste sentido, há uma importante diferença entre desospitalização e desinstitucionalização, que deve ser lembrada.

A desospitalização consistiria apenas da mudança do local de tratamento, na qual a segregação em uma única instituição somente é transferida de localidade, do hospital para outros serviços especializados (Rotelli, 2001, citado por Yasui, 2006). A desinstitucionalização, pelo contrário, questiona a própria lógica do cuidado, lembrando que o aparato manicomial não é restrito apenas ao hospital, mas a todas as instituições que promovam o isolamento. Sendo assim, os objetivos reformistas só se tornarão efetivamente possíveis mediante o investimento na desinstitucionalização e com a necessária revisão das relações de poder que sustentam a desigualdade entre grupos sociais (Giovanella & Amarante, 1994).

Para estes fins, a valorização dos conhecimentos de diversas áreas científicas e profissionais para o cuidado em Saúde Mental parece fundamental. Assim, as equipes passam a ser constituídas por profissionais de várias especialidades, que devem trabalhar no sentido de contemplar o cuidado à pessoa em sua totalidade. Assim, as equipes multiprofissionais podem contar com médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, educadores físicos, dentistas, dentre outros profissionais, de acordo com as necessidades específicas de cada serviço.

Tanto com a mudança da concepção de saúde adotada quanto com a transformação dos serviços oferecidos, a discussão acerca do papel da família no cuidado de seus parentes diagnosticados com transtornos mentais ganhou destaque, com uma valorização de sua importância no processo de cuidado. Oficialmente, a família foi reposicionada como “parceira do tratamento” nos novos ambientes de atendimento (Brasil, 2005), sendo construída como objeto merecedor de atenção e cuidado. Segundo Serapioni (2005), existe um consenso atualmente acerca da importância de: “1) retomar a família como unidade de atenção das políticas públicas; 2) desenvolver redes de apoio e de envolvimento das famílias e comunidade; 3) realizar uma melhor integração entre famílias, serviços públicos e iniciativa

do setor informal” (p. 249). Ainda que este consenso possa ser observado até o ponto da preocupação compartilhada em pensar a família como parte do tratamento, os entendimentos sobre as formas como isto deva acontecer são diversos e, muitas vezes, contrastantes.

Rosa (2003) organizou em cinco categorias as relações de familiares e usuários da Saúde Mental, considerando suas relações com os serviços, quais sejam:

- 1) Como um **recurso** como outro qualquer, no rol das estratégias de intervenção (Sant’Anna & Fontoura, 1996).
- 2) Como um **lugar** de possível convivência do portador de transtorno mental, desde que os laços relacionais possam ser mantidos ou reconstruídos. Como ressalta essa perspectiva, a família é percebida como um lugar de convívio, mas não o único nem obrigatório (Miranda, 1999).
- 3) Como **sofredora**, pois também é influenciada pela convivência com um portador de transtorno mental e, desse modo, precisa ser “tratada”, assistida, recebendo suporte social e assistencial (Motta, 1997).
- 4) Como um **sujeito** da ação: sujeito coletivo, ator político que se organiza em associações específicas, na opinião de Sant’Anna & Fontoura (1996); e, ainda, sujeito avaliador dos serviços, conforme Pereira (1997), e construtor de cidadania de portador do transtorno mental.
- 5) Como **provedora de cuidado**, desde que os serviços de saúde visam atuar sobre os momentos de crise, tratando, e não prestando cuidados contínuos. E ainda porque a família é o principal agente potencializador de mediações entre o portador de transtorno mental e a sociedade, constituindo historicamente um lugar privilegiado de cuidados e reprodução social. (p. 81, grifo da autora)

É importante notar que este movimento, descrito especificamente até o momento para o caso da Reforma Psiquiátrica no contexto brasileiro, não acontece descolado de mudanças no cenário mundial. Afinal, as próprias críticas das quais esta Reforma se nutre surgem também de outros movimentos e experiências reformistas ao redor do mundo, em debates que envolvem desde comunidades locais em diferentes países, como a Itália e a França, até a Organização Mundial de Saúde que adota oficialmente a concepção de saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social (Grad, 2002).

Respondendo a estes contextos, a produção acadêmica e científica também contribui para a reflexão sobre a participação das famílias no tratamento. Em consulta à Biblioteca Virtual de Saúde, é possível perceber como a produção acadêmica nessa área tem dado importância à atenção às famílias, enfatizando a necessidade do oferecimento de seu apoio e acolhimento, considerando como a doença mental de um parente afeta a todos (Moraski & Hildebrandt, 2005; Boarati, Sei & Arruda, 2009). Além disso, estudos como os de Felício e Almeida (2008), Gross e Goldin (2008), e Goodman e Happell (2006) argumentam sobre a abordagem à família em tratamentos terapêuticos como sendo decisiva e vital à resposta de pacientes psiquiátricos e têm como característica a inclusão da família como parte integrante do tratamento do paciente. Hoagwood (2005), em revisão sistemática da literatura a respeito de serviços na Saúde Mental infantil baseados na família, organizou em três categorias todos os

artigos analisados que estudavam os serviços oferecidos a familiares nestes contextos: as famílias como beneficiárias de alguma intervenção, como coterapeutas, ou estudos a respeito dos processos de envolvimento dessas famílias no tratamento.

É possível ainda encontrar estudos dedicados a descrever algum tipo de programa criado para intervenção junto às famílias de portadores de doenças mentais sendo atendidos por hospitais ou por outros serviços de saúde. De maneira geral, esses estudos são direcionados para familiares de populações sofrendo com doenças mentais específicas, e os programas desenvolvidos têm como preocupação o cuidado com a família do paciente, nos quais ela se torna uma unidade específica de cuidado e ganha intervenções pensadas particularmente para si (Lucksted, Stewart & Forbes, 2008; Kondo & Wada, 2009; Toumbourou & Bamberg, 2008; Fernandez, Begley & Marlatt, 2006).

Outras pesquisas comumente descrevem programas de psicoeducação familiar como possibilidade de envolvimento da família no tratamento. Esses programas visam comunicar didaticamente à família informações-chave sobre doença e formas de cuidado, associando-os à obtenção de resultados positivos, tais como a diminuição dos dias de internamento, das taxas de re-hospitalização, da sobrecarga sentida pelos familiares e a melhora no status clínico dos pacientes (Aman, 2005; Magliano et al., 2006; Rose e Shelton, 2006).

Coerentes com as propostas do modo psicossocial, estes estudos demonstram uma crescente compreensão sobre a importância da família no tratamento de uma doença mental. Essa família é apresentada ora como parceira a ser convidada a participar do tratamento, ora como sujeito a ser cuidado. Entretanto, este não é um processo que ocorre sem tensões e contradições. Especificamente, a literatura científica da área denuncia a simples devolução da enfermidade para a família, mediante a desarticulação dos manicômios, sem que tenha havido a criação efetiva de recursos de assistência substitutivos. Assim, novas demandas acabaram sendo impostas às famílias, que se encontram sobrecarregadas e desamparadas, tornando-se muitas vezes um “bode expiatório” no qual se passou a localizar a responsabilidade pelo portador de doença mental (Cavalheri, 2010; Pinho, Hernández & Kantorski, 2010; Gonçalves & Sena, 2001). Alertando para os riscos deste processo, Vasconcelos (1990, p. 233) chama atenção para como a desinstitucionalização, se ingenuamente tomada por desospitalização, pode acabar por promover uma “reprivatização compulsória da loucura na família ou simplesmente um processo de negligência social em caso de sua ausência”.

Como consequência, observa-se também uma disputa pela responsabilização ora da família, ora das instituições governamentais pelo cuidado do doente. Pinho, Hernández e Kantorski (2010) alertam sobre práticas que, tendo como resquício uma atenção

normalizadora e concentrada no poder disciplinar, estabelecem relações de tutela e culpabilização das famílias. Neste mesmo sentido, Gonçalves e Sena (2010) apontam como, por um lado, profissionais de saúde às vezes exigem que a família aceite a doença sem que a ela seja oferecido suporte e atenção e, por outro, as famílias, herdeiras do discurso médico da hospitalização, exercem pressão para que as instituições psiquiátricas mantenham a custódia de seus doentes. Isto se deveria, em parte, ao ônus e às dificuldades do convívio e do cuidado cotidiano acarretados pela convivência com o transtorno mental sem uma rede de apoio suficiente, tais como a sensação de ter sido destituído de si mesmo para cuidar do outro, sentimentos ambivalentes de culpa, raiva, medo e esperança, mediante o tratamento, além de sobrecarga e falta de apoio para cuidar do familiar adoecido (Cavalheri, 2010).

Além disso, pesquisadores criticam o modo como esta participação muitas vezes acontece sem que haja uma real mudança na lógica do cuidado. Assim, as famílias – ainda que sejam convidadas a participar – por vezes continuam a ser tratadas como coadjuvantes nos serviços e, em outros casos, são responsabilizadas pelo afastamento do tratamento (Pinho, Hernández & Kantorski, 2010). Este tipo de situação ilustra como diferentes discursos convivem no cotidiano das práticas, apresentando contradições pelas quais profissionais e pesquisadores continuamente devem se interessar, buscando refletir sobre a temática e criar alternativas viáveis para a assistência à família.

Neste sentido, pensando nas diferentes formas descritas na literatura sobre como construir relações entre serviços usuários e familiares, Rosa (2003) articulou oito diretrizes que apontam para: 1) a reorganização das relações de gênero, considerando que as mulheres são as maiores responsáveis pelo provimento de cuidado; 2) a redistribuição do peso do cuidado entre a família e os serviços; 3) uma melhoria geral das condições de vida das famílias; 4) a capacitação de trabalhadores e democratização dos serviços da Saúde Mental, permitindo a participação de usuários e familiares em sua organização; 5) a luta em prol do direito de refúgio nos momentos de crise e agudização dos quadros clínicos; 6) o fortalecimento dos novos serviços, para que produzam diferentes modalidades de atendimento que possam atender às necessidades de diversos quadros clínicos em diferentes momentos; 7) a articulação de políticas sociais que contemplem diferentes dimensões da vida familiar; e 8) a ampliação da visibilidade do processo de trabalho de prover cuidado na esfera doméstica. Neste contexto, coloca-se como questão a ser pensada pelos profissionais da área o formato de participação da família no cuidado em Saúde Mental (Rosa, 2005).

O presente trabalho se situa neste campo de tensões, no contexto do programa de atendimento às famílias de um hospital-dia comprometido com a lógica psicossocial de

atendimento à Saúde Mental. Didática e resumidamente, a trajetória destas tensões está resumida na tabela a seguir.

Tabela 1 – Discursos sobre a participação da família no tratamento

	Modo asilar	Modo psicossocial
Como a família é vista em relação ao adoecimento mental	Sistema doente e causador do adoecimento mental. Culpabilização da família. Família deve ser protegida da influência negativa da doença mental.	Família que sofre mediante o adoecimento mental.
Participação da família no tratamento	Não há. O afastamento da família é visto como fator preponderante para o sucesso do tratamento.	Família como recurso para ajudar no tratamento do paciente. Parceiros do tratamento. Psicoeducação: transmissão de conhecimentos científicos sobre a doença e tratamento para as famílias. Família como unidade a ser cuidada: considera também o seu próprio sofrimento.
Críticas e problemáticas levantadas pela literatura acerca da participação das famílias no tratamento	Cumplicidade das famílias com os manicômios: transferência permanente da responsabilidade do cuidado. Despreparo das famílias para receberem o familiar adoecido de volta. O cuidado com o sofrimento familiar não é considerado.	Devolução da doença mental para as famílias, sem a real articulação de uma nova rede de cuidado: sentimentos de desamparo. Responsabilização: serviços <i>versus</i> famílias Dificuldade na mudança da lógica de cuidado: a participação da família acontece, mas em uma lógica coadjuvante.

Devido ao contexto de pesquisa, descrevo brevemente a seguir as características dos Hospitais-Dia em geral e da instituição específica onde este estudo ocorreu, considerando sobretudo o contexto do programa de assistência às famílias lá existente.

1.4. Hospital-Dia e o cuidado ao usuário e à família

Hospitais-Dia fazem parte da rede extra hospitalar de assistência em Saúde Mental, oferecendo uma alternativa de tratamento voluntário intensivo e centrado na reabilitação psicossocial. Esta opção de tratamento foi definida na Portaria nº 44/GM, de 10 de janeiro de 2001, como uma “assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na unidade por um período máximo de 12 horas”. O trabalho em HD é realizado de acordo com os princípios da Comunidade Terapêutica, enfatizando atividades psicossociais conduzidas por equipe multidisciplinar e com complementação psicofarmacológica (Junqueira, 2009).

O presente estudo aconteceu no contexto de um Hospital-Dia de Psiquiatria (HD), ligado a um Hospital Universitário. Esta instituição é parte da rede de Saúde Mental de uma cidade de médio porte no interior do estado de São Paulo e serve como referência para uma população aproximada de um milhão de pessoas da cidade e região. Segundo Junqueira (2009), o HD foi fundado na década de 1960, e foi pioneiro em oferecer a opção de hospitalização parcial para doentes mentais graves, diferente das práticas vigentes no país até então, caracterizadas pela internação integral e isolamento. Ainda segundo a autora, por razões administrativas, ele ficou fechado por um período de sete anos, e foi reaberto em meados da década de 1970 por meio da parceria de uma universidade pública com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Desde então, o HD oferece dezesseis vagas para pacientes em sofrimento mental em regime de semi-internação. Neste regime, os pacientes vão diariamente à instituição – com exceção dos finais de semana – pela manhã, onde lhes são oferecidas diferentes modalidades de atendimento. Eles retornam para casa ao final da tarde, a fim de se manterem em contato com seu contexto de vida cotidiano e sua rede social.

Uma equipe multidisciplinar é responsável pelas atividades oferecidas no HD. Ela é composta por profissionais da Psicologia, Enfermagem, Medicina Psiquiátrica, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Educação Física, além de estagiários e aprimorandos em processo de aprendizagem nestas áreas. A multidisciplinaridade é diretriz para o atendimento em modalidade HD, sendo uma característica marcante nesta instituição, de forma que os diversos profissionais conduzem suas práticas em relação uns aos outros – muitas vezes conjuntamente – incluindo momentos de supervisão coletiva dos casos.

Segundo a Portaria SAS/MS nº 224, de 1992, que estabeleceu diretrizes e normas para o atendimento hospitalar e ambulatorial no campo da Saúde Mental, os Hospitais-Dia devem oferecer diferentes atividades, incluindo atendimentos individuais e grupais, visitas domiciliares, atividades comunitárias e atendimento à família. Acerca desta última, a participação da família durante todo o processo terapêutico é uma prática corrente no HD desde a sua fundação. Entretanto, a questão de como essa participação acontece – as diferentes formas de atenção às famílias – tem se transformado significativamente desde então. Curiosamente, apesar de a assistência às famílias ser tanto diretriz ministerial quanto prática no HD desde sua fundação, seus modos de funcionamento não foram registrados por esta instituição como programas oficialmente descritos. Por esta razão, as informações acerca da história de participação dos familiares junto ao HD foram reunidas para fins de descrição do contexto por meio de conversas com os profissionais daquela instituição – sobretudo com o psicólogo – e também com a minha participação em algumas atividades com os familiares pelo período de um semestre.

Desde a fundação do HD, já era norma da própria instituição que a admissão de qualquer novo paciente estivesse condicionada à presença de algum familiar adulto que se responsabilizasse por acompanhá-lo durante o período de tratamento. Este acompanhamento, entretanto, era bastante resumido em se tratando de presença e participação no HD: limitava-se à eventual necessidade de levar e buscar o paciente para a instituição; estimular a continuidade do tratamento; e, especialmente, receber informações sobre aspectos do tratamento do paciente e seu cuidado.

Contudo, há alguns anos, membros da equipe do HD se mobilizaram para repensar a presença da família na instituição. Assim, eles estruturaram conjuntamente um programa de assistência familiar que buscava ampliar as formas de participação dos familiares no tratamento do HD. A implementação deste programa buscava contemplar os objetivos de oferecer orientação e suporte emocional às famílias dos pacientes em regime de semi-internação, considerando sua relação com a doença mental. Desde então, a proposta no HD tem sido pensar formas de atendimento que reposicionem a família, para além da tradicional visão de cuidadora do paciente, como pessoas que também necessitam de cuidados. Assim, a estruturação deste novo programa tem transformado significativamente as relações entre profissionais do HD e familiares, tanto considerando a quantidade de seu contato – aumentada para diversos espaços antes inexistentes – quanto sua qualidade – repensando-se os próprios objetivos de convidar estes familiares a participarem. Este programa tem por

objetivo acolher e oferecer apoio emocional e terapêutico também aos familiares dos pacientes usuários desse serviço.

Atualmente, segundo descrição em artigo publicado sobre as características deste programa de assistência à família¹, existem no HD quatro modalidades de atendimento especificamente pensadas para a participação das famílias no tratamento:

a) Os *grupos familiares* ocorrem mensalmente com a participação de pacientes, ex-pacientes e familiares e têm o objetivo de promover um espaço de diálogo entre equipe, pacientes e familiares acerca de temas que lhes interessem. Este grupo favorece a aproximação entre os diversos atores do cuidado em saúde mental e se constitui como espaço de troca de experiência a partir de diferentes pontos de vista.

b) Os *grupos de cuidadores* têm frequência semanal e funcionam como espaço de apoio, acolhimento e orientação para familiares de pacientes atuais e daqueles em pós-alta. O contato entre os familiares neste grupo também facilita o fortalecimento da rede social dos pacientes e dos próprios familiares.

c) As *reuniões familiares* ocorrem semanalmente com cada família em específico – paciente e familiares – e são um contexto que visa o diálogo sobre questões trazidas por aquela família acerca de sua vida cotidiana, adoecimento mental e a dinâmica familiar. Estes atendimentos são conduzidos sob uma orientação construcionista social e, quando possível e necessário, acontecem em um formato de Equipe Reflexiva, tal como proposto por Andersen (1999).

d) As *visitas domiciliares* têm o objetivo de aproximação ao contexto cotidiano dos pacientes e familiares, além da construção de vínculos com eles e com sua comunidade. Entende-se que este contato gera a possibilidade de intervenções junto à rede social dos familiares e de seu contexto de vida.

Este programa de assistência à família foi o contexto imediato no qual a presente pesquisa ocorreu. Considerando a relevância que o cuidado com as famílias tem tomado no campo da Saúde Mental, em geral, e no HD em específico, este estudo foi delineado a fim de buscar uma ampliação e aprofundamento da compreensão da participação das famílias no tratamento. Ele se insere no contexto teórico e prático atual que, ao mesmo tempo em que entende a importância da atenção às famílias nos serviços, não encontra consensos nem sobre as razões desta importância nem sobre as maneiras de responder a ela. Considerando os familiares como atores centrais a este processo, escutá-los e valorizar o seu próprio saber –

¹ Para preservar a identidade dos participantes da pesquisa e dos profissionais do HD, a citação a este artigo foi suprimida.

seus entendimentos sobre o que lhes é benéfico – pode ser um caminho por onde construir recursos para o trabalho com as famílias na Saúde Mental.

Dessa forma, este trabalho tem por objetivo geral compreender como familiares atendidos em um programa de assistência à família, no contexto de uma instituição de Saúde Mental, constroem sentidos sobre sua participação no tratamento. Especificamente, este estudo visa:

a) compreender que processos vividos no serviço são reconhecidas como ações de cuidado à família;

b) refletir sobre o modo como o cuidado à família se concretiza como possibilidade no cotidiano do serviço.

Para além das contribuições imediatas ao serviço em que se estudo se desenvolveu, espero que esta pesquisa possa também contribuir com a reflexão sobre as formas de participação da família no tratamento e, especialmente com a proposição de práticas mais dialógicas, colaborativas e coerentes para o atendimento de famílias em serviços de Saúde Mental.

Método

“Diego não conhecia o mar. O pai, Santiago Kovadoff, levou-o para que descobrisse o mar. Viajaram para o sul. Ele, o mar, estava do outro lado das dunas altas, esperando. Quando o menino e o pai enfim alcançaram aquelas alturas de areia, depois de muito caminhar, o mar estava na frente de seus olhos. E foi tanta a imensidão do mar, e tanto o seu fulgor, que o menino ficou mudo de beleza. E quando finalmente conseguiu falar, tremendo, gaguejando, pediu ao pai: Me ajuda a olhar!”

Eduardo Galeano

2. MÉTODO

2.1. Delineamento teórico-metodológico

Esta pesquisa foi desenvolvida em uma perspectiva qualitativa de cunho construcionista social e a premissa básica que a sustenta é a de que conhecimento é criado e sustentado por meio de práticas compartilhadas (Gergen, 1997). De acordo com Gergen (1985), a investigação construcionista está primordialmente interessada em explicar os processos pelos quais as pessoas descrevem e explicam o mundo no qual vivem. Para Spink (2004), esse tipo de concepção valoriza a compreensão dos significados produzidos pelas pessoas a respeito de si mesmas, dos outros e do mundo, a partir de relacionamentos circunscritos por um contexto sócio-histórico e cultural, e suas implicações para a construção de práticas sociais. Neste sentido, a pesquisa é vista como um processo coproduzido por pesquisador e pesquisado, considerados como pessoas que, imersas em múltiplos relacionamentos, trazem para ela seus diálogos, construindo e reconstruindo as descrições da vida social (McNamee, 2004).

Segundo McNamee e Hosking (2011), métodos são formas de práticas e recursos de engajamento. Assim, o interesse metodológico desta pesquisa não está em revelar alguma Verdade sobre um dado objeto, mas em explorar que formas de vida se tornam possíveis como produtos de determinados modos de interação. Essas interações incluem todo o processo de pesquisa – formas de se relacionar com a literatura, com o projeto de pesquisa, com o Comitê de Ética em Pesquisa, com os interlocutores escolhidos, com os participantes de pesquisa, com os funcionários do HD, com as gravações em áudio das entrevistas, com as transcrições, com as ferramentas de análise e assim por diante. Reconhecer esses processos interativos e as escolhas que levaram a eles – bem como refletir sobre suas implicações para o que a pesquisa se tornou – é dizer sobre método.

Essas escolhas não são aleatórias. Existem razões para a tomada das decisões sobre a construção do conhecimento nesta pesquisa. A que objetivos de relevância social e acadêmica esse caminho metodológico ajudava a responder? Como ele responde aos objetivos de pesquisa? Como contribuiu para a construção da utilidade desse conhecimento? Responder a estas perguntas faz parte da construção do rigor de pesquisa que, de acordo com Spink e Gimenes (1994), se prende à possibilidade de socializar o processo interpretativo. Neste sentido, há uma tendência a trabalhar com o método qualitativo, devido ao foco proeminente

colocado pela perspectiva construcionista na linguagem e suas funções, uma vez que, de acordo com Burr (2003), ele é adequado para a coleta e análise de dados linguísticos e textuais, e favorece a manutenção da contextualização da experiência e dos relatos dos participantes.

Em uma investigação construcionista, não se busca por generalizações de resultados nem por uma neutralidade do pesquisador. Pelo contrário, há uma aceitação da processualidade dos fenômenos sociais, da situacionalidade do conhecimento e da interferência da subjetividade do pesquisador no conhecimento produzido (Spink, 2004). O reconhecimento desses elementos coloca a necessidade de se explicitar detalhadamente todos os passos de construção da pesquisa, desde a escolha dos participantes até os contextos de coleta de informações e como o pesquisador fez parte da forma como o fenômeno foi definido, além de refletir sobre as consequências de todos esses elementos para os resultados e conclusões aos quais se chega. Especialmente relevante neste sentido está a crítica à noção da neutralidade do pesquisador que, segundo Moscheta (2011), é entendida como construção retórica afiliada a um tipo específico de escrita – a escrita científica positivista – é substituída pelo entendimento crítico de que o que se toma como “dados” em uma pesquisa é criado na interação entre o pesquisador e o campo pesquisado. Para este mesmo autor, o entendimento de que o pesquisador cria os ‘dados’ que analisa exige o exercício criativo de formas de escrita que possibilitem, na interação com o leitor, o entendimento do processo envolvido na produção do material de pesquisa. Em resumo, a pesquisa construcionista social está comprometida em dar visibilidade ao processo de produção de sentidos e à multiplicidade de versões possíveis sobre um mesmo tema, considerando suas implicações para os contextos nos quais se inserem.

2.2. Considerações éticas

A pesquisa foi desenvolvida em observação aos parâmetros da Resolução 196/96 (Brasil, 1996). Inicialmente, ela foi apresentada aos responsáveis pela instituição onde a coleta de dados ocorreria, obtendo seu consentimento. Após isto, o projeto foi analisado e aprovado tanto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, quanto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital ao qual o HD está vinculado.

Os participantes da pesquisa foram contatados por mim, quando presentes no HD, ou por telefone. Após me apresentar e explicar os objetivos da pesquisa, eu os convidava para participar de uma entrevista individual na qual pudéssemos conversar sobre os temas relacionados à pesquisa. Eu buscava ressaltar ainda o caráter livre e voluntário de sua participação, tanto explicando mediante o primeiro contato, quanto lendo em conjunto com o participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), que era assinado em caso de concordância.

Além disso, pedi o consentimento dos participantes para que as informações resultantes das entrevistas, uma vez transcritas, fossem incorporadas a um banco de dados para consultas nessa e em outras pesquisas futuras. Todos os dez participantes expressaram sua concordância por meio de assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Composição de Banco de Dados (Apêndice B). Nestas conversas, eles ainda eram lembrados da possibilidade de desistirem de participar em qualquer momento da pesquisa, sem nenhum prejuízo disso decorrente. Ao final, reiterava que o participante poderia contatar a orientadora desta pesquisa a qualquer momento caso julgasse necessário. A identidade dos participantes foi sempre mantida em sigilo. Seus nomes, bem como e os de todas as pessoas citadas nas entrevistas, foram substituídos por outros, fictícios. Outras informações que porventura pudessem identificá-los também foram ocultadas das transcrições.

2.3. Participantes

Participaram deste estudo 10 (dez) familiares de pacientes em regime de semi-internação de um Hospital-Dia de Psiquiatria vinculado a um Hospital Universitário. Eles tinham idades estimadas entre 28 e 70 anos. Com relação ao parentesco destes familiares com os pacientes do HD, foram entrevistados cinco mães, três pais, uma filha e uma esposa. Dentre eles, havia dois casais: Anna (E1) e Paulo (E7), pais de Carlos; e Lúcia (E9) e Fernando (E10), pais de Leandro. Os entrevistados foram convidados a participar da pesquisa pelo critério de já terem participado em diversas atividades oferecidas no programa de atendimento às famílias do HD. O fato de estarem participando, no presente, não foi utilizado como critério de seleção. A Tabela 2 apresenta informações sobre o número de participantes, enquanto a Tabela 3 resume outras informações sobre a participação deles na pesquisa.

Tabela 2 – Familiares contatados durante o processo de pesquisa

Famílias contatadas	Número de famílias
Famílias atendidas desde o início da atuação da atual assistente social responsável pelo programa.	28
Famílias com as quais foi possível fazer contato.	21
Famíliares que aceitaram participar.	14
Famíliares que marcaram a entrevista, mas não compareceram.	4
Famíliares de fato entrevistados.	10

Tabela 3 – Participantes: Nomes, parentescos e atividades

Entrevista	Nome Fictício do Participante	Parentesco com o paciente em regime de semi-internação	Atividades de que participou no HD (segundo as descrições produzidas em entrevista)
E1	Anna	Mãe do Carlos	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo multifamiliar • Grupo de cuidadores • Reunião familiar • Grupo comunitário • Churrascos e festas • “Cafezinho”
E2	Sandra	Mãe da Laura	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de cuidadores • Reuniões Familiares • Festas
E3	Lia	Esposa do João	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo multifamiliar • Grupo de cuidadores • Reunião familiar • Passeios
E4	Luísa	Filha da Gigi	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo multifamiliar • Grupo de cuidadores • Festa junina • Reuniões com profissionais
E5	Mário	Pai do Adriano	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo multifamiliar • Grupo de cuidadores • Reunião familiar • “Cafezinho” • Festas

E6	Rose	Mãe da Clara	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo multifamiliar • Grupo de cuidadores • Reunião familiar • Festas de despedida • Passeios
E7	Paulo	Pai do Carlos	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo multifamiliar • Grupo de cuidadores • Reunião familiar • Grupo comunitário • Festas • Passeios no clube
E8	Amanda	Mãe da Carolina	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo multifamiliar • Grupo de cuidadores • Reunião familiar • Festas • Passeios
E9	Lúcia	Mãe do Leandro	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo multifamiliar • Grupo de cuidadores • Reunião familiar • Grupo comunitário • Festas
E10	Fernando	Pai do Leandro	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo multifamiliar • Grupo de cuidadores • Reunião familiar • Grupo comunitário • Passeios

2.4. Procedimentos de construção do corpus de pesquisa

Uma vez apresentada a pesquisa aos familiares dos pacientes do Hospital-Dia, foram agendadas entrevistas individuais com aqueles que aceitaram voluntariamente participar, de acordo com sua disponibilidade de horário. Cada sujeito participou de uma entrevista semiestruturada, com duração média de uma hora, na qual conversamos sobre sua compreensão acerca da participação da família no tratamento em Saúde Mental. As entrevistas foram gravadas em áudio (mp3) e transcritas na íntegra. Nas transcrições, o uso coloquial da linguagem foi preservado, a fim de manter ao máximo possível o tom das entrevistas. Entrevistas, aqui, são compreendidas como práticas discursivas (Pinheiro, 2004). De acordo com Davies e Harré (1990) “práticas discursivas são as diferentes maneiras em

que as pessoas, através dos discursos, ativamente produzem realidades psicológicas e sociais” (p. 45). Dessa maneira, a entrevista é compreendida como ação e interação, situada e contextualizada, por meio da qual seus interlocutores, em uma relação constantemente negociada, conjuntamente produzem sentidos e constroem versões da realidade. As transcrições resultantes das entrevistas, somadas às notas de campo produzidas durante meu semestre de participação das atividades no HD, compõem o *corpus* de análise da pesquisa.

2.5. Procedimentos de análise do corpus de pesquisa

A análise do *corpus* de pesquisa teve início com a leitura exhaustiva das transcrições, para familiarização com o material. As transcrições foram numeradas sequencialmente, bem como suas páginas e números de linhas, para facilitar o posterior acesso às informações. Assim, por exemplo, uma frase transcrita na terceira entrevista, segunda página e quinta linha passou a ser representada, quando citada, da seguinte forma: (Entrevista 3, Lia, P2L5).

