



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
DOUTORADO INTERINSTITUCIONAL EM ENFERMAGEM
UFSC/UFPa/CAPES
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

Luciléia da Silva Pereira

**TECENDO OS FIOS DA
SAÚDE MENTAL EM BELÉM/PA:
VISIBILIDADE DA REDE DE CUIDADO**

Florianópolis/SC
2010

Lucilélia da Silva Pereira

**TECENDO OS FIOS DA
SAÚDE MENTAL EM BELÉM/PA:
VISIBILIDADE DA REDE DE CUIDADO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Flávia Regina de Souza Ramos

Florianópolis/SC
2010

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Pereira, Lucilélia da Silva

P436t Tecendo os fios da saúde mental em Belém/PA: visibilidade da rede de cuidado / Lucilélia da Silva Pereira ; orientador, Dr^a. Flávia Regina de Souza Ramos - Florianópolis, SC, 2010.

175p.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Itinerário Terapêutico. 2. Portadores de Sofrimento Psíquico. 3. Cuidado. 4. Saúde Mental. I. Ramos, Flávia Regina de Souza. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

Lucilélia da Silva Pereira

**TECENDO OS FIOS DA SAÚDE MENTAL EM BELÉM/PA:
VISIBILIDADE DA REDE DE CUIDADO**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

DOUTOR EM ENFERMAGEM

E aprovada em 15 de outubro de 2010, atendendo às normas da Legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**.

Dr^a. Flávia Regina de Souza Ramos
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dr^a. Flávia Regina de Souza Ramos
Presidente

Dr^a. Sílvia Maria Azevedo dos Santos
Membro

Dr. Raymundo Heraldo Maués
Membro - UFPA

Dr^a. Denise Maria Guerreiro Vieira
da Silva
Membro

Dr. Mauro Leonardo Caldeira dos
Santos
Membro

Enquanto espero que o mundo não escrito se torne mais claro, sempre há uma página escrita aberta diante de mim, onde posso voltar a mergulhar: faço-o sem demora e com a maior satisfação, porque ali, pelo menos, mesmo que só compreenda uma pequena parte do todo, posso alimentar a ilusão de que mantenho tudo sob controle.

Acho que também me sentia assim na juventude, mas àquela época minha ilusão era de que os mundos escrito e não escrito se esclareceriam mutuamente; as experiências de vida e as literárias seriam complementares, e se progredisse num campo, progrediria no outro: hoje posso afirmar que sei muito mais sobre o mundo escrito do que antes: nos livros, a experiência ainda é possível, mas seu domínio termina na margem branca da página.

Em contraposição, o que ocorre ao meu redor me surpreende a cada vez mais, me assusta, me deixa perplexo. [...] Sei que compartilho minha ignorância com aqueles que, ao contrário, fingem saber: economistas, sociólogos, políticos; mas o fato de não estar sozinho não me anima. Poderia me animar pensando que a literatura sempre compreendeu algo mais que as outras disciplinas, mas isso me faz lembrar que os antigos viam nas ciências humanas uma escola de saber, e percebo o quanto hoje a própria idéia do saber é inalcançável.

Calvino (1996)

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, fonte de toda força que existe em mim! “... Então minha alma canta a Ti Senhor: Quão grande és Tu!”.

Agora, peço licença para dedicar algumas palavras àqueles que sempre foram a razão de tudo e estão profundamente ligados à minha vida: pai das minhas filhas, amigo e companheiro presente na construção do meu itinerário pessoal e profissional, **Edvaldo Pereira**. Esposo, companheiro, amoroso e sempre presente, imune às minhas intempéries, porto seguro onde ancoo a cada dia; e pela emoção do encontro e ousadia de articular trabalho, criação e prazer, demonstrando que a loucura e a música são plenas de sentidos e possibilidades **Walter José Jr. Meus queridos pais**, pela capacidade de afeto que trago viva comigo e por me conhecerem melhor do que ninguém, sabendo o quanto estou realizada, feliz e em paz. Mas sabem que também dos momentos de tristeza, angústia e choro. Presentes em todos os momentos difíceis deram-me apoio, colo e carinho; sendo para mim, a própria candura.

À minha orientadora **Flávia Regina Ramos**, por me possibilitar uma travessia com liberdade. No seu “exercício de orientadora”, me guiou, com segurança, nos vãos mais ousados. Por sua amizade, soube carinhosamente atravessar comigo os caminhos que eu quis fazer. Com cuidado, soube esperar o momento de dar passagem àquilo que já se expressava, mas ainda estava envolto em névoa. Agradeço pela forma inteligente, ousada e simples de existir. Ter sido sua orientanda me fez acreditar que orientação e ensino são movidos pela razão, mas podem ser acompanhados de afetos e poesia.

A todos os usuários e trabalhadores no campo da saúde mental, que de forma inovadora vêm produzindo novas possibilidades de vida e saúde e afirmando diariamente a relevância da Reforma Psiquiátrica Brasileira por uma sociedade mais humana, justa e solidária, em especial ao CAPS de Castanhal/PA, onde fui apresentada à loucura e vivenciei a importância da militância e a possibilidade de transformar o sonho em realidade.

Aos meus colegas do doutorado, à Regina, minha amiga querida, partilho a amizade sincera e cumplicidade em mais uma importante etapa do caminho. À Jacira, pela grandiosidade da amizade incondicional, e à Ana Sofia, amizade silenciosa, mas sempre

disponível. Sandra, Márcia, Roseneide, Vera Marília, Silvio, pela convivência e diferenças.

Particularmente, ao grupo de estudos **Práxis**, coordenado pela Prof^a Flávia Regina Ramos, que recebeu e contribuiu com críticas a este trabalho, passo a passo, à medida que ele estava sendo produzido.

À **Eloane**, neta criança; frágil e dependente que, mesmo ainda sem falar, despertou-me à compreensão daqueles que, estigmatizados pela doença, sentem-se desacreditados para expressarem seus anseios e reivindicarem um acolhimento condizente com as suas necessidades. Alguém que, embora distante, foi o próprio incentivo que me impulsionou nesse árduo propósito, superando o desejo de estar presente.

Fico comovida com o compromisso profissional, a delicadeza, a solidariedade, a sensibilidade e a disponibilidade do **Júlio César Ramos** em momento de angústia, de crescimento e responsabilidade, obrigada por você existir.

À UFPA e à CAPES pelos auxílios concedidos durante todo o período do curso, sem os quais não teria conseguido desenvolver o trabalho.

Aos professores e funcionários da PEN, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), a quem eu aprendi a admirar por me fazerem entender um pouco mais sobre a concretude que é a vida e a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo.

Aos professores do Curso de Ciências Sociais da Universidade Federal do Pará, que foram como borboletas no caminho, a quem aprendi a admirar, são eles: Profa. Kátia Mendonça e Heraldo Maués pela sua espiritualidade e humanidade, em especial a Profa. Maria Lúcia Melo, que compartilhou comigo algo que não se compra, não se fornece, não se vende: o conhecimento. Obrigada por ser professora na essência do termo e partilhar sua experiência e paixão por Karl Marx comigo. Em oferecer desafios e acreditar que eu seria capaz de superá-los.

À singularidade do ser humano na **Profa. Toyoko Saeki**, por seu acolhimento, disponibilidade e contribuições decisivas no refinamento do estudo.

Para nós que acreditamos nas possibilidades do ser humano.

*Aos usuários dos serviços de saúde mental, sobretudo os do Estado do Pará, que contribuíram para que a pesquisa se realizasse com suas histórias de vida; com os quais tenho compartilhado a vida, a profissão e o sonho de uma assistência à saúde mental de forma mais humanitária.
Confesso que sem eles este trabalho não seria possível.*

PEREIRA, Luciléia da Silva. **Tecendo os fios da saúde mental em Belém/PA**: visibilidade da rede de cuidado. 2010. 175f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Flávia Regina de Souza Ramos

Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

RESUMO

Este estudo é uma pesquisa de caráter qualitativo, dentro de uma abordagem socio-antropológica, com objetivo de compreender o itinerário terapêutico de portadores de sofrimento psíquico atendidos na rede pública de saúde do município de Belém, estado do Pará, a partir da coleta de informações por entrevistas com usuários que vivenciam essa assistência, familiares e profissionais empenhados nela, tendo como princípio a defesa do itinerário terapêutico como instrumento de compreensão dos recursos sociais disponíveis à produção e gerenciamento do cuidado necessário. Sob o suporte teórico de Arthur Kleinman e Geertz os dados obtidos foram examinados com o emprego da análise temática, baseada na análise de conteúdo de Bardin. Os resultados foram agrupados em três macro-categorias: início da trajetória, sistema formal e sistema informal, dirigida pelo tema central - a busca por alternativas de cuidado para a assistência à saúde mental. No sistema Formal foram reconhecidas experiências e relações construídas nessa busca de usuários e familiares por cuidado nos serviços disponíveis. No sistema informal foram analisadas as aproximações e distanciamentos das relações estabelecidas pelo usuário e familiar e a importância desta no enfrentamento de novos e constantes desafios advindos das situações de sofrimento. A pesquisa sustentou-se no compartilhamento de ações enriquecidas no respeito, na ética e na subjetividade dos atores envolvidos, em busca de novas perspectivas de construção para um novo lugar social que considere a diversidade sociocultural de cada sujeito, respeitando as características peculiares dos usuários. Várias narrativas afirmam que os serviços e práticas profissionais não estão organizados para proteger o usuário ou garantir as respostas necessárias às suas demandas, pautadas no acesso à rede de cuidado, nos direitos e valores relacionados à defesa da vida humana. Percebeu-se a demora do diagnóstico e tratamento, dificultando o acesso a diversos procedimentos envolvidos no cuidado, sendo que a maior dificuldade encontrada foi o preconceito e o estigma da doença mental, num ciclo vicioso de alienação e discriminação, gerando o isolamento social e diminuindo as chances de recuperação e reinserção ao meio social. A carência de equipes multiprofissionais atuando no atendimento às demandas do usuário nas Unidades de Saúde produz uma assistência centrada na atenção médica,

com ênfase na doença. Para que essa assistência seja mais eficaz, é fundamental que a equipe gestora local repense a organização dos CAPS e das práticas nos diversos níveis de complexidade do SUS de Belém, para um atendimento sob a perspectiva da integralidade e do direito à saúde. O itinerário terapêutico mostrou-se um importante instrumento de compreensão dos recursos sociais disponíveis para o cuidado, confirmando a tese de que pode contribuir para a construção de projetos terapêuticos nos serviços de atenção em saúde mental, para a superação do modelo biomédico e a construção de práticas coerentes ao preconiza a reforma sanitária e psiquiátrica.

Palavras-chave: Itinerário terapêutico. Portadores de sofrimento psíquico. Cuidado. Saúde mental.

ABSTRACT

This is a study of qualitative research within a social-anthropological approach, aiming to understand the therapeutic itinerary of patients with psychological distress seen in public health network of the municipality of Belem, state of Para, from the collection of information through interviews with users who experience this assistance, families and professionals engaged in it, having as a principle to defend the itinerary as therapeutic instrument for understanding the social resources available to production and management of care needed. Under the theoretical support of Arthur Kleinman Geertz and the data were examined with use of thematic analysis, based on the content analysis of Bardin. The results were grouped into three macro-categories: early trajectory, formal and informal system, run by a central theme – the search for alternative care for mental health care. In the Formal system experience and relations built by the user in the search and families for care in the service available. In the informal system the similarities and differences of the relations established by the user and family were analyzed and the importance of the confrontation of new and ongoing challenges arising from situations of suffering of the relation. The research was supported in the sharing of actions enriched on respect, ethics and subjectivity of the actors involved, in search of new perspectives of construction for a new social place to consider the social-cultural diversity of each person, respecting the peculiar characteristics of users. Several accounts states that the services and professional practices are not organized to protect the user or obtain the necessary response to their demands, guided access to the network of care, rights and values related to protection of human life. It was noticed the delay in the diagnosis and treatment, hindering the access and to the various procedures involved in care, and the biggest difficulty was the prejudice and stigma of mental illness, a vicious cycle of alienation and discrimination, creating social isolation and diminishing the chances of recovery and reintegration to society. The shortage of multidisciplinary teams acting in the service user demands in the health units produces a focused assistance in medical care, with emphasis on disease, so that such assistance can be more effective, and essential that the local management team to rethink the organization of the CAPS and diverse practices in the levels of complexity of the SUS in Belem, one for the attendants from the perspective of completeness and the right to health. The therapeutic itinerary proved to be an important instrument for understanding social resources available for care, confirming the theory that can contribute to the development of therapeutic projects in the services of mental health care, for surpassing the biomedical model and the construction of practical consistent advocates for health and psychiatric reforms.

Keywords: Therapeutic Itinerary. Suffering from Psychological Distress. Mental Health. Care.

RESUMEN

Este estudio es una investigación de carácter cualitativo, dentro de un abordaje socio-antropológico, con objetivo de comprender el itinerario terapéutico de portadores de sufrimiento psíquico atendidos en la red pública de salud do municipio de Belém, estado do Pará, a partir de la recolección de información por entrevistas con usuarios que viven esa asistencia, familiares y profesionales empeñados en ella, teniendo como principio la defensa del itinerario terapéutico como instrumento de comprensión de los recursos sociales disponibles a la producción y gerencia del cuidado necesario. Sobre el soporte teórico de Arthur Kleinman y Geertz los datos obtenidos fueron examinados con el empleo del análisis temático, basada en el análisis de contenido de Bardin. Los resultados fueron agrupados en tres macro-categorías: inicio da trayectoria, sistema formal y sistema informal, dirigido por el tema central - la búsqueda por alternativas de cuidado para la asistencia a la salud mental. En el sistema Formal fueron reconocidas experiencias y relaciones construidas en esa búsqueda de usuarios y familiares por cuidado en los servicios disponibles. En el sistema informal fueron analizadas las aproximaciones y distanciamientos de las relaciones establecidas por el usuario y familiar y la importancia de esta en el enfrentamiento de nuevos y constantes desafíos provenientes de las situaciones de sufrimiento. La investigación se sustentó en el compartir de acciones enriquecidas y el respeto, en la ética y en la subjetividad de los actores envueltos, en busca de nuevas perspectivas de construcción para un nuevo lugar social que considere la diversidad sociocultural de cada sujeto, respetando las características peculiares de los usuarios. Varias narrativas afirman que los servicios y prácticas profesionales no están organizados para proteger el usuario o garantizar las respuestas necesarias a sus demandas, pautadas en el acceso a la red de cuidado, en los derechos y valores relacionados con la defensa de la vida humana. Se percibió la demora del diagnóstico y tratamiento, dificultando el acceso a diversos procedimientos envueltos en el cuidado, siendo que la mayor dificultad encontrada fue el preconceito y el estigma de la enfermedad mental, en un ciclo vicioso de alienación y discriminación, generando el aislamiento social y disminuyendo las posibilidades de recuperación y reinserción al medio social. La carencia de equipos multiprofesionales actuando en la atención a las demandas del usuario en las Unidades de Salud produce una asistencia centrada en la atención médica, con énfasis e la enfermedad. Para que esa asistencia sea más eficaz, es fundamental que el equipo gestor local repiense la organización de los CAPS y de las prácticas en los diversos niveles de complejidad del SUS de Belém, para una atención sobre la perspectiva de la integralidad y del derecho a la Salud. El itinerario terapéutico se mostró un importante

instrumento de comprensión de los recursos sociales disponibles para el cuidado, confirmando la tesis de que puede contribuir para la construcción de proyectos terapéuticos en los servicios de atención en Salud mental, para la superación del modelo biomédico y la construcción de prácticas coherentes a las preconizadas por la reforma sanitaria y psiquiátrica.

Palabras claves: Itinerario terapéutico. Portadores de sufrimiento psíquico. Cuidado. Salud mental.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Metáfora de uma teia de aranha que representar a formação dos saberes e sua transcendência humana e espiritual..... 39
- Figura 2** - Representação dos itinerários terapêuticos nos diferentes Setores dos Sistemas de Atenção à Saúde..... 56
- Figura 3** - Conjunto de conceitos e rotas ativados por pessoa a partir da experiência da enfermidade e tratamento de investigação..... 58

LISTA DE QUADRO E TABELAS

Quadro 1 – Síntese das categorias do estudo - matriz analítica. 72

MANUSCRITO I:

Tabela 1 – Distribuição por faixa etária dos usuários do CAPS Renascer. Belém-Pará – 2007 a 2009. 91

Tabela 2 – Relação da hipótese diagnóstica com a faixa etária dos usuários do CAPS Renascer Belém-Pará de 2007-2009. ... 92

Tabela 3 – Distribuição dos dados de acordo com a modalidade de tratamento recebido no CAPS. 95

Tabela 4 – Distribuição dos responsáveis pelo acompanhamento do tratamento do usuário do CAPS Renascer Belém-Pará de 2007 a 2009. 95

Tabela 5 - Distribuição da frequência segundo situação empregatícia dos usuários do CAPS Renascer Belém - Pará de 2007 a 2009. 96

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
REME	Movimento de Renovação Médica
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	25
1.1 TESSITURAS – INTERAÇÕES E CONVERGÊNCIAS	25
1.2 OBJETIVOS	35
1.2.1 Geral.....	35
1.2.2 Específicos.....	35
2 NOS FIOS DA REDE: LINHAS QUE TECEM O REFERENCIAL TEÓRICO	37
2.1 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: PRINCÍPIOS E PRESSUPOSTOS.....	42
2.2 O OLHAR DA ANTROPOLOGIA, AS EXPERIÊNCIAS DE ADOECIMENTO E O CUIDADO DE USUÁRIOS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO.....	49
3 METODOLOGIA: SELECIONANDO OS FIOS PARA A TESSITURA DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO	61
3.1 O TERRITÓRIO DO ESTUDO.....	63
3.1.1 Inserção ao território de coleta de dados	66
3.2 SUJEITOS DO ESTUDO	67
3.3 ESTRATÉGIAS DE COLETA DE DADOS	68
3.4 ANÁLISE DOS DADOS	70
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	71
3.6 SÍNTESE DAS CATEGORIAS TEÓRICAS E EMPÍRICAS (MATRIZ ANALÍTICA) E FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	72
4 RESULTADOS.....	83
4.1 MANUSCRITO I – CONSTRUÇÃO DO PERFIL DOS USUÁRIOS DO CAPS RENASCER.....	84
4.2 MANUSCRITO II - O SISTEMA FORMAL DE CUIDADO NA EXPERIÊNCIA DE PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO E SEUS FAMILIARES	101

4.3 MANUSCRITO III – ITINERÁRIO TERAPÊUTICO – PERFORMANCE DA FAMÍLIA NO CUIDADO DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL	120
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS – ARREMATANDO OS FIOS	145
REFERÊNCIAS.....	151
APÊNDICES	169
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	171
Apêndice B – Roteiro de Entrevista	172
ANEXOS.....	173
Anexo A - Parecer do Comitê de Ética - UFSC	175

1 INTRODUÇÃO

1.1 TESSITURAS – INTERAÇÕES E CONVERGÊNCIAS

Na intenção de promover melhoria da assistência dedicada à saúde mental em Belém, estado do Pará, este estudo se desenha sob uma perspectiva de compreender, pela sua experiência, a percepção que tem os usuários portadores de sofrimento psíquico em relação ao cuidado a eles dispensados na assistência psiquiátrica a partir dos seus relatos, dos de seus familiares e dos profissionais envolvidos no atendimento nessa área da saúde. Analisa a trajetória assistencial, em busca de um cuidado que atenda às necessidades dos usuários voltadas para um viver saudável confiando na possibilidade de encontrar instrumentos capazes de “cortar o nó górdio” que se insere na teia formada pelos fios que envolvem o cuidado disponibilizado por ocasião do tratamento.

Como enfermeira e docente da área de saúde mental tenho a possibilidade de acreditar que minhas experiências e percepções sobre o mundo em muito têm influenciado meus caminhos na construção de um cuidado integral na intervenção dos sujeitos portadores de transtornos mentais.

É compreensível que o pesquisador não seja neutro nas suas escolhas, pois iniciar uma investigação para construção de um texto é trazer consigo dúvidas e inquietações que fazem parte de sua teia. Sendo assim, o objeto problematizado neste estudo apóia-se em uma trajetória construída ao longo de 20 anos de trabalho como enfermeira psiquiátrica, após admissão na Secretaria Estadual de Saúde no município de Castanhal; trajetória de vivência em processos de mudanças promovidas pela reforma psiquiátrica na assistência ao portador de transtorno psíquico. Acrescente-se, ainda, a atividade docente na Universidade Federal do Pará, a partir de 1993, para atuar na área da Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental. O marco inicial de minhas insatisfações e inquietações foi a percepção de que no contexto da minha prática não estavam em implementação as mudanças que vinham ocorrendo no contexto nacional, em termos de assistência à saúde mental.

A descoberta do Movimento de Luta Antimanicomial, no qual fui acolhida, levou-me a refletir sobre os princípios que norteavam minha

prática e a perceber diferentes atores sociais na busca de alternativas para uma assistência que compreenda o ser humano como unidade interdependente, formada por corpo/mente/cultura, valorizando seu contexto sociocultural e subjetividade.

Assim, me coloquei no momento instigante que proporciona ao pesquisador percorrer os caminhos fundados em suas próprias crenças, aliando a isso valores, sonhos, esperanças e o desejo de conhecer o novo; reconstruindo vínculos com a temática escolhida para o estudo de tese, assim como proximidade com o contexto e com os sujeitos da pesquisa, inseridos na realidade regional estudada.

Sob essa perspectiva, sinto-me como o cronista descrito por Silva (2010, p.15) que:

[...] como aquele que levanta o véu do cotidiano, trazendo à tona aquilo que estava escondido pelo excesso da familiaridade. O cronista desvela, revela, descobre, descobre. O cronista arranca a tênue cobertura do vivido e ilumina, revelando uma contradição, descobrindo um paradoxo, destacando uma incongruência, o que se mantinha na obscuridade em plena luz do dia. O pesquisador é um cronista do imaginário.

Estudos significativos acerca da saúde mental no Brasil, nos últimos anos, têm sido marcados por críticas e propostas de transformação conjugadas sob a denominação de Reforma Psiquiátrica. Para Amarante (2003) esta reforma é um “processo social complexo”, pois envolve diferentes dimensões: teórico-conceitual, jurídico-política, técnico-assistencial e sociocultural, que de forma simultânea e interligada busca atender necessidades concretas de indivíduos para os quais a psiquiatria não proporcionava alternativas de assistência senão a que conduziu à internação e à exclusão social. Nessa perspectiva, abre-se um novo campo de possibilidades e de desafios éticos, teóricos, sociais, culturais, institucionais e jurídicos que defendem um tratamento segundo as reais necessidades do usuário.

Os fios que se entrelaçam dando origem à teia na qual se desenvolve a assistência à saúde mental convergem para um ponto central cuja representação está firmada na figura do usuário, principal ator envolvido. Localizado na interseção entre os dois fios que sustentam a teia, esse sujeito depende dos cuidados dispensados pela família, enquanto grupo social de origem de todas suas relações, e do cuidado oferecido pelos profissionais que se dedicam ao atendimento especializado; suportes que sevem de apoio para uma infinidade de fios

que surgem de forma diferenciada, segundo a experiência vivenciada a cada itinerário terapêutico.

Para chegar à experiências específicas é importante manter o diálogo com o contexto amplo nas quais são produzidas. Assim, cabe retomar a memória de construção do SUS, consolidado com a promulgação da Constituição de 1988. Este representa uma das mais importantes conquistas do povo brasileiro, alcançada com ampla participação da sociedade civil brasileira e impulsionada pela transição do regime militar para o processo de redemocratização do país, com a garantia de que “o dono do SUS é a sociedade brasileira [...] é um patrimônio que os brasileiros conquistaram, um dos maiores sistemas de proteção social do mundo” (BASSIT, 2009, p.12).

A saúde, como um direito universal e um dever intransferível do estado nação, é a expressão do desenvolvimento político e econômico das nações. No entanto, problemas mundiais como a miséria, a fome, a escassez de alimentos, os conflitos intra e entre nações e o aquecimento global geram impactos na qualidade de vida e saúde dos povos, demonstrando que, nessa área, os efeitos de determinadas ações vão além dos limites das fronteiras que separam os países e limitam a autonomia de um país em relação a outro (BUSS, 2008).

Não há dúvida de que o SUS é a maior política de inclusão social em curso no país (TEMPORÃO, 2008). Mas, apesar da preocupação com um sistema de saúde destinado a garantir a todos os cidadãos o acesso universal e igualitário, orientado pelas necessidades da população brasileira, independentemente de renda, cor ou posição social, a desigualdade no acesso aos direitos constitucionais conquistados é ainda um dos principais pontos de estrangulamento do setor saúde.

O SUS, como um sistema hierarquizado, com diferentes níveis de complexidade articulados entre si, foi regulamentado pela Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990), que define a organização, direção e gestão dos serviços de saúde, descrevendo as competências dos diferentes níveis de governo, determinando ainda a participação comunitária na gestão do sistema e o modo de financiamento da saúde, organizando o sistema de saúde brasileiro em três grandes níveis de atenção: federal, estadual e municipal.

A Atenção Primária à Saúde é complexa e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população, necessitando de um conjunto de saberes para que seja eficiente, eficaz e resolutiva. É definida como o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e

integralidade do cuidado, pela coordenação da assistência dentro do próprio sistema da atenção centrada na família, pela orientação e participação comunitária, ressaltando ainda a competência cultural dos profissionais (STARFIELD, 2002).

Na atual política brasileira, a Saúde da Família caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde que vem provocando um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). A inserção das ações de saúde mental visa apoiar e ampliar essa rede de atenção que deve favorecer o próprio reconhecimento do sujeito e de sua autoimagem na formação de sua identidade, incluindo todo o conjunto de vínculos interpessoais: família, vizinhança, amigos, escola, inserção comunitária e práticas sociais. O Programa Saúde da Família (PSF) se torna um elo importante na identificação e acompanhamento de casos em que o sofrimento mental esteja presente.

No ideário reformista do SUS um dos grandes desafios da saúde mental é a concretização da proposta dos CAPS e o envolvimento da rede de atenção básica na assistência à saúde mental. Por esse motivo, o PSF se torna um elo importante, desde a identificação e acompanhamento de usuários e famílias e, destacadamente para o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Assim, as ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas.

Considerando a importância de dispositivos de saúde que funcionam regionalmente, com alto nível de integração junto às comunidades atendidas, tanto a Estratégia Saúde da Família (ESF) como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são de extrema relevância para a efetivação do atendimento extramural e formação da rede informal constituída na própria comunidade.

A intersetorialidade, representando a diversidade de campos nos quais essa ação se desenvolve, é um dos principais desafios colocados à atenção em saúde mental. A consolidação da reorientação do modelo assistencial, a necessidade de ampliação da garantia de direitos das pessoas com transtornos mentais e a intensa discussão da cidadania são atitudes pautadas em princípios éticos das políticas voltadas para esse campo, sendo fundamentais à articulação de diversas políticas sociais. A saúde mental destaca-se pelo empenho em convocar para a discussão parceiros privilegiados, como a Secretaria Especial de Direitos Humanos, o Ministério do Desenvolvimento Social, o Ministério da

Justiça, o Ministério da Cultura, o Ministério da Educação e o Ministério do Trabalho.

Do campo ampliado da política de saúde brasileira, chega-se ao foco sobre a saúde mental. Atualmente, mais de 400 milhões de pessoas são acometidas por distúrbios mentais ou comportamentais e, em virtude do envelhecimento populacional e do agravamento dos problemas sociais, há probabilidade de o número de diagnósticos ser ainda maior. Esse progressivo aumento na carga de doenças irá gerar um custo substancial em termos de sofrimento, incapacidade e perda econômica, como admite a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Ainda segundo a Organização Mundial da Saúde o sofrimento mental aumentou sua incidência e, por sua cronicidade e complexidade, acaba gerando barreiras ao portador de sofrimento psíquico, que modificam suas relações com todos os setores do seu meio social (WHO, 2001).

Não apenas no campo da saúde mental, mas em todo o campo da saúde há uma percepção de que vivemos um momento crítico. Concordando com Ayres (2001), acredita-se que o setor saúde vivencia diversas crises, seja ela econômica ou paradigmática; que sugere novos procedimentos em detrimento de práticas que já não satisfazem necessidades emergentes. A psiquiatria expressa essa crise ao longo de uma história que, nos últimos 30 anos, construiu importantes avanços no tratamento ao portador de transtorno psíquico, mas não deixou de enfrentar o questionamento radical de suas bases.

A partir dos anos 1960, o movimento antipsiquiátrico percorre o mundo com o intuito de dissolver a barreira entre assistente e assistido, com o objetivo de abolir a reclusão e repressão impostas ao paciente, bem como promover sua liberdade com responsabilidade. Assim, tem início o processo de reforma psiquiátrica como um movimento contestador da perspectiva medicalizante da doença mental, que busca novas alternativas em relação aos manicômios (ROUDINESCO, 1986).

Em estreita relação com as questões práticas e teóricas do processo de transformação no campo da saúde mental, vislumbra-se uma mudança de paradigma da institucionalização para desinstitucionalização, sendo o trabalho precursor de Basaglia (1985), na Itália, o marco que representou umas das experiências mais significativas do movimento da reforma psiquiátrica e serviu de referência para vários países, inclusive o Brasil.

Inicialmente, Franco Basaglia e sua equipe vivenciaram a experiência de transformar a instituição em uma comunidade terapêutica, o que logo demonstrou ser insuficiente para atingir os

objetivos de humanizar o tratamento proposto. Em seguida, chegou-se à conclusão que o melhor tratamento psiquiátrico deveria ter como finalidade devolver o doente mental à sociedade e desarticular a instituição manicômio (BASAGLIA, 1985).

A partir disso, Basaglia (1985) defende a necessidade da mudança de paradigma da institucionalização, que se fundamenta no modelo reducionista e percebe a doença mental como um fenômeno que se manifesta meramente no nível biológico. Ressalta que o problema do transtorno psíquico está inserido no interior de uma temática política que soube usar determinadas produções teóricas e uma forma peculiar no lidar com as questões sociais, construindo uma das mais radicais transformações no campo da psiquiatria e dos saberes sociais.

Assim, a experiência desenvolvida na província de Gorizia, na Itália, fez eco por todo o mundo na tentativa de reinserção social plena do doente mental, sendo a influência mais importante recebida pelos trabalhadores de saúde mental do nosso país. Tal movimento representa uma ruptura de paradigmas que fundamentam e autorizam a instituição psiquiátrica clássica.

[...] o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referencia cultural e de relações de poder estruturadas em torno de um objeto bem preciso: “a doença”, à qual se sobrepõe no manicômio o objeto “periculosidade”. [...]. Portanto, as antigas instituições eram superadas por serem cultural e epistemologicamente incongruentes [...] O projeto de desinstitucionalização coincidia com a reconstrução da complexidade do objeto que as antigas instituições haviam simplificado. (ROTELLI et al., 1990, p. 90-91).

Foi no processo de democratização do acesso à saúde e constituição do SUS que profissionais da área da saúde mental, familiares e portadores de sofrimento psíquico, ganharam força a partir dos avanços da Reforma Sanitária, consagrados na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988). Articulado à luta pelo SUS estes atores se mobilizaram para que essa reforma pudesse promover mudanças também no campo da saúde mental, por meio da inversão na lógica de tratamento dispensado a esse grupo. Esse movimento ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica, que, principalmente sob inspiração do movimento iniciado na Itália, desenvolveu-se no Brasil a partir da década de 1970.

Nas décadas seguintes, em todo território nacional, a mobilização

de vários segmentos da saúde, a construção e transformação no campo das práticas de assistência em saúde mental frutificaram. Mas não se pode afirmar que tenha ocorrido uma uniformidade cronológica ou geográfica nessa ação, pois as experiências de implantação de serviços comunitários de saúde mental se constituíram como movimentos localizados em contextos específicos. Esse processo de mudança tem momentos diferenciados nos diversos contextos regionais do país, também influenciados pela participação dos profissionais empenhados na luta contra as práticas repressivas, historicamente localizadas no hospital psiquiátrico.

As mudanças da atenção em saúde mental no cenário brasileiro intensificaram-se desde a Primeira Conferência no Campo da Saúde Mental, realizada em 1987, no esteio da VIII Conferência de Saúde (1986). A segunda foi a Conferência de Caracas (OMS/OPAS, 1990), que definiu os princípios para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica nas Américas. Já a terceira conferência aconteceu em 2001, ano em que foi aprovada a Lei 10.216 (BRASIL, 2001a), que trata dos direitos das pessoas com transtornos mentais e reorienta o modelo assistencial em saúde mental, na direção de um modelo comunitário de atenção integral. Foi uma Conferência que teve especial importância para impulsionar a Política Nacional de Saúde Mental, sobretudo com o respaldo da lei federal (BRASIL, 2001b; 2002).

Destarte, a saúde mental vem conquistando seu espaço no cenário brasileiro, bem como dando visibilidade à construção de sua rede ao convidar outros setores para sentar-se à mesa e criar possibilidades de diálogos entre eles. Esse diálogo é visível na IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, realizada julho de 2010, em Brasília, que assume o objetivo da promoção do debate da saúde mental com os diversos setores da sociedade no atual cenário da Reforma Psiquiátrica; indicando que os novos desafios do cuidado em saúde mental incluem o desenvolvimento de ações intersetoriais.

As presentes discussões sobre a saúde mental questionam os caminhos que deve seguir o processo de reforma psiquiátrica brasileira. Os atores sociais envolvidos na teia do sistema de saúde mental tecem não apenas um novo discurso referente ao passado, mas, e principalmente, entrelaçam os fios desse passado com os fios do presente. Nesse paradigma de complexidade:

Consideramos uma tapeçaria contemporânea.
Comporta fios de linho, de seda, de algodão, de lã,
com cores variadas. Para conhecer esta tapeçaria,

seria interessante conhecer as leis e os princípios respeitantes a cada um destes tipos de fios. No entanto, a soma dos conhecimentos sobre cada um destes tipos de fios que entram na tapeçaria é insuficiente, não apenas para conhecer esta realidade nova que é o tecido (quer dizer, as qualidades e as propriedades próprias desta textura), mas, além disso, é incapaz de nos ajudar a conhecer sua forma e configuração. (MORIN, 2007, p.81).

Na praticidade que envolve as ações do sistema de saúde que temos e refazemos no decorrer do tempo, não se pode deixar de pensar na subjetividade que a permeia, uma característica da própria essência humana.

Dessa forma, é preciso considerar as extremidades da implantação de reformas no sistema de saúde, nas quais estão, de um lado o poder que decide e põe em execução suas políticas, e de outro o usuário, enquanto alvo do produto final dessas políticas.

Apesar da consonância com as diretrizes da política nacional, em relação à implantação de serviços comunitários e ao fechamento do hospital psiquiátrico, reduz-se a um novo desenho administrativo de gestão, determinado pelos novos modelos de financiamento (redução de custos com internações e desospitalização). Apesar da aparência de uma nova estrutura de assistência à saúde mental, ainda não se garantiu a superação do modelo médico-psiquiátrico rumo ao modelo psicossocial implícito no movimento de Reforma Psiquiátrica, que busca a interação cotidiana entre a loucura e a sociedade, e demonstra que a cidadania é um direito de todos.

Nesse contexto de mudanças são cabíveis outros questionamentos como: Quais mudanças ocorreram na forma de lidarmos com o doente mental? Será que há consonância entre as práticas desenvolvidas e o que preconiza a avançada legislação, com referência ao tratamento em instituições asilares ou manicomiais? Qual é foco principal da assistência oferecida em saúde mental? Será que apenas não trocamos de espaço, mas continuamos a deixar o usuário em estado crônico? Permanece o grande desafio da psiquiatria: como cuidar sem excluir, sem retirar o indivíduo do convívio social e familiar?

Estas questões parecem ainda sem respostas, embora essa temática tenha sido objeto de estudo desde o século XIX e, com uma ampliação significativa no final do século XX. Várias são as razões que têm contribuído para essa mudança, mas um dos eixos de discussão mais importantes dentro das problemáticas do campo da saúde mental e

dos processos políticos de Reforma Psiquiátrica concerne à reorientação do modelo assistencial, isto é, às transformações da organização da atenção ao sujeito com sofrimento psíquico.

Percebe-se que as concepções sobre essa “reorientação” ainda são contraditórias nos discursos e práticas da área. Nesse sentido, torna-se atual estudar o itinerário terapêutico do portador de sofrimento psíquico, como um elemento para compreender a reorientação dos serviços em saúde mental. Como essas transformações dos serviços de atenção em saúde mental não dependem apenas de formulações de estruturas políticas e institucionais, devemos buscar compreender melhor o contexto cultural do outro, nos permitindo escutar mais as experiências e situações vividas pelos indivíduos fragilizados pelo sofrimento psíquico.

Apesar dos avanços na assistência à saúde mental, esses serviços ainda não conseguiram efetivar mudanças mais radicais, mantendo a busca dos sujeitos por uma saúde mental que exige “retoques”, afetos e escuta sensível. (DALMOLIN, 2006).

Ainda para a Dalmolin (2006), a doença mental envolve um conjunto de elementos que a constitui, seja de ordem neurológica, fisiológica, social, cultural, religiosa, filosófica ou econômica, o que traz ao seu portador um expressivo sofrimento psíquico. Esse tipo de manifestação repercute na história de vida pessoal, familiar e nas redes de relações interpessoais, transcendendo assim, os momentos pontuais que caracterizam uma situação mais específica de crise; isto é, a doença mental insere-se em um campo de conhecimento complexo. Uma estratégia para organizar a forma de retratar os sistemas de saúde é dividir essas estruturas intrincadas em três níveis: o nível micro, que está relacionado ao paciente; o nível meso, relacionado às organizações de saúde e comunidade; e o nível macro, relacionado à política. Esses três níveis são unidos por um circuito interativo de retroalimentação, no qual os eventos de um nível influenciam nas ações e eventos de outro, e assim sucessivamente (Organização Mundial da Saúde (2003). Os pacientes respondem ao sistema do qual recebem cuidados; as organizações de saúde e as comunidades respondem às políticas que, por sua vez, influenciam os pacientes. Da mesma forma as organizações e comunidades respondem aos pacientes, e também as políticas respondem ao nível meso e micro, em sentido inverso.

O processo de escolha pelo caminho a ser seguido na busca da solução do problema existente segue um itinerário de cura ou Itinerário Terapêutico. As trajetórias de cada indivíduo nesse percurso são viabilizadas em um campo de possibilidades socioculturais que permitem a elaboração e implementação de projetos de tratamentos que

tenham como alvo principal o doente e não a doença.

Aliado ou não a outras ferramentas de monitoramento e avaliação, o conhecimento sobre o percurso do itinerário terapêutico pelo usuário da assistência em saúde mental, pode ser útil para avaliar a qualidade dos serviços oferecidos em suas unidades em sua permeabilidade às reais necessidades dos usuários. Além das motivações de ordem acadêmica, esta pesquisa constitui-se numa busca da reflexão sobre o processo de mudança teórico-prática de atenção em saúde mental, procurando contribuir para um repensar sobre os saberes e práticas no campo dessa assistência num contexto micro e identificado ao cenário da Amazônia. O seu desenvolvimento se justifica pela necessidade de conhecer as relações entre teoria e prática no processo saúde-doença, na trajetória e escolhas realizadas pelo usuário que busca cuidado para seu sofrimento psíquico, no contexto de sua realidade.

Assim, levando-se em consideração que os novos paradigmas da saúde mental priorizam o acolhimento, o cuidado e a escuta do indivíduo que busca um espaço para manifestar suas diferenças, torna-se necessário que o portador de transtorno mental tenha garantido acesso à rede básica e à consolidação da mudança do modelo hospitalocêntrico; o que só se efetivará quando a rede de atenção psicossocial no território concretizar-se com a qualidade almejada.

Como centro urbano de uma região diferenciada de outras regiões do país, a cidade de Belém apresenta dificuldades na implantação da atenção à saúde mental, pois a ESF não cobre a totalidade do município. A ESF, inserida em um contexto de responsabilização pela comunidade, ainda não absorveu e assumiu seu papel na prevenção e promoção da saúde mental, através da detecção precoce das famílias com risco para sofrimento psíquico e na prestação de cuidados aos usuários em tratamento, tarefa preconizada pela Reforma Psiquiátrica. A ESF de Belém ainda não incorporou seu potencial como espaço privilegiado para intervenções em Saúde Mental, por causa da não superação do modelo psiquiátrico tradicional.

Além disso, a temática problematizada durante a pesquisa está ainda por merecer uma análise que coloque a “nu” os arranjos concretamente estabelecidos pelo usuário e familiares no cotidiano assistencial, por mais que estes já tenham expressão no nível de discurso. A perspectiva dos usuários, os percursos trilhados e suas experiências em relação à saúde, à doença e ao cuidado estão articulados com as propostas da reforma psiquiátrica e sua análise pode ajudar no avanço que o atual momento exige.

Assim, embasado no referencial da política nacional de saúde

mental e em alguns dos elementos teóricos da antropologia, especificamente dos sistemas de cuidado de saúde de Kleinman (1980), o presente estudo foi mobilizado pela questão norteadora: O conhecimento sobre as experiências de adoecimento e cuidado de usuários em sofrimento psíquico, em Belém/PA pode contribuir para a construção de projetos terapêuticos singulares e para um cuidado qualificado?

Sustenta-se a tese de que o conhecimento sobre as experiências de adoecimento e cuidado de usuários em sofrimento psíquico, em Belém/PA, contribui para a qualificação da atenção em saúde mental.

1.2 OBJETIVOS

A partir desta tese, são propostos os seguintes objetivos:

1.2.1 Geral

Compreender as experiências de adoecimento e cuidado de usuários em sofrimento psíquico, em Belém/PA, especialmente em sua potencialidade para a qualificação da atenção em saúde mental.

1.2.2 Específicos

- Conhecer as experiências de cuidado do portador de sofrimento psíquico nos subsistemas informal/familiar, popular e profissional.
- Discutir os limites da atenção à saúde mental, a partir da experiência de usuários, em relação ao referencial manifesto na Política Nacional de Saúde Mental.