A seguir, considerando o entendimento das entrevistas como práticas discursivas (Pinheiro, 2004), busquei na literatura da área alguma metodologia que ajudasse a contemplá-las em seu caráter de coconstrução de realidades. Selecionei, assim, a Teoria do Manejo Coordenado do Sentido (Theory for the Coordinated Management of Meaning – CMM) (Pearce, 2007) como dispositivo heurístico para realizar uma nova leitura do material. Isso significa que a teoria e seus modelos foram utilizados na tarefa de dar sentido ao *corpus* de pesquisa.

A CMM é uma teoria centrada na ideia de que a comunicação humana produz os mundos sociais nos quais vivemos, por meio de processos que envolvem a coordenação de ações entre as pessoas e a produção de sentidos. Escolhi a CMM como ferramenta de análise por uma razão: se parto da premissa de que nossos mundos sociais são criados em relacionamentos e processos de comunicação, então devo prestar atenção de forma minuciosa à comunicação, a fim de entender como eventos e objetos são construídos no mundo social. Assim, escolhi trabalhar com a CMM por ela oferecer conceitos que favorecem uma observação e explicação próxima do processo de comunicação e suas consequências para a construção das narrativas acerca da participação dos familiares no tratamento.

Na CMM, o conceito de *atos de fala* se destaca como importante unidade de análise para o entendimento da construção relacional do mundo social. Este conceito será explorado mais

profundamente no tópico explicativo sobre os recursos da CMM utilizados para a análise do *corpus* desta pesquisa. Por ora, basta dizer que ele vêm de uma tradição que entende a linguagem em seu caráter performático (Austin, 1962) e distingue duas dimensões interligadas e interdependentes – porém diferentes – dos enunciados produzidos durante um processo comunicativo, a saber: o que se diz é diferente do que se faz com aquilo que se diz. Em termos simples, essa distinção alerta para o fato de que os dizeres em uma interação são sempre produzidos em um contexto concreto, como parte de uma *performance* conjunta entre os interlocutores. Ou seja, para além do conteúdo do que é dito, é necessário que estejamos atentos às ações promovidas concomitantemente por este mesmo dizer.

Metodologicamente, esta distinção implicou em uma análise bifurcada – ainda que, como as duas dimensões dos atos de fala, interligadas e interdependentes. Por um lado, considerando *o que se falou* durante as entrevistas e, por outro, *o que estas falas faziam* no contexto interativo a partir do qual se tornavam possíveis. Esquemáticamente, portanto, os procedimentos de análise podem ser resumidos assim:

Figura 1 – Procedimentos de análise

2.5.1. “O que se fala” – Análise temática

Como teoria de comunicação, a CMM privilegia a exploração da segunda dimensão do caráter performático da comunicação, ou seja, daquilo que se faz com o que se fala. Entretanto, para explorar a primeira dimensão – o que se diz – precisei buscar outros recursos analíticos que me auxiliassem na tarefa de dar visibilidade aos temas conversados em entrevista. Para isto, inspirei-me na análise temática realizada por Spink (2010), que buscava entender como campanhas antitabagistas eram significadas por fumantes. Neste análise, a autora entende que os temas construídos se tornam possíveis a partir de processos de produção de sentidos, nos quais pesquisadores e participantes se engajam na pesquisa. Para ela, produzir sentidos é uma prática dialógica que se torna possível no uso da linguagem,

é uma construção social, um empreendimento coletivo mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas – na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas – constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos à sua volta. (Spink & Medrado, 1999, p.41, citados por Spink, 2010)

Assim, realizei uma leitura do material, levantando os temas discutidos com cada um dos entrevistados. A seguir, organizei estes temas com relação à própria estrutura da entrevista que me ajudou a guiar as conversas. Esta estrutura contemplava uma dimensão temporal importante que contemplava aspectos da vida dos pacientes sempre com relação à sua passagem no HD – antes, durante e depois. Por esta razão, chamei de “recortes temporais” as grandes categorias nas quais os temas foram organizados. São elas: 1) *Famílias em sofrimento*, que agrupa os assuntos sobre a vida dos familiares antes do HD; 2) *Famílias em tratamento*, que contempla os assuntos relacionados à passagem da família pelo HD; 3) *Famílias em desenvolvimento*, relacionando os assuntos acerca da vida atual e perspectivas imaginadas por estes familiares. A nomeação de cada um destes recortes temporais já levava em consideração os assuntos em cada um deles. Estes assuntos foram relidos e agrupados em temas que destacavam aspectos mais específicos da experiência dos familiares. Entretanto, os temas e suas nomeações ainda tinham um caráter de “abstração” que não iluminavam com clareza suficiente as histórias contadas. Cada tema ganhou, assim, novas subdivisões que destacavam a *forma cotidiana* de manifestação e/ou produção do tema ao qual estavam relacionadas.

Organizei estas informações na Tabela 4. A primeira coluna à esquerda apresenta os três grandes recortes temporais da conversa: famílias em sofrimento, famílias em tratamento e

famílias em desenvolvimento; a segunda coluna demonstra os temas conversados em cada um dos recortes; a terceira coluna destaca a forma de manifestação cotidiana de cada um dos destes temas. Acrescentei ainda uma quarta coluna, apontando quais entrevistados se referiram às formas de manifestação apresentadas na coluna anterior.

A partir desta tabela, realizei outra leitura das transcrições, substituindo sua última coluna por informações específicas de cada uma das entrevistas. Isso gerou outras dez tabelas, apresentadas dos Apêndices D a L². Lidas separadamente, cada uma destas tabelas provê um panorama temático da entrevista à qual se refere, mostrando a história de cada um dos participantes com relação à experiência do adoecimento mental de um familiar, seu tratamento e a participação da família no mesmo.

Esta análise temática chama atenção para como, a despeito da inegável particularidade das histórias de cada um dos entrevistados, determinados temas se repetem manifestos de formas similares no cotidiano do serviço. Para exemplificar estas regularidades, selecionei trechos que descreviam ações concretas referentes à presença destes temas no cotidiano dos familiares entrevistados. Assim, por exemplo, entre um trecho que dizia: “o pessoal aqui trata a gente com dignidade” e outro que afirmava que “no sorriso de cada pessoa a cada vez que aparecemos aqui, vimos a dignidade com que a gente era tratado”, privilegiei o segundo como ilustração, entendendo que a descrição sobre o sorriso promove uma clareza de entendimento maior sobre como, no cotidiano do serviço, a dita dignidade se produz. Visualizada da direita para a esquerda, a Tabela 4 apresenta um panorama sobre a análise aqui realizada: do geral para o específico, ou seja, dos recortes temporais e temas da conversa às suas manifestações cotidianas em cada uma das histórias dos entrevistados. Seguindo este fluxo analítico – e em coerência com as duas dimensões dos atos de fala – realizei ainda outra análise que contemplou a especificidade destas descrições: dessa vez, observando o processo comunicacional das entrevistas, a partir do qual as temáticas conversadas se tornaram possíveis.

² Com exceção da tabela referente à Entrevista 6, que pode ser vista na seção de Resultados e Discussão (Tabela 7).

Tabela 4 – Análise temática das entrevistas

Recortes temporais	Temas	Manifestação no cotidiano	Familiares que relatam esse tipo de acontecimento
Famílias em sofrimento.	O surgimento da doença e suas consequências na vida familiar.	Agressões físicas e verbais.	1. Anna; 3. Lia; 5. Mário; 6. Rose; 7. Paulo; 8. Amanda; 9. Lúcia; 10. Fernando.
		Preocupação constante.	1. Anna; 3. Lia; 4. Luísa; 6. Rose; 7. Paulo; 8. Amanda; 9. Lúcia.
		Tentativas de suicídio do paciente.	1. Anna; 3. Lia; 5. Mário; 6. Rose; 9. Lúcia; 10. Fernando.
		Prejuízos ao trabalho/emprego.	1. Anna; 3. Lia; 8. Amanda; 9. Lúcia.
		Culpabilização da família.	1. Anna; 7. Paulo; 9. Lúcia.
		Problemáticas sociais.	1. Anna; 3. Lia; 5. Mário; 7. Paulo.
		Sentimento de desamparo (estar perdido; não saber o que fazer).	2. Sandra; 3. Lia; 6. Rose; 7. Paulo; 8. Amanda; 9. Lúcia.
		Adoecimento dos familiares.	2. Sandra; 3. Lia; 5. Mário; 6. Rose; 8. Amanda; 9. Lúcia.
		Desentendimentos na família.	6. Rose; 9. Lúcia.
		Preconceito.	1. Anna; 3. Lia; 5. Mário; 6. Rose; 7. Paulo.
	As passagens por serviços de saúde.	“Peregrinação” pelos serviços de saúde.	1. Anna; 3. Lia; 5. Mário; 6. Rose; 7. Paulo; 9. Lúcia; 10. Fernando.
		Dificuldades de acesso aos serviços.	1. Anna; 6. Rose; 7. Paulo; 9. Lúcia; 10. Fernando.
		A chegada ao HD.	1. Anna; 2. Sandra; 4. Luísa; 5. Mário; 6. Rose; 7. Paulo; 8. Amanda; 9. Lúcia; 10. Fernando.

Famílias em tratamento.	O cuidado à família.	Acolhimento.	1. Anna; 2. Sandra; 3. Lia; 5. Mário; 7. Paulo; 8. Amanda; 9. Lúcia; 10. Fernando.
		Espaço para reflexão sobre si e fortalecimento pessoal.	1. Anna; 2. Sandra; 3. Lia; 4. Luísa; 5. Mário; 7. Paulo; 8. Amanda; 9. Lúcia.
		Sentimento de segurança: trabalho feito por profissionais qualificados.	2. Sandra; 5. Mário; 7. Paulo; 8. Amanda.
	O aprendizado sobre a doença mental.	Diagnóstico e/ou aceitação da existência da doença.	2. Sandra; 5. Mário; 6. Rose.
		Informações sobre a doença.	2. Sandra; 6. Rose; 8. Amanda; 10. Fernando.
		Informações sobre como lidar com situações advindas da doença.	2. Sandra; 4. Luísa; 5. Mário; 6. Rose.
	A transformação das relações familiares.	Espaço de diálogo sobre questões familiares.	2. Sandra; 3. Lia; 5. Mário; 8. Amanda; 9. Lúcia; 10. Fernando.
	O cuidado com o familiar em semi-internação.	Sentimento de segurança e cuidado para o paciente.	1. Anna; 3. Lia; 4. Luísa; 6. Rose; 7. Paulo.
		Participação como responsabilidade.	2. Sandra; 4. Luísa.
	A ajuda mútua entre as famílias.	Sentimento de não ser o único a passar pela experiência da doença mental.	1. Anna; 2. Sandra; 5. Mário; 6. Rose; 7. Paulo; 9. Lúcia.
		Própria experiência ajuda aos outros.	1. Anna; 3. Lia; 5. Mário; 6. Rose; 7. Paulo.
		Ampliação da rede social.	1. Anna; 2. Sandra; 3. Lia; 4. Luísa; 7. Paulo.

Famílias em desenvolvimento.	As mudanças atribuídas à participação HD.	Melhora do paciente.	1. Anna; 2. Sandra; 3. Lia; 4. Luísa; 5. Mário; 6. Rose; 7. Paulo; 8. Amanda; 9. Lúcia; 10. Fernando.
		Cura do paciente.	5. Mário.
		Tranquilidade na vida em casa.	2. Sandra; 9. Lúcia.
		Melhora no relacionamento entre os familiares.	1. Anna; 2. Sandra; 3. Lia; 5. Mário; 7. Paulo; 8. Amanda; 9. Lúcia; 10. Fernando.
	Os desafios da vida pós-alta.	Transposição do aprendizado no HD para a vida cotidiana.	2. Sandra; 6. Rose.
		Conviver com o que não mudou.	1. Anna; 2. Sandra; 6. Rose; 7. Paulo; 8. Amanda.
		Transformação da sociedade e das práticas de cuidado.	9. Lúcia.
	As perspectivas imaginadas.	Continuidade da melhora.	3. Lia; 4. Luísa; 5. Mário; 8. Amanda.
		Novas dificuldades, enfrentamentos diferentes.	1. Anna; 2. Sandra; 3. Lia; 7. Paulo; 8. Amanda; 9. Lúcia;

2.5.2. “O que se faz” – CMM e a análise da comunicação

Para analisar a segunda dimensão dos atos de fala das entrevistas – o que se faz com o que se fala – a CMM oferece ferramentas extremamente úteis. Considerando os conceitos utilizados como ferramentas para a análise do *corpus* de pesquisa deste trabalho, apresento a seguir a CMM que, neste estudo, permitiu valorizar a sequencialidade dos movimentos entre os participantes da entrevista e examinar como a coordenação de ações construiu e “manejou” sentidos a respeito da inclusão dos familiares no tratamento. Especificamente, ao utilizar a CMM para analisar as transcrições de entrevista, passei a entender como tanto entrevistador quanto entrevistado coordenaram suas ações para gerar entendimentos específicos sobre as experiências dos familiares no serviço do HD.

A CMM propõe que observemos a comunicação ao invés de simplesmente passarmos por cima dela, nos dando conta de que as realidades sociais que habitamos são o “pós-vida” de toda conversa das quais as pessoas participam em suas vidas cotidianas, ou seja, os efeitos ou resultados que vivemos como reais a partir de nossas interações situadas. A CMM empresta a frase de Shotter (1997) de que nós *agimos a partir de contextos*, isto é, nossas ações acontecem em contextos já existentes, mas que também *agimos nos contextos*, o que significa que estes contextos também são criados e transformados por nossas ações. Em processos de comunicação, moldamos as realidades sociais nas quais vivemos. A CMM propõe que olhemos para estes processos de comunicação como tendo dois aspectos diferentes, ainda que inseparáveis: a coordenação de ações e a produção/manejo do sentido.

Por um lado, coordenação é proposto como um “conceito sensibilizador” que aponta para a direção que devemos olhar ao encararmos o processo de comunicação. Neste sentido, “entendemos o que as pessoas dizem e fazem como se revezando em padrões de comunicação, e não como “símbolos” apontando para algo além” (p. 89). Isto significa que olhar para o fluxo de ações nos ajuda a entender a lógica emergente do processo de comunicação e como essa lógica participa da criação de uma dada realidade social. Por outro lado, a perspectiva da comunicação presume que as pessoas manejam sentidos conjuntamente e que o mundo somente pode fazer sentido para nós por meio dos significados que construímos para ele. Na “dança” entre coordenação e produção de sentidos, criamos mundos sociais.

Selecionei dois conceitos-chave da CMM que guiaram o curso do processo de análise do *corpus* de pesquisa: *atos de fala* e *episódios*. Tomei os atos de fala como a unidade básica nesta análise e, por isto, começo explorando este conceito mais profundamente. De acordo com Pearce (2007), atos de fala são padrões incompletos de comunicação. Como uma pequena unidade de análise em comunicação, olhar para os atos de fala permite entender como nós *fazemos coisas* em comunicação em nossas interações cotidianas. O autor explica com uma analogia, comparando os atos de fala aos *pixels* em uma televisão. Quando olhamos para a tela de uma tevê, não conseguimos distinguir *pixels* individuais. Entretanto, se olhamos perto o suficiente, podemos ver que são necessários muitos *pixels*, bem como sua organização em uma disposição específica, para criar a imagem que vemos à distância. Como *pixels* sendo criados e organizados em um fluxo, atos de fala criam nossos mundos sociais. A performance de atos de fala pode ser entendida em termos de outros quatro conceitos:

1. *Implicatura conversacional*. Este conceito é utilizado na literatura para lembrar a existência de uma diferença entre o que está sendo dito e o que está sendo feito em comunicação. Enquanto escrevia este texto sentado em uma mesa de biblioteca, perguntei às três pessoas sentadas nas cadeiras ao meu redor se elas precisavam da mesa inteira para si.

(1) Pedro: *Vocês precisam da mesa inteira para vocês?*

(2) Garota: *Nós estamos conversando muito alto?*

(3) Pedro: *Não, por mim está tudo certo. Só estava pensando se vocês precisam de mais espaço.*

(4) Garoto: *Por nós, não. Obrigado.*

No movimento (1), eu pensei estar *oferecendo* a mesa para que eles pudessem ficar mais confortáveis. Mas atos de fala não são realizados em apenas um movimento. A resposta da garota no movimento (2) transformou a minha primeira fala em um *pedido* para que eles falassem mais baixo. Uma vez que um ato de fala nunca está realmente finalizado, ainda havia espaço para mudança. Em minha resposta no movimento (3), eu reafirmei o ato de fala *oferta*. A resposta do garoto no movimento (4) realizou o que eu disse em primeiro lugar como uma *oferta*, ainda que desnecessária. Este exemplo simples chama atenção para como, para além das palavras sendo ditas, a conversa estava também *fazendo* coisas (ofertas e pedidos, neste caso). Estas “coisas” são os atos de fala.

2. *O trio conversacional*. Este é o protótipo de uma sequência de três movimentos que representa a estrutura do processo fluido de como atos de fala são realizados. O trio conversacional é uma maneira de organizar e fazer sentido da fluidez, mas a ideia realmente importante contida neste conceito é a de que a realização de qualquer ato de fala depende de

movimentos anteriores e subsequentes. Um único movimento não significa nem faz nada sozinho. Enquanto eu continuava trabalhando neste texto na mesma mesa de biblioteca citada no exemplo anterior, precisei ir ao banheiro, mas não queria deixar as minhas coisas na mesa sem supervisão.

- (1) Pedro: *Com licença, você pode vigiar as minhas coisas enquanto vou ao banheiro?*
- (2) Garota: *Sem problemas.*
- (3) Pedro: *Obrigado.*

Considerando esta interação, percebemos o quão simples atos de fala podem ser. Nesta conversa curta, os dois interlocutores realizaram com sucesso o ato de fala de *pedido* para vigiar as coisas e eu pude ir ao banheiro me sentindo seguro de que minhas coisas estariam no mesmo lugar quando eu voltasse. Elas estavam. Mas, é preciso lembrar que o sentido flui por meio de ações coordenadas. Será que o ato de fala necessariamente tinha que ter acontecido assim? Pensemos em outra possibilidade.

- (1) Pedro: *Com licença, você pode vigiar as minhas coisas enquanto vou ao banheiro?*
- (2) Garota: *Eu pareço sua empregada?*
- (3) Pedro: *Obrigado!*

Esta possibilidade imaginada ilustra como atos de fala não são sempre tão simples. Observe que, da forma como pontuei o exemplo, a sequência interacional começou exatamente com a mesma fala. Entretanto, na resposta da garota no movimento (2), o que eu tinha pretendido como um *pedido* foi na verdade realizado como *abuso*. Meu “obrigado” no movimento (3) é composto da mesma palavra (“Obrigado”) que na outra interação, mas este “obrigado” certamente não significa o mesmo que antes.

Além disso, a respeito do trio conversacional, entendemos que movimentos organizados em uma sequência cronológica não necessariamente são responsivos uns aos outros e, portanto, podem não compor o mesmo trio. Observe como, no próximo exemplo, o trio conversacional é na verdade composto pelos movimentos (1), (4) e (5).

- (1) Pedro: *Com licença, você pode vigiar as minhas coisas enquanto vou ao banheiro?*
- (2) Garota [levantando a mão enquanto olha concentrada para o computador]: *Só um minuto, por favor.*
- (3) Pedro: [espera]
- (4) Garota [virando-se e olhando para mim]: *Você perguntou se eu podia vigiar suas coisas, certo? Sem problema.*
- (5) Pedro: *Obrigado.*

Nesta ilustração, o movimento (4) é uma resposta ao movimento (1) e o ato de fala de *pedido* é realizado nestes movimentos seguidos pelo movimento (5). Além disso, é

importante notar que aquilo que encaramos como o começo e como o fim de um ato de fala é sempre uma escolha arbitrária de por onde começar a olhar. A interação sempre pode ser pontuada de maneira diferente. Voltemos à infeliz sequência coordenada de *abuso* do exemplo anterior, mas encarando-a a partir de um início diferente.

- (1) Pedro [entregando o cabo de energia do computador para a garota]: *Você se importa de ligar meu computador nesta tomada perto de você, por favor?*
- (2) Garota [pega o cabo e conecta-o na tomada.]
- (3) Pedro: *Obrigado.*
- (4) [Silêncio]
- (5) Pedro: *Com licença, você pode vigiar as minhas coisas enquanto vou ao banheiro?*
- (6) Garota: *Eu pareço sua empregada?*
- (7) Pedro: *Obrigado!*

Quando encaramos o que agora é o movimento (6) como uma resposta não apenas ao movimento (5), mas também aos outros movimentos anteriores na interação, esta nova forma de apresentar a história faz com que a resposta da garota pareça muito mais razoável. É possível perceber assim que o ato de fala de *abuso* começou a ser *performato* anteriormente ao que havíamos imaginado. Mais ainda, o movimento (6) pode ser encarado como uma resposta em antecipação aos próximos movimentos na interação: a garota está, dessa forma, *prevenindo* que este desconhecido folgado continue lhe *pedindo* favores.

3. *Força Lógica*. Esse senso de obrigação ou “força moral” informa aos participantes em uma conversa que, se alguém fez X, então eles devem responder com Y. Trata-se de um “‘impulso’ visceral em direção a agir de uma ou outra forma” (p. 120), porque “isso é o que uma pessoa como eu faz.” Mesmo que Pearce (2007) não enfatize esta questão, considero que “forças lógicas” não são sensações individuais – como se elas nascessem dentro de uma pessoa e a levassem a agir de uma ou outra maneira. Entendo aqui que este senso de “o que uma pessoa como eu deve fazer em uma dada situação” tanto é criado quanto opera a partir de dentro de comunidades e, portanto, ele é um produto da inserção destas pessoas em discursos sociais.

4. *Antenarrativa*. Antenarrativa é a experiência vivida *antes* da história contada. É aquilo que acontece antes que possamos organizar logicamente nossa experiência em uma sequência contendo início, meio e fim. Uma vez que há sempre mais do que qualquer narrativa pode contar, explorar a antenarrativa pode ser uma forma produtiva de entender atos de fala.

Reconheço o risco de tomar uma unidade de análise tão pequena quanto atos de fala nesta análise: arrisco priorizar pequenos pedaços de interação e perder de vista o cenário mais amplo. Entretanto, ainda assim escolhi esta abordagem por acreditar que ela me distancia de

um pensamento abstrato de mundos sendo criados em conversas e me aproxima de um nível mais concreto de explicação a respeito de como se dá este processo. Quando um autor construcionista social aponta que a linguagem faz coisas, é também isso o que queremos dizer. Para o propósito desta análise, olhar para os atos de fala nos ajuda a reafirmar o argumento construcionista social de que a linguagem *constrói* o mundo e, neste caso específico, constrói as descrições da experiência dos familiares entrevistados, com todas as suas consequências para os resultados de pesquisa. Reconhecendo os riscos desta abordagem analítica, busco cuidar de seus potenciais problemas ao *começar com um nível micro de análise, mas não ficando apenas nele*. Por um lado, apresentar o conteúdo emergente da realização conjunta dos atos de fala, na análise temática, é uma forma de cuidar desta questão, uma vez que eles estão relacionados também a discursos sociais aos quais os participantes recorrem para produzir sentido em interação. Por outro lado, como a analogia dos atos de fala em comparação aos *pixels* sugere, atos de fala precisam ser organizados a fim de realizarem a criação de mundos sociais.

Episódios são “quaisquer sequências de acontecimentos nos quais seres humanos se engajam que tenham um princípio de unidade” (Harré & Secord, 1973, p. 154). Assim como os atos de fala dos quais são compostos, episódios são criados em ações coordenadas. Como entendemos um episódio – ou, os sentidos que construímos sobre ele no fluxo de ações coordenadas – é também fundamental. A CMM apresenta quatro ideias que ajudam a dar sentido aos episódios (elas estão numeradas nos parágrafos seguintes conforme aparecem no texto).

O processo da análise nesta pesquisa pode ser visto como começando a partir destas ideias. Primeiramente, escolhi considerar cada uma das dez entrevistas que conduzi para esta pesquisa como um episódio diferente. Esta escolha envolve a ideia de (1) pontuação: a seleção do “começo” e do “fim” de um episódio. Escolhi pontuar a fala inicial seguinte ao momento do gravador sendo ligado como o começo do episódio de cada entrevista e a última fala antes de o gravador ser desligado como o fim. Assim como qualquer outra pontuação, esta é uma escolha arbitrária, o que significa que o episódio poderia ser pontuado de outra maneira. Dessa forma, é preciso estar ciente daquilo que esta escolha de pontuação deixa de fora, que inclui (mas não apenas) a conversa acontecendo imediatamente antes de o gravador ser ligado e imediatamente depois de seu desligamento, as outras entrevistas, as outras interações que aconteceram durante o processo de pesquisa, o contexto do HD, a Reforma Psiquiátrica brasileira, etc. Uma vez que nenhuma pontuação consegue dar conta da “história

completa”, o que fiz foi escolher uma que fosse útil para os propósitos do raciocínio que busquei construir. De todas as possibilidades de pontuação para este episódio, selecionei esta em específico porque ela me permitiu tratar cada entrevista como um processo comunicativo específico, isto é, como tendo uma lógica interacional própria.

Mas isso não significa que deixei as outras histórias de fora. Uma maneira de cuidar dos outros níveis de análise envolvidos na produção do episódio é a ideia de (2) contextualização. Esta ideia, traduzida em uma ferramenta analítica, é chamada pela CMM de “modelo hierárquico”, e informa que o episódio sendo performado é apenas uma dentre várias histórias acontecendo ao mesmo tempo. Neste sentido, a habilidade de determinar o sentido a partir de dentro do próprio episódio está relacionada à capacidade de transitar entre diferentes níveis de entendimento que funcionam como contextos para o que está sendo dito. A versão mais simples do modelo hierárquico, representando que X está no contexto de Y, é representada assim:

Figura 2 – X está no contexto de Y (Pearce, 2007, p. 196)

A ideia de (3) enquadre destaca que não é possível explicar tudo o que está acontecendo ao mesmo tempo. Assim, qualquer história somente ganha sentido ao ser colocada em algum tipo de enquadre que direciona a atenção dos interlocutores para certos aspectos e seleciona e organiza o que, de outra maneira, seriam incontáveis “coisas” sem sentido. No caso desta análise, o enquadre está sendo feito durante todo o texto da dissertação: na discussão epistemológica, na apresentação da teoria, no diálogo com certos autores, na história sendo apresentada, na justificativa para o projeto, na descrição do contexto no qual esta pesquisa foi criada, na seleção da CMM como uma ferramenta analítica e assim por diante. Todas essas descrições informam quais foram os enquadres utilizados para que o conhecimento criado a partir dessa pesquisa se tornasse significativo. Finalmente, existe a ideia de (4) enredo, que sugere que temos que transformar tudo o que foi enquadrado entre nossas pontuações em uma narrativa significativa que tanto ordena quanto conecta diferentes aspectos do que está sendo narrado. A construção de um enredo na análise que será apresentada está sendo performada pela própria maneira como as coisas são apresentadas: o processo fluido de

comunicação é narrado de uma maneira ordenada, com um título e uma linha coerente de argumentação que confere sentido à análise.

Além disso, trabalho também com outros conceitos. A) Momentos críticos, segundo Pearce (2007), são movimentos em uma conversa capazes de mudar ou determinar o curso da interação e, conseqüentemente, transformar o pós-vida e os mundos sociais que emergem como produtos da própria interação. B) *Charmed loop* (Cronen, Johnson & Lannamann, 1982) é um ciclo interacional no qual o contexto informa os atos e os sentidos sendo performados, mas então esses atos servem para intensificar o contexto. Por sua vez, o contexto intensificado torna mais provável que o mesmo tipo de ato aconteça novamente e assim por diante. C) Trabalho no episódio, que diz respeito àquilo que as pessoas fazem em um episódio para garantir que ele se desenrole da maneira como desejam.

Como é possível observar, este tipo de análise que focaliza a sequencialidade da interação exige uma observação muito próxima e descritiva do processo comunicacional – um modo extenso e que se tornaria exaustivo para o leitor caso fosse descrito para todas as dez entrevistas. Assim, ainda considerando as contribuições da CMM, elegi um critério para decidir especificamente o que analisar. Com a atenção colocada no processo comunicativo, a CMM tem como preocupação especial a possibilidade de identificar momentos críticos na interação, nos quais a realização de um ou outro ato de fala específico são capazes de mudar os rumos da conversa e, portanto, transformar (tímida ou significativamente) o mundo social no qual ela acontece.

Baseado nesta compreensão e com o auxílio das notas de campo, selecionei a entrevista com Rose (E6) para análise com as contribuições da CMM já apresentadas. A interação com Rose foi escolhida por parecer ter se constituído em um espaço dialógico que favoreceu a vivência do mesmo processo de participação do familiar que eu pretendia investigar com esta pesquisa, bem como aberturas para a construção conjunta de histórias que diziam tanto sobre a participação do familiar no tratamento quanto a respeito das implicações trazidas por esta participação para sua vida em geral. Especificamente, houve na entrevista com Rose um momento crítico em que a realização conjunta de um ato de fala muito especial claramente impactou o rumo da interação que se seguiu e o pós-vida dela extraído.

Resultados e Discussão

*“O saber a gente aprende com os mestres e os livros.
A sabedoria, se aprende é com a vida e com os
humildes.”*

Cora Coralina

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Participação da família no tratamento: sobre “o que se fala”

Esta seção apresenta uma organização dos temas conversados nas entrevistas com os familiares. Ela não pretende esgotar esses temas, nem mostrar a “verdadeira” história dessas pessoas. Seu objetivo é dar visibilidade a determinados aspectos que se construíram como importantes no curso destas interações, considerando sobretudo seu potencial de utilidade para a compreensão do que significa, para estas pessoas em sua vida cotidiana, a experiência da doença mental e de participação em seu tratamento. Conforme Shotter (2008) orienta, não se trata de enxergar padrões, mas sim de sentir similaridades que surgem no contexto fluído da prática de pesquisa.