Como as experiências de adoecimento e cuidado de pessoas com sofrimento psíquico será estudada na perspectiva dos usuários dos serviços de saúde mental, surge a necessidade de compreender a influência do contexto cultural sobre a maneira de pensar e de agir desses usuários frente aos seus problemas de saúde, a partir da contribuição da antropologia interpretativa. Segundo Duarte (1998), o olhar antropológico sobre temas específicos na área de saúde e, especificamente, na saúde mental, geralmente revela uma interlocução

possível e, ao mesmo tempo, instigante entre a antropologia médica e a biomedicina. Essa interlocução é favorecida à medida que ambas buscam revelar a complexidade da experiência simbólica dos seres humanos.

2 NOS FIOS DA REDE: LINHAS QUE TECEM O REFERENCIAL TEÓRICO

Na execução de seus projetos de vida o homem constrói caminhos, que o levam a várias direções e dão sentido à sua própria existência, seja no sentido afetivo, fortalecendo laços, envolvendo suas relações com os outros, seja no sentido prático no exercício de suas atividades, no intuito de canalizar as energias dentro da sociedade que o acolhe. Isso também o molda segundo princípios e valores estabelecidos por leis e regras tecidas ao longo de sua evolução. Pela escrita, o pensamento se transforma em algo concreto, passível de observações, análises e críticas, o que representa a possibilidade do desenvolvimento humano em todos os campos de sua atuação. Assim, como o tecido é composto de linhas que formam um todo, o texto é um entrelaçamento de várias linhas de pensamento – do autor, do leitor, do mundo, de outros textos. O texto não seria um produto, mas um processo: o leitor *se faz* ao ler, o livro *se faz* ao ser lido, como afirma Barthes (2002, p.71):

Texto quer dizer Tecido; mas enquanto até aqui esse tecido foi sempre tomado por um produto, por um véu todo acabado, por trás do qual se mantém, mais ou menos oculto, o sentido (a verdade), nós acentuamos agora, no tecido, a ideia gerativa de que o texto se faz, se trabalha através de um entrelaçamento perpétuo; perdido neste tecido – nessa textura – o sujeito se desfaz nele, qual uma aranha que se dissolvesse ela mesma nas secreções construtivas de sua teia. Se gostássemos dos neologismos, poderíamos definir a teoria do texto como uma hifologia (hyphos é o tecido e a teia da aranha).

Na tessitura desta tese o ator fundamental é o próprio portador de sofrimento psíquico, enfrentando as adversidades para conseguir cuidar de sua saúde. Sob a missão de oferecer uma assistência condizente às necessidades reais do usuário, surge o profissional da área da saúde, com todo o seu aparato acadêmico de formação que, seguindo os preceitos científicos absorvidos em instituições especializadas,

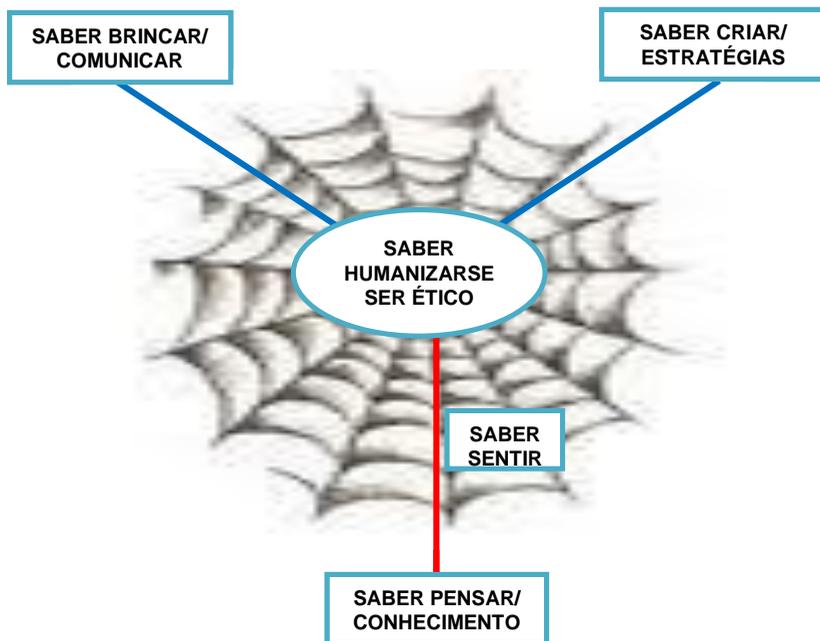
nem sempre atendem às expectativas do usuário, pois: “o conhecimento, sem o conhecimento do conhecimento, sem a integração daquele que conhece, daquele que produz o conhecimento, e o seu conhecimento é um conhecimento mutilado” MORIN (2008, p.53). Assim, na relação entre o conhecimento e a vivência desse conhecimento individualizado pela subjetividade do usuário deve estar pautada a prática do profissional de saúde, que, considerando esse aspecto, tomará consciência de como o quê, e para quem executa as atividades para as quais recebeu preparação acadêmica.

Bachelard (1996) valoriza a metáfora como forma de justificar e reconstruir o que estava já estabelecido como algo certo, invariável e absoluto (LUNA, 2009). Assim apoiado, o autor apresenta o saber criar como base da pesquisa. Em sua perspectiva, por meio do processo criativo o ser humano pode alcançar o centro de si mesmo, fazendo suspensão dos seus valores para que possa compreender e aceitar o outro na sua singularidade e jeito de ser.

Estudos como o presente não escapam à perspectiva ética-poética bachelardiana, quando a imaginação e expressividade articulam o saber brincar com o lazer, o saber sentir na sensibilidade e, finalmente, os saberes humanizar-se e pensar para transcender-se. O fazer criativo permite ao homem viver no instante presente todas as ambivalências da vida, conseguindo elevar-se numa ascensão vertical que o leva até o centro de si mesmo. Na formação de um ser criativo, lúdico e sensível, o tocar é imbuído de emoção, colaborando também de forma imprescindível para a humanização e, conseqüentemente, a autotranscendência (BACHELARD, 1996).

A construção metodológica desta pesquisa apresentou-se como mais um caminho de entendimento e compreensão do simbólico, no qual a metáfora de uma teia de aranha, proposta por Bachelard, veio representar a formação dos saberes e sua transcendência humana e espiritual. Segundo Luna (2009), a aranha primeiro lança um fio de um ponto a outro para formar o primeiro suporte da teia (fase 1), representando o saber brincar e o saber criar; depois puxa uma outra ponta com um outro fio de teia para formar um suporte de três pontas (fase 2), simbolizando o saber sentir. Abaixo do saber sentir está o saber pensar e na origem dos saberes brincar e criar está o pensar no sentido mais amplo da palavra, no qual tudo foi originado. Com o apoio e a utilização dos três saberes, a partir do centro, completa-se a teia (fase 3) com o saber humanizar-se, a expandir-se e transcender-se (Figura 1).

Figura 1 - Metáfora de uma teia de aranha que representar a formação dos saberes e sua transcendência humana e espiritual.



Fonte: Imagem adaptada de LUNA (2009), inspirada por Bachelard (1996).

Ao visualizar o profissional de saúde ao centro da imagem, sob a condição de ser ético e humano no cuidado para com o usuário, é possível substituir o “saber brincar” por “comunicação”, e o “pensar” pelo “conhecimento”, duas condições imprescindíveis para o “saber criar” estratégias de atuação que atendam o usuário segundo os princípios e valores intrínsecos à sua subjetividade.

Nesse sentido, o cuidado é pensado como possibilidade de valorizar a expressividade de um sujeito singular, que vivencia um sofrimento carregado de signos e preconceitos, em que o profissional vivencia no saber sentir uma práxis por um cuidado ético e humanizado.

A compreensão sobre as experiências de adoecimento e cuidado de usuários com sofrimento psíquico deve levar em conta os diferentes contextos de vida que definem as possibilidades de oferta e acesso aos serviços de saúde. É comum nas grandes cidades aparecer uma oferta mais ampliada e definida pela rede de serviços de saúde, encontrando-se

também nesse campo a diversidade de interpretações e métodos terapêuticos dificilmente compreendidos pela população em geral. Além desses aspectos, as opções e decisões sobre os tratamentos de saúde sofrem influência do contexto socioeconômico e o próprio acesso à informação está relacionado ao contrato informal do sujeito com seu campo de trocas sociais.

Para buscar tal compreensão, torna-se necessário delimitar as questões e, ao mesmo tempo, ampliar as possibilidades de intuição, de afeto, de experiência humana, de vida, de tempo, de espaço. Implica em considerar a cultura enquanto capacidade que o sujeito tem de construir sua história, sua vida social, sua subjetividade, sua singularidade, vivenciando todas as possibilidades da existência humana, inclusive do portador de transtorno mental. Vislumbra-se, assim, a possibilidade de afinação entre as rimas da saúde mental, abrindo novos horizontes entre os limites que separam o normal do patológico.

Sob uma visão mais ampla da assistência à saúde mental, duas redes de apoio estão presentes: uma formal, que envolve a assistência especializada oferecida em instituições oficialmente constituídas; e outra informal, que engloba o meio no qual o usuário desenvolve suas relações sociais, tendo a família como representante principal para formação dos valores.

Embora seja na rede formal que o tratamento obtenha sua efetividade ou expressão mais visível, por intermédio de um cuidado especializado, é na família que as experiências, de adoecimento e cuidado de usuários com sofrimento psíquico, começam, pois, antes de qualquer procedimento oficializado, é lá que se iniciam as discussões quanto às alternativas de tratamento mais condizentes ao usuário. Assim, para gerenciar, dar sustentabilidade e visibilidade na busca de assistência à saúde mental de forma mais eficaz, torna-se necessário compreender a dinâmica familiar e os demais componentes da rede informal de apoio.

Dessa forma, a ênfase do modelo atual em saúde mental é o tratamento do portador de sofrimento psíquico no seio da família. Ela passa a ser incorporada no processo terapêutico, contribuindo com reabilitação psicossocial do usuário. Nesse sentido, Romagnoli (2005, p. 252) afirma: “a reinserção do usuário com sofrimento psíquico na sociedade dá-se prioritariamente nos espaços familiares, em famílias carentes e sem preparo para prover cuidado familiar e subjetivo”.

As pessoas possuem diversas experiências de adoecimento em função da condição psiquiátrica e clínica, uma dificuldade, levando-os a percorrer diversos serviços de saúde, devido à carência de uma escuta

qualificada para suas queixas, pela equipe de saúde, repercutindo negativamente na construção de um projeto terapêutico singular.

Adam e Herzlich (2001) afirmam que o cuidado, nas diversas culturas, apresenta-se de forma diferenciada, mesmo em relação a uma mesma doença ou agravo; considerando-se que o itinerário terapêutico compreende uma trajetória que o usuário e a família realizam no enfrentamento por cuidado e tratamento para suas necessidades de saúde, com a opção e decisão de construção de sua rede serviços de saúde.

Na busca pela solução de seus problemas de saúde, os indivíduos desenvolvem ações que têm como apoio suas redes de relações com os familiares, vizinhos, terapeutas populares, organizações religiosas ou os próprios serviços de saúde, entre outras possibilidades, sendo a família a primeira forma de assistência informal desse processo. Assim, essa ação pode ser vista dentro de uma abordagem teórica compreensiva da Antropologia, que, segundo a utilização do Sistema de Cuidado à Saúde proposto por Kleinman (1980), requer a análise de categorias que são articuladas como experiências culturalmente construídas, avaliando, portanto, os fenômenos não quantificáveis que não podem ser reduzidos somente à operacionalização matemática de variáveis.

Para analisar o objeto de estudo em sua complexidade, torna-se necessário resgatar e identificar alguns dos conceitos que o embasam, bem como dialogar com os autores, principalmente os precursores do movimento da reforma psiquiátrica brasileira, que possam contribuir nas articulações das idéias e pressupostos para compor este capítulo. Além das bases teóricas do processo da reforma, o marco referencial deste estudo inclui a alguns elementos da proposta teórica do itinerário terapêutico e dos sistemas de atenção à saúde de Kleinman (1980), entendendo-a como ferramenta útil para compreender o caminho percorrido pelo portador de sofrimento psíquico em sua relação com uma multiplicidade de concepções sobre o processo saúde/doença na esfera cultural. Para a equipe interdisciplinar de saúde mental, em especial para a enfermagem, conhecer as experiências de adoecimento e cuidado de usuários com sofrimento psíquico desse sujeito possibilita o planejamento dos cuidados dentro da realidade sociocultural dos usuários e de suas famílias.

Identificar as formas pelas quais a constituição dos saberes e práticas psiquiátricas mantiveram uma relação próxima às questões políticas e sociais torna-se importante na medida em que fortalece a discussão do processo de construção da nova política de saúde mental no país. De certa forma, apesar das novas gerações de atores e novos

cenários sociais e políticos, essa política reedita muitas das questões e argumentos que estiveram presentes na história da psiquiatria; logo, abordaremos um processo sócio-histórico inacabado.

Esse processo demonstrou como a relação entre a garantia legal de direitos e o poder médico psiquiátrico esteve permanentemente em tensão durante a história da psiquiatria e de suas práticas; demonstrou também como o asilo ou hospital psiquiátrico, como instituição nodal da constituição da psiquiatria, mantém em sua existência as bases desse poder.

2.1 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: PRINCÍPIOS E PRESSUPOSTOS

A loucura, cujas vozes a Renascença acaba de libertar, cuja violência porém ela dominou, vai ser reduzida ao silêncio pela era clássica através de um estranho golpe de força.
M. Foucault

Delgado (1992), em seu livro *As razões da tutela*, observa a forma como os “reformistas” da Revolução Francesa delegaram a Pinel a tarefa de humanizar e de dar um sentido terapêutico aos hospitais gerais, onde os loucos encontravam-se recolhidos junto com os outros marginalizados da sociedade. Com relação ao Brasil, destaca que durante o século XIX encontram-se várias iniciativas de reforma da psiquiatria visando a uma direção mais científica aos estabelecimentos especializados. Na virada do século XX, a reforma passou a se orientar pela crítica à insuficiência do asilo, produzindo, por exemplo, o modelo das colônias agrícolas. É na Era Vargas que se dá o maior desafio reformista com a consolidação da estrutura manicomial do Estado. Entre os anos 60 e 70 do século XX, surge iniciativa reformista com o movimento da psiquiatria comunitária no Brasil propondo um tratamento diferenciado daquele oferecido dentro das instituições hospitalares.

Desde que surgiu, a psiquiatria vem sendo reformada, sofrendo mudanças que se articulam com contextos políticos, econômicos, sociais e culturais. Neste estudo a Reforma Psiquiátrica é vista como um processo social complexo que, embora não rompendo com os fundamentos epistemológicos do saber psiquiátrico, considera também a produção de saberes e fazeres, que se concretizam na criação de novas

instituições e modalidades de cuidado que, em atenção ao sofrimento psíquico, buscaram construir um novo lugar social para a loucura.

Segundo Delgado (1992) é na segunda metade da década de 1970 que esse processo se situa, no contexto histórico e político do renascimento dos movimentos sociais e da redemocratização do Brasil. Na análise de Amarante (1995b), o percurso da reforma psiquiátrica brasileira se evidencia, nas três últimas décadas (final de 1970 a 1990), pela existência de distintas trajetórias: a alternativa, a sanitária e a da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção.

Identifica-se a trajetória alternativa ao contexto do surgimento de movimentos sociais de oposição à ditadura militar, que denunciaram a violência generalizada no país e demandavam melhores condições de vida. Nesse período tem início o pensamento crítico sobre a natureza e a função social das práticas médicas e psiquiátrico-psicológicas, que dá origem ao Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). A caracterização como um movimento de trabalhadores já expressava claramente a sua vinculação com os movimentos de base popular dessa época. O MTSM, como outros movimentos sociais da época, participou de forma atuante desse processo, tendo como uma de suas bases a crítica às formas de autoritarismo existentes na sociedade, partindo de seu campo específico.

Jacobi (1988, p. 15), ao discutir a relação entre movimentos sociais e o Estado, afirma que a década de 1970 é marcada por uma crise de legitimidade do regime, que provoca, entre outras mudanças, o início do debate em torno da questão dos direitos humanos, simultaneamente a uma deterioração nas condições de vida nos centros urbanos. Nesse cenário também se observou o surgimento de diversos outros atores em torno da luta pela democracia, da garantia de direitos civis e humanos e da cidadania. A sociedade civil se organizou como forma de combater o Estado autoritário, buscando trazer um novo cenário de liberdade e democracia para o nosso país.

É nos primórdios da década de 1980 que o segundo percurso da reforma psiquiátrica brasileira se desenvolve concomitantemente com um intenso processo de mobilização em torno da questão da saúde como um todo, denominado Reforma Sanitária. A luta pela reorganização do sistema de saúde partia de um questionamento sobre a relação entre saúde e condições de vida, incluindo os seus determinantes econômicos, políticos e sociais. Propunha-se uma ampla redefinição do papel do Estado, com a assunção da saúde como direito social universal.

O movimento sanitária e o MTSM tiveram trajetórias integradas, compartilhando objetivos, estratégias e articulações

institucionais como: Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), o Movimento de Renovação Médica (REME), o Movimento dos Médicos Residentes como parceiros e articuladores comuns ao processo de reforma sanitária (ESCOREL, 1998) e o da reforma psiquiátrica (AMARANTE, 1995b). Os movimentos possuíam como base comum forte influência das correntes de pensamento de tradição marxista, que permeava os entendimentos das relações entre saúde e processos sociais.

O marco do terceiro momento tem início após a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental e a tomada de decisão de realizar um Congresso dos Trabalhadores de Saúde Mental, ocorrendo assim o distanciamento do processo da reforma sanitária e movimento da reforma psiquiátrica. Nesse sentido, para Amarante (1995b) a I Conferência representa o fim da trajetória sanitarista de transformar apenas o sistema de saúde e o início da trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura.

Dessa forma, o campo da saúde mental trouxe a ampliação e consolidação da luta pela transformação da assistência psiquiátrica. Ancorados no objetivo de garantia de assistência digna, os temas da cidadania e direitos humanos dos doentes mentais ganharam força e passaram a ser o foco principal das ações do movimento.

Foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, o marco histórico nas políticas de saúde. Na sua convocação conclamava-se à reorganização do Sistema Nacional de Saúde e à elaboração de subsídios para o processo constituinte. As diretrizes dessa Conferência foram endossadas pelo MTSM, reforçando o combate ao modelo asilar e incluindo questões ligadas à mudança da legislação em vigor. Seu relatório final tornou-se elemento norteador de toda a discussão no campo da saúde mental nos anos seguintes (GOMES1999).

A Constituição Federal aprovada em 05 de outubro de 1988 (BRASIL, 1988), pode ser considerada como a mais democrática na história da República e serviu como impulso para colocar na agenda o tema da reformulação da política de assistência psiquiátrica no Brasil. Ficou conhecida como Constituição Cidadã, por trazer a marca da ampliação de direitos sociais em seu texto. A renovação trazida pela nova constituição abriu um processo de revisão da legislação de diversas áreas. Além disso, as novas formas constitucionais de participação popular ganharam força também no campo da saúde mental. Dessa forma, a trajetória da reforma psiquiátrica, no decorrer da década de 1990, trouxe propostas inovadoras que se tornaram modelo para o processo de reorientação da assistência, abrindo espaço para novas

formas de cuidar.

Com a criação, em 1987, do primeiro CAPS do país, o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, na cidade de São Paulo, inaugura-se uma nova prática de cuidados (GOLDBERG, 1994).

Em 1989 tem início em Santos (SP) a construção de um sistema psiquiátrico envolvendo diversos dispositivos de cuidado, trabalho, moradia e inserção social. Nicacio (1994) e Leal (1994) discutem a experiência de Santos, ressaltando que foi a primeira cidade brasileira e quarta do mundo a construir uma rede psiquiátrica inteiramente substitutiva ao modelo hospitalar. Essa experiência pode ser considerada como a mais radical transformação da assistência psiquiátrica nacional. Lancetti (1989, p. 60-63), ao abordar o processo de intervenção na Casa de Saúde Anchieta, realizada pela administração municipal de Santos (SP), diz:

[...] estamos transformando um depósito num hospital e ao mesmo tempo desmontando-o. Quando estas linhas estiverem publicadas já estará funcionando o primeiro centro psicossocial, na zona noroeste de Santos, a de maior concentração operária.

Verifica-se que a cidade de Santos vivenciou um amplo processo de desinstitucionalização, a partir da intervenção do poder público municipal em um grande asilo particular e a concomitante criação de dispositivos substitutivos ao manicômio: os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e toda uma rede de serviços que configuraram um sistema inteiramente substitutivo ao modelo manicomial.

Todo processo de reformulação assistencial vivenciado no Brasil teve inspiração italiana e Santos torna-se referência para formação de técnicos em saúde mental de todo o país.

Após tramitar 12 anos no Congresso Nacional, o Projeto de Lei nº 3.657/89, apresentado pelo deputado Paulo Delgado (PT-MG), foi encaminhado à sanção presidencial e tornou-se a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2001a), assinada pelo presidente Fernando Henrique Cardoso, na véspera do Dia Mundial de Saúde, que naquele ano, foi dedicado a Saúde Mental, passando a ser conhecida como lei da reforma psiquiátrica. Constitui-se em um fator importante no sentido de questionar os modelos hegemônicos de assistência ao doente mental e propor novos modos de pensar e fazer em saúde mental.