Inicialmente, é necessário reconhecer uma importante característica compartilhada pelas histórias dos dez entrevistados: tratam-se de “narrativas progressivas”, nas quais as pessoas constroem ligações entre suas experiências, de maneira que o movimento da história tem como característica principal o desenvolvimento e a melhora em determinados aspectos, como uma progressão ao longo do tempo (Gergen & Gergen, 1983). No contexto desta pesquisa, as narrativas progressivas constroem a passagem da família pelo HD como um ponto importante na transformação da experiência dos familiares em relação ao transtorno mental. Pode ser que esta característica de fato tenha ligação com o que se passou com os familiares ao serem atendidos no programa de assistência familiar. Porém, é também razoável concluir que as dez narrativas produzidas compartilhem desta característica de sucesso devido aos próprios critérios de seleção dos participantes da pesquisa: todos os familiares que aceitaram participar da pesquisa demonstram uma gratidão pelo HD e por sua equipe que pode ser a própria razão pela qual aceitaram participar. Neste caso, vale a pena reconhecer que houve quatro recusas de participação e, apesar de não ser possível fazer qualquer afirmação acerca das mesmas, elas servem como um lembrete de que a história aqui contada não é a única possível. Há sempre mais. Contudo, esta mesma característica aponta para um grande potencial: histórias de sucesso carregam consigo descrições de aspectos do tratamento oferecido no HD que possibilitaram sua própria produção como bem-sucedidas. Assim, a investigação destas histórias aponta para direções importantes acerca do que desejamos fazer

para que a participação dos familiares no tratamento se realize de forma satisfatória para eles mesmos.

Considerando este tipo de estrutura narrativa, apresento a análise temática a seguir em três recortes temporais, a saber: a) Famílias em sofrimento; b) Famílias em tratamento; c) Famílias em desenvolvimento. Os temas desta conversa e suas ramificações podem ser vistos na Tabela 4. Para melhor visualização na leitura do texto, esta tabela foi dividida em três partes, de acordo com os recortes temporais, apresentadas junto à discussão de seus resultados.

3.1.1. Famílias em sofrimento

Que acontecimentos levam esta família ao HD? Este primeiro recorte temporal trata do histórico do paciente e de sua família, relatando os momentos em que os comportamentos do paciente começaram a se diferenciar daquilo que lhe era usual anteriormente, passando pelo agravamento do quadro, que levava a uma série de perturbações, preocupações e sofrimentos para os membros da família, bem como pela passagem por diversos serviços de saúde, e culminando na chegada ao HD. Nas conversas sobre este tema, criava-se um contexto de justificativa que explicava porque, em primeiro lugar, o familiar precisou ser encaminhado para tratamento no HD e, em seguida, também a própria família foi convidada a essa participação. Este recorte temporal está dividido e discutido em dois temas: a) a doença mental e suas consequências na vida familiar e b) as passagens por serviços de saúde, que podem ser vistos na tabela a seguir.

Tabela 5 – Famílias em Sofrimento

Recorte temporal	Temas	Manifestação do tema no cotidiano
Famílias em sofrimento.	O surgimento da doença e suas consequências na vida familiar.	Agressões físicas e verbais. Preocupação constante. Tentativas de suicídio do paciente. Prejuízos ao trabalho/emprego. Culpabilização da família. Problemáticas sociais. Sentimento de desamparo (estar perdido; não saber o que fazer). Adoecimento dos familiares. Desentendimentos na família. Preconceito.
	As passagens por serviços de saúde.	“Peregrinação” pelos serviços de saúde. Dificuldades de acesso aos serviços. A chegada ao HD.

3.1.1.1. *O surgimento da doença e suas consequências na vida familiar.* Neste tema, os familiares narravam o histórico da doença mental, explicitando as maneiras como ela afetava a vida em família e construindo também justificativas que fizessem sentido tanto com relação ao tratamento recebido no HD quanto para uma comparação da transformação na vida individual e familiar destas pessoas durante e após o período em tratamento. Em outras palavras, estas histórias falavam de um sofrimento familiar que, produzido e manifesto na vida cotidiana de diversas maneiras, foi cuidado e transformado no período de participação dos familiares no HD. Mas que consequências são essas? Que tipos de situações estes familiares enfrentaram e que levaram a dificuldades e sofrimento em seu cotidiano?

Muitos familiares relataram situações de agressão física e verbal por parte de seu familiar adoecido.

Lúcia: O Leandro, ele é bem... Assim, ele é respeitoso, né? Mas ele perdeu todo o respeito. Falava palavrão, não se importava mais se tava de cueca ou sem cueca. Ele já tava assim, o Leandro. E nós vimos, nessas alturas, ele já começou a ficar agressivo a ponto de... o pai apanhou. Várias vezes. Eu não, porque eu me trancava no quarto e ficava. (Entrevista 9, Lúcia, P9L14 – P9L18).

Lia: Porque o João bebia, quebrava tudo, não trabalhava. Era um horror. Então ele tinha... Ele ficava até dois meses sem vir em casa. Então, era uma vida de muita luta. Então eu tinha que trabalhar, que, que... E ele me batia muito. Ele me espancava pra valer mesmo. Então eu tinha que

prover tudo. Eu tinha que ir em escola, comida, casa, água, luz... Esconder dinheiro do João, porque o João pegava dinheiro escondido lá na minha bolsa. (Entrevista 3, Lia, P10L8 – P10L12).

Além disso, eles relatam seu sofrimento mediante tentativas de suicídio por parte do familiar adoecido.

Rose: Ela teve duas – não, duas não – três tentativas de suicídio. Porque eu moro em frente uma rodovia, né? A [Nome da Rodovia]. Ela querendo correr pra rodovia. E depois teve um dia que eu saí de casa, que ela tava melhorzinha. Ela tomou uma caixa inteira de Clonazepan. Fui pra... pro posto. Fez lavagem no estômago. Depois do posto, eles prenderam ela lá, já mandou pra cá, eles internaram ela de novo. (Entrevista 6, Rose, P3L10 – P3L14).

Os entrevistados descreveram também prejuízos ao seu trabalho e emprego, derivados tanto de preocupações com as situações vividas, quanto pelo fato de terem que abandonar, faltar ou sair mais cedo do trabalho para socorrer e cuidar de seus familiares, seja buscando ou acompanhando internações, levando em consultas em serviços de saúde ou ainda ficando em casa, com medo de que algo ruim pudesse acontecer caso o familiar fosse deixado sozinho.

Amanda: Eu não conseguia dormir, não conseguia... Trabalhar era quase impossível. Quase entrei em depressão uma época. Foi muito difícil. (Entrevista 8, Amanda, P8L1 – P8L2).

Eles narraram uma constante preocupação com o que poderia vir a acontecer:

Mário: E nós aprendemos que realmente a doença existe. Ela é terrível, né? Porque acho que a família fica tão doente quanto o doente. Porque você não esquece da doença do paciente nenhum minuto do dia. (Entrevista 5, Mário, P18L7 – P18L8).

Além disso, desentendimentos entre os familiares foi citado como uma problemática comum vivida no cotidiano.

Paulo: Então, isso quebrou durante todo esse meio do ano... Alguma coisa no contato com a minha família. Talvez seja mais comigo do que com eles. Eu sei que foi, assim, um susto grande. Ele inclusive até hoje fala que não quer ver meu irmão. De certa forma, uma coisa que ele disse desencadeou essa fúria de momento lá. Então... E eu não devo... Ele não quer ver o meu irmão de jeito nenhum. E, no meio dessas preocupações corre aqui, corre ali, prestar atenção nos cuidados do Carlos e no meu trabalho, a gente não tinha muito esse contato pessoa a pessoa. (Entrevista 7, Paulo, P19L9 – P19L14).

Muitos se referiram ainda ao adoecimento dos próprios familiares decorrente de sua convivência com as situações difíceis ocasionadas pelo adoecimento mental de seu parente.

Sandra: A gente percebe que a gente também adoece junto, né? E aí, uma vez que eu vim, eu também entendi que eu também tô passando por esse processo. Quer dizer, a gente fica doente em tá junto com a pessoa doente ali, que você não saber... parece que a gente vai ficando louco, vai enlouquecer. Parece que a gente vai enlouquecer diante do problema, da impotência, né? (Entrevista 2, Sandra, P18L6 – P18L10).

Diante destas situações, o sentimento de desamparo foi bastante citado, como uma sensação de estar perdido e não saber o que fazer.

Amanda: *Quando caiu também, filho, caiu assim... sensivelmente. Foi um negócio... Foi muito complicado. No início, pra mim, eu olhava assim... “Meu Deus, eu não vou superar isso. Eu não vou...” Entendeu? Você fica perturbado, sem saber o que fazer. Às vezes você acha que você tá ajudando, você tá é atrapalhando. Você fica meio perdido.* (Entrevista 8, Amanda, P4L4 – P4L7).

Lúcia: *Ninguém conseguia mais. O SAMU chegava, ninguém conseguia mais levar. Até o Dr. [Nome do médico] foi na minha casa. Foi uma psicóloga. Eu chamei um pastor. Chamei padre. A minha casa, ultimamente, era assim, a porta aberta, todo mundo entrava, eu não sabia quem entrava, quem saía.* (Entrevista 9, Lúcia, P9L11 – P9L14).

Outro aspecto relevante tratava de uma culpabilização da família pelo adoecimento mental.

Anna: *Aí o médico falou assim: “Minha senhora, eu vou dizer uma coisa pra senhora: ele é adolescente. Ele tá tendo o que se chama de Síndrome do Poder. Isso é natural em todo jovem. A senhora precisa aprender a conviver com isso. Então ó:”, pegou, deu um número, “a senhora liga pra esse lugar aqui, marca uma consulta pra senhora e pro seu marido que vocês precisam fazer tratamento. Pra vocês aprenderem a lidar com isso.” Ah, eu queria morrer!* (Entrevista 1, Anna, P20L20 – P20L24)

Lúcia: *Porque o Leandro acha que, como eu tomei a frente, ele achava que eu criei a esquizofrenia nele. Eu que tinha a culpa de tudo isso.* (Entrevista 9, Lúcia, P7L22 – P7L23).

Por fim, com relação a este tema, muitos familiares relataram situações de preconceito vividas em função da doença mental.

Mário: *Quando o Adriano ficou doente foi piada na minha família.*

Pedro: *Piada?*

Mário: *Nossa... Falava: “Não, o Adriano tá afastado, porque ele tá com depressão” “Ih, tá nessa também?”... Cê entendeu?*

Pedro: *E aí machuca?*

Mário: *“Ele tá nessa? Isso aí é frescura, hein!” e tal. Meu irmão que [inaudível]. De vez em quando eu vou na casa dele. Então eu chegava lá, ele falava assim pra mim: “Mas, isso aí não é um pouco frescura não?”. Eu cansei de ouvir essas coisas de familiar, e essas coisas, depois que eu me convenci que realmente era caso de médico, essas coisas começam a pesar, cara. “Pô, eu to expondo pra vocês, como que é, o que eu vivo lá, o que eu participo... [Palavrão]!”. E aquilo vai enchendo o [palavrão], cara.* (Entrevista 5, Mário, P34L25 – P35L5).

Rose: *Eu preferia, doutor, na verdade falar pro senhor que ela tivesse sofrido, assim, um acidente. Físico. Físico.*

Pedro: *Por que?*

Rose: *Um braço quebrado, uma perna quebrada, uma cabeça traumatizada. Porque, doutor, nós fomos vítima de muito preconceito.*

Pedro: *Foram, Dona Rose?*

Rose: *Foi.*

Pedro: *Que tipo de preconceito?*

Rose: *Preconceito na vizinhança...*

Pedro: *As pessoas ficaram sabendo do que-...*

Rose: *Ficaram, porque a ambulância do SAMU pegou ela correndo pra rodovia. Então ela tem agido lá na rua e... E eles chama ela de louca!*

[pausa]

Pedro: *Unhum.*

Rose: *E sofremos preconceito da família, que se afastou todo mundo de nós.* (Entrevista 6, Rose, P4L8 – P4L22).

Tomadas em conjunto, estas situações apontam para o sofrimento enfrentado por toda a família diante da experiência da doença mental. Estes relatos mostram familiares que se sentem adoecidos, impotentes, agredidos, desassistidos e excluídos, a despeito de todas as suas tentativas e não desistências. É possível perceber famílias que lutam pela melhora de seu familiar adoecido e por condições de vida saudáveis em suas casas, empregos e relacionamentos, apesar das dificuldades enfrentadas, dentre as quais o preconceito – que promove também isolamento social – se destaca. Este tipo de relato de dificuldades e sobrecarga da família da pessoa em sofrimento psíquico é comum na literatura da área (Albuquerque, Cintra e Bandeira, 2010; Bandeira & Barroso, 2005; Cavalheri, 2010; Pereira & Pereira Jr., 2003) e, ao chamar atenção para o sofrimento destas famílias, dá importante visibilidade à necessidade de oferecer cuidado a elas.

3.1.1.2. As passagens por serviços de saúde. A experiência do adoecimento mental de um familiar, em muitas das narrativas desenvolvidas, envolveu a passagem por diversos serviços de saúde. Alguns entrevistados foram encaminhados diretamente ao HD depois de tratamento inicial com psiquiatra particular. Os outros experimentaram trajetórias longas e muitas vezes complicadas pelos serviços de saúde. Por um lado, eles alertavam para a dificuldade de acesso aos serviços:

Anna: *Então o Carlos tá sendo assim... um marco pra um monte de coisa. Pra olhar mais pra psiquiatr-... Pro HD começar a pegar menor de idade, pra tentar de alguma forma. Pro... pro sistema de saúde em psiquiatria, que é um horror. Nós ficamos lá uma semana no posto.*

Pedro: *Até conseguir a...*

Anna: *Não. Foi carta pro juiz, foi carta pro promotor, o secretário ia lá: “Anna, e aí, como é que tá?” Falei: “Ah, [Nome], cê tá vendo aqui, ó. Tamo acampado aqui, fazer o que?!” Falou: “Não.” Aí quando foi... depois de uma semana, falou: “Não. Hoje eu vou resolver isso. Vou dar uns telefonema.” Aí telefonou pro HC, nós fomo naquela mesma noite... naquela mesma tarde, pegamos e fomo pra UE. Mas nós fomos e ficamos num consultório, porque realmente não tinha leito.* (Entrevista 1, Anna, P41L2 – P41-L10).

Rose: *A única coisa que eu achei difícil foi o acesso.*

Pedro: *Até chegar aqui?*

Rose: *É. Eu acho, assim, que a saúde mental, o governo, as autoridades aí, deixa um pouco de lado. Eu acho. Na sugestão que eu tenho pra dar é essa. Que, assim como eles correm pra, pra...*

cuidar dum acidentado. Físico. Ali, tá tudo estourado. Eles deviam correr também pra... pra doença mental. (Entrevista 6, Rose, P25L2 – P25L6).

Por outro lado, contavam de atendimentos e internações na rede de Saúde Mental do município, até o encaminhamento para o HD, que aconteceu, dependendo do caso específico de cada paciente, pelo próprio serviço de saúde no qual o paciente se encontrava, por profissionais particulares ou, no caso do familiar de um dos participantes, que era profissional da saúde e funcionário do Hospital das Clínicas, por pedido próprio de internação.

Paulo: (...) *até que chegou um ponto que não deu mais e ele foi internado.*

Pedro: *Internado onde dessa vez?*

Paulo: *Ah... Na verdade, ele foi contido. Lá no posto. Não tem outro caminho.*

Pedro: *Sempre vai pro posto, UE, Hospital e depois aqui?*

Paulo: *Aqui foi, foi... essa última internação que o médico acompanhou o processo...* (Entrevista 7, Paulo, P4L17 – P4L21).

Fernando: *O Leandro, antes de vir pra cá, ele ficou um período internado no CAPS 3, né?*

Pedro: *Tá.*

Fernando: *E no CAPS 3 a gente conhece a Dra. [Nome da médica] que também participa aqui do HD.*

Pedro: *Aham.*

Fernando: *E ela participou com o Leandro também antes do CAPS 3, no próprio HC. Já conhecia já. E sabia da dificuldade dele pro medicamento. Ele sempre dificultou muito, né? Em tomar o medicamento e seguir com regularidade, né, o tratamento. E diante dessa dificuldade e do período que ele teve em 2009, que foi um período, assim, difícil, de tentativas até de suicídio, né, que foi muito difícil a gente controlar isso. De repente tava tudo bem, ele ficava agressivo do nada, né, aquela agressividade toda. E, diante disso, ele ficou com três acompanhamentos no HC em 2009. E, na última internação, através da Dra. [Nome da médica], ela conseguiu, assim, que ele viesse aqui pro HD.* (Entrevista 10, Fernando, P1L16 – P1L17).

Mário: *Aí ele pediu, um dia ele pediu socorro. Falou assim: “Ó, eu quero voltar lá pro Hospital-Dia.”* (Entrevista 5, Mário, P2L20).

Dentre as dificuldades vividas no período anterior à passagem pelo HD, a peregrinação por diversos serviços de saúde, onde a pouca disponibilidade de vagas e a dificuldade de acesso e manutenção nos serviços acabava, muitas vezes, por se tornar também parte do sofrimento enfrentado por aquelas famílias. Esta questão está associada às dificuldades já relatadas na literatura no processo de transição do modelo assistencial em saúde. Muitas vezes, ao promover a desospitalização sem a criação de uma rede substitutiva adequada, o sistema de saúde promove uma lógica de entra-e-sai dos serviços (Campos, 2001), e inadvertidamente acaba por transferir para as famílias uma nova carga no cuidado ao transtorno mental (Cavalheri, 2010; Vasconcelos, 1990).

3.1.2. Famílias em tratamento

O que, para os familiares entrevistados foi sua participação no tratamento? Como eles descrevem esse processo? Que elementos foram importantes? O que eles acreditavam estar fazendo ao participar? Como se produz cuidado? O segundo tema das entrevistas focalizava o período em que os familiares participaram no tratamento no HD, destacando os diferentes modos nos quais essa participação acontecia. Selecionando estas informações nas entrevistas, construí cinco temas que as agrupam de maneira a dar visibilidade à experiência narrada por estes familiares acerca de sua participação no tratamento no HD. Eles estão resumidos na Tabela a seguir e são eles: o cuidado à família, o aprendizado sobre a doença mental, a transformação das relações familiares, o cuidado com o familiar em semi-internação, e a ajuda mútua entre as famílias.

Tabela 6 – Famílias em tratamento

Recorte temporal	Temas	Manifestação do tema no cotidiano
Famílias em tratamento.	O cuidado à família.	Acolhimento. Espaço para reflexão sobre si e fortalecimento pessoal. Sentimento de segurança: trabalho feito por profissionais qualificados.
	O aprendizado sobre a doença mental.	Diagnóstico e/ou aceitação da existência da doença. Informações sobre a doença. Informações sobre como lidar com situações advindas da doença.
	A transformação das relações familiares.	Espaço de diálogo sobre questões familiares.
	O cuidado com o familiar em semi-internação.	Sentimento de segurança e cuidado para o paciente. Participação como responsabilidade.
	A ajuda mútua entre as famílias.	Sentimento de não ser o único a passar pela experiência da doença mental. Própria experiência ajuda aos outros. Ampliação da rede social.

3.1.2.1. Cuidado à família. Neste tema, os familiares descrevem sua participação como sendo uma forma de se sentirem acolhidos, cuidados e apoiados mediante as situações colocadas com o adoecimento de seu familiar. O HD é descrito, assim, como um espaço para reflexão, autocuidado e fortalecimento pessoal no enfrentamento dos desafios da doença mental. Na prática, os familiares descrevem a sensação de serem cuidados no HD como acontecendo de diversas maneiras. O acolhimento, bastante citado, é a primeira delas, chamando atenção para os efeitos benéficos de determinados modos de interação na rotina do serviço.

Lia: Então. O que eu acho legal aqui no HD, eles não tratam só o paciente, né? Eles tratam a família também, né? Uma que, uma... Eu vim buscar ele esses três meses todos os dias. Não deixei ele sozinho nenhum dia, né? E como a gente é recebido aqui a hora que a gente chega pra visitar. A gente entra, trata bem, com alegria... Parece que é a primeira vez que a gente tá chegando. (Entrevista 3, Lia, P7L15 – P7L18).

Paulo: E a mesma coisa que eu acho que eu vou tirar o chapéu é pro... Pro atendimento, vamos dizer, humano. Cada pessoa que você chega aqui, a qualquer hora, mesmo nas primeiras vezes, todo mundo cumprimenta. Mas cumprimenta olhando no seu olho. Depois familiariza... E mesmo antes disso, uh? Nunca falta um sorriso. “Bom dia.” Sorriso. Parece uma coisa boba, mas pra quem tá chegando nessa situação é uma... um tom, um acolhimento, uma coisa... bem diferenciada. Então desde o começo a gente se sentiu, no bom sentido do termo, nós nos sentimos em casa. “Não, aqui nós estamos sendo recebidos mesmo. Nós não tamo fazendo... Eles não tão fazendo um favor tratando do Carlos”. (Entrevista 7, Paulo, P8L11 – P8L21).

Além disso, as famílias são também cuidadas diante de contextos que favorecem tanto a reflexão sobre a própria vida – questões do cotidiano, comportamentos, relacionamentos, etc. – quanto o fortalecimento pessoal.

Anna: Então, assim, eu acho fundamental isso porque as pessoas se analisam também. Se refletem. Refletem seus valores, entendeu? (Entrevista 1, Anna, P33L22 – P33L23).

Amanda: É a tal coisa de ter momentos de eu ficar muito abatida, chorar e tá triste, mas aí eu parava, “Meu Deus, eu preciso ser forte, porque ela precisa de mim.” Quer dizer, se eu chego a cair, quem vai cuidar dela? Vai ficar mais difícil, tanto pra mim quanto pra ela. E tendo força, com a ajuda daqui, né? A gente conversava bastante. O pessoal me ajudou muito, muito. Não foi só a ela, a mim também. As reuniões, os encontros... Foi muito bom. (Entrevista 8, Amanda, P9L7 – P9L11).

A família também se sente cuidada por entender que está sendo acompanhada por profissionais qualificados, que têm o conhecimento necessário para sua atuação. Isto gera um sentimento de segurança nos familiares, que finalmente se sentem amparados.

Sandra: Aí cê para pra pensar, cê fala, né: “Puxa vida, como que... Nossa! Como que eles dão importância!”, né? É uma coisa de louco, assim, como eles observam mesmo... Então, cê fala: “Puxa vida, a gente tá na mão de pessoas que entende mesmo isso, né?” E eu fiquei muito, assim... Nossa, eu gostei muito de tudo isso.

Pedro: *Cê achava quando eles tavam falando, né, de você... Que aquilo tinha a ver com você mesmo?*

Sandra [ao mesmo tempo]: *Tinha!*

Pedro: *Você sentia que era de você que eles tavam falando?*

Sandra: *Exatamente. Então, a gente sente como que se protegido assim. “Não, eu tenho alguém que me vê, né, que vê, que me ajuda, que pode me direcionar, né?” É muito bom, menino. Muito bom. (Entrevista 2, Sandra, P10L7 – P10L14)*

Paulo: *Principalmente porque não há uma reunião sem o apoio. Então, muitas vezes quando há uma colocação de uma situação, de uma... de um comportamento que não é adequado, a pessoa que tá coordenando o grupo – que é um profissional que tá acompanhando os pacientes – coloca de uma forma muito... eu acho que de uma forma muito natural. “Não, não é bem assim. Melhor seria você ter uma reação, ou você ter uma atitude diferente” ou alguma coisa do tipo. Então realmente isso dá segurança também pros familiares.*

Pedro: *Entendi.*

Paulo: *De saber que o que tá sendo dito lá, tá sendo filtrado também. (Entrevista 7, Paulo, P11L10 – P11L17).*

Observa-se neste tema importante tensão sobre como se entende a participação da família no tratamento: entre o “tratamento da família” e o “cuidado da família”. Esta é uma mudança significativa porque ela tem exatamente a ver com as transformações (e permanências) dos discursos sobre a família a respeito do adoecimento mental, discutidos na introdução deste trabalho. Assim, a noção de que a família precisa ser *tratada* somente faz sentido se compreendermos que há uma *família doente* e, assim, responsável pelo adoecimento. Contudo, como vimos no recorte temporal anterior, este tipo de discurso é, pelo menos em parte, responsável pela produção do sofrimento desta mesma família: ao ser culpada pelo adoecimento mental e acusada por uma suposta incompetência de lidar com o mesmo, o que já é uma experiência difícil se torna ainda mais doloroso. Uma alternativa a essa discurso, se encontra na mudança do foco para entender que existe *uma família que vive uma questão que a afeta de muitas maneiras*. Com este entendimento, faz sentido então *propor formas de cuidado* a esta família.

Especialmente relevante, neste caso, é pensar como este cuidado pode ser produzido. Pensando nas descrições de acolhimento, da construção de um espaço para reflexão pessoal e do sentimento de segurança de estar sendo acompanhado por profissionais qualificados, observamos como este cuidado se constrói como possibilidade não apenas mediante o convite para participação, mas através do efetivo e cotidiano investimento na qualidade das relações entre os atores envolvidos no processo. Assim, se torna possível entender a construção deste cuidado como parte de um contínuo processo interativo. Esta compreensão chama atenção para o potencial de cada encontro dentro do serviço e de suas consequências para as relações entre familiares e profissionais – quando o simples fato de ser recebido cotidianamente com

um sorriso, por exemplo, transforma significativamente a experiência de participar de um tratamento. Neste caso, o acolhimento citado pelos entrevistados pode ser também relacionado ao acolhimento como diretriz da Política Nacional de Humanização que, segundo o Ministério da Saúde (2010), inaugura e sustenta processos de cuidar, como orientação ética que implica a escuta do usuário e a interação a partir das necessidades e questões por ele trazidos, produzindo uma lógica de corresponsabilidade.

Devido à importância do argumento que trata da importância do momento do encontro nos serviços de saúde, considerando sua ressonância com uma crescente preocupação na literatura (Ayres, 2004; Camargo-Borges & Mishima, 2009; Katz & Alegria, 2009; Merhy, 1998; Souza & Moscheta, 2012; Shotter & Katz, 1996), ele será retomado na segunda parte desta seção, com a análise da entrevista com Rose.

3.1.2.2. Aprendizado sobre a doença mental. A participação no tratamento é descrita como uma forma de aprendizado sobre o que é a doença mental e maneiras de lidar com ela. Segundo os entrevistados, por meio do contato com a equipe profissional e com os outros familiares, o HD se tornou um espaço de referência aonde se pode recorrer por informações e recursos técnicos referentes ao que e a como fazer ao enfrentar determinadas situações com seu familiar adoecido. O aprendizado sobre a doença e seus efeitos benéficos para as famílias acontece no cotidiano do tratamento dessas famílias por meio do diagnóstico e aceitação da existência da doença; do recebimento de informações sobre a doença; e de informações sobre como lidar com situações advindas da mesma.

Sandra: *E assim... E aqui foi que eu comecei a entender, assim, o problema da minha filha, né? Lógico que a gente... Quer-... Tá, sempre querendo entender, né? Minha passagem foi rápida, assim... A Laura ficou aqui por dois meses e alguma coisa. Né? Mas, assim, foi tempo suficiente pra gente entender o que é essa doença, né? Que não é fácil, né?* (Entrevista 2, Sandra, P1L22 – P1L22)

Rose: *Ah, foi bom, porque... Muito das coisas que eu não entendia da doença mental, né, eu... Porque pra mim, na minha mente, eu pensava que a mente não adoecia.*

Pedro: *É?*

Rose: *É. Eu pensava assim que a mente, por ser uma coisa, assim, muito... [pequena risada] ... dispersa do corpo, né? Que a mente, ela é... Né? Eu pensava assim: “Como que a mente pode adoecer?”, né? Adoece a carne, mas a mente não. Mas aí os psiquiatras, eles me explicaram que isso era dos transtornos físicos, hormônios, é... Pode fazer a pessoa ter pensamentos alterados, né? Então isso foi muito bom pra mim entender. Porque na época eu fiquei completamente perdida.* (Entrevista 6, Rose, P9L20 – P9L27)

Mário: *Mas a partir do momento que o sujeito aceita que realmente o paciente é doente, que o parente é doente... E ele começa a frequentar aqui. Ele vai ter que vim com fé também no pessoal, com confiança de... Dele participar, dele aprender. Porque, veja bem, olha: quando o filho sai daqui, você sabe como tratar ele lá fora.*

Pedro: *Aham.*

Mário: *Você sabe como... Você sabe como, como... Vamos dizer que você age lá como se fosse o psiquiatra dele. E você aprendeu aqui o tratamento.* (Entrevista 5, Mário, P27L30 – P28L9)

A descrição desta forma de participação da família no tratamento reforça a possibilidade de utilizar estratégias de psicoeducação como benéficas para os familiares. Conforme já citado na introdução deste trabalho, a criação de programas que visam levar didaticamente informações às famílias tem sido uma preocupação dos profissionais da área e, segundo descrevem as narrativas produzidas nesta pesquisa, o acesso à informação especializada – possibilitado mediante a participação da família no tratamento – ajuda-lhes na produção de estratégias cotidianas de cuidado para com o familiar, bem como transforma a natureza desta relação, ao se descrever que determinados comportamentos estão associados a sintomas de uma patologia e, muitas vezes, não estão sob o controle da própria pessoa.

Entretanto, algumas questões parecem pertinentes frente a este modo de participação. Em primeiro lugar, é preciso refletir com relação ao diagnóstico e seu impacto para a vida do usuário e para a vida familiar. A este respeito, Gergen (1997) e também Gergen, Hoffman & Anderson (1996) problematizam o lugar central no qual o diagnóstico tem sido posicionado no cuidado em saúde, refletindo sobre suas consequências negativas para a cultura em geral, tais como um assustador crescimento da patologização de diferentes comportamentos, a manutenção da hierarquia social e estigmatização individual. Utilizados sem reflexão sobre seus efeitos, os diagnósticos podem chegar à família – leiga tanto no vocabulário psiquiátrico técnico-científico quanto no entendimento do processo de produção de conhecimento subjacente à este mesmo vocabulário – como uma verdade estável definidora de suas relações. Por outro lado, como as próprias descrições dos familiares entrevistados sugerem, muitas vezes o diagnóstico chega para a família como um alívio e, a partir dele, mudanças no relacionamento com o paciente podem se tornar possíveis. Sendo assim, o diagnóstico pode também ser encarado como uma forma encontrada por essas pessoas – usuários e familiares – de finalmente dar sentido a experiências que antes lhes pareciam confusas.

Some-se a isto a complexidade de entender o diagnóstico inserido como prática cotidiana no serviço e como instrumento de ação política. Assim, vivemos em um mundo no qual o diagnóstico, como prática institucionalizada, funciona como base para a tomada de diversas decisões importantes, desde a escolha de medicamentos e procedimentos médicos, até a

possibilidade de acesso a recursos de previdência social. Neste sentido, Campos (2001) critica como uma idealização da loucura e negação da doença acaba negando também dificuldades concretas e materiais do viver com o sofrimento psíquico. É preciso, portanto, que o lugar do diagnóstico seja sempre problematizado em contexto, para que ele não seja nem descartado como inteiramente destrutivo, nem colocado de maneira irrefletida como a solução única para os problemas da Saúde Mental. Assim, a reflexão sobre o diagnóstico em cada caso específico, em diversos momentos, torna-se fundamental, pois é apenas em seu uso cotidiano e nas ações que possibilita ou restringe que podemos ter pistas se um diagnóstico paralisa ou alivia. Neste caso, refletir junto à família sobre como a possibilidade de o diagnóstico muitas vezes mudar, pode ser um exemplo de uma estratégia reflexiva para abordar esta questão no cotidiano da prática.