Nesse sentido, o Estado tem uma dívida ético-política com a população brasileira em sofrimento psíquico, excluída da sociedade,

despojada de seus direitos, massacrada em sua subjetividade, tornando-se invisível no “território de ninguém”, representado por uma institucionalização perversa, muitas vezes financiada com verbas públicas, em hospitais de características asilares, abrigos, asilos de idosos e outros. Essa dívida vem sendo saldada gradativamente com a implantação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que tem como balizadores éticos a defesa do direito à liberdade e à cidadania para todo homem em sua construção, mas muito precisa ser realizado para suprir as necessidades das pessoas sob essa condição.

Na modernidade, quando a loucura passou à conotação de doença mental, tornou-se possível a restauração da razão do chamado louco e, por conseguinte, de sua condição de sujeito. Para tanto, era necessária sua reclusão no asilo sob várias medidas “terapêuticas”. Para tornar o chamado louco em sujeito seria necessário restaurar a sua razão.

Instalado forçosamente na periferia do espaço social, nos confins do espaço urbano, nos limites da cidade e da razão, o louco como um não sujeito e como um quase sujeito seria ativamente convertido em sujeito da razão e da vontade, mediante as técnicas de sociabilidade asilar impostas pelo tratamento moral (BIRMAN, 1992, p. 75).

Considerando-se que a regulamentação de uma política nunca é fato isolado, mas é produzida em um contexto de múltiplos atores e processuais mudanças, evidencia-se que a discussão acerca da temática vem ocorrendo há várias décadas, até configurar-se como uma real reformulação da assistência ao doente mental. Porém, visto que os processos de transformações nas sociedades possuem cenários de conflitos de grupos sociais diferentes, o descompasso existente entre a lei e a realidade vivenciada põe à mostra divergências e paradoxos quanto aos modos de pensar tal atenção em um momento histórico.

A apresentação do projeto de lei original, em 1989, produziu, segundo Bezerra Jr. (1996, p.183) “uma intensificação sem precedentes da discussão sobre o tema em todo o país”, não ficando restrita aos meios especializados. Assim, a discussão sobre o projeto contribuiu para a elaboração e aprovação, em oito unidades da federação, de leis estaduais que regulamentavam a assistência, incorporando o pressuposto da substituição asilar.

Assim, a Lei 10.216 (BRASIL, 2001a) dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental no país, bem como a extinção

gradual dos manicômios. Delgado (1992) ressalta a importância da reestruturação à assistência psiquiátrica brasileira com a substituição progressiva dos manicômios por “novos dispositivos de tratamento e acolhimento”.

A trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira é um processo que traz marcas de cada momento histórico vivido pelo país e, para compreendê-la, torna-se necessário mencionar suas origens, como movimento social, como um amplo campo heterogêneo composto por distintas dimensões. É, sobretudo, uma articulação de atores da sociedade civil que apresentaram suas demandas e necessidades, assumindo seu lugar de interlocutor, exigindo do Estado a concretização de seus direitos. São ações que pressupõem verbalização e afirmação de interesses, disputas, articulações, conflitos, negociações, propostas de novos pactos sociais, sendo, portanto, reflexos da evolução social experimentada nos meios sociais que se formam em determinados momentos.

Todo o processo de reforma psiquiátrica no Brasil acontece sob influência do movimento da psiquiatria democrática italiana, e o Ministério da Saúde materializa isso em Portarias:

A incorporação progressiva dos princípios da reforma psiquiátrica está materializada no contexto brasileiro nas Portarias do Ministério da Saúde 189/1991 e 224/1992 e na criação dos novos serviços. Em 19 de fevereiro de 2002 a portaria 336 classifica, em ordem crescente, por abrangência populacional e por complexidade os Centros de Atenção Psicossocial, definindo a equipe mínima de profissionais e estabelecendo sua clientela alvo como pacientes com transtornos mentais severos e persistentes que devem ser assistidos em sistema de atenção diária e deve funcionar de acordo com a territorialidade (MS, 2002).

Com o processo da Reforma Psiquiátrica e a formulação de políticas públicas de Saúde Mental foram instituídas estratégias pelo MS (BRASIL, 2005), para a organização da rede de atenção aos portadores de transtorno mental como: (1) a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no país, como rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos; (2) a expansão da Saúde Mental na atenção primária em articulação com Programa de Saúde da Família; (3) Programa de Volta pra Casa, que oferece auxílio para pacientes acometidos de transtornos

mentais e egressos de internações psiquiátricas; (4) Serviços Residenciais Terapêuticos, que visam a desinstitucionalização e a reintegração de pessoas com transtornos mentais graves na comunidade; (5) Centros de Convivência, para promover a sociabilidade, produção cultural e inclusão e (6) Programa de Inclusão Social pelo trabalho, com o objetivo de promover a potencialização do trabalho como instrumento de inclusão social.

Assim, a proposta da Reforma Psiquiátrica é criar para o usuário outro lugar social, fora do manicômio. Para isso, é preciso buscar junto à sociedade a superação do estigma e da exclusão social quanto à facilitação dos acessos aos serviços (substitutivos), bem como refletir o nosso papel enquanto profissionais da saúde no processo da Reforma Psiquiátrica.

O Movimento de Reforma do modelo de assistência em saúde mental passou a exigir uma alteração dos modelos de atenção e gestão das práticas de saúde. Essas transformações têm envolvido a assistência aos usuários, mas também a forma da organização dessa assistência, de modo que aquilo que se produz é uma descentralização tanto da gestão quanto da atenção, que são feitas em rede. Tais transformações evidenciam o quanto a prática clínica não é uma mera aplicação de técnicas, mas sim implica em escolhas, trazendo em si uma dimensão gestora. O que se evidencia é a inseparabilidade não apenas entre a clínica e a política, mas também entre atenção e gestão (PASSOS; BENEVIDES DE BARROS, 2001).

A partir de sua ação no território, os profissionais de saúde acompanham usuários em sofrimento psíquico, com práticas clínicas que devem ser repensadas no contexto de um território, concebido como um espaço político de muitas diferenças, desigualdades, conflitos e crenças singulares, que não recebem nos consultórios psiquiátricos a devida atenção. Nesse sentido:

O território não pode ser reduzido à casa onde se vive ou aos lugares frequentados pelo cidadão. O território não apenas circunda ou circunscreve o espaço privado, ele é o espaço vivo e mutante que atravessa, dinamiza e complexifica as relações existentes entre público e privado. (PALOMBINI, Junho 2010).

Benevides (2001), em seu estudo sobre acompanhamento terapêutico, ressalta que o profissional ao acompanhar o percurso que o usuário faz nos espaços em que a vida acontece, ajuda-o a dar

consistência àquele que se apresenta como possibilidade de construção de um novo jeito de experimentar a vida (função de territorialização). A autora afirma que a partir da possibilidade de produção de modos de subjetivação autônomos e singulares, os próprios usuários com sofrimento psíquico passam a decidir sobre aspectos que dizem respeito à sua saúde e (re) posicionam-se como sujeitos protagonistas e co-responsáveis de suas próprias trajetórias (função inclusiva).

Conforme as diretrizes que orientam o sistema único de saúde (SUS) e a política nacional de saúde mental, a noção de território compreende não apenas uma área geográfica delimitada, mas as pessoas, instituições, redes e cenários em que se dá a vida comunitária. Território é lugar de vida, de caráter processual, produtor de relações que podem ser tanto identitárias como de diferença, onde têm lugar o conflito e sua negociação. Esse lugar de vida deve valorizar a sabedoria prática do usuário sobre o seu processo de saúde, de doença e de cuidado. Construídas a partir de suas vivências que são expostas nas narrativas sobre o adoecimento, estão ligadas ao fio condutor da prática de cuidado que deve ser a integralidade, o acolhimento e a escuta, pois acolher o usuário e sua necessidade não deve reduzir-se apenas ao ambiente e recepção da demanda, pois:

Recepcionar e acolher são atitudes que pressupõem esse lugar especial de escuta, possuidor de uma plasticidade para se refazer de acordo com a demanda que se apresenta, e possibilitador do encontro como ponto de partida para a construção de um projeto de cuidados, específico e singular para o mundo que cada usuário apresenta. (YASUI, 2006, p. 131).

Assim, a dimensão do cuidado vai além do tratamento do sintoma ou da intervenção no corpo por meio de tecnologias, na responsabilidade que se assume no tratamento, diante de um processo que se amplia na relação que se estabelece com o usuário, enquanto sujeito possuidor de uma história, e de saberes adquiridos em sua vivência.

2.2 O OLHAR DA ANTROPOLOGIA, AS EXPERIÊNCIAS DE ADOECIMENTO E O CUIDADO DE USUÁRIOS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO

A proposta de estudar as experiências de adoecimento e cuidado de usuários com sofrimento psíquico surgiu da perspectiva de

valorização desses sujeitos e de seus familiares, conduzida por um caminho metodológico no qual a utilização de métodos tradicionais é abandonada. O desafio metodológico desloca-se para o esforço por “treinar” o “olhar” e “ouvir”, para compreender o significado dos fatos relatados pelos sujeitos e as experiências vivenciadas por eles, para além do aparente ou do explícito nas suas narrativas. É o desafio de contextualizar e compreender o objeto a partir da realidade simbólica dos sujeitos, pois, como afirma Geertz (2008, p. 05), “a interpretação do olhar liga-se a valores existentes no mundo social, como uma cultura a ser interpretada”.

Exergar por “novas lentes” é se apropriar dos aportes teóricos da antropologia para modificar posturas, reformular conceitos e paradigmas, reavaliar, enfim, uma visão de mundo. É mergulhar nos meandros dos significados, das dimensões silenciadas desse imaginário, que as reflexões apresentadas por uma antropologia social revelam. É contemplar a mesma paisagem, com outros ângulos e perspectivas.

Para o autor, a “cultura é uma teia de significados”. Baseando-se nas idéias de estrutura de Levis-Strauss, mas, avançando para uma análise microscópica, Geertz (2008, p.4) afirma que:

[...] acreditando, como Max Weber, que o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo estas teias e sua análise, portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura do significado.

Geertz (2008) reforça ainda que a cultura não é um poder, algo ao qual podem ser atribuídos os processos sociais, os comportamentos e as instituições, mas sim uma. manifestação de representações de processos que podem ser descritos com densidade e que se reformulam com o passar do tempo, sendo continuamente retomados, revistos e retrabalhados.

Assim, esses processos formam uma “teia de significados”, um sistema simbólico público e coletivo manifestado na interação social, no qual atores sociais estão em um processo de comunicação, por meio de gestos e linguagens expressas nas atividades terapêuticas. É possível a percepção desses mesmos atores negociando significados, num processo contínuo de reelaboração cultural, cuja apreensão compõe um conjunto de símbolos que fornece um modelo “de” e “para” a construção do itinerário terapêutico (GEERTZ, 2008).

Ao inserir-se na teia de significados, o sujeito ocupa e desempenha papéis que favorecem sua interação com a sociedade, o que nem sempre está ao alcance de seu entendimento acerca dessa construção da rede que interage e participa, pois quanto maior for a sua compreensão de si mesmo, maior será a sua consciência da forma como constrói suas inter-relações.

Menéndez (2003, p. 82), descreve muito bem a complexidade do objeto deste estudo:

[...] o processo saúde/enfermidade/atenção inclui desde ações cotidianas de solução de problemas até a elaboração de interpretações que expressam os núcleos centrais de ideologias e culturas, dominantes e subalternas, dos diferentes grupos que transacionam em uma sociedade determinada.

Dessa forma, o itinerário terapêutico implicará em um olhar da antropologia interpretativa, no qual se valorizam as narrativas cotidianas identitárias, pautadas no passado, assim como as realidades por elas construídas. Logo, a compreensão da trajetória estabelecida pelo próprio usuário e familiares constitui-se na possibilidade de reconhecer os significados que ele construiu acerca do processo de restabelecimento à saúde promovido pela assistência ao usuário acometido por alguma doença. Com o desenvolvimento dessa corrente, a saúde é abordada pela valorização do contexto cultural e sua relação com o indivíduo.

Geertz (2008), que se situa na origem dessa corrente, concebe a cultura como o universo de símbolos e significados que permite aos indivíduos de um grupo interpretar a experiência e guiar suas ações. Segundo esse autor, a cultura fornece modelos “de” e modelos “para” a construção das realidades sociais e psicológicas. Para ele, a cultura é o contexto no qual os diferentes eventos se tornam inteligíveis. Essa concepção estabelece ligação entre as formas de pensar e as formas de agir dos indivíduos de um grupo, ou seja, entre os aspectos cognitivos e pragmáticos da vida humana, ressaltando a importância da cultura na construção de todo fenômeno humano. Nessa perspectiva considera-se que as percepções, as interpretações e as ações, até mesmo no campo da saúde, são culturalmente construídas.

Uchôa e Vidal (1994) ressaltam que as escolhas de recursos terapêuticos como parte contínua, não dissociada dos fenômenos saúde e doença, são culturalmente construídas e culturalmente interpretadas; e que os tratamentos adotados são estabelecidos no contexto simbólico em que a doença é concebida e interpretada. Além de fenômeno biológico e

individual, é também social, pois mobiliza o conjunto das relações sociais.

Com a intenção de conhecer as experiências de adoecimento e cuidado de usuários com sofrimento psíquico, está a preocupação com a realidade do usuário e a compreensão dessa realidade pelos profissionais envolvidos nessa questão. Nesse processo persiste a busca de análises profundas, podendo haver o risco de que a análise da cultura perca contato com as dificuldades presentes na superfície; como as questões políticas e econômicas; ou necessidades biológicas e físicas. Mas, em Geertz (2008, p. 21), um alento:

A única defesa contra isso e, contra transformar a análise cultural numa espécie de esteticismo sociológico é primeiro treinar tais análises em relação a tais realidades e tais necessidades. É por isso que eu escrevi sobre nacionalismo, violência, identidade, a natureza humana, a legitimidade, revolução, etnicismo, urbanização, status, a morte, o tempo e, principalmente sobre as tentativas particulares de pessoas particulares de colocar essas coisas em alguma espécie de estrutura compreensiva e significativa.

Na perspectiva de analisar o contexto social do usuário com viés da antropologia, Velho (1987) refere que *par excellence* o antropólogo tem como ferramenta a observação, pois em seus estudos mantém contato direto (*in locus*) com o universo de símbolos, na maioria dos casos, diferentes do seu:

O fato de dois indivíduos pertencerem à mesma sociedade não justifica que estejam mais próximos do que se fossem de sociedades diferentes, porém aproximados por preferências, gostos, idiossincrasias [...] o fato é que se está discutindo o problema de experiências mais ou menos comuns, partilháveis, que permitem um nível de interação específico. Falar-se a mesma língua não só não exclui que existam grandes diferenças no vocabulário, mas que significados e interpretações diferentes podem ser dados às palavras, categorias ou expressões aparentemente idênticas. (VELHO, 1987, p.124-5).

Nessa perspectiva, analisar o contexto social do usuário em sofrimento psíquico à luz da antropologia possibilita transformar o exótico em familiar. Contudo, o grande desafio é o olhar de

estranhamento sobre esse universo, já tão naturalizado e familiar para mim.

Para se compreender a saúde dos indivíduos e a forma como eles enfrentam a doença, torna-se necessário analisar suas práticas, a partir do contexto no qual elas tomam forma, pois cada contexto possui características próprias e especificidades. É nele que acontecem os eventos cotidianos (econômicos, sociais e culturais) que organizam a vida coletiva, que enquadram a vida biológica; é dentro dele que os indivíduos evoluem ao mesmo tempo em que seu corpo, seus pensamentos, suas ações são formatados por esse espaço social. Por outro lado, é necessário também considerar os indivíduos como atores sociais, definidos, ao mesmo tempo, por esse espaço social no qual se inserem e pela consciência de agir sobre esse espaço (GERHARDT, 2006).

Dessa forma, surgiu a importância do resgate pelas narrativas das experiências do adoecimento e cuidado aos usuários em sofrimento psíquico, buscando compreender sua realidade no processo de construção da trajetória vivenciada e desconhecida, à procura de tratamento para aliviar sua dor.

A contribuição da antropologia nesse debate situa-se na principal tarefa de estudar não o que as questões de saúde/doença *devem ser*, mas o que elas *são* para um determinado grupo, em um contexto histórico e social específico. Compreender, “do ponto de vista do nativo”, práticas muitas vezes diferentes daquelas que idealizamos pode gerar incômodo intelectual, mas um incômodo necessário, pois, como disse Geertz (2001, p. 67), “se quiséssemos verdades caseiras, deveríamos ter ficado em casa”.

Assim, desenvolver uma pesquisa que consiga dar conta de toda a amplitude e profundidade dessas experiências, é tarefa impossível, pois constituiu-se objeto plural e complexo. Mas este referencial pode funcionar como ferramenta importante, com as quais é possível pensar questões cruciais da cultura contemporânea.

Marcondes e Toledo (2006, p.17) utilizam a imagem de “um canoieiro no meio de muitos riachos confluentes”. Não se sabe que rumo ele vai tomar, mas sabe-se que navegar é preciso. Em saúde mental, enveredar por um desses prováveis riachos não significa que não se possa seguir por outros. Ainda para os autores, pensar nesses caminhos percorridos pelo usuário não se trata de uma leitura simples, linear, que se entregue fácil e integralmente a um primeiro contato; é pensar em alternativas que possam sugerir formas diferenciadas para um mesmo tipo de tratamento, condizente com as necessidades de cada usuário a ele

submetido, abrindo espaço para o diálogo de que o processo saúde/doença não é uma questão tão somente biofísica, mas tem também uma dimensão social.

Diversos autores em contextos teóricos e modos diferentes apontam a relação entre o adoecimento e o cuidado como ideia seminal para a compreensão da problemática saúde/doença. Estudos foram destacados por Alves e Souza (1999, p. 128), em revisão acerca de itinerários terapêuticos: Assim, destaca que: - em 1924 Rivers assinalara o uso concomitante de várias formas de tratamento; - Evans-Pritchard, em 1937, em sua obra *Bruxaria, Oráculos e Magia*, já apresentava uma rica descrição das práticas dos Azande, mostrando os diversos trânsitos na tentativa de solucionar adoecimentos, quer estejam ou não concebidos como frutos de bruxaria; - Leach, que em 1954, discutiu o comportamento de povos do norte da Birmânia, aponta que entre os kachins há busca por novos diagnósticos e tratamento quando os anteriores falham; - Foster e Anderson (1978) indicaram a importância da dimensão temporal nas questões de saúde/doença ao elucidarem o significado e as implicações da noção de *illness behaviour*, termo criado por Mechanic e Volkart, em 1960.

A inclusão de fatores culturais, cognitivos e sociais na análise do comportamento sobre procura de serviços e a influência dos estudos sobre redes sociais imprimem uma nova perspectiva à interpretação desse comportamento.

A chave da saúde mental será justamente a capacidade de ajustamento às transformações (DEVEREUX, 1981). É defendendo essas transformações que se coloca o desafio de estudar os modelos explanatórios defendido pelo médico psiquiatra e antropólogo Athur Kleinman. Este referencial valoriza as raízes sociais da doença, a relação médico-paciente, a relação cultura e saúde, a base moral da prática dos profissionais da saúde na construção do itinerário terapêutico em busca por cuidado.

Kleinman (1978) defende que categorias diagnósticas no Ocidente devem ser consideradas como modelos explanatórios específicos para o contexto ocidental (e só ali). Há uma necessidade de compreender os significados locais e os padrões de comportamento associados. Todas as sociedades têm sistemas explicativos (oficial, informal e popular) e instituições de assistência. Esses sistemas de assistência incluem crenças, tradições, atores e estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento da doença mental.

Tal referencial vai ao encontro de uma compreensão que valoriza as questões sociais e culturais pertinentes ao usuário. Coe refere Luz

(2008, p.1) “é preciso peitar o sistema, não no sentido coloquial da palavra, mas sim no sentido de chamar a atenção para a existência de valores que de fato representam a dimensão ética, social e humana da sociedade”. A autora ressalta a busca do cuidado como estratégia fundamental para conter a perda de sentido de valores.

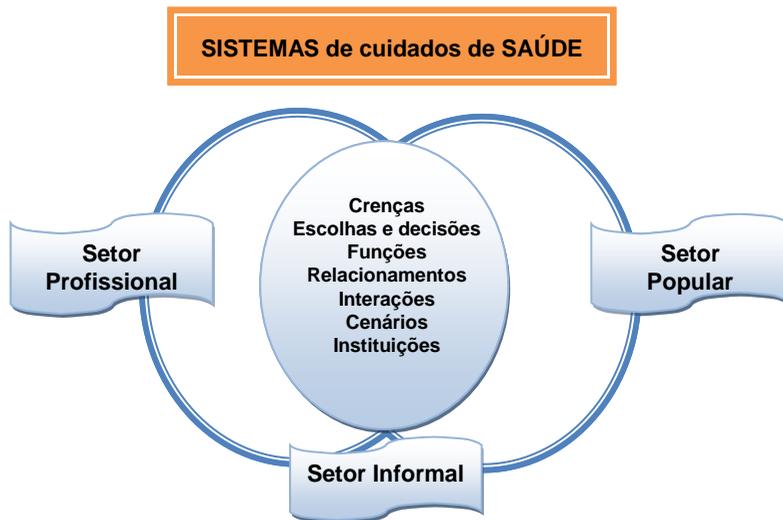
Para que tal cuidado possa ser oferecido à sociedade, torna-se necessário uma mudança de paradigma na assistência à saúde na perspectiva profissional oficial, formal, atualmente voltada exclusivamente para a manifestação biológica das doenças. Portanto, a dimensão terapêutica do sistema deve voltar-se para os sujeitos doentes, e não para as doenças, para totalidade e sentido da vida, valorizando seus aspectos sensoriais, orgânicos, psíquicos, sociais e espirituais, aqui vistos como dimensão ética, que transcende o sujeito, respeitando sua singularidade e subjetividade.

Considerando a grande diversidade social e cultural que o Brasil apresenta, outros modelos de assistência que levem em conta esses aspectos devem ser aplicados, como propõe o SUS em seus estatutos. Nessa perspectiva, surgem possibilidades de promoção à saúde de forma contínua e integral.

Na presente pesquisa a doença é tratada como um “processo ‘experiential’ local, suas manifestações dependem dos fatores culturais, sociais e psicológicos, operando junto aos processos psicobiológicos” (LANGDON, 1994, p.115). É construída historicamente e culturalmente e faz parte dos processos simbólicos, não podendo ser percebida nem vivenciada universalmente. Nesse sentido, o conhecimento médico não é autônomo ou hegemônico. O acolhimento do sujeito doente envolve um processo social dinâmico, decisões e negociações por parte do usuário, família, rede de apoio e do modelo biomédico.

Kleinman vai mais além e estabelece uma diferença entre doença (*sickness*), patologia (*disease*) e enfermidade (*illness*). O médico e antropólogo Kleinman (1980), autor que segue a linha da antropologia interpretativa, indicou que o adoecimento e o cuidado aos usuários se dariam por meio da passagem de indivíduos por diferentes Sistemas de Atenção à Saúde, sendo o popular aquele que indicaria os rumos e promoveria reavaliações durante a trajetória (Figura 2).

Figura 2 – Representação dos itinerários terapêuticos nos diferentes Setores dos Sistemas de Atenção à Saúde.



Fonte: Kleinman (1980).

Estudos desenvolvidos pelos professores Byron Good e Arthur Kleinman (KLEINMAN; GOOD, 1985), no departamento de Medicina social da Harvard Medical School entendem a cultura em seu sentido antropológico, como a interseção entre o significado e a experiência.

Kleinman (1995) sugere que a doença mental deve ser estudada como uma forma de experiência cultural, surgindo não só a partir de estruturas e processos clínicos, mas também a partir de fatores políticos e sociais. Assim, devemos considerar a experiência como fenômeno existencial humano.

Ainda para o autor, os diversos atores sociais apresentam diferentes explicações para as enfermidades, que necessitam ser negociadas no processo do itinerário terapêutico. Para Velho (1994), o itinerário terapêutico envolve distintas trajetórias individuais que se viabilizam em um campo de possibilidades socioculturais, para elaboração e implementação de projetos específicos e até contraditórios.

Assim, os antropólogos passaram estudar e sugerir distintas classificações de sistemas terapêuticos na tentativa de interpretar, isto é, buscar compreender as formas expressivas referentes às experiências e vivências de outra pessoas diante da doença e dos processos de tratamento.

Entre os estudiosos, destacamos que o modelo de Kleinman (1978; 1980) é o mais utilizado. Assim, seus conceitos nortearam este estudo, o qual considera saúde, doença e cuidado como um sistema cultural, que são compreendidos em suas mútuas relações não simplesmente como sistemas de significados e normas comportamentais, mas também como significados e normas conectados a relações sociais e cenários institucionais particulares. Crenças e comportamentos que envolvem a saúde, a doença e o cuidado são também governados pelo mesmo conjunto de regras socialmente sancionadas.

O autor criou o conceito de sistema de cuidados em saúde (*health care system*), e aponta a articulação entre saúde, doença e cuidados com a saúde como: experiência dos sintomas, modelos específicos de conduta do doente, decisões diante do tratamento, práticas terapêuticas e avaliação de resultados. Ressalta que os sistemas de cuidados com a saúde são formados por três arenas (ou subsistemas) sociais que se inter-relacionam, nos quais a enfermidade é vivenciada: profissional, *folk* e popular. O subsistema profissional (*professional sector*) é constituído pela medicina científica ou medicina tradicional (chinesa). O setor *folk* é composto pelos especialistas não profissionais da cura, como ligados a grupos religiosos (curandeiros, benzedeiras, rezadores, espiritualistas e outros). O subsistema popular compreende o campo leigo e não especializado da sociedade. Esse setor é também traduzido por Helman (2007) como Informal, e subsistema familiar por (SILVA; SOUZA; MEIRELLES, 2004; MATTOSINHO; SILVA, 2007).

Tentando entender como as práticas se processavam em cada subsistema e se inter-relacionavam, Kleinman (1978) desenvolveu o conceito de modelos explicativos (*Explanatory models*) sobre etiologia, início dos sintomas, fisiopatologia, curso da doença e tratamento; não raro esses modelos conflitam, já que constroem diferentes realidades clínicas.

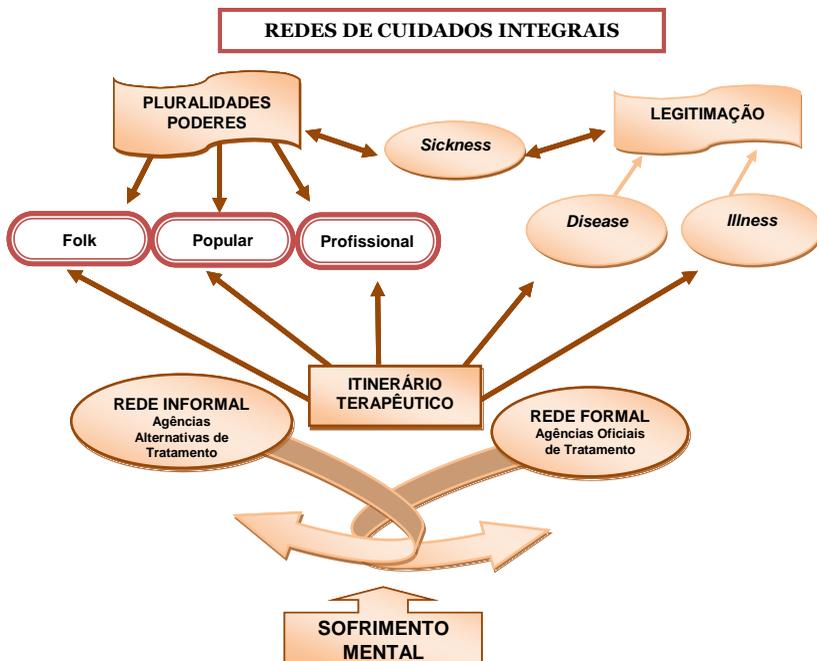
Embora o autor reconheça a importância de fatores sociais em seus estudos, enfatiza mais os aspectos culturais, dando uma visão unificada dos modelos explicativos. Essas diversas explicações são socialmente construídas e necessitam ser negociadas na busca por viver saudável.

Sob essa ótica, até recentemente o setor informal ou familiar era pouco enfatizado pela antropologia médica, enquanto o setor popular (*folk*) era sobrevalorizado (KLEINMAN, 1978). Mas, em um contexto de pluralismo médico, os diversos subsectores podem coexistir com pouca capacidade de se excluírem mutuamente. As crenças e teorizações

sobre saúde e doença, os modelos de organização dos serviços, as escolhas e avaliação das práticas terapêuticas e os comportamentos socialmente aceitos, incluindo relações de poder e papéis sociais dos diversos agentes no âmbito do setor são constituintes desse sistema cultural, em cada sociedade (CONILL et al, 2008).

O modelo de Kleinman compreende o conjunto de conceitos e rotas ativados por pessoa a partir da experiência da enfermidade e tratamento de investigação, estando alinhados em pressupostos e causas da doença que se originaram em contextos familiares e de pertencimento social (Figura 3). São conceitos estruturados em modelos cognitivos absorvidos ao longo dos trajetos de ação do usuário, considerando as experiências, significados e emoções, sendo os seus produtos, transformados em nível individual e social, que orientam as escolhas e indicações para mudar as rotas da enfermidade e tratamento.

Figura 3 - Conjunto de conceitos e rotas ativados por pessoa a partir da experiência da enfermidade e tratamento de investigação.



Fonte: Kleinman, (1978).

Mais recentemente os conceitos de Kleinman têm sido utilizados por antropólogos de diferentes tendências na antropologia médica e enfatizam os aspectos socioculturais na explicação da doença, suas causas e escolhas terapêuticas (KLEINMAN, 1980; YOUNG, 1981; 1982). Entretanto, dão pouco destaque aos aspectos intersubjetivos na construção da explicação, ou seja, a maneira como o doente se vê quando fala sobre sua doença e, em grande medida, também negligenciam as diferentes formas de mediação entre as concepções de causalidade (CAMAROFF, 1978; LAST, 1981).

A Enfermagem brasileira também tem estudado o Itinerário Terapêutico, aplicado a portadores de HIV/AIDS (MALISKA; PADILHA, 2007), a doentes crônicos respiratórios ou diabéticos (SILVA; SOUZA; MEIRELLES, 2004), a adolescentes com diabetes mellitus tipo 1 e seus familiares (MATTOSINHO; SILVA, 2007) e a usuários de serviços de saúde suplementar (CONILL et al, 2008).

Nessas pesquisas, o Sistema de Cuidado à Saúde é conceituado como uma articulação entre diferentes elementos ligados à saúde, envolvendo a experiência dos sintomas, decisões em relação ao tratamento, práticas terapêuticas e avaliação dos resultados (MALISKA; PADILHA, 2007). Este Sistema fornece às pessoas caminhos para a interpretação de sua condição e ações possíveis na busca do tratamento para sua doença (MATTOSINHO; SILVA, 2007). Além disso, os elementos que não compõem a rede formal de assistência são pouco conhecidos ou relegados, tanto na formação profissional em saúde como por pesquisadores, gestores ou formuladores de políticas (CONILL et al., 2008). O que prevalece é a valorização do itinerário terapêutico na criação de estratégias a serem utilizadas pelos sujeitos diante de um problema de saúde, pois oferece subsídios sobre a compreensão do problema, atributos necessários à decisão sobre o tipo de cuidado mais adequado às condições do usuário.

Com referência à discussão a que se propõe o presente estudo, é possível agrupar os três subsistemas propostos por Kleinman nessas duas redes, sendo que os subsistemas, informal e popular, por se desenvolverem independentes da abordagem científica hegemônica, serão discutidos como rede informal, enquanto que o subsistema profissional será considerado como rede formal.

A busca de amparo no modelo de Kleinman, embora não seja uma pesquisa sobre o itinerário terapêutico propriamente dito, permite a compreensão da busca por cuidados por meio da análise das práticas individuais e socioculturais de saúde. Na tentativa de focalizar aspectos da experiência dos sujeitos em seus caminhos percorridos, surgem

alternativas que visam a solução de seus problemas de saúde (GERHARDT, 2006), ou seja, a lógica que as impulsiona a buscar o cuidado para suas necessidades de tratamento.

Autores como Devereux (1981), Laplantine (1991), Kleinman (1980, 1992), Good (1994), Helman (2007), Eisenberg (1988), Quartilho (2001), ao estudarem a forma como os aspectos socioculturais influenciam a saúde, a doença e os processos de cura, ressaltam que em todas as sociedades humanas as crenças, atitudes e práticas relacionadas com problemas de saúde são características fundamentais de uma cultura, do complexo cultural dos indivíduos e das populações.

No Brasil, as investigações sobre os sistemas de crenças em saúde e sua articulação com as decisões que os indivíduos tomam quando adoecem ainda são incipientes. As escolhas presentes ao longo desse itinerário são geralmente influenciadas por uma série de fatores que, segundo Leite e Vasconcellos (2006, p. 114), não asseguram um acesso privilegiado das ciências biomédicas, pois “os tratamentos das doenças são construções individuais que fazem parte da vida cotidiana em qualquer sociedade”. Nessa perspectiva, a forma pela qual os indivíduos de uma dada sociedade situam-se em relação à doença, ou como a percebem, é um tema reconhecido como de fundamental importância para o estudo das doenças e das formas de lidar com elas.

A busca de significados, e não apenas de causalidade, da realidade social e simbólica dos sujeitos reforça a necessidade da interface entre a saúde pública e a antropologia. Como afirma a antropóloga Buchillet (2004), a interface entre os campos de conhecimentos dessas disciplinas permite que as ações no campo da saúde mental sejam pensadas e planejadas a partir do entendimento, do respeito e da consideração da dimensão social e cultural ligada à saúde e à doença dos portadores de sofrimento psíquico.

Nada é mais científico do que a possibilidade de leituras diferentes sobre um determinado fenômeno e, nessa perspectiva, está a essência da contribuição da antropologia interpretativa.

3 METODOLOGIA: SELECIONANDO OS FIOS PARA A TESSITURA DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

Na tentativa de melhorar o atendimento oferecido pelo serviço de assistência à saúde mental brasileiro, mais especificamente em Belém do Pará, cidade lócus da pesquisa que deu origem a este trabalho, buscou-se conhecer todo o percurso do processo do sofrimento psíquico de usuários, com a participação de familiares e profissionais envolvidos nesse cuidado. Para oferecer um acolhimento condizente com as reais necessidades do usuário, é preciso compreender os aspectos culturais de suas vivências; portanto:

[...] temos de descer aos detalhes, além das etiquetas enganadoras, além dos tipos metafísicos, além das similaridades vazias, para apreender corretamente o caráter essencial não apenas das várias culturas, mas também dos vários tipos de indivíduos dentro de cada cultura [...] (GEERTZ, 1989, p.38).

A escolha de um caminho para as investigações não ocorreu aleatoriamente, mas dependeu do objeto de pesquisa, do enfoque ou do lugar a partir do qual seria abordado. Deixar-se envolver por essa perspectiva não levaria à perda de rumo, mas à abertura de novas possibilidades de conhecimento para o surgimento de novas pesquisas.

O desenho desta pesquisa caracterizou-se como um estudo qualitativo que privilegia a experiência e subjetividade dos sujeitos, permitindo a incorporação do referencial teórico-metodológico na interpretação destas. Nesse caso, o referencial subsidiou a interpretação da realidade do usuário portador de sofrimento psíquico na sua busca por cuidado nos diferentes subsistemas de saúde; assim como, o referencial da política nacional de saúde mental subsidiou a análise de como os serviços de atenção em saúde, em Belém do Pará, participam das experiências desses sujeitos.

Nesse sentido, a metodologia aplicada à saúde apóia-se nos pressupostos das Ciências Humanas e busca entender “o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e atitudes” (MINAYO, 2007, p.21). Esse conjunto de fenômenos humanos

é compreendido como integrante de uma realidade social e partilhado entre os indivíduos que pertencem, e interação com essa realidade. (MINAYO, 2007b; POPE & MAYS, 2005).

Para compreender as experiências de cuidado dos portadores de transtorno mental, e também compreender a lógica da organização da atenção à saúde e das práticas profissionais de saúde, foi realizado um estudo exploratório descritivo, de caráter qualitativo. Os resultados obtidos com o fenômeno estudado podem também ser utilizados para compreender outros fenômenos que tenham relação com o investigado (NOGUEIRA-MARTINS; BORGUS, 2004).

O trabalho realizado adotou a característica da pesquisa qualitativa de tradição compreensiva ou interpretativa, partindo do pressuposto de que as pessoas agem em função de suas crenças, percepções, sentimentos e valores, e que seu comportamento tem sempre um sentido, um significado, que não se dá a conhecer de modo imediato, precisando ser desvelado (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 2004).

Assim, estudar os serviços de atenção em saúde mental na perspectiva dos usuários é compreender como as políticas de saúde mental estão sendo desenvolvidas no município de Belém, bem como possibilitar um exercício reflexivo de apreensão da realidade. Nessa perspectiva, investigações também são valiosas quando a mudança de política está acontecendo, sendo importante compreender por que tais intervenções alcançam sucesso ou fracasso.

Fundamental é reconhecer a abertura para um olhar mais amplo, na busca de compreender como familiares e usuários portadores de transtornos mentais enfrentam seus problemas, sobretudo em relação à procura de cuidados em saúde através dos itinerários terapêuticos, almejando a captação da diversidade de olhares que cercam a temática. Assim, segundo Moysés (1993, p.62):

Se a subjetividade permeia toda a atividade humana (e científica), nas abordagens qualitativas ela é assumida e reconhecida como essencial, inerente ao próprio fenômeno estudado. Não constitui, pois, obstáculo à construção científica para os paradigmas não positivos, que acreditam que a realidade vai mais além dos fenômenos percebidos pelos nossos sentidos e trabalham com dados qualitativos que trazem para o interior da análise o subjetivo e o objetivo, os atores sociais e o próprio sistema de valores do cientista, os fatos e seus significados, a ordem e os conflitos.

Os métodos qualitativos partem da premissa de que a realidade, os fenômenos sociais e culturais são socialmente construídos e interpretados, pelos atores/sujeitos sociais, pelo investigador na sua relação com o objeto de investigação e nos contextos que determinam e condicionam esse processo. Os discursos têm a potencialidade de nos pôr em contacto com os valores culturais e as relações sociais que influenciam e determinam a percepção e interpretação do sofrimento mental explicitado no contexto particular de cada situação de vida (KLEINMAN, 1980). Os discursos, experiências e narrativas de doença abrem caminho aos métodos qualitativos (DENZIM; LINCOLN, 2000).

3.1 O TERRITÓRIO DO ESTUDO

A cidade de Belém, capital do estado do Pará, considerada a porta de entrada da região Amazônica, possui uma população de cerca de um milhão e meio de habitantes e, em seu processo de urbanização, ainda deixa descoberta grande parcela da população. Dificuldades econômicas, sociais e ambientais são geradoras de graves problemas, entre os quais, os da saúde. Por sua condição de metrópole da região, centro de decisões políticas e de confluência de grandes eixos rodoviários, sempre exerceu grande poder de atração, sobretudo em populações interioranas do próprio estado e de estados vizinhos. Isso contribuiu para as altas taxas de migração e, conseqüentemente, para o crescimento dos efeitos nocivos da urbanização, entre os quais, o desemprego e/ou subemprego, péssimas condições de moradia e de saneamento ambiental, além de doenças de toda ordem, ocasionando mortes precoces.

Apesar de seus "ares de metrópole" a situação ribeirinha de moradia, bem característica da região, marca a parte continental da cidade. Ocupações e assentamentos precários situam-se, na sua grande maioria, nas áreas mais alagadas da cidade, formatadas por um modelo de gestão urbana que gerou conflitos e contradições, desenhando os contornos mal definidos da cidade, até hoje. Com um tipo de urbanização concentrador de oportunidades imobiliárias e com acesso à informação reduzido a ilhas exclusivas, e protegidas, onde se encontram hoje sitiadas as famílias de classe média alta, com seus cães de guarda e condomínios fechados, fica destinada aos pobres uma não cidade, longínqua, palafitada, desequipada e, sobretudo, desqualificada como espaço aprazível e habitável.

Castells (1983, p. 28) afirma que a urbanização tem sido

considerada fonte indutora de grandes transformações na maneira de viver do homem, com crescente repercussão para a qualidade de vida das coletividades envolvidas. Nos países em desenvolvimento, esses fatores continuam comprometendo a saúde de grande parcela da população, sendo acrescidos por novos problemas associados aos modelos de desenvolvimento, ao uso de tecnologias nocivas, aos processos de industrialização e, em especial, à urbanização. Esta é reconhecida como um processo social que concentra grande parte da população em um mesmo espaço e nele desenvolve aglomerados funcional e socialmente interdependentes, articulados em relações hierarquizadas. Portanto, a urbanização não pode ser entendida como fator propiciador e/ou determinante apenas das mudanças esperadas pela modernidade, as quais são tidas como promissoras, pois ela também dá suporte a dinâmicas sociais de grande nocividade para as coletividades, em especial, as que afetam a saúde.

A assistência à saúde efetuada na Amazônia ainda é mantida sob critérios externos a ela impingidos que, embora sendo uma região de diferenças singulares, essa assistência não se atém às necessidades reais da população. Nesse sentido, ao buscar soluções antropológicas ao atendimento a povos dessa região, Overing (2004, p.13) afirma que “estabelecemos relações com os povos indígenas do mundo do jeito que eles são no aqui e agora, e não como uma categoria fictícia de ‘primitivismo’ do nosso próprio passado. Sobre essa mesma condição, Minayo e Souza (1999, p.21) ressaltam que:

[...] é papel do setor saúde liderar ações específicas, intersetoriais e de militância cidadã, buscando promover qualidade de vida, ambiente saudável, incorporação de direitos e superação de processos de dominação, de exclusão e de violência física, moral e emocional.

A autora coloca em evidência a responsabilidade que tem o Estado sobre as ações de saúde executadas em seu território, cabendo-lhe, para isso, o gerenciamento dos procedimentos a elas pertinentes.