Para finalizar este tema, vale a pena refletir sobre o que se toma por aprendizado e como e onde ele se torna possível. Assim, ao mesmo tempo em que pensar estratégias específicas de psicoeducação para a família pode ser um recurso importante, é preciso lembrar que este tema vai além de um aprendizado formalizado e institucionalizado: como os entrevistados contaram, o aprendizado acontece em diferentes contextos e por meio de seu contato com outros atores envolvidos no cotidiano da instituição. Em outras palavras, a própria criação de espaços dentro do serviço dos quais os familiares podem se apropriar promove contatos com pessoas – outras famílias, que passam por experiências semelhantes e diversas, profissionais de diferentes áreas, bem como pacientes que carregam consigo importantes experiências – que, em suas interações no cotidiano no serviço, constroem o aprendizado do qual estas famílias podem se beneficiar. Mais uma vez, toma relevância o contato no cotidiano do serviço entre os diferentes atores ali presentes como um possível *locus* de investimento para a produção da participação da família no tratamento.

3.1.2.3. Transformação de relações familiares. A participação da família no tratamento é compreendida como uma oportunidade para se discutir e tratar de relações entre os membros da família. Este processo é muitas vezes descrito como doloroso e difícil, mas como tendo um resultado positivo para as interações familiares com o decorrer do tratamento. Na descrição dos entrevistados, este modo de participação no tratamento acontece predominantemente nas reuniões familiares, onde sessões de atendimento terapêutico (nomeados de reuniões familiares) são oferecidas a cada família separadamente.

Lia: *Porque mexeu comigo, né? A nossa relação foi discutida.*

Pedro: *Unhum. Entendi. Cê acha que discutir a relação de vocês, então, é... Mudou alguma coisa pro João.*

Lia: *Mudou. [pausa] E mudou pra mim também. Porque eu vi que eu posso cobrar. Atenção, carinho, é... Que nem eu falo pra ele assim, ó, é... Que eu peço muito pra ele, eu peço muito: me dá uma pista. Se tiver mal, fala pra mim, que eu sei o que eu vou fazer. Eu tenho como pedir socorro.* (Entrevista 3, Lia, P15L6 – P15L11).

Mário: *A gente batia um papo lá. E um dia ali, nessa reunião, nesse negócio aí, o Adriano falou assim: “Olha, eu abri uma janela pra mim. A minha cabeça abriu uma janela.” E até aí, veja bem, quando o Adriano começou... Ficou doente, que eu comecei a vim aqui, eu nunca achei que o Adriano tivesse qualquer problema comigo. Porque eu sempre fui amigo dos meus filhos, né?*

Pedro: *Tá.*

Mário: *E aqui um dia ele falou assim: “Ó, pai, agora abriu uma janela pra gente poder se comunicar e tal. Eu tinha dificuldade de lidar com o senhor...” Será que era por causa da doença? Não sei, né...(.)*

Pedro: *E como é que o senhor escutou isso que ele falou?*

Mário: *Pra nós foi, né... Você vai chorar depois que chega no carro, né?*

Pedro: *Aham. E aí depois...*

Mário: *E aí ele começou a mudar, o Adriano, quando aconteceu isso. Porque não tinha papo, não tinha conversa lá em casa, cê entendeu?! Não existia conversa lá. Aí ele começou a conversar, chegava em casa, batia papo, comentava as coisas daqui, cê entendeu, que ele não comentava nada.* (Entrevista 5, Mário, P7L14 – P8L9).

É curioso notar como este tema – a transformação das relações familiares – está associado ao contexto de uma atividade específica do programa de atendimento à família, qual seja, as chamadas reuniões familiares. Apenas para relembrar, estas reuniões caracterizam-se por sessões de terapia familiar das quais participam membros de uma mesma família, dois terapeutas que acompanham cada caso e, algumas vezes, uma equipe reflexiva. Deste modo, tal atividade se aproxima de uma perspectiva clínica dentro de uma instituição pública de saúde, o que abre espaço para algumas reflexões.

De acordo com Campos (2001), visões reducionistas do discurso sanitário promovido a partir da reforma do sistema de saúde brasileiro produziram uma infeliz separação da clínica com relação aos serviços substitutivos, como se ela necessariamente se opusesse à prevenção e produção da saúde. Defendendo que qualquer planejamento em saúde eficaz deve contar com uma interlocução clínica, esta autora advoga pela atribuição da responsabilidade à clínica ampliada de observar e cuidar tanto das necessidades epidemiológicas e sociais quanto das demandas dos indivíduos, entendendo que os problemas de saúde, ainda que localizados em grupos e comunidades, se “encarnam em doentes concretos” (p. 99). Esta reflexão é especialmente profícua quando associada ao presente tema, considerando que a autora sugere como diretriz para o resgate da clínica nestes contextos o trabalho com

famílias, uma vez que ele pode ser um aliado na manutenção e fortalecimento dos laços sociais dos usuários, imprescindível para o sucesso de qualquer tratamento em Saúde Mental.

Assim, pensando o contexto das reuniões familiares, esta perspectiva foi descrita pelos entrevistados como uma forma de participação que beneficiou a todos os familiares, promovendo não somente seu fortalecimento pessoal, como também a possibilidade de discussão de seus relacionamentos e um consequente fortalecimento de seus vínculos. Para isto, é importante ressaltar, que os profissionais do HD têm se dedicado à aprendizagem de alguns recursos teóricos e técnicos da terapia familiar que considera as contribuições construcionistas sociais para o campo (Andersen, 1999; Anderson, 1997; McNamee & Gergen, 1992) aproximando-as reflexivamente para seu contexto de trabalho. Contudo, uma ressalva deve ser feita: a clínica à qual Campos (2001) se refere não deve estar restrita a um contexto em específico, mas sim em uma lógica subjacente a toda a *práxis* no serviço. Assim, as reuniões familiares são oferecidas como mais uma modalidade de atendimento que, associada às demais, busca oferecer cuidado ao usuário e às famílias em seus diversos aspectos biopsicossociais.

3.1.2.4. Cuidado com o familiar em semi-internação. Participar do tratamento é visto como uma forma de se fazer presente em uma situação difícil para alguém querido. Entende-se a presença nas atividades do HD como uma forma de não abandonar e, pelo contrário, estar mais próximo e apoiando seu parente. Na prática, este cuidado se traduz em um sentimento de segurança para o paciente:

Pedro: *E ele... O João te conta, ou você imagina o que ele acha de você ter participado aqui?*

Lia: *Ah, ele acha legal. Ele se sente assim... Como que eu posso dizer? Ele se sente cuidado.* (Entrevista 3, Lia, P16L10 – P16L12).

Paulo: *Eu tenho a impressão que ele se sentia mais seguro sabendo que a gente tava participando aqui. Acho que é uma sensação do... “Eles tão aprendendo a fazer direito.”*

Pedro: *Aprendendo a fazer direito?*

Paulo: *É. Aprendendo a... Como é que eu diria? “Aprendendo a me ajudar de uma forma mais... mais eficiente. De uma forma melhor.” Pra quando ele precisar.* (Entrevista 7, Paulo, P13L19 – P13L23).

Entretanto, esta participação e cuidado são também descritos como uma responsabilidade que, às vezes, está para além do controle do familiar que assume este cuidado como sua função. Chama atenção, ainda, como geralmente uma única pessoa da família fica responsável pelo cuidado mais próximo do paciente.

Pedro: *E aí cê falou assim que é você que fica mais responsável por acompanhar ela de perto, assim...*

Sandra: *Tudo. Tudo, tudo sou eu.*

Pedro: *Tá. E aí, é... Sua mãe ficou sabendo que... ela podia vir também? Não quis vir? O que vocês acharam, como é que foi que...?*

Sandra: *Não, então, é... Todo mundo ficou sabendo que poderia vim assim, né? Mas, acho que a disponibilidade, assim, é mais minha mesmo, né? Eu é que interajo tudo assim. E eu que passava, né? Continuo passando pra família que... Que, de certa forma, ainda não entende. (Entrevista 2, Sandra, P8L7 – P8L9)*

Luísa: *Daí como eu fico mais com ela... Porque a minha irmã até fica, só que a minha irmã trabalha o dia inteiro, então como eu trabalho meio período, eu falei: “Então é mais fácil”, eu trabalho à tarde, “Então é mais fácil eu tá indo de manhã”. Então já... já vim por vontade própria mesmo. (Entrevista 4, Luísa, P4L18 – P4L20).*

Entender a participação nos termos do oferecimento de suporte a alguém querido explicita uma contradição comum a contextos em que familiares ou pessoas próximas se tornam cuidadoras. Se, por um lado, este cuidado é visto como um apoio e suporte necessário e oferecido com boa vontade e boa intenção, por outro, ele também é encarado como uma responsabilidade que pode causar sobrecarga devido à demanda de esforços que este cuidado coloca ao cotidiano destas pessoas. Conforme aponta Cavalheri (2010), “o tipo vivido familiar retrata pessoas que se sentem sobrecarregadas com as atribuições a elas impostas, pelo novo modelo de assistência, usurpadas do próprio eu, que passam a viver sentimentos complexos e controversos, e se sentem carentes quanto a informações, orientações e apoio do serviço” (p. 51).

Talvez neste ponto, seja importante pensar sobre o desencontro passível de acontecer entre o que se oferece nos serviços com o objetivo de oferecer suporte a estes familiares na tarefa do cuidado, de um lado, e a possibilidade de que isto se torne uma nova demanda que inadvertidamente acrescente mais sobrecarga ao cotidiano desta família. É preciso perceber, assim, que a possibilidade de participação da família no tratamento está também associada às várias outras tarefas exigidas pelo cotidiano destas pessoas, tais como seus empregos e suas ocupações, cuidados com sua própria saúde ou com outros relacionamentos para além daqueles com o paciente, por exemplo. Alerta-se, dessa forma, para que a oferta de assistência à família se caracterize como uma opção de apoio e suporte, e não como mais uma obrigação que acrescente à sua sobrecarga. Devemos nos afastar, assim, da ideia de que, porque oferecemos espaços de atenção à família, ela deve ocupá-los exatamente conforme nossas expectativas. Este lembrete serve para buscarmos nos afastar de uma lógica de

responsabilização que pode ocorrer entre a oferta de cuidado por parte do serviço e a posterior cobrança pelo mesmo (Pinho, Hernández & Kantorski, 2010).

3.1.2.5. *Cuidado mútuo entre as famílias.* Neste modo de participação da família no tratamento, os participantes descrevem seu contato com outras famílias diferentes como sendo mutuamente benéficos. Por um lado, a participação junto a outros familiares cria um sentimento de que não se está passando por aquela situação sozinho, afinal, outras famílias também enfrentam situações semelhantes ou até mesmo mais difíceis.

Anna: *Porque eu acho que é fundamental. Tem que vir. A gente tem que lembrar que tem gente solidária, que tem gente sofrendo tanto quanto ou mais do que a gente, mas que tá ali, e que tá abraç-... É-é-é... É muito gostoso essa troca. É... fortalece muito a gente.* (Entrevista 1, Anna, P34L26 – P34L28).

Rose: *E foi muito bom, assim... ouvir também o que as outras pessoas falavam. É... Os casos deles, que eu via que aquilo não tava acontecendo só comigo, né? Que havia também outras moças, outros rapazes que também tavam enfrentando a mesma situação. Aí eu aceitei mais, assim, esse trauma mental.* (Entrevista 6, Rose, P9L27 – P9L30).

Por outro lado, a própria participação é descrita como de potencial ajuda para outros familiares.

Mário: *E aquilo, cê via os problema dos outros, cê via o problema muito perto da gente. Então isso foi abrindo a cabeça da gente. E aí eu acho que me ajudou muito depois daqui também, e quando pessoal se reunia aí... E sempre que chegava gente nova, se não era casal – geralmente era um casal – era mãe e tio às vezes, então eles sempre passavam a bola pra gente. Eles falavam: “Olha, quem que quer começar a entrar?”* (Entrevista 5, Mário, P6L19 – P6L23).

Rose: *Eu comecei a fazer muito trabalho manual. Ensinei eles aí a fazer muita coisa, né? Participava das oficinas também. Ensinei a pintar, ensinei a fazer cerâmica, ensinei várias coisas, né, que eu sei, e que também me ensinaram um dia.*

Pedro: *Que legal!*

Rose: *Então, eu participei muito das oficinas aí com eles. Então eu acho que eles me viam de um lado... de ajudar também.* (Entrevista 6, Rose, P29L8 – P29L13).

Por fim, este tipo de contato cria uma aproximação entre diferentes famílias e, algumas vezes, promove uma ampliação da rede social e de apoio destas pessoas.

Pedro: *E durante esse processo, você conheceu outras famílias, do pessoal aqui... Chegou a interagir ou não muito?*

Sandra: *Sim! Sim! É... Assim, não assim, no íntimo, mas aqui, né? Das experiências do que eles vivem fora, né? Inclusive a Laura hoje, ela é... Conheceu uma paciente aqui, que agora não sai da casa da menina, né? Então, elas vão, dorme lá no final de semana... E vem, e a fam-... E a mãe dela, e a menina vem, dorme na minha casa. Então... Teve esse laço, né? Elas se conheceram aqui, e uma ajuda a outra.* (Entrevista 2, Sandra, P19L17 –P19L22).

Pedro: *Paulo, vocês estabeleceram relações aqui dentro? É... com outras pessoas?*

Paulo: *Sim! Muitas, às vezes no corre-corre, a gente sempre lembra, quando encontra aqui é muito legal, mas a única pessoa com quem a gente teve um contato fora daqui um pouco mais for com o Chico. O Chico tava... Ele tava voltando pra casa, né?*

Pedro: *Semana passada.*

Paulo: *Mas, enfim, nós afinizamos muito com a Dona Rosa. É o tipo de pessoas mais comum no nosso contato, não é?*

Pedro: *Aham.*

Paulo: *Aí a Anna ia fazer um peixe, falou: “Ah, eu to pensando em... Tem bastante peixe aqui. Eu to pensando em chamar alguém, não é? Eu to pensando em chamar a Dona Rosa.” Ligamos pra lá, gostaram da ideia, passamos lá, buscamos, passamos um domingo muito bom. (Entrevista 7, Paulo, P21L18 – P21L28).*

Este tema aponta novamente para como os efeitos positivos da participação da família no tratamento se tornam possíveis no cotidiano do serviço e podem ser discutidos nos termos dos fatores terapêuticos de universalidade e altruísmo, comuns em processos grupais (Yalom & Leszcz, 2005). Para o caso das narrativas em que se descreve a sensação de ser ajudado pelo contato com outros familiares, a universalidade como fator terapêutico aparece com o alívio de perceber que a dificuldade de sua situação também acontece de forma semelhante na vida de outras pessoas. Para os autores – e também para os entrevistados – o simples fato de notar que não se está isolado em uma questão é benéfico. Para o caso inverso, ou seja, a ideia de que sua participação também ajuda outros familiares, o altruísmo como fator terapêutico atua de forma que a experiência de se sentir útil para os outros se torna gratificante ao levar a atenção dos pacientes para além de seus próprios problemas e causar uma sensação de bem-estar. Rosa (2005) aponta para o potencial do contato entre os familiares, ao mostrar a possibilidade de diferentes formas de conviver com o paciente. “Se, por um lado, os familiares cuidadores podem ser homogeneizados em sua condição de vida e na forma como enfrentam os desafios cotidianos, por outro lado há muita riqueza nos encontros” (p. 212).

Além disso, em alguns casos, os relacionamentos iniciados entre familiares no HD são ampliados também para contextos cotidianos dos participantes fora do serviço de Saúde Mental. Isto pode ser discutido como a ampliação da rede social destas famílias, entendidas aqui, de acordo com Sluzki (1997), como o conjunto das relações que uma pessoa entende como significativas para si mesma e com quem interage com alguma regularidade. Para o autor, existe uma influência mútua entre rede social e saúde, uma vez que a inserção de uma pessoa em uma boa rede social favorece a possibilidade de acesso a ajuda e recursos diversos – apoio emocional ou procura por serviços de saúde, por exemplo. Em análise da literatura acerca do conceito de rede social, Pinheiro e Guanaes (2011) apontam um crescente entendimento sobre sua potencialidade para a ampliação e promoção de saúde de uma forma

que valorize mais proximamente os contextos de vida nos quais as pessoas ativamente participam da construção de cuidado inseridas em redes de relacionamentos. No caso dos participantes da presente pesquisa, a transposição de relacionamentos iniciados dentro do serviço para outros contextos pode ser encarada como um fortalecimento de sua rede social e, portanto, uma forma de colaborar para a manutenção da saúde destas pessoas que, muitas vezes, não têm muito apoio na vida cotidiana.

3.1.3. Famílias em desenvolvimento

E quanto à vida atualmente? O que se transforma a partir do tratamento no HD? Que desafios estes familiares entendem que ainda devem enfrentar? Que perspectivas imaginam para a vida daqui em diante? O terceiro grande tema das entrevistas trata destes assuntos, geralmente produzindo comparações entre a vida atual dos familiares e aquela anterior à sua passagem pelo HD, em narrativas que interligam estes momentos de forma a construí-los como uma sequência causal que legitima a participação destes familiares no tratamento como algo positivo, justificado não apenas por seu período participando no HD, mas pelas transformações que o mesmo favoreceu para a vida destas pessoas. Estas histórias apresentam famílias em desenvolvimento – marcadas e transformadas por suas experiências com a doença mental, em um processo do qual estão conscientes que continua a acontecer. Estas informações estão organizadas na Tabela 7.

Tabela 7 – Famílias em desenvolvimento

Recorte temporal	Temas	Manifestação do tema no cotidiano
Famílias em desenvolvimento.	As mudanças atribuídas à participação HD.	Melhora do paciente. Cura do paciente. Tranquilidade na vida em casa. Melhora no relacionamento entre os familiares.
	Os desafios da vida pós-alta.	Transposição do aprendizado no HD para a vida cotidiana. Conviver com o que não mudou. Transformação da sociedade e das práticas de cuidado.
	As perspectivas imaginadas.	Continuidade da melhora. Novas dificuldades, enfrentamentos diferentes.

3.1.3.1. *As mudanças atribuídas à passagem no HD.* Para todos os participantes, a principal mudança atribuída à passagem da família pelo HD se refere à melhora do paciente. Um dos entrevistados, Mário, diz que seu filho está curado, uma vez que já parou de tomar seus medicamentos há mais de um ano e está perfeitamente saudável.

Pedro: *Tá. E o que – desculpa te interromper – e o que é que hoje você imagina que ele tem?*

Mário: *Hoje ele não tem nada.*

Pedro: *Hoje em dia não tem nada?*

Mário: *Nada. Nada.* (Entrevista 5, Mário, P2L27 – P2L30).

Entretanto, os demais reconhecem a permanência da doença, mas estão satisfeitos com os progressos obtidos e novas formas de se relacionar.

Anna: *Mas, em casa, a gente... os nossos grupos, a gente falava: “Gente, é impressionante a mudança que a gente tá vendo no Carlos.” Pra ele isso era imperceptível. Eu falei: “Nós tamo voltando a ter nosso filho de volta.” Porque desde lá de três anos atrás, a gente num teve mais o Carlos com a gente. Agora ele senta, ele conversa, ele dá risada, sabe? Ele fala: “Vamos ver um filme?”* (Entrevista 1, Anna, P25L28 – P26L1).

Lúcia: *Então, eu to assim, olha. Ah... O que nós estamos vivendo, já há muitos anos não vivíamos isso. Nós tamos dormindo. Nós tamos vendo TV junto. O Rock in Rio? Eu e ele assistimos! Eu ficava com ele, o pai... E não é que eu gostava de alguns... que apresentaram. Eu me lembro que fizeram uma homenagem ao Renato Russo e nós dois nos emocionamos. Ele vê filme com a gente agora. Isso há muito tempo não acontecia. Então... Eu acho que já ganhamos muito com essa conscientização dele.* (Entrevista 9, Lúcia, P15L2 – P15L7).

Além disso, a tranquilidade na vida em casa é citada como uma mudança importante atribuída ao HD, bem como a melhora no relacionamento entre os familiares, que se transformam em qualidade, promovendo uma aproximação entre as pessoas, possibilidades de intimidade, parceria ou, simplesmente, de compartilhar simples atividades cotidianas.

Anna: *Então, ele se voltou pro pai dele com um amor, com um carinho... Aí o pai dele se aproximou dele de uma tal forma que me emociona ver. Hoje em dia, o Paulo chega cansado, depois de um dia de trabalho... E ainda vão pra academia, porque ele tá fazendo o Carlos ir pra academia junto com ele, volta, janta e, antes de tomar banho – porque eles deixam pra tomar banho só na hora de dormir – sentar pra estudar Matemática. E o Paulo com toda a paciência, de vez em quando eles dão risada.* (Entrevista 1, Anna, P27L12 – P27L17).

Amanda: *Mas aí depois dessa doença dela, a gente se aproximou bem mais, entendeu? Somos mais amigas. Eu acho que ela hoje já me compreende mais. Porque mãe é aquela alta proteção. Uma mãe nunca acha que um filho é adulto, a mãe sempre acha que é uma criança que depende da gente, né? Então, hoje ela entende um pouco mais. Mas a gente hoje se dá bem melhor.*

Pedro: *Então vocês acabaram, com uma dificuldade grande, conseguiram construir uma coisa legal.*

Amanda: *É. Hoje é. Com certeza.*

Pedro: *Ah... E...*

Amanda: *Tudo através das reuniões aqui.* (Entrevista 8, Amanda, P11L26 – P12L6).

Especificamente pesando a estrutura narrativa de sucesso comum às entrevistas, este tema se destaca como contraste aos temas do recorte temporal “*Famílias em sofrimento*”, e funcionam na interação para explicitar como algumas das problemáticas anteriormente vividas pelos familiares ganharam novos contornos em sua vida cotidiana a partir de sua inserção no HD junto aos familiares. Inegavelmente, a melhora do familiar que estivera em internação é o principal ganho atribuído à esta passagem. Isto é coerente, se entendermos que quem está em tratamento é aquela pessoa, paciente, e não a família e, portanto, sua melhora deve mesmo ser um foco importante. Ao mesmo tempo, os familiares fazem parte deste processo de duas formas. Primeiro, sua participação no tratamento – colocados como parceiros – ajuda para que este resultado de melhora do paciente seja alcançado, como já descrito no tema “*cuidado com o familiar em semi-internação*”. Segundo, e tão importante quanto, a presença destes familiares no serviço, tomada como contexto de apoio e cuidado, proporciona espaços e resultados descritos por estes familiares como tendo beneficiado também a eles mesmos, com relação às suas próprias questões.

3.1.3.2. *Os desafios da vida pós-alta.* A vida após a alta está melhor, mas apresenta desafios. Dentre eles, conviver com o que não mudou é o mais citado.

Anna: *A família mais nuclear ali precisa estar fortalecida. Porque as crises acontecem. A gente sabe que não é porque saiu daqui e tá bem agora que ele vai viver lindamente assim a vida toda. A gente sabe que não é assim. Mesmo com a medicação, vai ter momento que pode ser que ele se choque com alguma coisa, que desencadeie lá as coisas dentro dele. Sei lá. Brigar com uma namorada, uh... Perder um emprego ou querer muito um emprego e não conseguir. Sei lá! Qualquer coisa.*

Pedro: *Unhum.*

Anna: *Então a gente sabe que as coisas podem acontecer. E a gente tem que ficar atento. Então quando ele começa a rir demais, dançar muito, ele com aquelas banha tudo balançando lá, eu falo: “Opa, opa, opa! Segura aí, hein, Carlos?! Tá alegre? Ótimo. Também tô. Mas não vamos passar daí não, hein.” (Entrevista 1, Anna, P41L1 –P41L9)*

Amanda: *Mas de tudo o que eu vi, presenciei, graças a Deus, né, hoje ela tá ótima. Ela tem crises. Ontem mesmo ela teve uma crisezinha ontem, se machucou um pouco. Mas aí é o que o Dr. [Nome do médico] falou: “Não precisa se preocupar, porque mesmo ela no tratamento, ela fazendo tratamento, ela tando melhor, ela vai ter alguns momentos que ela vai ter crise. Ela vai sentir necessidade de se machucar.” (Entrevista 8, Amanda, P2L17 – P2L20)*

Sandra e Rose citam o desafio de transpor o que aprenderam no HD para a vida cotidiana, ou seja, há momentos em que elas sentem falta de sua presença mais próxima ao HD como direcionamento para a continuidade do cuidado com seus familiares.

Sandra: *Então hoje eu fico meio que perdida, porque... Agora num tá vindo, né? Não venho mais aqui, então acontece as coisa lá, eu fico meio perdida assim, né? Pra onde eu vou, como eu devo seguir, né?*

Pedro: *Entendi.*

Sandra: *Quer dizer, a gente passa, é... É um vício isso aqui, né?*

Pedro [rindo]: *Ah, é um vício?*

Sandra: *A gente passa a... né? Porque a gente acredita, né, nisso aqui. Então a gente passa a ter isso aqui como referência pra tudo assim. Como a gente deve se direcionar. Porque é difícil.* (Entrevista 2, Sandra, P4L28 – P5L5)

E Lúcia refere-se a uma preocupação com a transformação social e das práticas de cuidado em saúde, entendendo que é preciso um maior investimento de recursos para que as famílias lidando com o sofrimento mental sejam atendidas de maneira satisfatória.

Lúcia: *O serviço aqui, eu não conhecia. Hoje... Eu faço parte uma associação também, a [Nome da Associação]. Então... Olha só minha pretensão! O serviço... [Cidade] é tão carente, e eu to querendo mais Hospitais-Dia! (...) Bom, o meu filho provou o seguinte: se a psiquiatria usar todo o recurso que ela pode usar, é possível sim.* (Entrevista 9, Lúcia, P15L7 – P15L17).

A respeito do desafio de transpor para a vida cotidiana os aprendizados do HD, o comentário de Gergen e Warhuus (2001) sobre a noção de mudança terapêutica se aplica. Para estes autores, entender que determinados sentidos e possibilidades de mudança são realizações relacionais situadas no contexto de interações específicas coloca em questionamento a suposição de que estas mudanças serão automaticamente transpostas para outros contextos relacionais. Assim, esta deve ser uma preocupação levada à sério diante de contextos de cuidado em Saúde Mental. Pensando no serviço do HD, a participação da família no tratamento pode ser um primeiro passo para cuidar desta questão, uma vez que a ampliação do tratamento individual oferecido para os usuários em direção à sua família possibilita a participação desta última na construção de soluções e estratégias conjuntas para o convívio cotidiano com a doença, bem como a legitimação em uma rede de relacionamentos de determinados processos terapêuticos que, dessa forma, poderão transpor os muros da instituição. Como passo além, considerando o contexto do cuidado em Saúde Mental no Brasil atualmente, o trabalho nas comunidades, para além dos muros das instituições, parece uma estratégia especialmente convidativa, já que ele tanto amplia a rede de relações na qual os sentidos de mudança se tornam possíveis, quanto desloca o contexto no qual estes sentidos se tornam possíveis de dentro da instituição para mais perto da vida diária das famílias.

Inserese também neste contexto a necessidade de conviver com o que não mudou. Assim, é preciso entender que a disponibilidade dos serviços não deve finalizar com a alta, mas que,

conforme Campos (2001) aponta, deve haver um investimento importante na qualidade dos vínculos estabelecidos entre as instituições e usuários para que o acompanhamento em diversos momentos e fases se torne possível. Além disso, entendendo-se que o adoecimento e seu cuidado cotidiano colocam questões que permanecerão para além da participação da família na instituição, o fortalecimento da rede social destas pessoas e o desenvolvimento de estratégias pessoais, relacionais e sociais para lidar com estas situações parece um caminho a ser perseguido.

Para estas duas dimensões – sobre aquilo que se transforma e sobre aquilo que permanece – o apontamento de Lúcia é especialmente relevante, ao constatar que não há razão pela qual ela, familiar, deva enfrentar sozinha todas as complexas questões que lhe foram colocadas diante do adoecimento de seu filho. Assim, inserir-se em uma luta pela transformação da sociedade e das práticas de cuidado é uma forma importante de estar em uma rede de relações que legitimem seu sofrimento e necessidades individuais, por um lado e, por outro – tão importante quanto, mas muitas vezes negligenciado – articulando-se para exigir direitos que constitucionalmente lhes são garantidos, mas aos quais o acesso, como já visto, é frequentemente difícil e ineficiente.

3.1.3.3. *As perspectivas imaginadas.* Como famílias que continuam em desenvolvimento, os entrevistados relataram dois tipos de perspectivas imaginadas para seu futuro. Eles desejam a continuidade da melhora de seu parente adoecido e das conquistas da vida familiar.

Paulo: *Eu... se tivesse em algum momento opção de escolha, eu não pensaria de forma nenhuma duas vezes em trazer... Já tá escolhido.*

Pedro: *Seria aqui pro HD?*

Paulo: *Com certeza absoluta.*

Pedro: *Tá bom.*

Paulo: *Em caso de necessidade. Esperamos que não, porque a gente sabe que, infelizmente essa... esses altos e baixos do Carlos provavelmente vão incluir outras internações.* (Entrevista 7, Paulo, P8L28 – P9L4).

Entretanto, antecipam que novas dificuldades poderão acontecer, mas ressalvam que agora estas dificuldades serão enfrentadas de maneiras diferentes, com novos recursos.

Lúcia: *Claro, ele tem a doença, ele tem algumas esquisitices ainda. Mas isso nós tiramos de letra.*

Pedro: *Aham.*

Lúcia: *Porque eu vou ser uma cuidadora sempre. O Leandro tem esquizofrenia. Eu espero que nunca fique tão grave como ficou das outras vezes, porque agora ele tá mais consciente. Mas... Vamos curtir o que a gente pode curtir agora com ele.* (Entrevista 9, Lúcia, P19L6 – P19L10).