No que se refere à Atenção Básica, o Município de Belém dispõe, atualmente, de 29 Unidades de Saúde, sendo 15 delas transformadas em Pólos de Urgência e Emergência para melhor atender a população, além de 36 Casas-família, todas organizadas nos oito Distritos que abrigam as estruturas de saúde da capital do Estado. Também estão ligados ao município de Belém 14 dos 19 serviços especializados existentes na

rede de saúde, alguns ampliados e, a maioria, recentemente implantados. No total são 81 serviços de saúde ofertados à população da capital.

Nos últimos quatro anos, a cidade tenta acompanhar a expansão, a consolidação e a qualificação da rede de atenção à saúde mental, sobretudo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais foram o objetivo principal das ações e normatizações do Ministério da Saúde. Estratégicos para a organização da rede de atenção à saúde mental num determinado território, a expansão desses serviços foi fundamental para mudar o cenário da atenção à saúde mental no Brasil. Nesse período, o Ministério da Saúde pautou-se pela implantação de uma rede pública e articulada de serviços.

Entre os órgãos responsáveis pela administração da saúde do povo paraense destaca-se a Secretaria Municipal de Saúde (SESMA). Em seu papel de planejar, programar, controlar e normatizar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde no município de Belém, participa do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pela elaboração da política municipal de saúde. Apresenta 15 unidades especializadas sob sua coordenação, entre as quais se destacam as Casas de Saúde Mental do Adulto e da Criança e do Adolescente; Casa Mental Álcool e Outras Drogas.

Na responsabilidade do Estado, temos a Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA), que é responsável direta pela coordenação dos CAPS I (Icoaracy, Pedreira, Marambaia, Cremação e Mosqueiro) e um CAPSad.

Nos últimos anos, as divergências políticas na cidade de Belém vêm contribuindo para os entraves da atenção em saúde no município. Mas, mesmo com a problemática, o município tem buscado acompanhar as políticas nacionais de saúde, como no caso específico da saúde mental. Um exemplo dessa situação é o evento que foi desenvolvido por meio de um seminário nos dias 23 e 24 de junho de 2010, e um Fórum Paraense de Prevenção e Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas: um olhar contemporâneo, realizado nos dias 25 e 26 de junho de 2010, contando com a parceria da Secretaria de Estado de Saúde – SESPA, através das coordenações Saúde mental Estadual e DST/AIDS e a Secretaria de Justiça e Direitos Humanos (Sejudh). Tais eventos ajudam as entidades das áreas da assistência social, saúde, educação, jurídica, bem como ONGS, associações e movimentos sociais interessados a contribuir, articuladamente, com a construção da política de redução de danos no estado do Pará.

Dentro da rede, encontra-se o Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, o único no estado do Pará com referência nos casos de urgência

psiquiátrica. O setor de internação funciona com 50 leitos, sendo 25 para o sexo feminino e 25 para o sexo masculino. O período médio de internação é de 30 dias e funciona com uma equipe multiprofissional. Apesar da deficiência de leitos, atende à demanda do interior do Estado, do Amapá e do Maranhão.

Em síntese, a rede de serviços de atenção à saúde mental em Belém tem a cobertura de um CAPS III (150.000 habitantes), cinco CAPS I (50.000 habitantes), um CAPSi, dois CAPSad (100.00 habitantes), um Hospital dia adulto e infantil e um Hospital Geral com 50 leitos. Apoiado no referencial teórico-metodológico da antropologia, o estudo teve como território privilegiado, não único, a rede de serviços na qual esse trajeto é construído pelo usuário em busca de sua saúde mental.

O estudo foi desenvolvido em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que pertence à rede especializada em saúde mental. Caracteriza-se como um serviço aberto, funcionando de segunda a sexta-feira, nos turnos da manhã e tarde, situado no bairro do Marco, região metropolitana de Belém, e oferecendo cobertura para a área urbana que abrange dez bairros (Pedreira, Marco, Umarizal, Sacramento, Telégrafo, Vila da Barca, Fátima, Canal de Pirajá, Canal do Galo e Val de Cães). A área terrestre total é de 216.584,70 Km (BELEM, 2007), abrangendo uma população de 429.998 habitantes (IBGE, 2000). O serviço se propõe a oferecer aos usuários, incluídos seus familiares, um programa de qualidade direcionado à reabilitação e ao resgate da cidadania do portador de transtorno mental, com a finalidade de inserção social.

A partir de um estudo documental, foi possível identificar aspectos sociais e econômicos dos usuários, bem como as relações estabelecidas com os profissionais do serviço. Para isso, buscou-se uma inserção no cotidiano do serviço, o que representou, também, uma forma de aproximação com o objetivo de uma investigação sobre itinerário terapêuticos desse tipo de usuário.

3.1.1 Inserção ao território de coleta de dados

O contato inicial com os serviços de saúde mental (CAPS e ou Hospital de Clínicas, ambos vinculados à SESPA) foi estabelecido pessoalmente, com a permissão dos respectivos coordenadores e após autorização da Coordenação de Saúde Mental da SESPA. A aproximação com os profissionais que integram a equipe de saúde dos serviços foi favorecida por nossa atuação na área, bem como a

apresentação aos usuários que buscam tratamento. Os participantes foram esclarecidos e informados do teor da pesquisa.

A minha entrada no CAPS Renascer ocorreu em Janeiro de 2009, onde me senti a vontade para manusear os prontuários e realizar contato com a rotina dos serviços oferecidos aos usuários. Aos poucos fui interagindo com a equipe e realizando parceria com os grupos terapêuticos ali desenvolvidos, bem como minha relação expandiu-se para atividades grupais fora daquele espaço físico, como na realização de festas, quando me envolvia nas comemorações como: carnaval, dia das mães, festa junina e natal; momentos singulares de interação e trocas afetivas com usuários, familiares, profissionais e comunidade. Assim, a partir desses encontros, foram observadas as relações de convivência entre usuários, familiares e profissionais, conhecendo as formas de atuar, as normas e as rotinas do grupo.

3.2 SUJEITOS DO ESTUDO

Os personagens protagonistas são quatro usuárias com sofrimento psíquico; cinco familiares, sendo três do sexo masculino e dois do sexo feminino; uma psicóloga e uma Terapeuta Ocupacional, que aceitaram participar da pesquisa. A seleção dos usuários teve como critério a matrícula no CAPS e a frequência regular ao serviço há pelo menos seis meses.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: usuários com diagnóstico confirmado de transtorno bipolar, com história clínica completa e exames complementares atualizados, identificados e devidamente cadastrados a um dos serviços de atenção em saúde mental, em acompanhamento por no mínimo seis meses. Outra condição foi a de que estivessem fora de crise, assintomático do sofrimento psíquico ou com sintomas que não representassem prejuízo na comunicação e memória. Foram excluídos pacientes graves e em crise aguda.

O processo de aproximação facilitou o desenvolvimento do estudo, pois quando foi apresentada a proposta da pesquisa, algumas usuárias, que se sentiam intimidadas, aceitaram prontamente participar do estudo. Assim, o material empírico foi produzido com base nas entrevistas, guiadas por perguntas, constantes do apêndice desta tese, que foram elaboradas de forma aberta, com o propósito de atenderem os objetivos propostos.

Das entrevistas com as usuárias, três foram realizadas em suas residências, previamente agendadas, e uma no CAPS, aproveitando o

retorno da usuária à consulta médica, em virtude de que ela trabalhava. Todos os familiares foram agendados e entrevistados em suas casas. A produção do material empírico foi feita por meio da entrevista, com a utilização de gravador digital. As entrevistas tiveram como base a experiência dos familiares e usuários com sofrimento psíquico. Montenegro (2006) descreve que o ato de entrevistar é uma arte de fazer, por intermédio do diálogo, uma forma de aproximar as pessoas das verdades depositadas em cada um.

Antes de iniciar, cada entrevista, foi apresentado o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para que fosse lido e assinado, conforme a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Foi também autorizada a divulgação de imagens e fotografias pelas colaboradoras, por meio da assinatura da Carta de Cessão.

Foram respeitadas as questões éticas, que dispõem sobre as diretrizes e normas, prevista para regulamentação de pesquisas que envolvem seres humanos, resguardando os direitos da livre escolha de participar do estudo, bem como de desistir a qualquer tempo, sem qualquer punição.

3.3 ESTRATÉGIAS DE COLETA DE DADOS

Para selecionar os usuários e familiares a serem entrevistados foram utilizadas várias técnicas combinadas, como: a observação livre (interação dos usuários com familiares e equipe de saúde); entrevistas informais com usuários, familiares e profissionais, durante o período de espera pela consulta; verificação de prontuários, de modo a dar maior consistência aos achados e suas interpretações.

Desse modo, o estudo foi realizado em dois momentos concomitantes. Um constou de entrevista com os usuários e familiares. O outro ocorreu por meio de observação direta das atividades desenvolvidas com os usuários pela equipe, sendo realizada em períodos previamente combinados e delimitados. Para registro dessas observações complementares, foi utilizado um diário de campo. Utilizamos os prontuários como fonte de informação, os quais incluíram dados coletados em documentos (registros assistenciais), que favorecessem a compreensão das experiências de adoecimento, e também em relação ao cuidado dedicado aos usuários com sofrimento psíquico no contexto institucional do processo saúde/doença/cuidado.

Entre as técnicas de coleta de dados, os relatos orais são considerados fundamentais para as pesquisas das ciências sociais. As

informações foram obtidas por meio de entrevista semiestruturada, de acordo com os objetivos do estudo, efetuadas no segundo semestre de 2009, no período de setembro a dezembro 2009, nas residências dos usuários, após contato e estabelecimento de *rapport* com usuários e familiares registrados por meio de um gravador.

Como consideram Ludke e André (1986) e Minayo (2004), a entrevista possibilita uma interlocução entrevistador-entrevistado. A relação que se estabelece é de interação, a qual poderá influenciar as informações que serão dadas pelas pessoas envolvidas. É importante que o pesquisador possa ouvir atentamente todas as informações, garantindo também um clima de confiança ao informante. Como técnica de coleta de dados, valoriza a presença do pesquisador e proporciona ao informante as perspectivas possíveis para que alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias ao enriquecimento da pesquisa. A entrevista semiestruturada é direcionada pelo discurso do informante e pela dinâmica que flui espontaneamente.

As entrevistas são ações que envolvem indivíduos e a compreensão do que está acontecendo com os outros e, para isso, se faz necessária a interação face a face, construindo possibilidade de aproximação entre as pessoas e estreitamento das relações (FLORES; RIBEIRO; SATT, 2006). A entrevista em profundidade é utilizada como metodologia de coleta de informações na pesquisa qualitativa, que explora o assunto, busca informações, percepções e experiências vivenciadas pelos informantes. É uma entrevista de qualidade, flexibilidade e intensidade nas respostas.

Na realização de entrevistas em profundidade e não dirigidas, evitaram-se perguntas que pudessem dirigir respostas para o que se tinha em mente, procurando-se dialogar com o entrevistado dentro de um campo descontraído, em que se propicia o máximo de liberdade de expressão (TRIGO; BRIOSCHI, 1992). Esse tipo de entrevista teve por finalidade obter o máximo de informações que o indivíduo entrevistado pudesse oferecer, utilizando-se um roteiro para as entrevistas, contendo apenas tópicos sobre os quais se pretendia conversar. Contudo, se no decorrer das entrevistas fosse observado que a conversa tomava rumos diferentes, porém pertinentes ao objeto de estudo e interessantes para a pesquisa, não se hesitaria em modificar o roteiro planejado.

Durante as entrevistas houve a preocupação da pesquisadora em usar linguagem clara e objetiva, acessível à compreensão dos usuários e seus familiares. O tempo para cada entrevista não foi pré-determinado, buscando-se respeitar o tempo de cada entrevistado, pela preservação de sua espontaneidade no relato.

As entrevistas foram realizadas em condições ideais de privacidade, sobretudo as feitas com usuários, sempre na presença de familiares. Observou-se que, nas entrevistas dos familiares, os usuários permaneciam juntos no local. Em algumas ocasiões, um participante interferia na entrevista do outro e, então, tentava-se focar aquele que estava sendo entrevistado no momento. Houve uma entrevista com um familiar que, por várias vezes, sofreu a interferência da usuária, que a contradizia durante o depoimento, gerando discussão.

Foram ainda realizados contatos regulares com profissionais do CAPS, e uma entrevista com a psicóloga, que era referência técnica de duas usuárias do estudo; e com a terapeuta ocupacional, que era gestora do CAPS, com o objetivo de obter maiores subsídios para a compreensão do significado das experiências de adoecimento e cuidado de usuários com sofrimento psíquico.

As entrevistas foram realizadas apenas com as pessoas que apresentavam disponibilidade em colaborar com o estudo, por considerarmos que esse instrumento nos possibilitaria um maior aprofundamento das categorias levantadas, além de permitir considerável flexibilidade. O recurso da gravação facilitou o registro das falas e, posteriormente, esse acervo manteve-se sob a guarda do pesquisador, de modo a garantir o sigilo e anonimato dos entrevistados.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

O material empírico colhido nas entrevistas foi transcrito logo a seguir, em seu sentido literal, para evitar acúmulo de material. Foram retirados os excessos ou palavras repetidas, sem que se perdessem as características de cada narrativa. Também foram registrados os momentos emotivos ocorridos durante cada entrevista.

Todo o material das narrativas foi transformado em texto. Assim, houve a identificação de núcleos de sentido presentes nos dados, pertinentes a todos os entrevistados. Em exaustivas leituras, os núcleos foram recortados em temas. Esse processo exigiu também uma análise pessoal do pesquisador para a seleção dos aspectos significativos dos dados, os quais foram marcados por um código representando o conteúdo daquele segmento e auxiliando na identificação dos conteúdos manifestos e de seus sentidos e relações como foco do estudo. Esta etapa permitiu a pré-categorização, como uma decodificação de todo o material empírico a partir de estratos ou excertos de texto.

Em seguida procedeu-se o agrupamento e re-organização dos

diferentes extratos, já codificados, em conjuntos que formaram subcategorias. Estas passaram por nova re-organização até sua síntese em três grandes eixos do discurso dos entrevistados, denominados a partir do referencial teórico, adaptados ao modelo de Kleinman.

As categorias centrais de análise emergiram das experiências dos usuários, a partir de suas percepções, vivências e estratégias adotadas por eles no seu cotidiano assistencial. Os depoimentos obtidos nas entrevistas, estratificados e codificados, foram os “insumos” e componentes das categorias, evidenciando os pontos essenciais da realidade que se buscou retratar.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O processo ético, de preparação da coleta de dados, envolve o cumprimento dos trâmites exigidos pelo Comitê de Pesquisa com Seres Humanos, com aprovação do projeto pelas respectivas direções dos serviços de saúde e do comitê/comissão de ética. Envolve também o respeito à Resolução 196 de 10 de outubro de 1996, contida também na Portaria 2.048/2009 (BRASIL, 2009), que aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS), em diversos aspectos, incluindo os cuidados na pesquisa envolvendo seres humanos.

Assim, a coleta de dados somente foi iniciada após obtenção de parecer favorável junto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (Certificado 269 - Anexo D), de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, submetendo-se o projeto ao Comitê em setembro de 2007, após a qualificação junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) foi proposto e assinado pelos entrevistados que concordaram em participar do questionário e/ou entrevista (Apêndice B). A eles foi garantida a fidedignidade das informações coletadas, o comprometimento em manter em sigilo suas identidades, bem como o seu acesso aos resultados da pesquisa. Eles também foram esclarecidos quanto à possibilidade de se desligarem do estudo a qualquer momento sem constrangimentos ou consequências para sua pessoa.

Nesta pesquisa, o aspecto ético foi contemplado justamente na possibilidade de se conhecer, a partir dos resultados, como os portadores de transtorno mental identificam, explicam, lidam e buscam por meio de suas próprias escolhas, certas formas de tratamento e os modos de comportamento em relação à terapêutica adotada, inclusive em seus

significados culturais.

3.6 SÍNTESE DAS CATEGORIAS TEÓRICAS E EMPÍRICAS (MATRIZ ANALÍTICA) E FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A análise qualitativa dos dados coletados nos relatos dos usuários, dos familiares que acompanhavam o tratamento e dos profissionais envolvidos no atendimento foi dirigida pelo tema central a busca por alternativas de cuidado para a assistência à saúde mental. A organização de categorias ou subtemas permitiu o aprofundamento deste tema e incluiu procedimentos para sua sistematização, conforme descrito na metodologia.

As macrocategorias referentes ao modelo teórico adotado são categorias teóricas, bem como os seus conteúdos, constituídos pelas diferentes categorias empíricas, ou seja, são o resultado da análise a partir de estratos, códigos e subcategorias, conforme quadro 1 abaixo:

Quadro 1 – Síntese das categorias do estudo - matriz analítica.

MACROCATEGORIAS TEÓRICAS ou eixos analíticos	CATEGORIAS EMPÍRICAS
INÍCIO DA TRAJETÓRIA	<ul style="list-style-type: none"> - Evidência de perdas; - Percepção do preconceito da doença; - Desestrutura familiar.
SISTEMA FORMAL	<ul style="list-style-type: none"> - Experiência da Internação no HCGV; - Os motivos da procura e expectativas em relação ao tratamento; - CAPS como sentido de vida; - A construção da relação com profissional de saúde mental; - Medicação como cuidado ou recurso terapêutico predominante.
SISTEMA INFORMAL	<ul style="list-style-type: none"> - Contexto familiar como desencadeador de doença; - Família como controle; - Família como espaço privilegiado para o cuidado; - Desgaste familiar; - Papel da religião no tratamento; - Importância da fé no tratamento.

Na primeira macrocategoria, representada pelo **início da trajetória**, estão agrupadas categorias que, direta ou indiretamente, contribuíram para o desencadeamento de uma crise. Este conjunto de

dados foi tratado no artigo 2.

Na segunda macrocategoria, representada pelo sistema formal, foram agrupadas categorias que estão vinculadas ao tratamento, relacionadas ao saber científico, num conjunto de dados também tratados no artigo 2. Essas categorias são referentes à Experiência da internação no HCGV, aos Motivos da procura e expectativas em relação ao tratamento; ao CAPS como instituição que dá sentido à vida do usuário; à construção da relação com o profissional de saúde mental; e à Medicação como cuidado ou recurso terapêutico predominante.

Na terceira macrocategoria estão representadas as categorias que compõem o sistema informal relacionadas ao contexto social no qual o usuário está inserido, ambiente propício para o desencadeamento da doença. Dentre essas categorias foram elencadas aquelas que estão relacionadas, sobretudo à família e à religião como: o contexto familiar como desencadeador da doença; a família como instituição controladora das ações do usuário; a família como espaço privilegiado para o cuidado; o desgaste familiar decorrente do tratamento; o papel da religião no tratamento; e a importância do exercício da fé enquanto ação que influencia o tratamento.

Os resultados desta pesquisa seguiram a Instrução Normativa 06/PEN/2009 aprovada em 02/12/2009, a qual altera o critério para elaboração e formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/PEN-UFSC. Nesse sentido, os pontos comuns, e também um pouco das experiências singulares, captados a partir do olhar sobre os itinerários terapêuticos desses sujeitos, é que serão abordados nos manuscritos que se seguem. As teses e dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em coautoria com o orientador e coorientador, já no formato final para encaminhamento a periódicos científicos.

Nesta pesquisa, a apresentação e discussão dos resultados, de acordo com o novo formato de apresentação de teses descrito na Instrução Normativa mencionada acima, estão contempladas neste capítulo, articulando três artigos e a síntese final da tese, contemplada nas Considerações Finais. O primeiro artigo consiste na construção do perfil epidemiológico do lócus da pesquisa, intitulado **Construção do perfil dos usuários do CAPS renascer**, baseado em dados primários coletados no CAPS. O segundo artigo é baseado na macrocategoria **Sistema formal**, sobre como os usuários e familiares enfrentam a busca de cuidado para viver saudável e tem como título **Substratos do sistema formal para uma assistência à saúde mental satisfatória**. No terceiro artigo, com relação à macrocategoria **Sistema informal**, foram

analisadas as aproximações e distanciamentos das relações estabelecidas entre o familiar e o usuário portador de transtorno psíquico e tem como título **Itinerário Terapêutico Performance da família no cuidado do portador de transtorno psíquico.**

Com base nos relatos e, conseqüentemente, pela análise dessas narrativas, a pesquisa evoluiu, dando corpo a tese, que está direcionada à compreensão das experiências vividas pelas pessoas acometidas de sofrimento psíquico, submetidas ao tratamento no CAPS Renascer. O que pareceu evidente nas entrevistas realizadas tanto com usuários e familiares, quanto com profissionais que relataram o adoecimento e tratamento, foi de que, em todos os casos, o processo iniciou em decorrência de perdas sofridas pelas usuárias.

A dificuldade em vivenciar suas perdas, apresentada nas diferentes narrativas de cada usuária, pode ser relacionada a situações diversas como a demissão de um emprego, a perda de um familiar, pelo fim de um relacionamento amoroso ou ainda devido a um conjunto de situações que trazem em comum o sentido de perda, como se pode observar no relato a seguir:

A primeira vez que eu tive foi um evento depressivo em 1994, foi quando me separei do meu marido [...] Na última crise eu comecei a ter sérios problemas, pois meu ex-marido estava me pressionando para vender a casa, perdi meu emprego, terminei um relacionamento amoroso; foram vários fatores ao mesmo tempo que contribuíram para desencadear a crise. (Usuária K).

A percepção do preconceito em relação à doença pode ser também incluída como fator desencadeador de uma crise, pois, embora sendo uma preocupação constante na mente do portador de transtorno mental, pode ser reforçada por atitudes de pessoas de seu convívio, percebida no seguinte relato:

Outra dificuldade é o preconceito, porque só da gente dizer que faz tratamento psiquiátrico dizem logo que é doido; esse preconceito vem de todos; amigos da minha profissão se afastaram, assim como das relações mais próximas. Gera um certo descrédito, não nos dão trabalho achando que vamos ter crise, que estamos doente. Não me aceitavam em seu escritório, mesmo sabendo do meu trabalho anterior. (Usuária K).

A desestruturação familiar, enquanto fator que afeta o equilíbrio emocional, é outro fator contribuinte para o surgimento de uma crise, pois a família, considerada como grupo de atenção primária à saúde, é a primeira instituição no nível da atenção dispensada ao sujeito, como no caso abaixo:

Ela não teve uma infância boa. Teve uma infância muito sofrida; o pai era alcoólatra, vivia jogado no ver-o-peso e morreu por lá; a mãe também era alcoólatra, mas de um ano pra cá ela deixou a bebida e se tornou evangélica. Então a família sempre foi problemática. Eu convivo com ela há 19 anos, eu mesmo já contribuí porque já dei muita dor de cabeça pra ela, eu sempre dava minhas fugidas com os amigos. (Familiar da Y).

Outro fator importante no processo de tratamento é a existência de um sistema formal de assistência à saúde mental, representado por profissionais com formação específica para atuação na área da saúde, que também apresenta categorias na questão do cuidado ao usuário que procura o sistema público de saúde. O tratamento no HCGV, única instituição hospitalar especializada em psiquiatria do Estado do Pará, é uma das categorias desse sistema, que oferece alternativa de assistência a usuários em crise, uma condição nem sempre aceita pelo usuário que, sabendo da inevitável internação, recusa-se a ir espontaneamente, sendo, muitas vezes, levado enganado, como se pode perceber na fala transcrita abaixo:

Eu me vi já levada ao HCGV pelo meu sogro que me enganou, disse assim: X, eu consegui um emprego para você em Barcarena. Quem não sonha em trabalhar em Barcarena, na Albras? Aí eu disse: então tá. – Só que tem um exame psiquiátrico. Aí eu disse: para constatar que eu não sou doída, para poderem me contratar? Aí ele disse sim e aí eu vim para o hospital de clinicas. (Usuária X).

A experiência da internação é a categoria que se configura como a prioritária na assistência à crise, visto que é uma condição nem sempre aceita pelos usuários, que geralmente são trazidos por familiares ou bombeiros. Diante da dificuldade em lidar com esse momento difícil, a família opta pela internação, acreditando evitar maiores prejuízos à saúde do sujeito, procurando eliminar riscos à sua vida e a de outros. Nesse sentido, o relato a seguir demonstra essa condição:

Meu marido me internou e foi embora, então eu

gritava: não me deixa aqui. Fui me baixando até perder as forças, fui caindo, definhando e só chorava. [...] me lembro muito bem que dois técnicos vieram e me agarraram e me levaram. Depois, uma moça, que eu não lembro o nome, nem a função dela; só sei que ela dizia assim: usuária X, eu vou ter que tirar a sua aliança porque você não pode ficar com aliança, vou ter que tirar os seus brincos [...] porque pra mim, como mulher, é o cúmulo, é a tua vaidade, são os teus objetos pessoais [...] foram coisas que eu escolhi com tanto amor. Aí me deram uma injeção e eu fiquei dopada mesmo. Amarrada, você sabe quem veio cuidar de mim? As pacientes; eu anotei o nome delas, das minhas amigas. (Usuária X).

Abandonada em um ambiente estranho, a usuária é tomada por sentimentos negativos, dificultando a continuidade do tratamento. Não conseguindo fugir do trauma, experimenta o medo, a dor, a impotência, a exclusão social, a vulnerabilidade, a violência, a fragilidade, a perda de identidade, a invasão de privacidade, a rotulação e a estigmatização. Sob a condição de internação, a usuária sente-se violentada com a retirada de seus objetos pessoais. Entregue aos cuidados de estranhos, tenta criar novos vínculos com aqueles que, em mesmas condições, oferecem-lhe ajuda.

Em busca de cura para a doença, o surgimento de expectativas em relação ao tratamento é inevitável, sobretudo por parte dos familiares, visto que o doente nem sempre se encontra em estado de ter qualquer percepção nesse sentido. Inicialmente sob os cuidados da família, que desconhece os procedimentos adequados, essa categoria do sistema formal representa a esperança ou confiança num tratamento especializado, que logo se desfaz pela falta de confiança na assistência que lhe é dispensada, observada no relato a seguir:

O trabalho do CAPS Renascer é muito bom, só que está deixando a desejar, porque eu já devia estar fazendo terapia ocupacional e não estou, sem pagar né. Eu gosto do CAPS da pedreira. Lá na marambaia eles eram bacanas com a gente, apesar de só ir para as consultas médicas com a minha irmã e ela pegava uma sacolada de remédio e eu não tomava. Ela guardou e eu disse até pra jogar fora se não ela podia ser presa se pegassem com todo aquele remédio controlado. (Usuária Y).

A limitação à medicação reduz a expectativa da usuária com relação ao tratamento, o que dificulta sua continuidade, pois não se sentindo atendida, prefere não seguir a medicação prescrita.

Na relação com o profissional de Saúde, são frequentes as queixas dos usuários e familiares pela falta de informação e esclarecimentos acerca da doença, o que dificulta a aceitação ao tratamento, já que o profissional, assumindo uma postura distanciada, foge de seu papel como articulador e promotor do acolhimento. As informações acerca da doença fazem parte do compromisso de orientação à recuperação da autonomia do usuário, elevando sua capacidade de autocuidado e empenho no tratamento. Nesse sentido, o descontentamento com o atendimento gera conflitos e reclamações:

Foi preciso eu falar que conheço os meus direitos e os meus deveres, para poderem me respeitar. O funcionário público acha, porque está escrito lá, que ninguém pode agredi-lo, mas ele também não pode me agredir. Eles pensam que estão falando com qualquer um e eu não sou qualquer um; e quem eu puder orientar eu vou orientar. Porque nós temos direitos e deveres. A Isabela, quando era a minha técnica de referência, ela me deu a cartilha do usuário do SUS, eu já anotei o número da ouvidoria. É só ligar para lá e saber por que eu vou ter que comprar meu Carbolitium se o SUS tem que me dar. Eu vou ligar – Você sabe por que eu vou ligar? – Eu vou ligar porque eu pago impostos, eu sou uma cidadã e o meu marido também. (Usuária X).

O uso indiscriminado e desregulado de medicações psicotrópicas, determinados pela administração e pelo controle da medicação são atribuições dos serviços de saúde, sendo a prescrição de competência exclusiva do médico que acompanha o usuário em seu tratamento, não considerando o que o usuário esteja realmente sentindo. Ao solicitar redução da medicação, o usuário é visto pelo médico como desacreditando e tentando fugir ao tratamento.

Mas eu só tomo três tipos de medicamento: Clonazepam, Relifit 75mg e Carbolitium. O Carbolitium estava me prejudicando; em vez de estabilizar o meu humor, eu ficava irritada, chorava, brigava e ficava agressiva. Eu parei de tomar por conta própria, porque pela médica, até hoje eu estava tomando. Sabe de uma coisa? Quem conhece o meu organismo sou eu, quem está sentindo os

efeitos colaterais sou eu, quem toma sou eu. Então parei e fiquei tomando só o Clonazepam e o Relift. Estou me sentindo bem. (Usuária Z).

Embora seja o passo inicial do tratamento psiquiátrico dentro do sistema formal, a medicação como cuidado ou recurso terapêutico predominante é uma ação de saúde que não pode estar limitada ao procedimento medicamentoso, pois, para muitos profissionais, esse procedimento é ainda considerado como único recurso; para outros, é o recurso que predomina entre os demais.

Na primeira vez foi a minha irmã quem ficou comigo... Ela me levou no CAPS da Marambaia porque eu morava com ela... Lá eu não fiz psicoterapia, não participava de oficinas, era apenas a consulta médica... Eles só me davam uma sacolada de remédios e eu não tomei nenhum. (Usuária Y).

Não se pode desconsiderar que a medicação é fundamental ao tratamento, porém, limitá-lo a esse procedimento gera incômodo ao usuário que, com dificuldade de socialização, ocasionada pela doença, não se sente seguro com relação à instituição formal que o devia encorajá-lo.

Como componente do sistema formal de assistência a usuários portadores de transtorno mental, os CAPS, diferentemente dos hospitais, oferecem atendimento em ambiente mais acolhedor, proporcionando bem-estar àqueles que recorrem aos seus serviços, o que suscitou a idéia de uma categoria que incluísse essa instituição como aquela que dá sentido à vida.

Assim, como espaços de inclusão dos usuários na gestão do cotidiano da instituição, os CAPS assumem uma responsabilidade compartilhada, pela administração dos ambientes que utilizam e pelo tratamento que dispensam ao usuário. Esta ação busca a horizontalização das relações de poder dentro do serviço, fazendo com que as pessoas acometidas de sofrimento psíquico sejam protagonistas no processo de assistência, segundo os objetivos da atenção psicossocial (CAMARGO, 2004). Nesse sentido, a confiança quanto ao tratamento se torna mais evidente:

Confio no trabalho CAPS, isso aqui é um refugio pra mim [...] sem precisar dessa experiência traumática que é a internação. A internação é traumática porque só eu sei o que passei. Eu fui amarrada plenamente consciente. (Usuária X).

Destaca-se também a parceria entre instituições de ensino superior, em nível federal e estadual, e o Centro de Atenção Psicossocial, contribuindo com as possibilidades de intervenção em oficinas terapêuticas. Tais estratégias valorizam a intervenção baseada na singularidade e subjetividade dos usuários, minimizando o risco do atendimento no CAPS de forma segregadora e padronizada, que reproduzem modelos já existentes.

A categoria representada pelo **sistema informal** foi representada nesta pesquisa, sobretudo pela família e outras instituições não formais, como a religião e crenças culturais que fazem parte da vida do usuário e, portanto, exercem influência em sua formação pessoal, exercendo um papel importante no tratamento.

O contexto familiar como desencadeador de doença é a categoria que tem a família, enquanto núcleo social no qual se desenvolvem as primeiras relações sociais do indivíduo, e serve como base de sustentação para o equilíbrio emocional do usuário. O homem é um ser social, e a longa dependência da criança, desde o nascimento, das figuras dos pais, leva-a desenvolver todas as suas capacidades na relação com o outro. Aquilo que inicialmente é uma necessidade de relação, indispensável para sua sobrevivência física, torna-se rapidamente necessário para sua sobrevivência psicológica. (BENI et al., 2004). A saúde mental e o equilíbrio emotivo dependem da qualidade das relações com a família e com o mundo externo. Essa condição nem sempre atinge o propósito de favorecer a segurança a todos os familiares, pois um ambiente de tensões e rupturas nessas relações contribui com a evolução do processo de adoecimento, o que se confirma no relato a seguir:

A família dela é muito complicada, difícil de contar. Ela não tem com quem contar porque todos contavam com ela, ela foi o suporte, o esteio dessa família. Quando ela veio aqui no sábado me pedir ajuda a intenção dela era que eu a levasse ao CAPS, porque o marido não a levaria; eles não querem que ela se trate. (Amiga da usuária Y).

Na categoria família como controle o ambiente familiar está relacionado aos primeiros valores morais que são apreendidos pelo indivíduo, à medida que este adquire condições de controlar suas ações. Nessas condições, os vínculos afetivos contribuem para o surgimento de conflitos e sentimentos complexos, inclusive de abandono, por parte do usuário, podendo assim levá-lo ao desencadeamento de uma crise. Em relação a esse aspecto, um profissional entrevistado observa que “este

comportamento da família faz a usuária muitas vezes se afastar deles, gerando desconfiança e adotando uma postura de onipotência.” O poder de decisão da família alimenta no usuário sentimentos ambíguos, pois, ao perceber sua autonomia diminuída, entra em conflitos por não decidir suas ações, relato feito por uma usuária com referência ao marido, afirmando que a conversa dele era: “você tem que tomar seu remedinho, dois comprimidos pela manhã, dois à tarde, dois à noite; você já tomou seu remedinho? Vem tomar seu remédio!” (Usuária X)

Sem tomar consciência de que fora da crise o usuário é capaz de refletir sobre o momento passado e não aceitar a posição de submissão, a família pode continuar a tratá-lo como incapaz de agir por si próprio. Percebendo o ambiente familiar menos acolhedor, o usuário opta pelo distanciamento para manter sua autonomia. A sensação de impotência aumenta o poder dos familiares que se sentem no direito de tutela sobre as ações do outro.

Como suporte básico para a vida de qualquer pessoa; a família é o espaço privilegiado para o cuidado. Para os indivíduos portadores de psicopatologias, ela possui especial importância pelo fato de esses sujeitos necessitarem de cuidados e acompanhamentos por parte dos membros do grupo familiar. Esta instituição enfrenta situações de dificuldade, talvez por não conhecer suficientemente a doença vivenciada pelo seu membro, não compreendendo a sintomatologia e a evolução do quadro clínico da patologia (WERNET, 2001). Sem compreender o tratamento e acreditando que o espaço hospitalar não oferece maior segurança ao doente que o ambiente doméstico, a família dispõe-se ao cuidado do usuário.

[...] aquele lugar é horrível; é infestado de piolho. Aquelas camas são horríveis, não tem conforto, não tem segurança. É uma ala de homem, outra de mulher, mas... meu medo é o que pode acontecer com uma pessoa que está sedada, tomando remédios fortíssimos, dormir e ser abusada sexualmente por outro paciente, isso é problemático. (Familiar X).

O desgaste familiar é a categoria que está relacionada ao empenho dos familiares em relação ao cuidado a um membro com transtorno mental, que acarreta uma sobrecarga psíquica e física geradora de desgaste que, somada à incerteza, angústia, revolta, tristeza e impotência diante da situação, enfraquece os laços que envolvem familiares, diminuindo suas perspectivas quanto ao tratamento.

O problema é que ou o paciente se cuida, ou ele mata quem está ao lado; não mata de faca ou de tiro; é o psicológico, a gente fica num estado de nervos pior que o paciente, pois a família adocece junto com o paciente, com certeza adocece. (Familiar X).

A mobilização e disponibilidade do apoio familiar não geram momentos prazerosos para quem cuida. Preso a uma situação para a qual não vê muito retorno ou expectativa de solução, os membros da família, envolvidos na ação de cuidar, abrem mão de seus interesses em benefício do outro.

Embora haja dúvida entre igreja e religião, o termo aplicado a essa categoria está ligado ao sentido da representação do seu papel exercido no tratamento, segundo a idéia que a maioria das pessoas tem a respeito do seguimento de uma crença religiosa. Essa influência sobre as pessoas é evidente e, em situações de dificuldade, a busca de apoio em alguma instituição dessa natureza é frequente, como tentativa de conseguir ajuda para seus problemas. Um exemplo disso é o relato de três usuárias transcritos abaixo:

A tristeza passou normalmente sem ajuda de medicamento. Passou só a gente frequentando a igreja, conversando. A gente levou a nossa vida normal. Ela começou a trabalhar novamente, conseguiu um emprego numa outra empresa e depois de um período nessa empresa essa tristeza foi desaparecendo. (Familiar 01 da usuária X).

Eu tive várias depressões, mas eu conseguia sair sem medicação, eu conseguia sair só indo pra igreja católica, mas depois eu me tornei evangélica. (Usuária y).

Eu ainda frequentei por cinco anos a união espírita, não pela doença, mas por curiosidade. Aí eu estudei muito, estudei vários livros, estudei um monte de coisa. (Usuária K).

O fato de frequentar uma igreja denota a importância da fé no tratamento. Seguir uma religião não parece suficiente para atingir os fins desejados. Em casos que não são vislumbradas soluções, é preciso ter firme convicção de que algo é possível, mesmo que não se tenha prova dessa realidade, mas apenas pela absoluta confiança de que há uma forma de resolução. No caso específico de uma doença mental, a

possibilidade de cura passa a ser creditada a forças sobre-humanas; pois uma crença religiosa capaz de exercer influência sobre os males ganha expressão sob diferentes tipos e ligações com a fé.

Eles são evangélicos, os dois são daqueles fanáticos mesmo, só eles estão salvos, só a religião deles é a correta; o resto tem demônio, eu era demônio, as irmãs eram demônios e com isso ele isolou a gente dela. Eu disse a ele que Deus deixou os médicos na terra, a fé da gente entra quando a pessoa está desenganada, que sabe que já vai morrer. (Familiar 2 da usuária X).

No confronto entre as categorias escolhidas para análise dos dados coletados nas entrevistas, verificou-se que são frequentes os pontos comuns de observações, queixas e opiniões a respeito do itinerário terapêutico, mesmo antes do desencadeamento da primeira crise. Embora existam semelhanças quanto aos temas gerais, como os desencadeadores da crise, nas relações com o sistema formal e sistema informal, as situações vivenciadas de forma individualizada apresentam-se de maneira diferenciada, o que requer um olhar diferenciado quanto à elaboração de procedimentos, de acordo com as necessidades de cada sujeito envolvido no processo de cuidado.

4 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa são apresentados em três manuscritos, em observância à instrução normativa 10/PEN/UFSC de 15 de junho de 2011, sendo estes:

O primeiro manuscrito é intitulado:

“Construção do perfil dos usuários do CAPS Renascer”.

O segundo manuscrito é intitulado:

“O sistema formal de cuidado na experiência de pessoas em sofrimento psíquico e seus familiares”.

O terceiro manuscrito tem por título:

“Itinerário Terapêutico: performance da família no cuidado do portador de transtorno mental.”

4.1 MANUSCRITO I – CONSTRUÇÃO DO PERFIL DOS USUÁRIOS DO CAPS RENASCER

CONSTRUÇÃO DO PERFIL DOS USUÁRIOS DO CAPS RENASCER

CONSTRUCTION OF THE PERFIL OF USERS OF CAPS REBIRTH

CONSTRUCCIÓN DEL PÉRFIL DE LOS USUARIOS DEL CAPS RENASCER

Luciléia da Silva Pereira¹
Flávia Regina Souza Ramos²

¹ Enfermeira, doutoranda em Enfermagem, Doutorado Interinstitucional – DINTER UFPA/UFSC/CAPEs. Email: lucileiapereira21@yahoo.com.br.

² Doutora em Filosofia em Enfermagem (UFSC), pós-doutora em Educação (Universidade de Lisboa). Professora Associada do Departamento e Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Pesquisadora do CNPq e líder do Grupo Práxis: trabalho, cidadania, saúde e enfermagem. flavia.ramos@pq.cnpq.br

RESUMO: Com o objetivo de conhecer o perfil dos usuários do CAPS Renascer, portadores de sofrimento psíquico, este artigo tomou como método o estudo descritivo, qualitativo, documental e observacional, tendo como fonte de informação os dados coletados em prontuários constantes dos arquivos dessa instituição. As variáveis estudadas para delineamento do perfil sociodemográfico foram: idade, sexo, estado civil, procedência, diagnóstico, realização de atividade não remunerada, assistência recebida no serviço, obtendo-se o resultado de que 43,1% dos usuários eram do gênero feminino. Quanto à faixa etária, 46,3% de 240 usuários estavam entre 31 e 50 anos. Em relação ao exercício de alguma atividade, 42,1% trabalhavam com alguma remuneração. Na variável estado civil, 51,3% eram solteiros. Pela escolaridade, 45% possuíam ensino médio completo. Tomando-se como referência a religião, 60% eram católicos. Quanto ao local de residência, 45,8% eram

dos bairros Pedreira e Marco, sendo 54,2% de outros bairros e localidades do interior do estado. 45,8% foram encaminhados do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna. 26,7% eram acompanhados por seus genitores; 68,8% foram inscritos no programa semi-intensivo; e 42% diagnosticados sob a hipótese de episódios depressivos. Os resultados revelaram uma hegemonia do modelo de tratamento biomédico fundamentado exclusivamente na prescrição de psicofármacos. Conclusões: Ao conhecer o perfil dos usuários de saúde mental daquela instituição, foi possível repensar a atenção psicossocial, verificando-se o nível de efetivação da proposta de reforma psiquiátrica nos serviços substitutivos, em seu contínuo processo de pensar as práticas e recriá-las.

Palavras Chave: Saúde Mental. Sofrimento Psíquico.