Este tema está intimamente relacionado aos dois anteriores e, portanto, levanta questões bem parecidas que apenas retomarei brevemente. A expectativa de continuidade, tanto da melhora, quanto de desafios cotidianos, mostra como a passagem destes familiares pelo HD de alguma forma contribuiu para sua vida de forma significativa ao ponto de acreditarem que, ainda que com a possibilidade de novas crises, as piores turbulências foram deixadas para trás. Especificamente, o desenvolvimento de recursos nas famílias para lidar com as situações advindas da convivência com a doença lhes leva a crer que novos sofrimentos poderão ser mais rapidamente solucionados, uma vez que já têm para onde recorrer e sabem mais ou menos o que fazer.

Por outro lado, é preciso considerar também a responsabilidade da rede de assistência em saúde. Para além das dificuldades já citadas de transpor o aprendizado do HD para suas vidas rotineiras, ocorre também que os contextos cotidianos destas pessoas, em grande medida, não se transformam pela participação pontual em um único serviço. Assim, a lógica de organização dos serviços – limitada por fatores como sobrecarga dos profissionais, por exemplo – impede trabalhos sistemáticos das equipes de saúde na comunidade, no espaço doméstico e nas relações dos pacientes e familiares (Rosa, 2005). Além disso, é possível também pensar na falta de articulação da rede e no fato de que a assistência à saúde mental em diversos níveis de atenção – sobretudo no Programa de Saúde da Família – ainda são problemas presentes na realidade do cuidado, o que, ainda que em espaços diferentes, promove a perpetuação de uma lógica de cuidado fragmentada e ainda centrada na instituição (Brêda & Augusto, 2001).

Dirigir-se a estas questões pode ser uma forma de contribuir para a superação, ao mesmo tempo, tanto das dificuldades e desafios da vida pós-alta citadas pelos familiares, quanto da lógica de cuidado pautada pelo cuidado centralizado na instituição e no saber especializado. Para o caso específico do HD, existem dois recursos que, se bem explorados, parecem profícuos para estes fins. O primeiro deles trata das visitas domiciliares que, apesar de oficialmente descritas como parte do Programa de Atendimento à Família, não foram referidas explicitamente nas entrevistas como uma forma de participação dos familiares no tratamento. Por esta razão, não é possível fazer inferências sobre sua função e funcionamento, mas considerando a necessidade de articular a atenção à saúde mental para além da instituição, parece possível confiar no benefício destas visitas como forma de aproximação do cuidado aos contextos das vidas cotidianas das pessoas em atendimento. O

segundo recurso trata do Grupo Comunitário³ que, ao contrário das visitas domiciliares, apesar de não ser descrito como parte do programa, é frequentemente citado pelos familiares como uma forma importante de cuidado, que promove sua aproximação ao serviço, aos profissionais de saúde e a outros familiares, sobretudo por ocorrer em locais extra-institucionais.

Para finalizar este momento da análise, entendo que de famílias que sofrem a famílias que se desenvolvem continuamente, a trajetória dos familiares entrevistados não se esgota nesta única narrativa. Contudo, ela chama atenção para semelhanças entre as histórias narradas sobre o serviço e sobre a vida cotidiana destas pessoas. Conhecer estas histórias nos ajuda a compreender, por um lado, as necessidades das famílias lidando com o sofrimento mental e, por outro, porque vias se constroem as relações de cuidado nos serviços de saúde. Por outro lado, é preciso tanto nos lembrar que esta análise não esgota a riqueza das histórias produzidas, quanto que estas histórias são produtos específicos marcados pelos contextos interacionais nos quais se produzem. Buscando cuidar destas características, e considerando a ideia de Shotter e Katz (1996) de que o conhecimento prático também se produz a partir de nossos próprios desconfortos e inquietações, sobre o que é mais marcante em um processo vivido, exploro a seguir minha versão de um episódio marcante vivido no contexto dessa pesquisa. Na descrição deste episódio – a entrevista com Rose, mãe de uma ex-paciente do HD – considero sua contextualização e analiso sequencialmente o processo de comunicação por meio do qual construímos relacionalmente histórias a respeito do período de participação de Rose no tratamento no HD. Com esta análise, será possível perceber como, ao mesmo tempo em que Rose e eu conversámos sobre sua participação no tratamento, também produzámos a possibilidade de sua participação efetiva em uma conversa de exploração de possibilidades explicativas acerca de sua própria história. A passagem para esta análise vai de um nível apresentado na análise temática anterior pautada pelas regularidades das experiências narradas pelos pacientes, para um nível mais específico, que analisa com profundidade como, em um processo conversacional de produção de sentidos, determinadas narrativas sobre sofrimento, tratamento e desenvolvimento da família se tornaram possíveis.

³ Trata-se de um Grupo Comunitário de Saúde Mental que ocorre mensalmente aberto à comunidade e promove um exercício de atenção à vida cotidiana e possibilidade de compartilhar experiências, em um contexto fora do hospital.

3.2. A história de Rose e minha história com Rose: sobre “o que se faz” com o que se fala

Antes de apresentar uma análise do meu episódio com Rose, esclareço como qualquer análise episódica, no contexto da CMM, deve ser entendida:

Qualquer momento em nossos mundos sociais podem ser vistos como parte de numerosos episódios baseado no que sabemos e no que escolhemos focalizar. O nome técnico para isto é polissemia, ou literalmente, muitos sentidos. Não é que uma definição seja certa e a outra errada, mas que tudo tem múltiplos sentidos dependendo do que temos em vista. (Pearce, 2007, p. 135)

Assim, a seleção de uma entrevista como um episódio é um recorte analítico em torno do qual se torna possível analisar incontáveis sentidos. Mais uma vez, dentre estes sentidos, a narrativa a seguir é *uma de minhas próprias versões sobre o episódio com Rose*, produzida de acordo com os critérios já explicitados na seção de método deste trabalho.

A primeira vez em que eu ouvi sobre Rose foi quando estava olhando minha lista, feita pela assistente social no HD, com os nomes de pessoas que eu poderia contatar para entrevistar para esta pesquisa. O psicólogo do HD estava me ajudando a fazer contato com os familiares desta lista, não apenas porque ele conhecera a todos durante o período em que frequentaram o programa, mas por também ter bons relacionamentos com eles. Eu me lembro que ele me disse que deveríamos ligar para Rose porque ela era uma mulher muito simpática que poderia me contar uma história interessante sobre sua participação no tratamento de sua filha. Rose era mãe de Clara, uma garota de vinte e quatro anos e cujo diagnóstico eu ainda não tinha certeza, mesmo procurando nos arquivos do HD com a ajuda do psicólogo. Ao que parece, a equipe trabalhou com a noção de três diagnósticos para Clara durante sua internação, sem ter de fato fechado completamente seu diagnóstico, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (American Psychiatric Association, 2000): Síndrome de Despersonalização-Desrealização; Transtorno Depressivo Recorrente; e Transtorno Não Específico de Personalidade. O psicólogo do serviço ligou para Rose explicando sobre a pesquisa e perguntando se ela poderia conversar comigo. Eu peguei o telefone, me apresentei e expliquei a ela quem eu era e porquê gostaria de conversar. Quando Rose me respondeu, me dei conta de que ela tinha um tipo muito específico de sotaque: o sotaque mais forte que alguém poderia ter se tivesse nascido na mesma região onde eu nasci. Geralmente, este sotaque é associado a pequenas cidades, a fazendas e à vida rural. Mais tarde, fiquei sabendo que Rose nasceu na mesma cidade onde fizemos nossa entrevista, no interior de São Paulo – a mais ou menos 300km de distância de onde eu nasci – mas que ela e

seu marido tinham uma fazenda muito próxima à minha cidade natal. Seu sotaque prendeu metade da minha atenção enquanto a outra metade estava concentrada em meu prazer de ouvir Rose dizer que sim, ela poderia vir conversar comigo ao fim daquela semana. Rose foi a sexta pessoa que entrevistei para esta pesquisa.

Quando ela chegou, eu ainda estava tentando encontrar uma sala disponível para conversarmos no HD. Eu me desculpei pelo inconveniente e ela respondeu que estava tudo bem, com uma risadinha curta muito característica, repetida durante toda a nossa conversa. Eu finalmente arranjei uma sala, organizei-a e convidei Rose para entrar. Apenas então eu realmente prestei atenção à mulher à minha frente. Ela era muito baixa. Seu cabelo era escuro, com algumas sombras cinzas, todo organizado em um coque. Ela vestia uma blusa azul florida e uma saia longa. Seu rosto me parecia amigável, mesmo que alguma coisa em sua imagem me dissesse que sua vida devia ter sido difícil. Mais tarde eu soube que ela tinha cinquenta e quatro anos, ainda que eu tivesse pensado que ela pudesse ser dez anos mais velha do que isto. Talvez por esta razão – e informado pela *força lógica* de um regionalismo que eu aprendi onde nasci – eu automaticamente a chamei de “Dona Rose” quando começamos a conversar. Algumas vezes, ela me chamou de “Doutor”. Esta é uma forma comum de as pessoas se referirem àqueles que encaram como “especialistas”. Ainda que eu não me sentisse completamente confortável com isto – porque eu realmente não sou Doutor – eu deixei que ela me chamasse do que quisesse. Nós lemos os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido juntos e ela os assinou para mim. Eu perguntei a ela se estava tudo bem que eu ligasse o gravador e ela disse que sim. Para fins de pontuação, foi assim que o episódio começou:

(1) Pedro: *Aí, Dona Rose, a ideia minha é assim, ó: eu quero entender um pouquinho como é que foi a sua história dentro aqui do serviço do Hospital-Dia. Então acho que por onde a senhora quiser começar a me contar, tem umas coisas que eu quero saber mais, aí eu vou... vou perguntando, mas eu acho que a gente sai da sua... da sua história. Como é que você chegou aqui, como é que começou tudo isso... Como é que foi?*

(2) Rose: *Olha, na verdade, é... A gente não veio direto pra cá, né? Minha filha, ela foi atendida na urgência da [Nome da Rua]. E lá ela ficou, assim, por uns vinte dias internada, porque, do nada assim deu um surto psicótico nela. Na verdade, nem eu nem ninguém lá em casa sabia que que era um surto psicótico [pequena risada]. Depois os médicos foram, é... explicar pra gente que que era, né? Aí depois eles arrumaram vaga pra ela aqui no campus, e de lá ela foi transferida pra cá. Aqui ela ficou uns cinco meses internada.*

(3) Pedro: *Aqui no Hospital-Dia?*

(4) Rose: *É. Não. Lá no campus. Lá no...*

(5) Pedro: *No HC?*

(6) Rose: *É, no HC.*

(7) Pedro: *Lá na UE [Unidade de Emergência]?*

(8) Rose: *Não, na UE é na [Nome da Rua].*

(9) Pedro: *Ah tá.*

(10) Rose: *Aqui é o campus. O HC mesmo.*

(11) Pedro: *Tá.* (Entrevista 6, Rose, P1L7 – P1L21).⁴

Como podemos fazer sentido deste primeiro fragmento de interação? O que Rose e eu estávamos fazendo ao conversarmos um com o outro? Utilizando a CMM como recurso heurístico, se queremos entender os sentidos nesta situação, temos que transitar entre diferentes níveis de contextualização nos quais a interação estava acontecendo. A descrição de minhas primeiras interações com Rose, mesmo antes do começo deste episódio, aponta para um importante nível de contexto a ser considerado nesta análise. Rose e eu compartilhamos do mesmo tipo de sotaque, o que nos informava que nossa bagagem cultural é de alguma forma semelhante. Provavelmente, nós nascemos na mesma região e, portanto, compartilhamos de pelo menos alguns padrões culturais. Este pode ser considerado um nível de contextualização.

Mas há outros. Rose e eu estávamos conversando no contexto de um hospital. Eu fui apresentado a ela como um pesquisador interessado em conversar sobre sua experiência em um serviço de Saúde Mental. Nós marcamos esta entrevista e lemos juntos um Termo de Consentimento. Havia um gravador ligado. Tudo isto nos informava que estávamos participando de um episódio muito específico: uma entrevista de pesquisa. O episódio é outro nível de contextualização. Àquele ponto, havia também a contextualização de um relacionamento sendo iniciado. Lembremo-nos que Rose me chamou de “Doutor”. Isto mostra que, naquele momento, eu era visto por ela tanto como um pesquisador quanto como um membro da equipe do HD. Este relacionamento também pode ser encarado como outro nível de contextualização. Qual destes três níveis é o mais alto (isto é, qual deles está informando todos os outros)? Devido ao fato de toda a interação haver começado pelo propósito do episódio no qual Rose e eu estávamos nos engajando, podemos imaginar que este é o nível de contexto mais alto naquele momento específico da interação. Uma vez que o padrão cultural parecia criar uma sensação de que “nós viemos do mesmo lugar” desde o começo do episódio e, uma vez que o relacionamento de pesquisa estava apenas começando, é mais provável que aquele seja um nível de contextualização mais alto do que este. Assim, podemos visualizar este momento da interação da seguinte forma.

⁴ Para análise da comunicação baseada na CMM, acrescentei aos trechos selecionados a numeração sequencial dos movimentos, conforme o padrão utilizado por Pearce (2007).

Figura 3 – Níveis de contextualização e a realização do ato de fala de *convite* para conversar sobre a história de Rose.

Como a Figura 3 mostra, na sequência de interação composta pelos movimentos (1) a (3) no trecho selecionado acima, Rose e eu estávamos interagindo sob três diferentes níveis de contextualização e nós realizamos conjuntamente e com sucesso o ato de fala de *convite* para conversar sobre a história de Rose. Foi assim que o episódio começou. Nos movimentos seguintes nesta interação (movimentos (4) até (11)) nós seguimos com um padrão de interação típico de uma entrevista: quando eu perguntava sobre algo que Rose havia acabado de dizer e quando ela respondia a isto, várias vezes em sequência, nós estávamos performando juntos o ato de fala de *clarificar* alguma informação que poderia ter sido mal entendida. Aqui, os níveis de contextualização eram ainda os mesmos e tanto os nossos atos quanto o sentido que eles ganhavam eram informados pelos contextos nos quais eles aconteciam. Pearce (2007) chama a isto de força contextual.

Como o conceito de atos de fala destaca, quando duas pessoas conversam, elas estão, ao mesmo tempo, falando e fazendo coisas. O parágrafo anterior explicitou a maneira como, a partir da construção e organização de níveis contextuais, cada movimento feito na interação se entrelaça ao próximo produzindo como efeito a continuidade de uma entrevista na qual *clarificávamos* juntos as informações trazidas por Rose para aquela entrevista. Entretanto, essas *clarificações* eram produzidas por meio da outra dimensão dos movimentos em interação: o conteúdo sobre o qual se fala. Seguindo o padrão da análise temática realizada para todas as entrevistas desta pesquisa, os temas da entrevista com Rose estão organizados na Tabela 8, mostrada a seguir.

Tabela 8 – Análise temática da entrevista com Rose.

Recortes temporais	Temas	Manifestações do tema no cotidiano	Rose
Famílias em sofrimento.	O surgimento da doença e suas consequências na vida familiar.	Agressões físicas e verbais.	Clara tentava agredir as pessoas, às vezes. Rose conseguiu uma interdição judicial para que a filha não fosse responsabilizada por esse tipo de conduta.
		Preocupação constante.	Clara quebrava coisas em casa e gritava. Não podem jamais deixar a Clara sozinha (medo de ela tentar suicídio novamente).
		Tentativas de suicídio do paciente.	Clara não confia em mais ninguém. Sempre precisa de Rose por perto. Três vezes. Tentou se jogar na frente de carros na rodovia; tomou uma caixa inteira de Clonazepan.
		Prejuízos ao trabalho/emprego.	-
		Culpabilização da família.	-
		Problemáticas sociais.	-
		Sentimento de desamparo (estar perdido; não saber o que fazer).	Rose não entende como é possível uma pessoa estar bem e, de repente, surtar assim. É confuso para ela essa situação.
		Adoecimento dos familiares.	“Caiu uma bomba nas nossas vidas”. O marido de Rose não se recuperou ainda. Está alcoolista.
		Desentendimentos na família.	Clara e o pai não se entendem desde o surto.
		Preconceito.	A vizinhança chama Clara de louca. A família, de forma geral, se afastou. Ninguém quer proximidade. Sugeriram internar Clara e abandoná-la no sistema.
	As passagens por serviços de saúde.	“Peregrinação” pelos serviços de saúde. Dificuldades de acesso aos serviços.	UE; HC; HD. Rose reclama da dificuldade do acesso.

		A chegada ao HD.		Diz que, da mesma forma como se presta socorro a um acidente físico, deveria acontecer com a doença mental. Depois de cinco meses de internação no HC, com a Clara mais equilibrada, encaminham para o HD.
Famílias em tratamento.	O cuidado à família.	Acolhimento.	-	
		Espaço para reflexão sobre si e fortalecimento pessoal.	-	
		Sentimento de segurança: trabalho feito por profissionais qualificados.	-	
	O aprendizado sobre a doença mental.	Diagnóstico e/ou aceitação da existência da doença.		Rose não sabia que existiam doenças mentais. Ficou conhecendo sobre isso no HD.
		Informações sobre a doença.		Uma vez sabendo que a mente adoecia, participar do tratamento foi uma forma de entender mais como isso acontecia.
		Informações sobre como lidar com situações advindas da doença.		Entender que a doença existe, ajuda a pensar em como proceder. Por exemplo, tem pessoas que não entendem e, portanto, maltratam o doente.
	A transformação das relações familiares.	Espaço de diálogo sobre questões familiares.	-	
	O cuidado com o familiar em semi-internação.	Sentimento de segurança e cuidado para o paciente.		Participar é não abandonar. É estar presente, a despeito de sugestões da família de que internasse a Clara e abandonasse.
				Para Clara, Rose foi a única pessoa que ficou ao seu lado.

		Participação como responsabilidade.	Isso proporcionou uma qualidade importante de vínculo, que ajuda nas ações pós-alta. -
	A ajuda mútua entre as famílias.	Sentimento de não ser o único a passar pela experiência da doença mental. Própria experiência ajuda aos outros. Ampliação da rede social.	Ouvir que os outros também passavam por isso contribuiu para a aceitação desse “trauma mental”. Rose gosta de ajudar ao próximo. Contribuía muito nas oficinas, ensinando artesanato. -
Famílias em desenvolvimento.	As mudanças atribuídas à participação HD.	Melhora do paciente. Cura do paciente. Tranquilidade na vida em casa. Melhora no relacionamento entre os familiares.	Hoje em dia Clara está mais equilibrada. - - -
	Os desafios da vida pós-alta.	Transposição do aprendizado no HD para a vida cotidiana. Conviver com o que não mudou. Transformação da sociedade e das práticas de cuidado.	Ao sair do HD, Clara começou a ser agressiva. Com o que aprendeu no tratamento, Rose tem conseguido contornar esse tipo de situação. Rose e sua família continuam ainda sem entender exatamente como é essa doença, como é possível esse tipo de coisa. -
	As perspectivas imaginadas.	Continuidade da melhora. Novas dificuldades, enfrentamentos diferentes.	- -

Retomemos o trecho com o qual o episódio teve início, agora relacionado à Tabela 8. A performance de *clarificação* se torna possível ao Rose e eu conversarmos sobre o tema “famílias em sofrimento”, destacando como a doença mental de Clara – um surto psicótico desconhecido para Rose – afetou a vida de toda a família, começando por uma peregrinação por diversos serviços de saúde. É importante notar como essas duas coisas acontecem ao mesmo tempo e inseparavelmente: ao falar sobre esta peregrinação, performamos *clarificação*; performando *clarificação*, falar sobre a peregrinação se tornava possível.

Conforme a conversa continuava, pareceu haver um padrão bem coordenado de interação caracterizado por um revezamento entre os atos de fala de *clarificação*, *reafirmação* e *entendimento*. Estes atos de fala foram continuamente performados por meio da coordenação de nossas ações, que acontecia da mesma maneira como os atos de fala de *clarificação* descritos nos movimentos (4) até (11) no primeiro trecho. O próximo trecho também exemplifica isto.

(1) Rose: *E sofremos preconceito da família, que se afastou todo mundo de nós.*

(2) Pedro: *O-o-a... Quem?*

(3) Rose: *A família. A família mais do lado do meu marido.*

(4) Pedro: *Se afastaram de vocês?*

(5) Rose: *É. Se afastou muito. A minha própria família também [pequena risada], que se afastou todo mundo. Porque o senhor sabe que o ser humano é assim: quando a gente tá numa boa, a gente tem muitos amigos. Quando a gente tá numa crise, numa pior, na saúde, numa crise... As pessoas têm tendência de se afastar da gente. Né? Infelizmente o ser humano hoje em dia é assim, né?*

(6) Pedro: *Nessa hora a gente vê quem... fica mais perto... e quem não vai ficar muito?*

(7) Rose: *É. Na verdade, quem ficou do meu lado assim é só uma irmã minha que mora em São Paulo, e de vez em quando a gente vai lá, né?*

(8) Pedro: *Então teve alguém que tá ajudando?*

(9) Rose: *É. Minha irmã [inaudível] um pouco. (Entrevista 6, Rose, P4L26 – P5L4).*

Este trecho mostra a realização do ato de fala de *entendimento*⁵. A sequência interacional neste trecho pode ser descrita como uma coordenação que envolve repetidamente os movimentos de (1) Contar um pedaço da história; (2) Perguntar algo sobre este pedaço da história; (3) Responder; (4) Outra pergunta sobre a história; (5) Mais história; e assim por diante. Em partes diferentes da interação, estes atos de fala eram geralmente realizados por meio ou da minha repetição de algum aspecto do pedaço da história contada imediatamente antes; ou de alguma pergunta minha sobre o que acabou de ser dito; ou minha afirmação de que eu estava acompanhando a história (“Certo”, “Tá bom”, “Unhum”). Nestes movimentos,

⁵ Note que a nomeação analítica de um ato de fala é uma escolha de como fazer sentido da situação. O que quero dizer com “entendimento”, por exemplo, é o efeito que interagir da maneira descrita produziu no processo comunicativo. Este efeito é um senso de que ambos os interlocutores estão “falando da mesma coisa”; uma sensação de que ambos estão acompanhando a história e, portanto, entendendo-se.

exploramos juntos mais histórias de sofrimento da família de Rose como implicação da doença mental: o preconceito enfrentado por parte de outros familiares, que se afastaram e negaram apoio em momentos de extrema dificuldade.

Entretanto, o movimento (5) também faz algo importante. Na parte sublinhada do trecho, no movimento (5), Rose levantou uma hipótese sobre como os seres humanos tendem a ser ao encararem um momento de crise. Esta hipótese era a de que, neste tipo de situação, as pessoas tendem a se afastar umas das outras. Mas, como nenhum ato de fala é realizado por uma pessoa sozinha, o levantamento desta hipótese pode ser visto como um convite de Rose a mim para realizarmos o ato de fala de *hipotetizar*, já que ela pede por uma confirmação minha duas vezes (ao dizer “Né?”). No movimento (6), eu ofereci uma descrição ligeiramente diferente do que Rose acabara de afirmar. Eu disse, no tom de uma pergunta, que algumas pessoas se afastam, mas talvez outras ficam próximas? Nos movimentos (7) e (8), nós realizamos *hipotetização* com sucesso como aquilo que estávamos fazendo em comunicação. Ao mesmo tempo, a realização destes atos de fala permitiu a ampliação da história contada acerca do sofrimento da família, apontando para como, mesmo diante deste abandono, a família de Rose pôde também contar com recursos que ajudaram para que ela não desistisse.

Esta coordenação é notável porque, para além dos outros atos de fala que nós estávamos primariamente performando na entrevista até então (isto é, *entendimento*, *clarificação* e *reafirmção*), *hipotetização* tomou uma grande parte do que estava sendo feito no episódio como um todo. Juntos, Rose e eu hipotetizamos sobre o que são doenças mentais, quais são as origens/causas para um transtorno mental em geral e para a doença de Clara em específico, o que poderia ser feito para superar os desafios de ser familiar de alguém com um transtorno mental e assim por diante. Junto a estas *hipotetizações*, várias das descrições apresentadas como a história de Rose na Tabela 8 se tornaram possíveis, inevitavelmente entrelaçadas ao padrão interacional em desenvolvimento durante a entrevista. Com este repetido padrão de interação, no qual nós nos perguntávamos juntos sobre diferentes aspectos do mundo, encontramos o que pode ser encarado como um momento crítico no episódio.

(1) Rose: *Ó, vocês que estudam, vocês vão pela teoria da evolução, do Darwin, né? Mas, na verdade, tudo foi criado. A evolução é furada. É a criação. Não se-... O senhor deve ter estudado muito. Existem coisas que os cientistas, eles podem querer tentar provar de tudo quanto é jeito, eles não conseguem.* [risada]

(2) Pedro: *Não prova, né? Eu sou mais do tipo que gosta de várias explicações, Dona Rose.*

(3) [Ambos riem]

(4) Pedro: *Eu gosto de circular pelas explicações.*

(5) Rose: *É.* (Entrevista 6, Rose, P9L1 – P9L7).

A interação apresentada no trecho acima é um momento crítico por várias razões. Em primeiro lugar, há uma diferença importante entre esta fala de Rose e as outras falas que nós estávamos tipicamente utilizando para performar “hipotetização”. Não houve uma partícula verbal denotando um pedido de confirmação. Também não houve tom de questionamento. Além disso, até este ponto, ainda que o nosso relacionamento estivesse contextualizado como entre um pesquisador (ou funcionário do HD) e um familiar usuário do serviço, Rose e eu vínhamos levantando e “testando” hipóteses juntos. Mas em sua afirmação no movimento (1), Rose claramente separou “uma pessoa como ela” de “uma pessoa como eu”. Eu estudei. Eu sou cientista. Eu acredito na Evolução. Eu acho que posso provar tudo. Ela, por outro lado, não estudou. Ela não é cientista. Ela acredita na Criação. E ela sabe que cientistas não podem provar tudo. Esta fala entrou na conversa de uma maneira claramente diferente das outras. Esta diferença pode ser encarada como um *desafio* de Rose ao padrão anteriormente estabelecido e chama atenção mais uma vez para como o que se fala não é uma descrição neutra da realidade, mas tem implicações para a interação em curso. Entretanto, se entendemos que um ato de fala é uma realização relacional, então Rose precisa da minha resposta para ser capaz de realizar *desafio*. Esta é uma bifurcação na conversa. Observe o movimento (2). Eu respondi ao *desafio*? Acredito que não. O movimento (2) começa comigo concordando com a fala de Rose: realmente existem coisas que os cientistas não podem provar (e mesmo que eu não esteja inclinado a refutar a Evolução de Darwin em favor de explicações religiosas de Criação, como construcionista social, eu realmente acredito que Rose também está correta em seu argumento: a ciência não pode explicar sozinha o mundo inteiro). Mais vai mais além. O movimento (2) continuou comigo dizendo que eu não sou um cientista nos termos em que Rose declarou. Eu sou o tipo de pessoa que gosta de explorar diferentes explicações para as coisas. Esta minha fala reafirmou que eu sou o tipo de pessoa que faz exatamente aquilo que Rose e eu vínhamos fazendo até então: hipotetizar e explorar possibilidades. Mas, se olharmos para o que esta resposta *faz* (isto é, o que este movimento na comunicação produz como efeito como parte de um ato de fala), o movimento (3) – nós dois rimos – nos informa que o que poderia ter sido um *desafio* ao padrão acabou sendo realizado como mais um *entendimento*: Rose e eu não somos tão diferentes quanto poderíamos parecer.

Isto teve outras implicações importantes para o episódio. O ato de fala que Rose e eu performamos teve força suficiente para implicar na mudança: a) da contextualização do relacionamento; b) da contextualização do episódio; e c) dos níveis hierárquicos de contextualização do episódio. Podemos ver que todas essas mudanças aconteceram ao olharmos para o que ocorreu no episódio a partir do momento no qual esta interação

específica aconteceu. Para tornar esta explicação mais clara didaticamente (lembremo-nos da ideia de enredo), exploremos por agora como essas mudanças ocorreram e apenas depois analisemos o caminho que a conversa tomou como resultado dessas mudanças. No nível do relacionamento, o ato de fala bastante especial de *entendimento* que Rose e eu performamos na conversa sobre Criação x Evolução nos informou que ela e eu não éramos tão diferentes que necessariamente precisaríamos estar em um relacionamento no qual eu era um pesquisador/funcionário do HD em oposição a ela ser um familiar usuário do serviço. O relacionamento foi redefinido, assim, como um relacionamento entre duas pessoas que gostam de explorar hipóteses sobre o mundo. Ao nível do episódio, àquele momento não fazia mais sentido entender que estávamos estritamente em uma entrevista de pesquisa. O episódio se tornou um episódio de exploração de diferentes experiências e conhecimentos que podem ser úteis para informar para nós dois sobre diferentes aspectos de estar em tratamento no HD. Mas note que a própria definição do episódio estava sujeita à definição do relacionamento: porque nós éramos dois “exploradores”, nós podíamos nos engajar em “exploração”. Isto mostra uma inversão do nível hierárquico a partir do qual construíamos sentido. O padrão cultural continuava o mesmo, mas não estava mais no foco naquele momento, quando o relacionamento e o episódio ganharam mais importância. Assim, a nova contextualização para o episódio pode ser esquematizada conforme mostra a Figura 4:

Figura 4 – Atos de fala mudam os níveis de contextualização em um momento crítico

A partir deste momento crítico e de seus resultados – as diversas mudanças na contextualização da conversa – a busca por diferentes explicações e cursos de ação foi legitimada para mim e para Rose (bem como por mim e por Rose) nesta conversa. O que esta maneira de conversar e estes níveis de contextualização que Rose e eu fizemos juntos criaram como possibilidades para as histórias sendo contadas sobre o período que Rose passou no HD como familiar? Como a história de Rose pôde ser narrada a partir de dentro deste enquadre relacional? Que tipos de histórias foram privilegiadas como “a experiência de Rose” nesta

conversa? Em outras palavras: como Rose e eu performamos juntos o que *conta como sendo* a experiência dela para o propósito desta pesquisa?

De forma geral, Rose e eu narramos sua história dentro do serviço como uma história na qual ela ganhava conhecimento e aceitação sobre algo que ela nem sabia que existia antes, mas que entrou em sua vida com consequências que ela às vezes ainda tinha dificuldades de entender: um transtorno mental.

(1) Pedro: *E... É... Deixa eu fazer uma pergunta pra senhora. Quando a senhora foi encaminhada pra cá, é... Como que foi que a senhora ficou-... A senhora participou de atendimentos aqui também, né?*

(2) Rose [ao mesmo tempo]: *Participei.*

(3) Pedro: *Como que foi que aconteceu esse convite? Como é que a senhora ficou sabendo que podia vir a família, quem que eles falaram que podia vir?*

(4) Rose: *Ah, porque na época todo mundo ficou abalado, né? Como meu filho e meu marido, meu filho estuda e meu marido trabalha, eu que vinha, né? Porque eles falou que era importante a gente participar dos grupos pra gente entender mais que que tava acontecendo, né?*

(5) Pedro: *Aham.*

(6) Rose: *Então eu comecei a vir nos grupos.*

(7) Pedro: *E a senhora achou que podia ser bom mesmo vir, na época? Que que a senhora pensou disso, desse convite?*

(8) Rose: *Ah, foi bom, porque... Muito das coisas que eu não entendia da doença mental, né, eu... Porque pra mim, na minha mente, eu pensava que a mente não adoecia.*

(9) Pedro: *É?*

(10) Rose: *É. Eu pensava assim que a mente, por ser uma coisa, assim, muito... [pequena risada] ... dispersa do corpo, né? Que a mente, ela é... Né? Eu pensava assim: “Como que a mente pode adoecer?”, né? Adoece a carne, mas a mente não. Mas aí os psiquiatra, eles me explicaram que isso era dos transtornos físicos, hormônios, é... Pode fazer a pessoa ter pensamentos alterados, né? Então isso foi muito bom pra mim entender. Porque na época eu fiquei completamente perdida. E foi muito bom, assim... ouvir também o que as outras pessoas falavam. É... Os casos deles, que eu via que aquilo não tava acontecendo só comigo, né? Que havia também outras moças, outros rapazes que também tavam enfrentando a mesma situação. Aí eu aceitei mais, assim, esse trauma mental. (Entrevista 6, Rose, P9L8 – P9L30).*

Este trecho ilustra como as explicações temáticas sobre “famílias em tratamento” se produziram em nossos movimentos coordenados ao mesmo tempo em que continuamente performávamos *hipotetização*, *clarificação* e *entendimento*. Nestas performances, explicitamos como o aprendizado sobre a doença mental – o recebimento de informações sobre a doença e aceitação de sua existência – foi um aspecto fundamental da participação de Rose no tratamento. Destaca-se também a ajuda mútua entre as famílias, na qual a escuta das experiências de outros familiares produz uma sensação de não ser o único a passar por aquele tipo de situação difícil. No movimento (10), Rose ainda recorre ao tema “famílias em sofrimento”, ao dizer como se sentia perdida, construindo uma justificativa para como o aprendizado sobre a doença foi uma característica útil de sua participação no tratamento. Além de exemplificar o entrelaçamento entre conteúdo e processo produzidos em entrevista,

este trecho serve também para ilustrar como os temas da conversa não são produzidos de forma organizada e distinta, mas em um turbulento processo que envolve idas e vindas entre eles, muitas vezes misturados e desordenados, respondendo aos acontecimentos do momento interativo.

Em meio a esta turbulência, uma história particularmente interessante entrelaça os temas “famílias em tratamento” e “famílias em desenvolvimento”, narrando como Rose foi capaz de criar recursos práticos ao transpor o que ela aprendeu durante seu tempo no programa de atendimento às famílias no HD para ações cotidianas junto a Clara. Após a alta de Clara do HD, ela começou a ser agressiva com sua família algumas vezes. Nestes episódios, Clara quebrava suas coisas, gritava e ameaçava a família com violência física. Rose estava muito incomodada com esta situação por diversas razões. Primeiro, porque elas viviam em uma comunidade onde os vizinhos participavam uns nas vidas dos outros. Apesar de Rose geralmente considerar isto algo positivo, quando Clara gritava, não demorava muito até que muitos de seus vizinhos corresse preocupados até sua casa. Alguns deles chegaram a ameaçar denunciá-la para as autoridades, como se Rose estivesse batendo em Clara. Segundo, Rose sentia que agressividade tinha um tipo de ciclo crescente: se alguém é agressivo agora e as coisas acabam bem, então é provável que essa pessoa seja cada vez mais agressiva até que as coisas estejam fora de controle. Terceiro, e mais importante, Rose estava desconfortável porque a agressividade de Clara a lembrava de uma situação sobre a qual ouvira no HD, quando um paciente jogou um CD em direção à sua mãe, acertando-a no rosto. Rose se sentiu marcada por esta história, que a fez perceber que poderia tolerar tudo, menos violência.

De acordo com Rose, durante seu período como familiar no HD, ela aprendeu que uma pessoa é, na verdade, composta por diferentes dimensões que, de alguma forma (mesmo que ela não entenda bem como – hormônios, talvez?) se integram. Pessoas são corpos, pessoas são mentes, pessoas são comportamentos e pessoas são personalidades. Sendo assim, um transtorno mental poderia influenciar bastante no que uma pessoa faz, mas isso não explica tudo, já que existe tanto além. A mesma conclusão, segundo Rose, é válida para medicamentos. Entretanto, uma vez que as diferentes “dimensões” de uma pessoa são interrelacionadas, seria possível influenciar uma das dimensões ao interferir na outra. Por esta razão, Rose decidiu que conseguiria parar o comportamento agressivo de Clara.

Já que Clara estava sendo radical, Rose sentia que ela deveria também ser radical. Ela ameaçou Clara de tomar medidas sérias, caso a menina violentasse a mãe: Rose iria levar a filha até a fazenda da família, no meio do nada, e chicoteá-la; ela mandaria Clara para morar no meio da Amazônia com um tio, onde ele poderia afogá-la em um rio e ninguém saberia;

ela cortaria a medicação da filha e suas visitas ao médico; ela cortaria a mesada de Clara. Conforme Rose e eu conversávamos sobre estas medidas, ela soava séria, mas sempre dava sua risadinha característica, explicando para mim que ela nunca realmente teve intenção de tomar qualquer uma dessas medidas: era necessário apenas que Clara acreditasse que a mãe fosse capaz disto. Entretanto, Rose deu a Clara outra opção: quando ela sentisse um impulso para ser agressiva, ela poderia avisar isto a Rose, de forma que as duas pudessem se sentar e conversar.

(1) Rose: *Então parece que funcionou assim. Agora, quando ela sente essa onda de nervoso, essa coisa que ela fala, ela chega e fala: “Ai, tá me dando aquele negócio.”*

(2) Pedro: *E aí como é que cês fazem?*

(3) Rose: *Aí eu faço um suco pra ela de erva cidreira com abacaxi, com limão... A gente senta, ela deita, eu dou umas gotinha de Clonazepam pra ela... A gente põe uma música bem suave...*

(4) Pedro: *E ela consegue acalmar?*

(5) Rose: *Ela relaxa.*

(6) Pedro: *Que bom, Dona Rose.* (Entrevista 6, Rose, P12L1 – P12L8).

Esta é uma história notável por diversas razões. Se analisarmos esta parte da conversa focalizando o conteúdo produzido, estamos olhando para um história sobre recursos. É curioso ver como Rose foi capaz, em sua própria maneira de organizar o que diz ter aprendido no HD a respeito do funcionamento humano e da doença mental, de transformar conhecimento especializado em conhecimento prático útil que influenciou seu relacionamento com a filha e as vidas de todos os membros de sua família. Assim, Rose e eu conversamos tanto sobre “famílias em tratamento”, a respeito das informações sobre a doença e formas de lidar com a mesma, aprendidas a partir da participação da família no tratamento; quanto sobre “famílias em desenvolvimento”, demonstrando tanto o desafio de transpor estes conhecimentos para a vida após o HD, quanto a possibilidade de isto ser feito, produzindo enfrentamentos diferentes para novas dificuldades.

Entretanto, a história é também interessante se a analisarmos ao nível do que contá-la *faz* na interação em curso entre Rose e eu no episódio que estávamos fazendo juntos. Por um lado, esta parece ser uma história estranha para se contar para um profissional. Tirada de contexto e analisada friamente com uma postura científica “neutra” tradicional, Rose não apenas bagunçou diversos conceitos advindos da Filosofia, Medicina, Psicologia e outras disciplinas, como ela também explicitamente me disse ter ameaçado sua filha com violência física e abuso social. Entretanto, como parte do relacionamento entre exploradores engajados em um episódio de busca por diferentes experiências e conhecimentos, o contar desta história faz sentido como mais exploração de como as coisas que Rose aprendeu no HD puderam ser transformadas em recursos para sua vida.

Os movimentos (1) a (6) no último trecho mostram o mesmo padrão de contar uma parte da história, fazer perguntas sobre esta parte, contar mais da história e legitimá-la como uma boa história (ou seja, outros atos de fala de *clarificação*, *entendimento* e *reafirmção*). Por outro lado, o próprio contar desta história no padrão comunicacional que está sendo feito serve para intensificar ainda mais os níveis de contextualização nos quais a história está sendo performada.

Meu episódio com Rose durou 76 minutos. A partir deste ponto, nós continuamos no mesmo *charmed loop* (Cronen, Johnson & Lannamann, 1982) na exploração por diferentes explicações e possibilidades a respeito de sua participação no tratamento de Clara, de transtornos mentais, de assuntos de família, histórias de família, abuso de drogas, a perda do senso de comunidade e as consequências que isto tem para as vidas das pessoas, etc. Nem sempre se tratavam de histórias felizes e cheias de recursos: muitas das histórias sobre as quais conversamos eram tristes, cheias de sofrimento e tragédias, sobretudo relacionadas ao tema “famílias em sofrimento”, decorrentes das implicações do transtorno mental para a vida familiar. Entretanto, a qualidade relacional que manteve a conversa em movimento permitiu que as histórias fossem contadas da maneira como aconteceu: cheias de detalhes e aberturas para a diversidade. Sinto que minha interação com Rose foi muito especial e sempre que volto à transcrição ou à gravação em áudio desta conversa, eu sei que provavelmente vou sentir a mesma sensação de conforto que tive quando nos falamos pela primeira vez ao telefone e me sinto empolgado por imaginar que estou prestes a aprender algo novo. Isto demonstra a maneira como a qualidade desta relação – construída e mantida entre nossa coordenação de ações e manejo de sentidos sobre a experiência de Rose no tratamento – produziu efeitos e implicações para a minha própria vida e experiência, ao mesmo tempo em que me deixa curioso para saber que implicações ela teve para a vida de Rose.

Para discutir esta análise, mais um conceito da CMM pode ser útil, qual seja, a noção de “Trabalho no episódio” (originalmente, *Episode-work*), que “descreve o que as pessoas fazem para garantir que o episódio desejado aconteça” (Pearce, 2007, p. 148). O que se torna mais evidente nesta análise é como nenhum participante em qualquer uma das conversas faz nada por si mesmo: o que quer que tenhamos feito – *entendimento*, *clarificação*, *hipotetização*, o senso de que tipos de pessoas nós somos, sentimentos de conforto ou desconforto, exploração de possibilidades, etc. – nós fizemos juntos. Isto implica que quaisquer resultados das entrevistas são inevitavelmente marcados pelas vozes das pessoas que fizeram parte delas. Mais ainda, várias coisas são feitas ao mesmo tempo, em diferentes níveis: enquanto eu conversava com Rose sobre suas experiências no serviço, nós também desenvolvíamos e

mantínhamos um relacionamento, guiávamos o episódio para uma ou outra direção, trabalhávamos com diferentes níveis de contexto, criávamos sentimentos de quem éramos nós... Ou seja, tudo o que era criado era produto de ação coordenada: produto do entrelaçamento entre as falas e ações de pesquisador e familiar.

Com a análise da interação com Rose, foi possível notar como o que fazemos no episódio cria, passo-a-passo, aquilo que o episódio se torna. Ou seja, Rose e eu coordenamos nossas ações e produzimos sentidos colaborativamente, agindo a partir de determinados níveis de contexto. Entretanto, o contrário também se aplica: a manutenção ou transformação dos níveis de contexto dependia diretamente do modo como nos relacionávamos no episódio. Isto significa que o que os participantes na entrevista fazem durante o episódio de fato importa. O enquadre inicial do episódio não garante nada a respeito do que vai acontecer em seu desdobramento.

Se considerarmos a noção inicial de que quaisquer eventos do mundo social podem ser pontuados como episódios para determinados propósitos, é possível entender que os diversos encontros entre familiares, usuários e profissionais nos serviços de saúde também podem ser pontuados como episódios específicos, compostos por diversos atos de fala, criados e recriados na coordenação de ações entre os interlocutores presentes. Como a análise temática já apresentada sugeriu, é nos encontros cotidianos dos serviços de saúde que a possibilidade de cuidado e ajuda às famílias se constrói. Para colocar nos termos da CMM, a participação destes familiares no tratamento, e seus resultados tidos como benéficos acontece como um contínuo processo, sempre em andamento, performado momento-a-momento, passo-a-passo, nos movimentos coordenados no encontro entre interlocutores. É no espaço criado dialogicamente entre estes interlocutores que se produz a possibilidade de sua participação: por meio de uma inclusão em diálogos e vivências com diferentes atores sociais, constrói-se a possibilidade de contar e recontar conjuntamente histórias que tornam-se, assim, significativas.

Sendo assim, a noção de “Trabalho no episódio” pode se tornar útil para a construção da participação da família no tratamento, como ferramenta auxiliar no processo de comunicação. Ao entender que todo encontro no serviço produz efeitos para os resultados desta participação e que somos nós, interlocutores presentes que colaborativamente fazemos estes episódios, então é possível trabalharmos tanto para manter os níveis de contexto de um episódio, quanto para transformá-los, se assim for necessário. Isso exige uma atenção constante ao episódio sendo performado, entendendo que cada passo na interação ajuda a manter ou criar algum tipo específico de episódio possível e de resultados dele extraídos. Rose e eu performamos

juntos um episódio com resultados satisfatórios, mas poderia ter sido diferente em muitos pontos.

Neste sentido, Stewart e Zediker (2000), interessados no crescente de perspectivas preocupadas com o diálogo e suas características, propõem uma distinção entre duas diferentes abordagens para o conceito de diálogo. Por um lado, abordagens descritivas entendem o diálogo como uma característica inerente à condição humana que deve ser descrita e caracterizada: somos inevitavelmente dialógicos, relacionais e interacionais. Por outro lado, abordagens prescritivas entendem diálogo como um ideal humano a ser alcançado, um tipo especial de contato que, para ocorrer, demanda escolhas pensadas e carregadas eticamente. Os autores explicam:

(...) estas abordagens identificam características de contato que não estão sempre presentes, podem nem sempre ser desejáveis e nem sempre são possíveis, mas que podem servir como um ideal em direção ao qual a comunicação pode produtivamente se mover e vários contextos diferentes (...) Em outras palavras, entendido com uma qualidade identificável e alcançável de momentos de contato, o diálogo funciona como um ideal comunicativo edificável e engrandecedor (pp. 228-229).

Aliado a esta concepção de diálogo, o “trabalho no episódio” pode ser uma ferramenta de comunicação que focaliza a atenção dos profissionais interessados no processo relacional que acontece a cada encontro no serviço de saúde sendo oferecido, entendendo que o cuidado se produz justamente nestes encontros. Isto significa que a dimensão institucionalizada de inclusão das famílias no tratamento deve vir sempre acompanhada de uma formação que entenda o cotidiano do serviço como o local onde esta participação se tornará de fato possível ou não. Performar esta inclusão exigirá, é claro, certo nível de improvisação. Contudo, conforme Pearce (2007) orienta, isto pode acontecer conforme os participantes em um dado episódio mantenham uma parte de sua atenção à sequência emergente de ações e a outra no episódio sendo performado. Como profissionais de saúde, ao observar de perto estas interações, poderemos fazer escolhas acertadas a fim de criar mundos sociais melhores, nos quais o cuidado à família se torne possível, para além da importante dimensão da política pública, também no cotidiano dos serviços.

Conclusão

*“Quando penso que uma palavra
Pode mudar tudo
Não fico mudo
Mudo.*

*Quando penso que um passo
Descobre o mundo
Não paro o passo
Passo.*

*E assim que passo e mudo
Um novo mundo nasce
Na palavra que penso.”*

Alice Ruiz

4. CONCLUSÃO

Nos aproximando do fim, o momento é de reflexão: o que podemos aprender com esta pesquisa? Retomando o objetivo inicial – compreender como familiares atendidos no contexto de um programa de assistência à família constroem sentidos sobre sua participação no tratamento – foi possível entender que estes sentidos são diversos, descrevendo diferentes formas de participação que se relacionam às necessidades plurais destas famílias. Contudo, a análise apresentada permitiu concluir sobre uma característica importante subjacente a todas estas formas de cuidado: a participação destes familiares no tratamento se constrói como possibilidade não apenas mediante o convite para participação, mas através do efetivo e cotidiano investimento na qualidade das relações entre os atores envolvidos (pacientes, familiares e profissionais de saúde), em um contínuo processo, performado momento-a-momento no cotidiano das práticas de saúde. Esta compreensão chama atenção para a micropolítica da produção de cuidado e para a necessidade de uma atenção aos processos comunicativos e relacionais envolvidos na participação da família em todos os contextos ligados à instituição. Mas que implicações esta conclusão traz para a construção de programas que visem o cuidado à família?

Em primeiro lugar, parece fundamental lembrar que, antes que seja possível pensar em uma participação da família no tratamento, é necessário que se legitime o sofrimento desta mesma família com relação às diferentes experiências vividas no contexto do sofrimento mental de alguém próximo e em sua relação com os diferentes discursos sociais sobre ser família que atravessam seu cotidiano. Este ponto foi inicialmente explorado nesta dissertação em termos destes discursos historicamente produzidos sobre o papel da família no adoecimento mental e suas consequências para a segregação ou inclusão da família no tratamento. Ele esteve também presente no recorte temporal intitulado “*Famílias em sofrimento*”, ao chamar atenção para algumas dificuldades dos familiares com relação ao adoecimento mental, como por exemplo, o não entendimento da doença mental, ter que assistir e participar do sofrimento de alguém querido, ou ver sua própria vida diretamente afetada por esta experiência – seja por desentendimentos, preconceito, agressões, preocupação, etc.; seja por encontrar um sistema de saúde com dificuldades importantes de acesso, falta de recursos e seguidos encaminhamentos de um serviço para o outro para que se consiga efetivamente algum tratamento.

Neste cenário, parece fundamental refletir sobre como nós, profissionais da saúde e pesquisadores, posicionamos esta família ao entender a importância de convidá-la a participar do tratamento: queremos reforçar discursos de culpabilização pelo adoecimento e de patologização da família, ou desejamos nos engajar em práticas que de fato legitimem a dificuldade e fragilidade da situação em que estes familiares se encontram? Com a conclusão deste estudo, acredito que devamos nos posicionar pela parceira com a família e o reconhecimento da importância de seu cuidado no contexto da Saúde Mental: uma família que pode tanto ajudar no cuidado com o familiar em sofrimento mental, quanto também se beneficiar do cuidado oferecido pelas instituições.

Ainda que historicamente recente – datando de trinta ou quarenta anos, no máximo – esta importância da parceira tem sido tão enfaticamente destacada pelos pesquisadores da área que seria de se esperar, já agora, encontrar nos serviços formas de funcionamento organizadas que de fato a privilegiassem. Contudo, a mesma literatura que entende desta importância denuncia também as dificuldades encontradas nos serviços tanto considerando falta de recursos e estrutura que tornem a participação da família possível, quanto, e mais importante, da mudança da lógica oferecida neste cuidado (Camatta & Schneider, 2009; Rosa, 2003; Silva & Monteiro, 2010). Assim, conforme Pinho, Hernandez e Kantorski (2010) concluíram, encontra-se ainda na prática um jogo de responsabilizações entre familiares e serviços a respeito de a quem cabe o cuidado e sobre a possibilidade de participação efetiva da família. Como os autores alertam:

para re-significar o atendimento à família, não basta dizer que acolhemos para depois cobrarmos por este acolhimento. Deve-se ter a consciência de que é preciso entendê-la como coletivo singularizado que se organiza como pode para participar do processo de reabilitação psicossocial. O cuidado dos trabalhadores livres dos juízos de valor negativo (afasta-se, nega, não aceita, desconhece), deve encarar a família como uma aliada no processo de tratamento do usuário. Independente de conhecer ou não, aceitar ou não, afastar-se ou não, inclusão implica valorização das subjetividades e protagonismo. (p. 111)

A conclusão destes autores, por meio da análise do discurso de profissionais da Saúde Mental sobre a participação da família no tratamento, mostrou como o discurso do protagonismo convive ainda com discursos de responsabilização da família. Isto demonstra com clareza como diferentes discursos sociais acerca de qualquer tema – e especificamente da participação da família no tratamento, neste caso – convivem nos contextos cotidianos das pessoas, não se constituindo como transições completas de um para o outro, mas sim apresentando sobreposições, recortes, amarras e contrastes que ganham sentido em seu uso diário. Isto não significa que devamos adotar uma postura “*laissez-faire*”, abraçando a

diferença dos discursos simplesmente pela sua diferença, de forma irreflexiva. Pelo contrário. Ao compreender que estes discursos tomam sentidos variados no cotidiano, imbricados nas ações de todos os atores com eles envolvidos – familiares, usuários e profissionais – torna-se ainda mais importante se posicionar, momento a momento, com relação a eles e às suas implicações – uma vez que ambos têm consequências sérias para as formas de cuidado em saúde que se tornam possíveis. Assim, se posicionar de determinadas maneiras significa se posicionar politicamente – ainda que não se tenha consciência destas consequências políticas – e este é um exercício que não deve ser esquecido.

Neste sentido, é pertinente a conclusão de Pinho, Hernández e Kantorski (2010) de que o protagonismo “é construído na convivência recíproca do cotidiano, quando serviço e família se entendem como parceiros, compartilham as dificuldades e propõem alternativas” (p. 111). Me parece que talvez seja esta uma dimensão de suma importância que, contraditoriamente, é muitas vezes colocada em segundo plano tanto nas práticas dos serviços de Saúde Mental, quanto nas pesquisas sobre elas, dimensão esta que trata da micropolítica da produção do cuidado em saúde (Merhy, 1998; Ayres, 2004).

Segundo Shotter (1993), nossos julgamentos sobre as maneiras que agimos no cotidiano estão arraigados em um tipo específico de conhecimento, qual seja, o conhecimento prático, que se torna possível nas interações das pessoas, situadas em contextos cotidianos de sua vida civil. De dentro do contexto destas interações, criamos as realidades sociais em que vivemos e de onde conjuntamente e a cada momento criamos sentidos de orientação sobre como proceder a seguir. No contexto dos serviços de Saúde Mental, este entendimento destaca como, para além da política pública e de ações institucionalizadas, a produção do cuidado à família se torna possível no cotidiano dos serviços, quando os atores sociais envolvidos no processo de cuidado se encontram e respondem uns aos outros.

Assim, torna-se fundamental que, como profissionais de saúde, estejamos atentos a nossos posicionamentos a todo momento dentro do serviço, refletindo sobre os convites que fazemos às famílias, considerando-os em relação às respostas imediatas obtidas (que, como vimos, fazem novos convites), às formas de interação promovidas, aos contextos criados a partir da coordenação de nossas interações e a seus efeitos para as alternativas de cuidado que se tornam possíveis. Além, é claro, da possibilidade de alterar, no momento interativo, os rumos de situações indesejáveis. Para estas finalidades, o investimento na relação, na subjetividade e no cuidado com o ser humano são tradicionais conhecidos da disciplina da Psicologia, nos quais podemos buscar recursos para a promoção do cuidado no trabalho com as famílias.

Além disso, considerando que a criação do SUS trouxe para a vida cotidiana dos serviços a ideia da cidadania, ao entender que o cuidado se constrói sempre na relação com o outro (Franco & Merhy, 2011), diferentes disciplinas podem contribuir para a produção do conhecimento necessário para o trabalho na esfera da micropolítica da produção do cuidado em saúde. Aqui, o conceito de “trabalho no episódio” (Pearce, 2007), explorado mediante a análise da entrevista com Rose, exemplifica bem uma maneira interdisciplinar de cuidar da participação da família no tratamento. A noção de que prestar atenção ao episódio performado possibilita a construção de novos caminhos úteis para todos os seus participantes em seus objetivos localmente situados surge de um teórico da Comunicação, mas é facilmente transponível para qualquer profissional trabalhando com famílias nos contextos da Saúde Mental.

Se por um lado, este tipo de trabalho necessariamente deve contar com uma característica responsiva e espontânea do encontro, que só se torna possível no cotidiano dos serviços a cada interação entre profissionais e familiares, e que não pode ser forjada para além dos contextos situados nos quais se produz; por outro, há a necessidade do próprio desenvolvimento de noções, dentro das diferentes disciplinas, que ajudem os profissionais a trabalhar este tipo de cuidado – a capacidade técnica dos profissionais, que deve ser aprendida como parte de sua formação e utilizada como parte de sua prática. Isto parece promover certa contradição. Elaborando-a em uma pergunta simples, podemos nos questionar: seria possível desenvolver *formas técnicas de espontaneidade*?

Para refletir sobre esta pergunta, uma diferenciação feita por Shotter (2009) pode ser muito proveitosa. Para ele, existem dois tipos de dificuldades na vida: a) dificuldades do intelecto e b) dificuldades de orientação. Sobre as dificuldades do intelecto, trata-se de problemas que podem ser solucionados por meio de um pensamento racional guiado por teorias que permitam a manipulação do mundo na direção desejada para a solução. Por outro lado, as dificuldades de orientação têm a ver com a forma como nos relacionamos, inclusive corporalmente, com os eventos ao nosso redor – a forma como eles são vividos por nós e que nos permite resolver por determinadas formas de ação a partir de dentro das situações vividas.

No contexto da elaboração teórica e disciplinar de recursos para o trabalho com famílias em Saúde Mental, é possível que este aparente contraste seja superado se entendermos sua elaboração como direcionada à resolução do segundo tipo de problemas, quais sejam, problemas de orientação. Assim reposicionada, é possível entender que os conceitos a serem propostos e desenvolvidos para este tipo de trabalho são “conceitos sensibilizadores” (Pearce,

2007), que não tratam da representação de algum objeto no mundo, mas que, por comparação e contraste, *direcionam nossa atenção para certos aspectos específicos do mundo* que sejam importantes ao alcance de orientação em uma dada situação. Isto é, conceitos sensibilizadores funcionam para nos fazer *notar* determinados aspectos e, então, nos orientar em certos caminhos de ação a partir deles. Sendo assim, é possível considerar que o mérito da criação de ferramentas para o trabalho com as famílias está justamente em preparar e chamar a atenção dos profissionais para a importância dos encontros nos diferentes contextos dos quais participarão junto ao atendimento às famílias, onde o cuidado a elas de fato poderá acontecer.

Neste sentido, o conceito de “trabalho no episódio” é apenas um conceito sensibilizador para o trabalho com as famílias, sendo possível (e necessário) buscar em diferentes disciplinas entendimentos que ajudem os profissionais a se orientarem nos contextos de cuidado em Saúde Mental. Na própria CMM, por exemplo, outros recursos para a comunicação podem ser desenvolvidos como aliados na construção das práticas que buscamos. No contexto do construcionismo social, a “poética social” (Shotter & Katz, 1996; Katz & Alegría, 2009) tem sido desenvolvida com sucesso no trabalho com alunos da Medicina Social em Harvard para a condução da entrevista clínica entre médico e paciente; o conceito de “não-saber” (Anderson, 1997), utilizado em contextos de terapia familiar, parece também uma promissora possibilidade de aproximação para a prática com famílias em Saúde Mental. Para trazer o assunto ainda mais próximo, os processos reflexivos propostos por Andersen (1999) já tem sido utilizados no próprio HD como instrumento para o trabalho na assistência à família. Especialmente no contexto brasileiro, pesquisadores têm trabalhado no sentido de aproximar conceitos construcionistas para as práticas de saúde. É o caso, por exemplo, do conceito de “responsabilidade relacional”, levado para a atenção básica (Camargo-Borges & Mishima, 2009) e de “responsividade” como ferramenta para o trabalho com populações LGBT (Moscheta, 2011). Ainda que estas aproximações tenham sido feitas para outros contextos de saúde, elas apontam para o enorme potencial de contribuição ao campo.

Considerando que prestar atenção às ações envolvidas na prática cotidiana dos serviços pode ser útil para a produção de cuidado, a análise proposta no recorte temporal “*Famílias em tratamento*” se torna importante por duas razões. Primeiro, por ter sido conduzida em um contexto privilegiado de recursos para o trabalho com as famílias – que, apesar de imperfeito e também cheio de problemas, está definitivamente acima do padrão encontrado nos demais serviços, em termos de recursos de pessoal e de estrutura. Segundo, por ter ocorrido em conversas com familiares que narram histórias de sucesso. Assim, é possível entender que

estas histórias destacam aspectos vividos durante a participação destes familiares no tratamento para os quais os profissionais da Saúde Mental podem se atentar em seus futuros encontros nos serviços de saúde.

Dessa maneira, foi possível entender que as famílias se sentem cuidadas no acolhimento oferecido pelo serviço, na criação de espaços de reflexão e fortalecimento pessoal, e na sensação de estarem sendo acompanhadas por profissionais capacitados. Aprender sobre a doença, seja por seu diagnóstico e aceitação, seja por informações sobre suas características e como lidar com situações dela advindas, também produzem um tipo de participação importante e valorizado pelos familiares. Ainda, há a transformação das relações familiares que se torna possível por meio do oferecimento de espaços de diálogo; a sensação de que participar é cuidar do familiar em sofrimento, produzindo uma sensação de segurança e cuidado para aquela pessoa, ainda que muitas vezes por responsabilidade; e a ajuda mútua entre as famílias, encontradas no cotidiano do serviço quando o contato entre familiares promove uma troca de experiências benéfica em via de mão dupla e, algumas vezes transpostas para outros contextos da vida cotidiana, promovendo uma ampliação da rede social e de suporte destes familiares para além de sua presença no serviço. Participação, assim, acontece de diferentes formas nos vários espaços oferecidos à família, mas – é importante notar – sempre entre pessoas.

Torna-se, assim, uma questão de criar no serviço um cenário rico de recursos que não estão situados em indivíduos específicos, mas na construção de um tipo particular de circunstância que possibilite a emergência de relacionamentos que de fato promovam a participação. Como Katz e Alegría (2009) colocam, este é um processo progressivo, que se acumula: “o que é articulado em diálogo, isto é, em contextos de treinamento, pesquisa ou supervisão, pode servir como um ‘lembrete engenhoso’ em outros contextos” (p. 1245).

Para finalizar, uma ressalva deve ser feita. Atentar-nos para a micropolítica da produção de cuidado não significa propor nem uma retomada a uma perspectiva clínica tradicional, nem uma separação de contextos políticos entre micro e macro. Ao afirmar que a Psicologia pode contribuir para o desenvolvimento de recursos relacionais para o trabalho com famílias em contextos de saúde mental, entendo que historicamente esta disciplina tendeu a focalizar este tipo de trabalho, que considera o contato e o cuidado com o ser humano, alcançando-o com algum sucesso. Sendo assim, não há motivos para não utilizar isto como um recurso, desde que o mesmo se produza aliado às novas preocupações do campo psicológico e que, estas sim, por muito tempo foram consideradas para além do escopo do nosso campo de trabalho: a saúde coletiva, a saúde pública, a política pública e, sobretudo, o compromisso com a

transformação social (Benevides, 2005). Neste caso, concordo com Ferreira Neto (2008) que a noção de clínica ampliada pode ser uma forma de manejar esta infértil tensão entre clínica e política, ao entender a subjetividade como entrelaçada à cidadania e transformar as formas de serviço oferecidas, os objetos e objetivos aos quais o tratamento se direciona.

Em conclusão, tomo a preocupação de Benevides (2005) a respeito das aproximações da Psicologia ao SUS como um convite para pensar também a participação da família no tratamento:

O que queremos ressaltar é que os eixos da universalidade, equidade e integralidade, constitutivos do SUS, só se efetivam quando conseguimos inventar modos de fazer acontecer tais eixos. Interessa-nos perguntar o como fazer (...) (p. 24)

Então, continuemos sempre a nos perguntar: como fazer? Como inventar no cotidiano dos serviços formas de prática com estas famílias que sejam responsivas às suas necessidades, benéficas para o paciente em regime de semi-internação e que promovam a cidadania e transformação social? Espero que este trabalho, ao investigar as descrições de alguns familiares sobre sua participação no cotidiano dos serviços, tenha trazido algum entendimento sobre esta questão. Questão complexa e importante, que parece oferecer caminhos promissores se conseguirmos trabalhar nas interfaces entre clínica e política, enxergando pessoas que sofrem desamparadas à nossa frente, mas cheias de possibilidades e potencialidades. Cidadãos merecedores de, e sobretudo detentores do *direito* a, assistência e cuidado. Caminhos promissores, como os próprios entrevistados disseram no último recorte temporal, “*Famílias em desenvolvimento*”, em um campo concreto e possível, no qual entendemos que dificuldades cotidianas não desaparecem por simples mudanças no modo de se dizê-las, mas por lutas persistentes de transformação destes dizeres como intrinsecamente acompanhados de fazeres.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, E. P. T., Cintra, A. M. O., & Bandeira, M. (2010). Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: comparação entre diferentes tipos de cuidadores. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(4), 308-316.
- Aman, M. G. (2005). Treatment planning for patients with autism spectrum disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(10), 38-45.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: Author.
- Amarante P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, Language and Possibilities: A Post-Modern Approach to Therapy*. New York: Basic Books.
- Andersen, T. (1999). *Processos Reflexivos*. Rio de Janeiro: Instituto Noos/ITF.
- Aun, J. G. (2005). Da Terapia de Família ao Atendimento Sistêmico à Família. In J. G. Aun, M. J. E. Vasconcellos, & S. V. Coelho (Orgs.), *Atendimento Sistêmico de Famílias e Redes Sociais* (pp. 13-56). Belo Horizonte: Oficina de Arte & Prosa.
- Austin, J. L. (1962). *How to do things with words: The William James Lectures delivered at Harvard University in 1955* (ed. J. O. Urmson). Oxford: Clarendon.
- Ayres, J. R. C. M. (2004). Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface (Botucatu)*, 8(14), 73-92.
- Bandeira, M., & Barroso, S. M. (2005). Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(1), 34-46.
- Benevides, R. (2005). A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces? *Psicologia & Sociedade*, 17(2), 21-25.

- Birman, J., & Costa, J. F. (1994). Organização das instituições para uma reforma comunitária. In P. Amarante (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (pp. 41-72). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Boarati, M. C. B., Sei, M. B., & Arruda, S. L. S. (2009). Abuso sexual na infância: a vivência em um ambulatório de psicoterapia de crianças. *Revista Brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, 19(3), 423-433.
- Borges, C. F., & Baptista, T. W. F. (2008). O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Revista de Saúde Pública*, 24 (2), 453-468.
- Brasil, Ministério da Saúde (1996). *Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde (2010). *Cadernos HumanizaSUS*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Recuperado em 12 de abril de 2013, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf.
- Brêda, M. Z., & Augusto, L. G. S. (2001). O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2), 471-480.
- Burr, V. (2003). *Social Constructionism* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Camargo-Borges, C., & Cardoso, C. L. (2005). A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. *Psicologia & Sociedade*, 17(2), 26-32.
- Camargo-Borges, C., & Mishima, S. M. (2009). A responsabilidade relacional como ferramenta útil para a participação comunitária na atenção básica. *Saúde e Sociedade*, 18(1), 29-41.
- Camatta, M. W., & Schneider, J. F. (2009). A visão da família sobre o trabalho de profissionais de saúde mental em um centro de atenção psicossocial. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13(3), 477-484.

- Campos, R. O. (2001). Clínica: a palavra negada – Sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em debate*, 25(58), 98-111.
- Cavalheri, S. C. (2010). Transformações do módulo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 51-7.
- Cronen, V. E., Johnson, K. M., & Lannamann, J. W. (1982). Paradoxes, Double Binds, and Reflexive Loops: An Alternative Theoretical Perspective. *Family Process*, 21(1), 91-112.
- Costa, N. R., & Tunis, S. A. (1992). Cidadania, classes populares e doença mental. In S. A. Tunis & N. R. Costa (Orgs.), *Cidadania e Loucura: Políticas de saúde mental no Brasil* (3ª ed., pp. 09-13). Petrópolis: Vozes.
- Costa-Rosa, A. (2000). O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In P. Amarante (Org.), *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 141-168). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Cubas, M. R., & Egry, E. Y. (2007). Práticas inovadoras em saúde coletiva: ferramenta re-leitora do processo saúde-doença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(spe), 787-792.
- Davies, B., & Harré, R. (1990). Positioning: the discursive production of selves. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 20(1), 43-63.
- Felício, J. L., & Almeida, D. V. (2008). Abordagem terapêutica às famílias na reabilitação de pacientes internados em hospitais psiquiátricos: relato de experiência. *Mundo Saúde* (1995), 32(2), 248-253.
- Fernandez, A. C., Begley, E. A., & Marlatt, G. A. (2006). Family and peer interventions for adults: past approaches and future directions. *Psychology of addictive behaviors*, Washington, 20(2), 207-13.
- Ferreira Neto, J. L. (2008). Práticas transversalizadas da clínica em saúde mental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 110-118.
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*, 7, 9-20.

- Gergen, K. J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, Washington, 40(3), 266-275.
- Gergen, K. J. (1997). *Realities and Relationships*. Cambridge: Harvard University Press.
- Gergen, K. J., & Gergen, M. M. (1983). Narratives of the self. In T. R. Sarbin & K. E. Scheibe (Eds.), *Studies in social identity* (pp. 254-273). New York, NY: Praeger.
- Gergen, K. J., Hoffman, L., & Anderson, H. (1996). Is Diagnosis a Disaster? A Constructionist Trialogue. In F. Kaslow (Ed.), *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns* (pp. 102-118). New York: John Wiley & Sons.
- Gergen, K. J., & Warhuss, L. (2001). Terapia como construção social: características, reflexões, evoluções. In M. M. Gonçalves & O. F. Gonçalves (Eds.), *Psicoterapia, discurso e narrativa: a construção conversacional da mudança* (pp. 29-64). Coimbra: Quarteto Editora.
- Giovanella, L., & Amarante, P. (1994). O enfoque estratégico do planejamento em saúde mental. In P. Amarante (Org.), *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (pp. 113-147). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Gonçalves, A. M., & Sena, R. R. (2001). Reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. 9(2), 48-55.
- Goodman, D., & Happell, B. (2006). The efficacy of family intervention in adolescent mental health. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 12(1), 1364-77.
- Grad, F. P. (2002). The preamble of the constitution of the World Health Organization. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(12), 981-984.
- Gross, V., & Goldin, J. (2008). Dynamics and dilemmas in working with families in Inpatient CAMH services. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, London, 13(3), 449-61.
- Guanaes, C. (2000). *Grupo de apoio com pacientes psiquiátricos ambulatoriais: exploração de alguns limites e possibilidades*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

- Guanaes, C., & Japur, M. (2008). Contribuições da poética social à pesquisa em psicoterapia de grupo. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 13(2), 117-124.
- Harré, R., & Secord, P. (1973). *The Explanation of Social Behaviour*. Totowa, NJ: Littlefield, Adams.
- Hoagwood, K. E. (2005). Family-based services in children's mental health: a research review and synthesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(7), 690-713.
- Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 297-305.
- Junqueira, S. A. E. (2009). *Perfil sócio-demográfico e clínico de pacientes psiquiátricos tratados em Hospital Dia*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Katz, A. M., & Alegria, M. (2009). The clinical encounter as a local moral world: shifts of assumptions and transformation in relational context. *Social Science & Medicine*, 68, 1238-1246.
- Kondo, A., & Wada, K. (2009). The effects of a mutual-help group activity for drug users and family members in Japan. *Substance Use & Misuse*, New York, 44(4), 472-489.
- Lucksted, A., Stewart, B., & Forbes, C. B. (2008). Benefits and changes for family to family graduates. *American Journal of Community Psychology*, 42(1-2), 154-66.
- Magliano, L. et al. (2006). Family psychoeducational interventions for schizophrenia in routine settings: impact on patients' clinical status and social functioning and on relatives' burden and resources. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 15(3), 219-27.
- Matta, G. C., & Pontes, A. L. M. (2007). *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.
- McNamee, S. (2004). Therapy as social construction. In T. Strong & D. Paré (Eds.), *Furthering talk: advances in the discursive therapies* (pp. 1-28). New York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- McNamee, S., & Gergen, K. J. (1992). *Therapy as social construction*. Thousand Oaks: Sage.

- McNamee, S., & Hosking, D. M. (2011). *Research and social change: a relational constructionist approach*. New York/Oxford: Routledge.
- Merhy, E. E. (1998). A perda da dimensão subjetiva cuidadora na produção da saúde. In R. C. Campos et al. (Orgs.), *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público* (pp.103-120). São Paulo: Xamã.
- Moraski, T. R., & Hildebrandt, L. M. (2005). A experiência da agudização dos sintomas psicóticos: percepção de familiares. *Scientia medica*, Porto Alegre, 15(4), 213-219.
- Moscheta, M. S. (2011). *Responsividade como recurso relacional para a qualificação da assistência à saúde da população LGBT*. Tese de doutorado. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Moura Neto, F. D. M. (1987). Bases para uma reforma psiquiátrica. In R. Marsiglia, J. F. Costa, F. D. M. Moura Neto, R. T. Kinoshita, & A. Lancetti (Orgs.), *Mental e Cidadania* (2ª ed., pp. 57-65). São Paulo: Mandacaru.
- Pearce, W. B. (2007). *Making Social Worlds: A Communication Perspective*. Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Pereira, M. A. O. (2003). Representação da doença mental pela família do paciente. *Interface (Botucatu)*, 7(2), 71-82.
- Pereira, M. A. O., & Pereira Jr., A. (2003). Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 37(4), 92-100.
- Pinheiro, O. G. (2004). Entrevista: Uma prática discursiva. In M. J. Spink (Ed.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (3ª ed.). São Paulo: Cortez.
- Pinheiro, R. L., & Guanaes, C. (2011). O conceito de rede social em saúde: pensando possibilidades para a prática na estratégia saúde da família. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 40, 9-25.
- Pinho, L. B., Hernández, A. M. B., & Kantorski, L. P. (2010). Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a parceria da família: o discurso do distanciamento. *Interface (Botucatu)*, 14(32), 103-113.

- Pitta, A. M. F. (2011). Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4579-4589.
- Rosa, L. C. S. (2003). *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez.
- Rosa, L. C. S. (2005). A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. *Psicologia em Revista*, 11(18), 205-218.
- Rose, S. L.; & Shelton, W. (2006). The role of social work in the ICU: reducing family distress and facilitating end-of-life decision-making. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 2(2), 3-23.
- Serapioni, M. (2005). O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 10(0), 243-253.
- Shotter, J. (1993). *Cultural politics of everyday life* (2nd ed.). Toronto: University of Toronto Press.
- Shotter, J. (1997). Dialogical realities: the ordinary, the everyday and other strange new worlds. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 27 (2-3), 345-57.
- Shotter, J. (2008). *Conversational Realities Revisited: Life, Language, Body and World*. Chagrin Falls, Ohio: Taos Institute Publications.
- Shotter, J. (2009). Listening in a way that recognizes/realizes the world of the ‘other’. *International Journal of Listening*, 23, 21.43.
- Shotter, J., & Katz, A. M. (1996). Articulating the practice from within the practice itself: establishing formative dialogues by the use of “social poetics”. *Concepts and Transformation*, 1(2/3), 213-237.
- Silva, K. V. L. G., & Monteiro, A. R. M. (2011). A família em saúde mental: subsídios para o cuidado clínico em enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(5), 1237-1242.
- Sluzki, C. E. (1997). *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Souza, L. V., & Moscheta, M. S. (2012). Client-professional communication and health assistance in Brazil: Social construction as resource for transformative action. *The Electronic Journal of Communication*, 22, 8.
- Spink, M. J. P. (Ed.) (2004). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teórico e metodológicas*. São Paulo: Cortez.
- Spink, M. J. P. (2010). Ser fumante em um mundo antitabaco: reflexões sobre riscos e exclusão social. *Saúde e Sociedade*, 19(3), 481-496.
- Spink, M. J. P., & Gimenes, M. G. G. (1994). Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença. *Saúde e Sociedade*, 3(2), 149-171.
- Sprenkle, D. H. (2003). Effectiveness research in marriage and family therapy: introduction. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(1), 85-96.
- Stewart, J.; & Zediker, K. (2000). Dialogue as tensional, ethical practice. *Southern Communication Journal*, 65, 224-242.
- Toumbourou, J. W., & Bamberg, J. H. (2008). Family recovery from youth substance use related problems: a pilot study of the BEST Plus program. *Substance Use & Misuse*, New York, 4(12-13), 1829-43.
- Vasconcelos, E. M. (1990). Avaliação dos avanços recentes em legislação psiquiátrica no plano internacional: uma contribuição ao debate sobre a reforma da lei psiquiátrica no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 39, 235-288.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *Theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). New York: Basic Books.
- Yasui, S. (2006). *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Tese de Doutorado, Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro.

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **“Sentidos construídos por familiares de portadores de doença mental acerca da participação da família no tratamento”**, realizada pela Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi e pelo psicólogo e estudante de Mestrado Pedro Pablo Sampaio Martins, ambos do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.

O objetivo dessa pesquisa é conhecer como familiares de pacientes portadores de doença mental, usuários do programa de atendimento à família do [Nome da Instituição], compreendem sua participação no tratamento. Serão investigados aspectos relacionados à sua concepção e compreensão sobre família, doença mental e tratamento.

Ao aceitar fazer parte desta pesquisa, você será convidado a participar de uma entrevista com o pesquisador para que possam conversar sobre esses temas.

As conversas desenvolvidas nessa entrevista serão gravadas em aparelho mp3 e depois serão transcritas pelo pesquisador. Elas serão utilizadas apenas com fins relacionados à presente pesquisa e sua identidade será sempre mantida em sigilo, sobretudo na divulgação ou publicação dos resultados.

Sua participação nessa pesquisa é voluntária e você não receberá nenhuma remuneração para isso. Além disso, você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Esta pesquisa não apresenta riscos à sua saúde e você poderá entrar em contato com os pesquisadores em qualquer situação relacionada à sua participação ou quando julgar necessário.

Esclarecido e concordando com o que foi colocado:

Eu, _____, usuário do serviço de atendimento à família do [Nome da Instituição], aceito participar da pesquisa **“Sentidos construídos por familiares de portadores de doença mental acerca da participação da família no tratamento”**.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2011.

Assinatura: _____

Participante: _____

Endereço para contato:

Assinatura: _____

Pesquisadora: Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi

Assinatura: _____

Pesquisador: Pedro Pablo Sampaio Martins

Endereço para contato com os pesquisadores:

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.

Departamento de Psicologia

Av. Bandeirantes, 3900. CEP: 14040-901 Bairro Monte Alegre - Ribeirão Preto – SP. Telefone: (16) 3602-4446

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Constituição de Banco de Dados

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para Constituição de Banco de Dados

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **“Sentidos construídos por familiares de portadores de doença mental acerca da participação da família no tratamento”**, realizada pela Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi e pelo psicólogo e estudante de Mestrado Pedro Pablo Sampaio Martins, ambos do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.

O objetivo dessa pesquisa é conhecer como familiares de pacientes portadores de doença mental, usuários do programa de atendimento à família no [Nome da Instituição] compreendem sua participação no tratamento. Serão investigados aspectos relacionados à sua concepção e compreensão sobre família, doença mental e tratamento.

Ao aceitar fazer parte desta pesquisa, você será convidado a participar de uma entrevista com o pesquisador para que possam conversar sobre esses temas.

As conversas desenvolvidas nessa entrevista serão gravadas em aparelho mp3 e depois serão transcritas pelo pesquisador. Elas serão utilizadas apenas com fins relacionados à presente pesquisa e sua identidade será sempre mantida em sigilo, sobretudo na divulgação ou publicação dos resultados. Os dados obtidos por meio desta entrevista serão arquivados em um banco de dados, disponíveis para futuras pesquisas por parte dos pesquisadores, mas ainda garantindo seu anonimato.

Sua participação nessa pesquisa é voluntária e você não receberá nenhuma remuneração para isso. Além disso, você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Esta pesquisa não apresenta riscos à sua saúde e você poderá entrar em contato com os pesquisadores em qualquer situação relacionada à sua participação ou quando julgar necessário.

Esclarecido e concordando com o que foi colocado:

Eu, _____, usuário do serviço de atendimento à família do [Nome da Instituição], aceito participar da pesquisa **“Sentidos produzidos por familiares de portadores de doença mental acerca da participação da família no tratamento”**.

Ribeirão Preto, __ de _____ de 2011.

Assinatura: _____

Participante: _____

Endereço para contato: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora: Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi

Assinatura: _____

Pesquisador: Pedro Pablo Sampaio Martins

Endereço para contato com os pesquisadores:

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.

Departamento de Psicologia

Av. Bandeirantes, 3900. CEP: 14040-901 Bairro Monte Alegre - Ribeirão Preto – SP. Telefone: (16) 3602-4446

Apêndice C – Roteiro de Entrevista Semiestruturada

Tema central: História vivida no percurso do serviço

Eixo 1 – Antes do Hospital-Dia: vida, encaminhamento, convite e expectativas

Como chegou ao Hospital-Dia?

Por que o familiar foi internado?

Como essa decisão foi tomada? Quais pessoas estiveram envolvidas nessa decisão?

Como era a vida em casa na época?

Como aconteceu o convite para participar do programa de atendimento à família?

O que pensou sobre isto? O que sentiu a este respeito?

O que imaginou que aconteceria nestes atendimentos?

Por que achava que estava sendo convidado(a)?

Como pensou que sua participação poderia ser útil?

Outras pessoas também foram convidadas a participar? Quem mais?

Como foi decidido quem participaria deste programa de atendimentos?

Há alguém que deveria também ter sido convidado a participar, mas não o foi?

Há alguém que deveria também participar do tratamento, mas não quis?

Por que essas pessoas deveriam participar?

Considerando que este é um programa de atendimento à família, quem é a sua família?

Eixo 2 – A participação no tratamento: vivência, dia-a-dia e momentos marcantes

Como foi recebido(a) no Hospital-Dia?

Como foi o primeiro dia de atendimento do qual participou?

O que pensou e sentiu durante esse atendimento?

Como foi embora no primeiro dia?

De quais atividades participou ao longo do processo?

Como cada uma delas acontecia?

Essa participação era como imaginava antes?

Em que se assemelhava? Em que foi diferente?

Como era tomada a decisão de quais atividades participaria?

Qual foi um momento marcante nessa participação?

Quem fez parte desse momento?

O que aconteceu?

Por que foi tão especial?

Como imagina que o familiar internado enxergou a participação?

Como imagina que a equipe do Hospital-Dia enxergou a participação?

Quem mais tem uma opinião sobre a participação? Qual?

Qual o papel da família em nesse processo?

Estabeleceu novas relações durante este tempo?

Eixo 3 – Após o Hospital-Dia: alta, vida atual e perspectivas

Como foi o processo da alta do familiar internado?

O que isso significou para a participação no programa de atendimento às famílias?

Continua participando?

Como enxerga os objetivos do tratamento hoje?

Isso é diferente de como via antes?

Quais três coisas foram positivas nesta vivência?

Quais três sugestões daria para a equipe?

O que falaria para novas famílias de pessoas sendo internadas?

O que espera que aconteça em seguida?

APÊNDICE D – Tabela Temática da Entrevista 1

Tabela 9 – Análise temática da entrevista com Anna.

Recortes temporais	Temas	Manifestação do tema no cotidiano	Anna
Famílias em sofrimento.	O surgimento da doença e suas consequências na vida familiar.	Agressões físicas e verbais.	Empurrões; murro; tentativa de matar Anna com uma faca; pichação nas paredes no quarto.
		Preocupação constante.	Envolvimento de Carlos com drogas; preocupação com novos surtos; necessidade de esconder objetos perigosos dentro de casa.
		Tentativas de suicídio do paciente.	Toma álcool e remédios, em 2009. Acerta uma caneta na própria jugular.
		Prejuízos ao trabalho/emprego.	Fechou a loja de bonsai para cuidar do Carlos.
		Culpabilização da família.	Um médico do CAPS diz que os pais é que precisam aprender a lidar com o filho e os encaminha para terapia.
		Problemáticas sociais.	Envolvimento breve com drogas e com traficantes.
		Sentimento de desamparo (estar perdido; não saber o que fazer).	-
		Adoecimento dos familiares.	-
		Desentendimentos na família.	-
		Preconceito.	Não diretamente, mas percebe que falar sobre “psiquiatra” e “doença mental” é um tabu: as pessoas acham que se trata de um imbecil. Preconceito impede procura de tratamento adequado.

	As passagens por serviços de saúde.	“Peregrinação” pelos serviços de saúde.	Terapia particular com psicóloga; tratamento com três psiquiatras; UTI; Enfermaria; postinho, CAPS; UE; HC
		Dificuldades de acesso aos serviços.	Precisa ligar para o coordenador da saúde mental para conseguir vaga no CAPS; HC dá alta com o Carlos ainda em crise; passa uma semana “acampados” no postinho exigindo uma avaliação e vaga para algum tratamento.
		A chegada ao HD.	Depois do postinho, vai para a UE; interna um mês e meio no HC e é encaminhado para o HD.
Famílias em tratamento.	O cuidado à família.	Acolhimento.	Solidariedade, calor humano.
		Espaço para reflexão sobre si e fortalecimento pessoal.	Nos passeios: todo mundo é igual (profissionais, pacientes e familiares).
		Sentimento de segurança: trabalho feito por profissionais qualificados.	As pessoas se analisam, refletem sobre seus valores.
	O aprendizado sobre a doença mental.		Fortalecimento emocional.
		Diagnóstico e/ou aceitação da existência da doença.	-
		Informações sobre a doença.	-
		Informações sobre como lidar com situações advindas da doença.	-
	A transformação das relações	Espaço de diálogo sobre questões familiares.	-

	familiares.		
	O cuidado com o familiar em semi-internação.	Sentimento de segurança e cuidado para o paciente. Participação como responsabilidade.	Forma de mostrar para o Carlos que se interessa por ele. -
	A ajuda mútua entre as famílias.	Sentimento de não ser o único a passar pela experiência da doença mental. Própria experiência ajuda aos outros. Ampliação da rede social.	Importante para o Carlos notar isto. “Tem gente sofrendo tanto ou mais do que a gente”. “O grupo” vai trabalhando com as pessoas. Chama familiares de outros pacientes para jantar em casa.
Famílias em desenvolvimento.	As mudanças atribuídas à participação HD.	Melhora do paciente.	“Estamos tendo nosso filho de volta. Senta, conversa, dá risada”.
		Cura do paciente.	-
		Tranquilidade na vida em casa.	-
		Melhora no relacionamento entre os familiares.	Especialmente entre Carlos e o pai, que hoje se tornaram mais amigos.
	Os desafios da vida pós-alta.	Transposição do aprendizado no HD para a vida cotidiana. Conviver com o que não mudou. Transformação da sociedade e das práticas de cuidado.	- O Carlos ainda continua lento e sem vontade de estudar. Quer abandonar a escola.
	As perspectivas imaginadas.	Continuidade da melhora. Novas dificuldades, enfrentamentos	- As crises não acabam por completo, mas

diferentes.

continuar participando do HD ajuda a lidar
com as novas situações.

APÊNDICE E – Tabela Temática da Entrevista 2

Tabela 10 – Análise temática da entrevista com Sandra.

Recortes temporais	Temas	Manifestação do tema no cotidiano	Sandra
Famílias em sofrimento.	O surgimento da doença e suas consequências na vida familiar.	Agressões físicas e verbais.	-
		Preocupação constante.	-
		Tentativas de suicídio do paciente.	-
		Prejuízos ao trabalho/emprego.	-
		Culpabilização da família.	-
		Problemáticas sociais.	-
		Sentimento de desamparo (estar perdido; não saber o que fazer).	Sentimento de impotência.
		Adoecimento dos familiares.	Parecia que a família também enlouqueceria diante do problema. A família adocece junto.
		Desentendimentos na família.	-
		Preconceito.	-
	As passagens por serviços de saúde.	“Peregrinação” pelos serviços de saúde.	-
		Dificuldades de acesso aos serviços.	-
		A chegada ao HD.	Procurou a Psiquiatria no HC, que encaminhou para o HD.

Famílias em tratamento.	O cuidado à família.	Acolhimento.	<p>Forma dos profissionais conversarem na nuclear: percepção de como eles dão importância.</p> <p>Proteção, carinho.</p> <p>É como uma família que te abraça.</p> <p>Nas festinhas: todo mundo é igual (profissionais, pacientes e familiares).</p>
		Espaço para reflexão sobre si e fortalecimento pessoal.	<p>Diálogos nas nucleares levam a uma autoanálise sobre o tipo de mãe que é. Se dá conta que precisou da doença da filha para se aproximarem.</p>
		Sentimento de segurança: trabalho feito por profissionais qualificados.	<p>Se algo estivesse sendo feito/dito errado, os profissionais falariam. Eles prestavam muito atenção ao que era falado, é gente competente.</p>
	O aprendizado sobre a doença mental.	<p>Diagnóstico e/ou aceitação da existência da doença.</p> <p>Informações sobre a doença.</p> <p>Informações sobre como lidar com situações advindas da doença.</p>	<p>Não sabia que aquele tipo de comportamento poderia ser um problema psiquiátrico.</p> <p>Aprendeu que existia essa doença: transtorno de personalidade Borderline. Era doença, não manha, nem rebeldia.</p> <p>Entender o que é a doença e que não é fácil.</p> <p>Muda o direcionamento, considerando que é doença: busca o diálogo.</p>
	A transformação das relações	Espaço de diálogo sobre questões	<p>Nas reuniões familiares, diálogo sobre a</p>

	familiares.	familiares.	relação mãe e filha, que não existia antes.
	O cuidado com o familiar em semi-internação.	Sentimento de segurança e cuidado para o paciente. Participação como responsabilidade.	- É a Sandra quem acompanha de forma geral. É quem tem mais disponibilidade. Passa informações para o restante da família.
	A ajuda mútua entre as famílias.	Sentimento de não ser o único a passar pela experiência da doença mental. Própria experiência ajuda aos outros. Ampliação da rede social.	Depoimentos dos outros mostravam como certas coisas se repetiam nas diferentes famílias. - Laura ficou muito amiga de outra paciente, Carolina.
Famílias em desenvolvimento.	As mudanças atribuídas à participação HD.	Melhora do paciente. Cura do paciente. Tranquilidade na vida em casa. Melhora no relacionamento entre os familiares.	Laura está mais animada. - Entender que “não tem cura, mas tem solução”. Aprenderam a conversar no HD.
	Os desafios da vida pós-alta.	Transposição do aprendizado no HD para a vida cotidiana. Conviver com o que não mudou.	Às vezes é difícil repetir em casa o tipo de conversa que tinham no HD. Fica meio perdida sem o HD. É um vício. Laura continua se machucando e Sandra não entende porquê.

	Transformação da sociedade e das práticas de cuidado.	-
As perspectivas imaginadas.	Continuidade da melhora. Novas dificuldades, enfrentamentos diferentes.	- Mesmo não participando, já sabe onde procurar: livros, internet. Tem direcionamento.

APÊNDICE F – Tabela Temática da Entrevista 3

Tabela 11 – Análise temática da entrevista com Lia.

Recortes temporais	Temas	Manifestação do tema no cotidiano	Lia
Famílias em sofrimento.	O surgimento da doença e suas consequências na vida familiar.	Agressões físicas e verbais.	João batia em Lia; quebrava as coisas em casa.
		Preocupação constante.	Lia está sempre alerta, pois se preocupa de que as coisas saiam do controle antes que ela possa agir.
		Tentativas de suicídio do paciente.	Tentou se enforcar na época do casamento do filho.
		Prejuízos ao trabalho/emprego.	João não trabalhava.
		Culpabilização da família.	-
		Problemáticas sociais.	João bebia excessivamente; roubava dinheiro em casa; bateu o carro três vezes.
		Sentimento de desamparo (estar perdido; não saber o que fazer).	-
		Adoecimento dos familiares.	“A gente adocece junto, não tem jeito”. Depressão. Tudo o que acontece com João atinge muito a Lia.
		Desentendimentos na família.	-
		Preconceito.	João era chamado de louco.
	As passagens por serviços de saúde.	“Peregrinação” pelos serviços de saúde.	Primeira internação aos 17 anos, como “louco”. Psiquiatra particular; psiquiatra do INSS (indica o diagnóstico de bipolaridade). Internação no HD, duas vezes; Santa Tereza, terceiro andar aqui do Hospital das Clínicas, o Hospital São Vicente de Paula.

		Dificuldades de acesso aos serviços. A chegada ao HD.	- Psiquiatra do João já foi residente no HD.
Famílias em tratamento.	O cuidado à família.	Acolhimento. Espaço para reflexão sobre si e fortalecimento pessoal. Sentimento de segurança: trabalho feito por profissionais qualificados.	Tratamento com dignidade. Nos passeios: todo mundo é igual (profissionais, pacientes e familiares). Sempre que chega, é recepcionado com alegria. Carinho com que é tratado parece uma família. Sentimento de orgulho de si mesmo. Profissionais narrando sua vida.
	O aprendizado sobre a doença mental.	Diagnóstico e/ou aceitação da existência da doença. Informações sobre a doença. Informações sobre como lidar com situações advindas da doença.	- - -
	A transformação das relações familiares.	Espaço de diálogo sobre questões familiares.	Na reunião familiar, especialmente, onde discutiram a própria relação. Criou-se a possibilidade de conversa: pedidos de atenção para Lia; estratégias para lidar com situações futuras da doença (João dar uma pista de que algo não vai bem).
	O cuidado com o familiar em	Sentimento de segurança e cuidado para o paciente.	Lia pensa que João se sente cuidado com sua presença no HD.

	semi-internação.	Participação como responsabilidade.	-
	A ajuda mútua entre as famílias.	Sentimento de não ser o único a passar pela experiência da doença mental. Própria experiência ajuda aos outros. Ampliação da rede social.	- Vontade de continuar participando para levar sua experiência aos outros no grupo de família. Estabeleceu boas relações no HD, especialmente com a esposa de outro paciente, com quem sempre conversa ao telefone.
Famílias em desenvolvimento.	As mudanças atribuídas à participação HD.	Melhora do paciente. Cura do paciente. Tranquilidade na vida em casa. Melhora no relacionamento entre os familiares.	Diminuiu os remédios. Está mais presente e ativo na vida familiar. - - Mudança no relacionamento do casal: união; possibilidade de Lia cobrar por atenção.
	Os desafios da vida pós-alta.	Transposição do aprendizado no HD para a vida cotidiana. Conviver com o que não mudou. Transformação da sociedade e das práticas de cuidado.	- - -
	As perspectivas imaginadas.	Continuidade da melhora. Novas dificuldades, enfrentamentos diferentes.	Que o João continue participativo como está após o HD e que não tenha mais crises. Medo de voltar os problemas e não ser capaz de enfrentar, apesar de se sentir diferente para esta tarefa. Estratégias com João: avisar para Lia quando perceber que está ficando mal.

APÊNDICE G – Tabela Temática da Entrevista 4

Tabela 12 – Análise temática da entrevista com Luísa.

Recortes temporais	Temas	Manifestação do tema no cotidiano	Luísa
Famílias em sofrimento.	O surgimento da doença e suas consequências na vida familiar.	Agressões físicas e verbais.	-
		Preocupação constante.	Não gosta de deixar a mãe sozinha.
		Tentativas de suicídio do paciente.	Gigi falava em se matar algumas vezes, mas nunca chegou a tentar.
		Prejuízos ao trabalho/emprego.	-
		Culpabilização da família.	-
		Problemáticas sociais.	-
		Sentimento de desamparo (estar perdido; não saber o que fazer).	-
		Adoecimento dos familiares.	-
		Desentendimentos na família.	-
		Preconceito.	-
	As passagens por serviços de saúde.	“Peregrinação” pelos serviços de saúde.	-
		Dificuldades de acesso aos serviços.	-
		A chegada ao HD.	Psiquiatra particular da Gigi.
Famílias em tratamento.	O cuidado à família.	Acolhimento.	-
		Espaço para reflexão sobre si e fortalecimento pessoal.	Participar dava mais força para continuar.
		Sentimento de segurança: trabalho feito por profissionais qualificados.	-

	O aprendizado sobre a doença mental.	<p>Diagnóstico e/ou aceitação da existência da doença.</p> <p>Informações sobre a doença.</p> <p>Informações sobre como lidar com situações advindas da doença.</p>	<p>-</p> <p>-</p> <p>A família tem que aprender como lidar com o paciente (tanto pela equipe, quanto escutando o que outros familiares mais experientes relatam).</p>
	A transformação das relações familiares.	Espaço de diálogo sobre questões familiares.	-
	O cuidado com o familiar em semi-internação.	<p>Sentimento de segurança e cuidado para o paciente.</p> <p>Participação como responsabilidade.</p>	<p>Gigi se sentia segura por Luísa estar presente, junto.</p> <p>Alguém da família tinha que ir e era mais fácil pra Luísa. Foi por vontade própria. Luísa já acompanhava em todas as outras consultas. Não foi uma surpresa essa responsabilidade de participar.</p>
	A ajuda mútua entre as famílias.	<p>Sentimento de não ser o único a passar pela experiência da doença mental.</p> <p>Própria experiência ajuda aos outros.</p> <p>Ampliação da rede social.</p>	<p>-</p> <p>-</p> <p>Aconteceu apenas dentro do HD. Luísa diz que “acaba criando um carinho pelas pessoas”</p>
Famílias em desenvolvimento.	As mudanças atribuídas à participação HD.	Melhora do paciente.	Está indo bem. Gigi sai de casa só para ir ao médico, mas está mais animada do que antes. Não está mais dopada.

	Cura do paciente.	-	
	Tranquilidade na vida em casa.	-	
	Melhora no relacionamento entre os familiares.	-	
Os desafios da vida pós-alta.	Transposição do aprendizado no HD para a vida cotidiana.	-	
	Conviver com o que não mudou.	-	
	Transformação da sociedade e das práticas de cuidado.	-	
As perspectivas imaginadas.	Continuidade da melhora.		Gigi voltou para o antigo psiquiatra. Luísa espera que não regreda ao quadro anterior.
	Novas dificuldades, enfrentamentos diferentes.	-	

APÊNDICE H – Tabela Temática da Entrevista 5

Tabela 13 – Análise temática da entrevista com Mário.

Recortes temporais	Temas	Manifestação do tema no cotidiano	Mário
Famílias em sofrimento.	O surgimento da doença e suas consequências na vida familiar.	Agressões físicas e verbais.	Não aconteceram diretamente com a família. Quando o Adriano “surtou”, ele pediu para todos saírem, enquanto batia nas paredes de casa e quebrava coisas.
		Preocupação constante.	-
		Tentativas de suicídio do paciente.	Adriano tentou pular pela janela.
		Prejuízos ao trabalho/emprego.	-
		Culpabilização da família.	-
		Problemáticas sociais.	Adriano fez R\$14mil em dívidas, que os pais precisaram pagar.
		Sentimento de desamparo (estar perdido; não saber o que fazer).	-
		Adoecimento dos familiares.	A família fica doente porque não esquece em nenhum momento a respeito da doença. Preocupação constante com o que pode acontecer com o filho e com os outros.
		Desentendimentos na família.	-
		Preconceito.	O Adriano virou piada na família quando foi afastado por depressão.
	As passagens por serviços de saúde.	“Peregrinação” pelos serviços de saúde.	Psiquiatra particular; HC; UE, HD.
		Dificuldades de acesso aos serviços.	-

Famílias em tratamento.	O cuidado à família.	A chegada ao HD.	Atendido por um psiquiatra que o encaminhou para internação no HC e depois para o HD. O próprio Adriano, que trabalhava no HC, pediu para voltar ao HD na segunda vez.
		Acolhimento.	Conversa de corredor com o psicólogo. Psicólogo e assistente social viraram como filhos para Mário e a esposa. Amizade com o enfermeiro. Festinhas.
		Espaço para reflexão sobre si e fortalecimento pessoal.	A esposa de Mário, que estava bem abatida, se fortaleceu muito com a participação. A família precisa prestar atenção em si para também se curar.
	O aprendizado sobre a doença mental.	Sentimento de segurança: trabalho feito por profissionais qualificados.	De “psicólogo é papo furado” para admiração desse profissional
		Diagnóstico e/ou aceitação da existência da doença.	Apesar de até hoje ter dúvidas quanto ao diagnóstico, participar fez com que ele entendesse que o filho realmente estava doente. Percepção de que a família também estava doente.
		Informações sobre a doença. Informações sobre como lidar com situações advindas da doença.	- Aprende o tratamento no HD para fazer “lá fora” com o paciente.
Famílias em tratamento.	A transformação das relações	Espaço de diálogo sobre questões familiares.	Adriano diz que a reunião familiar “Abriu uma janela para o relacionamento dos dois”. Mário ficou surpreso, pois não sabia que havia

	familiares.		problemas. Percebeu uma abertura enorme do Adriano após este dia. Começou a haver diálogo em casa.
	O cuidado com o familiar em semi-internação.	Sentimento de segurança e cuidado para o paciente. Participação como responsabilidade.	- -
	A ajuda mútua entre as famílias.	Sentimento de não ser o único a passar pela experiência da doença mental. Própria experiência ajuda aos outros. Ampliação da rede social.	Ver os problemas dos outros, ajudava a perceber como o próprio problema era real e também possível de melhorar. “Por mais que meu filho é fantasista, mas e os outros? Todo mundo inventa igual? Não pode ser.” Esposa não quis continuar participando, porque ouvir os problemas, depois da melhora do Adriano, a deixava mal. Nos grupos, Mário sentia-se parte do acolhimento a novos membros. -
Famílias em desenvolvimento.	As mudanças atribuídas à participação HD.	Melhora do paciente. Cura do paciente. Tranquilidade na vida em casa. Melhora no relacionamento entre os familiares.	Sozinho não cura. Adriano saiu do HD 70% melhor. Foi lá que abriu a possibilidade de melhora. “Hoje em dia ele não tem nada.” Apesar do diagnóstico de transtorno bipolar, o Adriano parou de tomar os remédios há mais de ano e está bem. - Maior proximidade e abertura no relacionamento com Adriano. Possibilidade de falar mais diretamente sobre mais assuntos e com maior

		intimidade.
Os desafios da vida pós-alta.	Transposição do aprendizado no HD para a vida cotidiana.	-
	Conviver com o que não mudou.	-
	Transformação da sociedade e das práticas de cuidado.	-
As perspectivas imaginadas.	Continuidade da melhora.	Adriano não parece realmente ter transtorno bipolar, pois já parou o medicamento e está ótimo.
	Novas dificuldades, enfrentamentos diferentes.	-

APÊNDICE I – Tabela Temática da Entrevista 7

Tabela 14 – Análise temática da entrevista com Paulo.

Recortes temporais	Temas	Manifestação do tema no cotidiano	Paulo
Famílias em sofrimento.	O surgimento da doença e suas consequências na vida familiar.	<p>Agressões físicas e verbais.</p> <p>Preocupação constante.</p> <p>Tentativas de suicídio do paciente.</p> <p>Prejuízos ao trabalho/emprego.</p> <p>Culpabilização da família.</p> <p>Problemáticas sociais.</p> <p>Sentimento de desamparo (estar perdido; não saber o que fazer).</p> <p>Adoecimento dos familiares.</p> <p>Desentendimentos na família.</p> <p>Preconceito.</p>	<p>Carlos ameaçou de morte alguns parentes de Paulo.</p> <p>Carlos apresentava comportamentos arriscados, como andar de bicicleta à máxima velocidade, se envolver com drogas.</p> <p>Receio de deixá-lo sozinho em casa.</p> <p>“Tá alterando o meu dia a dia. O meu jeito. O meu comportamento”.</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>Um médico do CAPS diz que os pais é que precisam aprender a lidar com o filho e os encaminha para terapia.</p> <p>Envolvimento do Carlos com traficantes.</p> <p>Procurando saber o que fazer. Ligaram para dezenas de instituições.</p> <p>-</p> <p>As pessoas ainda não encaram com naturalidade o problema psiquiátrico. O próprio Paulo diz que já se sentiu assim, quando era mais novo. Mas ele questiona hoje o que é normalidade. Será que todo mundo não tem traços de transtornos?</p>

	As passagens por serviços de saúde.	<p>“Peregrinação” pelos serviços de saúde.</p> <p>Dificuldades de acesso aos serviços.</p> <p>A chegada ao HD.</p>	<p>Posto de saúde; CAPS; UE; HC; HD.</p> <p>Precisaram ficar uma semana no postinho de saúde para conseguir uma vaga na UE. Houve uma vez no HC em que o Carlos teve alta ainda em crise.</p> <p>Um médico do HC, em uma das internações, propõe o HD como opção.</p>
Famílias em tratamento.	O cuidado à família.	<p>Acolhimento.</p> <p>Espaço para reflexão sobre si e fortalecimento pessoal.</p> <p>Sentimento de segurança: trabalho feito por profissionais qualificados.</p>	<p>O atendimento é humano. Todo mundo cumprimenta olhando no olho. O sorriso, o “bom dia” cria uma sensação verdadeira de estar em casa fora de casa. As festas promovem um lugar em que todo mundo está junto, num ambiente diferente. Pessoas tratando de pessoas.</p> <p>A família encontra suporte para poder cuidar do paciente. Participar de alguns grupos promover um olhar para dentro, para si mesmo, e de melhor percepção do mundo à volta.</p> <p>Dá segurança para os familiares saber que as atividades estão sendo acompanhadas. Tudo o que é falado está sendo filtrado. As pessoas estão ali realmente fazendo o que sabem fazer.</p>
	O aprendizado sobre a doença mental.	<p>Diagnóstico e/ou aceitação da existência da doença.</p> <p>Informações sobre a doença.</p>	<p>-</p> <p>-</p>

		Informações sobre como lidar com situações advindas da doença.	-
	A transformação das relações familiares.	Espaço de diálogo sobre questões familiares.	-
	O cuidado com o familiar em semi-internação.	Sentimento de segurança e cuidado para o paciente.	Sentimento do Carlos de “Eles (os pais) estão aprendendo a fazer direito”. A participação mais de perto do Paulo transforma sua relação com o filho, que percebe que o pai está realmente a fim de ajudá-lo.
		Participação como responsabilidade.	-
	A ajuda mútua entre as famílias.	Sentimento de não ser o único a passar pela experiência da doença mental. Própria experiência ajuda aos outros.	A simples troca de informações e o contato com outras famílias já é de grande ajuda. Conversando, participando das reuniões, Paulo e Anna estavam a fim de ajudar não só ao próprio filho, mas também aos outros.
		Ampliação da rede social.	Contato no corre-corre com várias pessoas. Maior proximidade com o casal Chico e Rosa, com quem se encontram de vez em quando.
Famílias em desenvolvimento.	As mudanças atribuídas à participação HD.	Melhora do paciente.	Carlos hoje consegue prestar atenção em si mesmo e observar quando está ficando mais agitado, mais depressivo, etc. Isso contribui muito para que continue bem.
		Cura do paciente.	-
		Tranquilidade na vida em casa.	-
		Melhora no relacionamento entre os	O relacionamento entre Carlos e Paulo era bom,

	familiares.	mas mais distante. A partir do HD, se aproximaram muito.
Os desafios da vida pós-alta.	Transposição do aprendizado no HD para a vida cotidiana.	-
	Conviver com o que não mudou.	Paulo ainda tem receio de deixar Carlos sozinho em casa. Algumas coisas são “da personalidade” dele, como alguma rebeldia, por exemplo.
	Transformação da sociedade e das práticas de cuidado.	-
As perspectivas imaginadas.	Continuidade da melhora.	-
	Novas dificuldades, enfrentamentos diferentes.	Provavelmente os altos e baixos do Carlos ainda vão incluir outras interações, mas agora os pais já sabem a onde recorrer.

APÊNDICE J – Tabela Temática da Entrevista 8

Tabela 15 – Análise temática da entrevista com Amanda.

Recortes temporais	Temas	Manifestação do tema no cotidiano	Amanda
Famílias em sofrimento.	O surgimento da doença e suas consequências na vida familiar.	Agressões físicas e verbais.	Carolina se machucava.
		Preocupação constante.	Carolina chegou a ter três crises no mesmo dia. Ela se machucava, causando preocupação constante em Amanda. Amanda não conseguia dormir.
		Tentativas de suicídio do paciente.	-
		Prejuízos ao trabalho/emprego.	“Trabalhar era quase impossível”.
		Culpabilização da família.	-
		Problemáticas sociais.	-
		Sentimento de desamparo (estar perdido; não saber o que fazer).	Não sabia como ajudar. Às vezes, acabava atrapalhando, mesmo com boa intenção. Ficava meio perdida.
		Adoecimento dos familiares.	Amanda quase entrou em depressão uma época, por observar o sofrimento da filha e não saber o que fazer.
		Desentendimentos na família.	-
		Preconceito.	-
	As passagens por serviços de saúde.	“Peregrinação” pelos serviços de saúde.	-
		Dificuldades de acesso aos serviços.	-
		A chegada ao HD.	Carolina era atendida por um psiquiatra particular, que encaminhou para o HD.

Famílias em tratamento.	O cuidado à família.	Acolhimento.	Gostou muito da equipe. De zero a dez, é mil. É um pessoal humano. É acolhedor como um pai e uma mãe. O HD é uma casa de paz e tranquilidade. Do médico à faxineira, todo mundo é muito gente boa.
		Espaço para reflexão sobre si e fortalecimento pessoal.	Os familiares precisam de ajuda. É preciso estar muito forte para ver alguém se machucando e conseguir ficar bem. As festinhas são muito animadoras. Nesse dia, os problemas são esquecidos. “Ajudou muito, não só a ela, como também a mim”.
		Sentimento de segurança: trabalho feito por profissionais qualificados.	Sentimento de proteção gerado pelo acolhimento.
	O aprendizado sobre a doença mental.	Diagnóstico e/ou aceitação da existência da doença. Informações sobre a doença.	- Procurando diferenciar o que era doença do que era “birra”, sobretudo para não desconsiderar o sofrimento de Carolina.
		Informações sobre como lidar com situações advindas da doença.	-
	A transformação das relações familiares.	Espaço de diálogo sobre questões familiares.	Nas reuniões familiares, era um espaço para cuidar e discutir essa relação entre mãe e filha. Foi um jeito de Carolina ver “o lado bom” de Amanda. Carolina que dizia que a Amanda era uma

			mãe ausente, passa a enxergá-la como alguém disponível. Com as reuniões familiares, se tornam amigas.
	O cuidado com o familiar em semi-internação.	Sentimento de segurança e cuidado para o paciente. Participação como responsabilidade.	- -
	A ajuda mútua entre as famílias.	Sentimento de não ser o único a passar pela experiência da doença mental. Própria experiência ajuda aos outros. Ampliação da rede social.	- - -
Famílias em desenvolvimento.	As mudanças atribuídas à participação HD.	Melhora do paciente.	Hoje está bem melhor, foi melhorando a cada dia.
		Cura do paciente.	-
		Tranquilidade na vida em casa.	-
		Melhora no relacionamento entre os familiares.	Amanda e Carolina hoje são amigas. Se dão muito bem.
	Os desafios da vida pós-alta.	Transposição do aprendizado no HD para a vida cotidiana. Conviver com o que não mudou.	- Carolina continua tendo necessidade de se machucar algumas vezes. O médico disse que isso é esperado. Carolina continua afastada, sem trabalhar, gerando uma carga financeira pesada para a família.

	Transformação da sociedade e das práticas de cuidado.	-
As perspectivas imaginadas.	Continuidade da melhora.	Espera que fique cada vez melhor. Os médicos dizem que não é possível curar, mas Amanda acredita que nada é impossível.
	Novas dificuldades, enfrentamentos diferentes.	Mesmo com a Carolina ainda se machucando, hoje ela é capaz de avisar Amanda sobre quando não está se sentindo bem e pedir ajuda.

APÊNDICE K – Tabela Temática da Entrevista 9

Tabela 16 – Análise temática da entrevista com Lúcia.

Recortes temporais	Temas	Manifestação do tema no cotidiano	Lúcia
Famílias em sofrimento.	O surgimento da doença e suas consequências na vida familiar.	Agressões físicas e verbais.	Leandro xingava os pais, agrediu fisicamente o pai diversas vezes. Ameaçou a mãe de morte.
		Preocupação constante.	Leandro chegou a um estado em que Lúcia não conseguia mais se despreocupar. Ele fugia da cidade.
		Tentativas de suicídio do paciente.	Leandro tomou remédios com água sanitária.
		Prejuízos ao trabalho/emprego.	Lúcia tinha que faltar no emprego, tentando conseguir vaga pro Leandro. Não tinha cabeça para trabalhar direito mais.
		Culpabilização da família.	Fernando e Leandro diziam que Lúcia havia criado uma esquizofrenia nele. Lúcia se sentiu culpada por muito tempo, acreditando nisto.
		Problemáticas sociais.	-
		Sentimento de desamparo (estar perdido; não saber o que fazer).	Não entendia sobre a doença, nem sabia o que fazer, como proceder. Procurou vários serviços de saúde, leituras, religião, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais. Nada parecia resolver. Lúcia se sentia sozinha e sem apoio.
		Adoecimento dos familiares.	Lúcia estava exausta e perturbada. Chegou a pensar em suicídio, caso o filho fizesse isto também.
		Desentendimentos na família.	Lúcia e Fernando se desentenderam muito no processo. Fernando resistia, dizendo que o filho não era doente. Separação do casal. “A minha casa estava de pernas pro ar!”

		Preconceito.	Não tinha mais controle sobre a própria casa: entrava e saía gente a todo momento, Leandro gritava com a vizinhança. -
	As passagens por serviços de saúde.	“Peregrinação” pelos serviços de saúde.	Leandro teve quatro internações. Quatorze anos de história da doença. HC; ambulatório; Santa Tereza; UBDS; CAPS 3. Lúcia fez escândalos nos serviços de saúde, por demorar e dificuldades no tratamento.
		Dificuldades de acesso aos serviços.	Já chegou a ficar três dias em UBDS por falta de vaga.
		A chegada ao HD.	Depois de um escândalo no CAPS, em que ela disse que o tratamento era paliativo e eles não fazia o que precisava (conscientizar o Leandro de que ele é doente e precisa de remédios), encaminharam o Leandro para o HD.
Famílias em tratamento.	O cuidado à família.	Acolhimento. Espaço para reflexão sobre si e fortalecimento pessoal. Sentimento de segurança: trabalho feito por profissionais qualificados.	“Todo esse vínculo, a gente vem aqui e conversa”. Lúcia continua participando dos grupos de pós-alta. É uma forma de se fortalecer, ter com quem contar. -
	O aprendizado sobre a doença mental.	Diagnóstico e/ou aceitação da existência da doença. Informações sobre a doença.	- -

		Informações sobre como lidar com situações advindas da doença.	-
	A transformação das relações familiares.	Espaço de diálogo sobre questões familiares.	“Uma lavagem de roupa suja.” Único lugar onde Lúcia, Fernando e Leandro puderam discutir seu relacionamento em casa. Melhora desse relacionamento: mesmo separados, dá para conviver bem. Ainda são uma família e o foco precisa ser o bem estar do Leandro.
	O cuidado com o familiar em semi-internação.	Sentimento de segurança e cuidado para o paciente. Participação como responsabilidade.	- -
	A ajuda mútua entre as famílias.	Sentimento de não ser o único a passar pela experiência da doença mental. Própria experiência ajuda aos outros. Ampliação da rede social.	Conheceu várias outras histórias. - -
Famílias em desenvolvimento.	As mudanças atribuídas à participação HD.	Melhora do paciente.	Leandro voltou a ser carinhoso, fácil de lidar. Está tomando o remédio e não quer deixar de tomar. Faz acompanhamento médico.
		Cura do paciente.	-
		Tranquilidade na vida em casa.	A vida está bem melhor e tranquila. Voltaram a ter uma vida normal
		Melhora no relacionamento entre os familiares.	A família está programando uma viagem junta. Conseguem sentar para assistir TV, dormir.
	Os desafios da	Transposição do aprendizado no HD	-

vida pós-alta.	para a vida cotidiana. Conviver com o que não mudou. Transformação da sociedade e das práticas de cuidado.	- - Lúcia demonstra preocupação em pensar novas formas de acesso aos serviços e cuidados com o paciente e com a família. Busca se articular em associações, etc.
As perspectivas imaginadas.	Continuidade da melhora. Novas dificuldades, enfrentamentos diferentes.	- “Ele tem as esquisitices dele, mas nós tiramos de letra.” Leandro vai trabalhar/estudar apenas se quiser. Desde que continue essa tranquilidade, é isso o que importa para Lúcia.

APÊNDICE L – Tabela Temática da Entrevista 10

Tabela 17 – Análise temática da entrevista com Fernando.

Recortes temporais	Temas	Manifestação do tema no cotidiano	Fernando
Famílias em sofrimento.	O surgimento da doença e suas consequências na vida familiar.	Agressões físicas e verbais.	Leandro ficava agressivo sem motivo aparente.
		Preocupação constante.	-
		Tentativas de suicídio do paciente.	Algumas vezes.
		Prejuízos ao trabalho/emprego.	-
		Culpabilização da família.	-
		Problemáticas sociais.	-
		Sentimento de desamparo (estar perdido; não saber o que fazer).	-
		Adoecimento dos familiares.	-
		Desentendimentos na família.	-
		Preconceito.	-
	As passagens por serviços de saúde.	“Peregrinação” pelos serviços de saúde.	CAPS 3; HC
		Dificuldades de acesso aos serviços.	O HD é um lugar que vale muito a pena, mas o acesso é difícil devido ao reduzido número de vagas.
		A chegada ao HD.	Médica que trabalhava no CAPS 3 e no HD encaminha o Leandro.

Famílias em tratamento.	O cuidado à família.	Acolhimento.	Um dos psiquiatras é uma pessoa que deixa a família bem à vontade, envolve bastante. Os momentos dos passeios são bons também.
		Espaço para reflexão sobre si e fortalecimento pessoal.	-
		Sentimento de segurança: trabalho feito por profissionais qualificados.	-
	O aprendizado sobre a doença mental.	Diagnóstico e/ou aceitação da existência da doença.	-
		Informações sobre a doença.	A família precisa de conhecimento sobre a doença para poder ajudar.
		Informações sobre como lidar com situações advindas da doença.	-
	A transformação das relações familiares.	Espaço de diálogo sobre questões familiares.	Conversas sobre o que incomodava o Leandro.
			Abertura dos pais para ajudarem o filho.
	O cuidado com o familiar em semi-internação.	Sentimento de segurança e cuidado para o paciente.	-
		Participação como responsabilidade.	-
	A ajuda mútua entre as famílias.	Sentimento de não ser o único a passar pela experiência da doença mental.	-
		Própria experiência ajuda aos outros.	-
		Ampliação da rede social.	-

Famílias em desenvolvimento.	As mudanças atribuídas à participação HD.	Melhora do paciente.	No HD, o Leandro se conscientizou de que é doente e precisa tomar o remédio. Uma vez que começou a sentir melhora, continuou o tratamento e isso melhorou ainda mais.
		Cura do paciente.	-
		Tranquilidade na vida em casa.	-
		Melhora no relacionamento entre os familiares.	Fernando acompanha Leandro no tratamento no HC. Os dois têm estado mais próximos.
	Os desafios da vida pós-alta.	Transposição do aprendizado no HD para a vida cotidiana.	-
		Conviver com o que não mudou.	-
		Transformação da sociedade e das práticas de cuidado.	-
	As perspectivas imaginadas.	Continuidade da melhora.	-
		Novas dificuldades, enfrentamentos diferentes.	-

ANEXO – Ofício relativo à aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa

16/03/2011

Folha de Rosto

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

01.1.2083.59.0

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS					FR - 410140
Projeto de Pesquisa					
Sentidos construídos por familiares de portadores de doença mental acerca da participação da família no tratamento					
Área de Conhecimento				Grupo	Nível
7.00 - Ciências Humanas - 7.07 - Psicologia				Grupo III	
Área(s) Temática(s) Especial(is)				Fase	
				Não se Aplica	
Unitermos					
família, saúde mental, terapêutica, terapia familiar					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro	Total Brasil	Nº de Sujeitos Total	Grupos Especiais		
16	16	16			
Placebo	Medicamentos	Wash-out	Sem Tratamento Específico	Banco de Materiais Biológicos	
NAO	HIV / AIDS NAO	NAO	NAO	NAO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável			CPF	Identidade	
Pedro Pablo Sampaio Martins			016.194.396-97	MG-14.708.282	
Área de Especialização			Maiores Titulação	Nacionalidade	
PSICOLOGIA			GRADUAÇÃO	BRASILEIRO	
Endereço			Bairro	Cidade	
RUA SÃO SALVADOR, 328, APTO 32			SUMAREZINHO	RIBEIRÃO PRETO - SP	
Código Postal	Telefone	Fax	Email		
14055-260	1 (16) 8158-7614		pedropablomartins@gmail.com		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.					
Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.					
Data: 16 / 03 / 2011			Assinatura		
Instituição Proponente					
Nome		CNPJ	Nacional/Internacional		
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - FFCLRP-USP		63.025.530/0081-99	Nacional		
Unidade/Orgão		Participação Estrangeira	Projeto Multicêntrico		
Departamento de Psicologia		NAO	NAO		
Endereço		Bairro	Cidade		
Avenida Bandeirantes 3900		Monte Alegre	Ribeirão Preto - SP		
Código Postal	Telefone	Fax	Email		
14040-901	(16) 602-3793	(16) 633-0931	coetp@ffclrp.usp.br		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.					
Nome: Sebastião de Sousa Almeida			Assinatura		
Data: 10 / 06 / 2011			Prof. Dr. Sebastião de Sousa Almeida		
Instituição Co-Participante					
Nome		CNPJ	Nacional/Internacional		
HCFMRPUSP - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo		56.023.443/0001-52	Nacional		
Unidade/Orgão		Participação Estrangeira	Projeto Multicêntrico		
Hospital-Dia de Psiquiatria		NAO	NAO		
Endereço		Bairro	Cidade		
Campus Universitário de Monte Alegre		Monte Alegre	Ribeirão Preto - SP		
Código Postal	Telefone	Fax	Email		
14048900	(16) 602-1000	(16) 633-1144	cep@hcr.fmrp.usp.br		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares.					
Nome: Prof. Dr. Marisa M. M. Pinhal			Assinatura		
Data: 14 / 7 / 2011			Vice-Coordenadora da Unidade de Pesquisa Clínica HCFMRP-USP

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PROJETO RECEBIDO NO CEP		CAAE - 0008.0.222.004-11	
Projeto de Pesquisa Sentidos construídos por familiares de portadores de doença mental acerca da participação da família no tratamento			
Área(s) Temática(s) Especial(s) Não se aplica		Grupo	Fase Não se aplica
Pesquisador Responsável			
CPF 01619439697	Pesquisador Responsável Pedro Pablo Sampaio Martins		<i>Pedro Pablo Sampaio Martins</i> Assinatura
Comitê de Ética			
Data de Entrega 21/03/2011	Recebimento: <i>Juliana Silva Lins</i> Assinatura		

Téc. Assuntos Administrativos
Secretaria do Comitê de Ética
Nº USP 5161628

Este documento deverá ser, obrigatoriamente, anexado ao Projeto de Pesquisa.