ABSTRACT: Aiming to understand the profile of the users from CAPS Reborn, bearers of psychological distress, this article, taking as a method descriptive, qualitative, documentary, observational study was to source of information data collected from medical records contained in the files of the institution. The variables searched in order to get the socio-demographic characteristics were age, sex, marital status, origin, diagnosis, working in an unpaid activity and assistance received in service, obtaining the result that 43.1% of 240 users were female. As to age, 46.3% were between 31 and 50 years. In relation to doing an activity, 42.1% worked with some remuneration. Variable in marital status, 51.3% were single. By schooling, 45% had completed high school. Taking as reference to religion, 60% were catholic. As for the place of residence, 45.8% were from Pedreira and Marco neighborhood, 54.2% from other neighborhoods and towns in the state. 45.8% were referred from Gaspar Vianna Clinical Hospital. 26.7% were accompanied by their parents; 68.8% were enrolled in semi-intensive program; and 42% diagnose under the hypothesis of depressive episodes. The results show an hegemony of the biomedical treatment model based, solely, on the prescription of psychotropic drugs. As you know the profile of mental health users from that institution, it was possible to rethink the psychosocial care, checking the effectiveness level of the psychiatric reform proposed in substitutive services in its ongoing process of thinking practice and recreate them.

Keywords: Mental Health. Psychic Suffering.

Resumen: Objetivo: conocer el perfil de los portadores de sufrimiento psíquico atendidos en un CAPS del municipio de Belém, Pará. Métodos: este es un estudio descriptivo, cualitativo, documental y observacional, cuyos datos fueron recolectados en las historias clínicas. Las variables estudiadas para delineamiento do perfil sociodemográfico fueron: edad, sexo, estado civil, procedencia, diagnóstico, realización de actividad no remunerada, asistencia recibida en el servicio. Resultados: se constató que 43,1% de los 240 usuarios eran del género femenino; las edades se concentraban en las franjas atareas entre 31 y 50 años (46,3%); 42,1% desenvolvían alguna actividad remunerada; 51,3% eran solteros; 45% poseían educación media completa; la mayoría es de religión católica (60%) y reside en los barrios Pedreira (22,9%) y Marco (22,9%). Los usuarios eran remitidos del Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (45,8%) ; 26,7% eran acompañados por sus progenitores y, en la mayoría, inscritos en el procedimiento semi-intensivo (68,8%), con hipótesis diagnóstica de episodios depresivos (42%). Los resultados revelan una hegemonía del modelo de tratamiento biomédico fundamentado exclusivamente en la prescripción de psicofármacos. Conclusiones: al conocer el perfil de los usuarios de salud mental, podemos repensar la atención psicosocial, verificando si la propuesta de la reforma psiquiátrica está siendo realizada en los servicios substitutivos, pues ella es un continuo proceso de pensar las prácticas y recrearlas.

Palabras clave: Salud Mental. Sufrimiento Psíquico.

INTRODUÇÃO

Transtornos mentais causam, em geral, considerável impacto em termos de morbidade, prejuízos na funcionalidade e diminuição da qualidade de vida de seus portadores. O Relatório de Saúde Mental da OMS (WHO, 2001) ressalta que os transtornos mentais são universais, não selecionam país e sociedade, afetando o indivíduo em qualquer faixa etária e classe social. Esse documento também demonstra que a totalidade dos anos vividos, com incapacidade devido a doenças, tem produzido impacto econômico, direto e indireto, nas sociedades de todo o mundo, contribuindo de forma negativa com a qualidade de vida dos indivíduos e família, assim como sobre o custo dos serviços. A OMS refere ainda que os portadores de transtorno mental são estigmatizados e sofrem de incapacidade grave, quando não são tratados. Os fatores que determinam a prevalência, a manifestação e o decurso desses problemas

são a pobreza, o sexo, a idade, os conflitos e catástrofes, as doenças físicas graves e o ambiente familiar e social. Assim, os transtornos mentais constituem problema de saúde pública e apresentam impactos econômicos relevantes em função das demandas geradas aos serviços de saúde e ao absenteísmo no trabalho.

Em decorrência da alta prevalência de transtornos mentais e do impacto considerável na vida dos indivíduos afetados, é reconhecida a necessidade de implementação de políticas públicas na área. Para tanto, é necessário dispor de informações adequadas a fim de realizar-se uma análise objetiva das situações sobre as quais se pretende atuar. Nesse sentido se coloca um grande desafio para a saúde coletiva (BASTOS; CASTIEL, 1994).

O Ministério da Saúde, pela Portaria n.º 336/GM, de 19/02/2002, estabeleceu que os CAPS poderiam estar voltados ao atendimento de pacientes adultos com transtornos mentais graves e persistentes, ao atendimento de crianças e adolescentes com esses transtornos ou ao atendimento dos transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2002). Para o atendimento de adultos, os CAPS poderiam ser constituídos nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional. As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, e devem estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) pode ser visto como um espaço para o estabelecimento de novas possibilidades de vida (FAGUNDES; LIBÉRIO, 1997) exatamente porque nesse espaço são desenvolvidas práticas que elegem como eixo norteador a vida e não o corpo biológico. Como exemplo, a prática exercida em uma clínica que, ao pretender cuidar da vida, é desafiada a superar seu próprio limite, histórico e fundamental, de fragmentação de seu objeto, buscando recuperar a visão do sujeito que dá sentido à experiência de viver e adoecer. Daí que o processo de construção do perfil epidemiológico, além do conhecimento produzido de forma direta, também abre a oportunidade de observar elementos importantes da dinâmica desse espaço e das inter-relações entre equipe, usuários e familiares.

Em outubro de 2009 existiam no Brasil, 1.467 serviços especializados de reabilitação psicossocial, dos quais 38 estão distribuídos pelos municípios paraenses, nove deles só na capital. O Ministério da Saúde considera a cobertura de razoável a boa para

indicadores superiores a 0,5 CAPS por 100.000 habitantes, regulares para indicadores acima de 0,35, e muito baixa para indicadores inferiores a 0,2. Apesar da distância geográfica da rede de serviços, o Pará tem uma cobertura regular do serviço, com 0,38 CAPS para cada 100 mil habitantes, e o estado vem trabalhando para garantir a atenção em saúde mental conforme as diretrizes propostas.

Foi a possibilidade de apreender a realidade vivenciada pelos profissionais e usuários do CAPS Renascer (Belém-Pará) que estimulou a caracterização demográfica e social da clientela acolhida nesse serviço. A partir de um estudo documental foi possível identificar aspectos sociais e econômicos dos usuários, bem como as relações estabelecidas com os profissionais do serviço. Para isso, buscou-se uma inserção no cotidiano do serviço, o que representou, também, uma forma de aproximação com o objeto de uma investigação sobre itinerário terapêuticos desse tipo de usuário.

Um estudo de revisão sistemática de publicações científicas relacionadas ao CAPS, produzidas entre 1997 e 2008, constatou que apenas dois estudos tinham como foco o perfil epidemiológico de usuários de serviços de saúde mental (MIRANDA; FUENTES; BALLARIN, 2009). Tal escassez destaca a importância de se efetivar investigações sobre a prevalência dos transtornos, faixa etária, hipótese diagnóstica, perfil sociodemográfico, tipos de atividades terapêuticas, adesão dos usuários ao tratamento, entre outros aspectos relacionados ao atendimento e à população assistida nesses serviços.

Logo, caracterizar o perfil dos usuários atendidos no Centro de Atenção Psicossocial Renascer (CAPS II) da cidade de Belém, Pará, justifica-se pela necessidade de estudos na área, bem como um repensar sobre os saberes e práticas no campo da saúde mental nesse contexto.

METODOLOGIA

A abordagem utilizada neste estudo foi a da epidemiologia descritiva que, trata-se do “estudo da distribuição de frequência das doenças e dos agravos à saúde coletiva, em função de variáveis ligadas ao tempo, ao espaço - ambientais e populacionais - e à pessoa, possibilitando o detalhamento do perfil epidemiológico, com vistas à promoção da saúde” (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 1999, p. 77).

O local do estudo foi o CAPS Renascer, caracterizado como um serviço aberto, que funciona de segunda a sexta-feira, nos turnos da manhã e tarde. Situado no bairro do Marco, Região Metropolitana de

Belém, oferece cobertura para a área urbana que abrange 10 bairros (Pedreira, Marco, Umarizal, Sacramento, Telégrafo, Vila da Barca, Fátima, Canal de Pirajá, Canal do Galo e Val de Cães). Sua área terrestre total é de 216.584,70 Km (BELÉM, 1997), abrangendo uma população de 429.998 habitantes (IBGE, 2000). O serviço se propõe a oferecer aos usuários, incluídos seus familiares, um programa de qualidade direcionado à reabilitação e ao resgate da cidadania do portador de transtorno mental, com a finalidade de inserção social.

O CAPS Renascer é localizado nas proximidades do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (HCGV), hospital geral onde funciona a Emergência Psiquiátrica e o Setor de Internação Breve. Como espaço de produção de vida, tem se esforçado na construção e efetivação da rede de serviços, inserindo-se no território, articulando todos os recursos disponíveis, de modo a contribuir para a ampliação da autonomia e inserção social da população. Desse modo, esse CAPS aponta avanços na consolidação e na efetivação da rede de serviços local, na qual os profissionais são atores partícipes do processo de articulação entre moradores e comunidade mais ampla, na produção/invenção do cuidado, sem, contudo, ignorar as limitações e os desafios ainda existentes para que essa rede seja efetivamente articulada. Essa reinserção do sujeito com transtorno mental no seu território, na sua família e na comunidade é um processo lento, por estar implicado em mudança de paradigmática em curso.

A equipe, no final da coleta de dados, era composta por quatro Assistentes Sociais, cinco Enfermeiros, dois Farmacêuticos, quatro Médicos, dois Nutricionistas, cinco Psicólogos, três Terapeutas Ocupacionais, seis Agentes Administrativos, um Agente de Vigilância Sanitária, dois Datilógrafos, 15 Auxiliares de Enfermagem, três Agentes de Artes Práticas, quatro Agentes de Portaria e um Professor de Educação Física. As atividades desenvolvidas no serviço estão organizadas em: acolhimento, com escala de 02 técnicos/dia (um por turno); avaliações especializadas e atendimentos individuais especializados; atendimento em grupo e oficinas; atividades educativas intra e extramuro, grupo de educação para a saúde; atividades culturais, de integração comunitária e reinserção social; visitas domiciliares; elaboração de plano terapêutico personalizado, de acordo com as necessidades e possibilidades dos usuários e de sua família.

Localizada próxima a porta de entrada do serviço, a recepção tem um papel estratégico na organização do cuidado. É uma espécie de espaço de transição entre o estar dentro e estar fora do serviço, e a abertura e receptividade do profissional que lá trabalha pode ser um dos

determinantes do nível de abertura do próprio serviço. O profissional que atua nesse espaço tem a possibilidade de receber e tratar bem as pessoas, de identificar um usuário ou familiar que esteja precisando de atendimento mais imediato e facilitar o seu acesso à equipe, de gerar informações para o restante da equipe que possam servir para a delimitação de estratégias de cuidado, entre outras.

O estudo descritivo foi realizado com dados obtidos por meio dos prontuários dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Renascer (CAPSII) da cidade de Belém/PA. Os dados foram coletados no período de março a abril de 2009. A escolha da população envolveu o universo dos prontuários que se encontravam ativos no momento da coleta. Foram considerados ativos os prontuários dos usuários que frequentassem o serviço nos referidos meses e que estivessem matriculados no CAPS Renascer há, no mínimo, três meses. Após coleta, os dados sofreram análise estatística, com tabulação e organização das tabelas.

Os prontuários de usuários regularmente matriculados e que frequentavam o CAPS Renascer no período de janeiro de 2007 a fevereiro de 2009 foram utilizados como instrumento para o levantamento das seguintes variáveis de análise: sexo, idade, ocupação, religião, diagnóstico, origem da demanda, profissional consultado, número de consultas, internação psiquiátrica, situação em relação ao tratamento. Esses prontuários são preenchidos pelos profissionais responsáveis após cada procedimento.

Para coleta de dados foi construído um protocolo de pesquisa composto pelos seguintes itens: sexo, idade, hipótese diagnóstica, religião, escolaridade, procedência (é a demanda que indica qual instituição ou segmento da rede de saúde encaminhou o usuário ao CAPS) e familiar responsável pelo tratamento. A pesquisa cumpriu as exigências éticas da Resolução CNS 196, de 1996 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo Certificado nº 269 (Anexo A).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por ter como principal foco usuários que realizam tratamento em um CAPS, com contexto delimitado, a pesquisa gerou dados que não devem ser generalizados para a população em geral. Os resultados obtidos dizem respeito, portanto, a uma população inserida na realidade da Região Norte do país e é nesse contexto que devem ser interpretados

e utilizados.

Os dados relacionados aos estudos epidemiológicos dos usuários do CAPS Renascer estão apresentados nas tabelas a seguir. Após análise e comparação estatística dos dados, detectou-se que a faixa etária dos usuários atendidos no CAPs é mais concentrada entre 30 e 50 anos (46,3%). A predominância da faixa etária corresponde ao período do ciclo vital, no qual as pessoas se encontram mais produtivas e, conseqüentemente, sofrem maior pressão social pelo fato de terem que estar no mercado de trabalho, constituir família e contribuir socialmente (Tabela 1). No que diz respeito à variável sexo, a maioria é do sexo feminino (60%), resultado semelhante à população utilizada na validação da escala SATIS-BR, na qual a população feminina perfazia 70%. O predomínio do sexo feminino também foi encontrado em outros estudos (PELISOLI; MOREIRA, 2005, 2007; KANTORSKI *et al.*, 2009; MIELKE *et al.*, 2009).

Tabela 1 – Distribuição por faixa etária dos usuários do CAPS Renascer. Belém-Pará – 2007 a 2009.

Variáveis	Intensivo		Não Intensivo		Semi Intensivo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Até 30 anos	11	30,6	12	30,8	37	22,4	60	25,0
De 31 a 50 anos	16	44,4	13	33,3	82	49,7	111	46,3
Acima 50 anos	9	25,0	14	35,9	46	27,9	69	28,8
Total	36	100,0	39	100,0	165	100,0	240	100,0

Fonte: CAPS Renascer, março de 2009.

Com relação à variável hipótese diagnóstica, os episódios depressivos obtiveram resultados significantes superiores, bem como aparecem em todas as faixas etárias, seguidos da Psicose não orgânica não especificada e Transtorno afetivo bipolar (Tabela 2). Por sua prevalência, a depressão é responsável por altos custos de tratamento diretos e indiretos, e por produzir grandes prejuízos para o indivíduo e para a sociedade, constituindo-se como um problema de saúde pública devido à natureza crônica, alta morbidade e mortalidade (MATOS, E. G.; MATOS, T. M. G.; MATOS, G. M. G., 2006).

Tabela 2 – Relação da hipótese diagnóstica com a faixa etária dos usuários do CAPS Renascer Belém-Pará de 2007-2009.

Diagnósticos	Faixa Etária							Total			
	Até 25 anos	(%)	26 a 30	(%)	31 a 40	(%)	41 a 50		(%)	+50 anos	(%)
Episódios depressivos	3	11,1	14	42,4	11	19,6	20	36,4	29	42,0	77
Psicose não orgânica não especificada	5	18,5	6	18,2	15	26,8	7	12,7	7	10,1	40
Transtorno afetivo bipolar	5	18,5	3	9,1	7	12,5	8	14,5	8	11,6	31
Esquizofrenia	5	18,5	3	9,1	8	14,3	7	12,7	6	8,7	29
Outros transtornos ansiosos	2	7,4	4	12,1	7	12,5	6	10,9	5	7,2	24
Transtorno depressivo recorrente	2	7,4	1	3,0	1	1,8	2	3,6	4	5,8	10
Reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação	0	0,0	0	0,0	2	3,6	3	5,5	5	7,2	10
Sem informação	0	0,0	1	3,0	1	1,8	0	0,0	2	2,9	4
Transtorno obsessivo-compulsivo	2	7,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	3
Transtornos de personalidade e do comportamento devidos a doença, a lesão e disfunção cerebral	0	0,0	0	0,0	1	1,8	1	1,8	0	0,0	2
Transtornos fóbico-ansiosos	2	7,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2
Retardo mental moderado	0	0,0	1	3,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	2
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	1
Transtornos psicóticos agudos e transitórios	0	0,0	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	1
Transtornos esquizoafetivos	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1
Outros transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,8	0	0,0	1
Retardo mental leve	0	0,0	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	1
Transtornos de humor [afetivos] persistentes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	1
Total	27	100	33	100	56	100	55	100	69	100	240

Fonte: CAPS Renascer, março de 2009.

Quando se analisa a temática relacionada às mulheres com transtornos mentais, dois grandes grupos sociais estão em cena: as mulheres e os doentes mentais, ambos marcados por exclusão, por preconceitos, por estigmas e por lutas pelos direitos de cidadania e participação social.

Ao relacionar a hipótese diagnóstica mais relevante e gênero, o estudo mostrou que 32,5% são episódios depressivos, indicando maioria do sexo feminino, 43,1%, resultado semelhante a outros estudos que relatam proporção maior de mulheres com depressão (KANTORSKI *et al.*, 2009; MIELKE *et al.*, 2009). A depressão é mais comum entre mulheres, pessoas divorciadas ou separadas, vivendo sozinhas, com baixo nível de escolaridade e renda, desempregadas e morando em zonas urbanas, as quais estão mais sujeitas a consultarem médicos e a serem hospitalizadas (LIMA, 1999).

Um estudo apontou o transtorno depressivo (34,3%) como o primeiro diagnóstico referenciado pelos usuários (KANTORSKI *et al.*, 2009; MIELKE *et al.*, 2009). Mesmo considerando diferenças fisiológicas e patológicas entre mulheres e homens, é preciso levar em conta o fato de mulheres e homens terem, culturalmente, experiências diferentes de vida e apresentarem, possivelmente, respostas diferentes a situações estressantes. A presença mais frequente de sintomas/episódios depressivos seria responsável, pelo menos em parte, pelo uso maior de antidepressivos por mulheres (BORJA; GUERRA; CALIL, 2005), aliada ao fato das propagandas de medicamentos tenderem a estereotipar as doenças psicológicas como a depressão e a ansiedade, como doenças femininas (MASTROIANNI; GALDUROZ; CARLINI, 2003). A depressão se mostra como comprometidora da qualidade de vida da mulher, podendo retirá-la do convívio social e dos cuidados com a saúde.

Ao analisarmos a variável hipótese diagnóstica e idade (Tabela 2), o estudo indica que os usuários acima de 50 anos apresentam mais episódios depressivos, mas a depressão pode ocorrer em todas as faixas etárias, desde a infância até a velhice. De forma similar ao sexo, também não há por que pensar que a idade seja um fator de risco isoladamente. Fatores sociais podem colocar as pessoas mais jovens em maior risco, da mesma forma que a predisposição biológica para depressão maior pode aumentar com a idade.

Com relação à escolaridade, 45% concluíram o Ensino Médio (Tabela 1) e quanto ao estado civil, o número de 123 (51,3%) usuários solteiros preponderou sobre as demais condições de união – casado/união estável/união livre (39,6%); separado/divorciado (5,8%) e

viúvo (3,3%). Os estudos encontrados na literatura corroboram os dados desta pesquisa, possibilitando visualizar que o perfil dos usuários do CAPS Renascer do município de Belém segue o mesmo perfil do restante da população portadora de transtorno mental brasileira. Com resultados diferentes, a escolaridade que é referida como majoritariamente do ensino fundamental incompleto em outro estudo (SENA; GONÇALVES, 2008).

Analisando os motivos que levaram os usuários a procurarem o serviço, constatou-se que a maior demanda era encaminhada do HCGV (45,8%), seguida da demanda encaminhada por outros serviços de saúde (41,3%) e finalmente a demanda espontânea (12,9%). Supõe-se que o encaminhamento do HCGV se dá em virtude de a instituição estar inserida no mesmo território que o CAPS, fato que concorre para uma melhor articulação entre os serviços. Demanda é a atitude do indivíduo de procurar serviços de saúde, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido (TRAVASSOS, 1997).

Constatou-se, dentre os bairros cobertos pelos serviços do CAPS, que os bairros de maior procedência são Pedreira (22,9%), Marcos (22,9%), Telégrafo (15,8%), Sacramento (14,2%) e Val de Cães (10,4%). Os procedentes de outros nove bairros (dos quais seis compõem a área de cobertura) totalizam 13,8% da demanda atendida, variando entre 9 e 1 usuário.

Verifica-se na Tabela 3 que nos atendimentos realizados de acordo com a modalidade de tratamento, predominaram os usuários semi-intensivo a frequência foi de 68,8%, seguido do procedimento não intensivo (16,2%), enquanto que o procedimento intensivo foi de 15,0%. Esperava-se encontrar um percentual maior de pessoas vinculadas ao modo intensivo de tratamento, privilegiando ações dirigidas ao cuidado de usuários com transtornos mentais severos e persistentes, necessitando de acompanhamento intensivo. Acredita-se que, por ser um procedimento que acontece de forma continuada e sistemática, em que é necessária a frequência diária do usuário ao serviço (13 a 25 vezes/mês), existem dificuldades de recursos pessoais, familiares e sociais que, se estivessem disponíveis, seriam capazes de favorecer a permanência do indivíduo na comunidade. Outro autor apresenta dados em estudo que difere dos achados que de acordo com a modalidade de tratamento, predominaram os pacientes não intensivos (46%), seguidos dos semi-intensivos (37%) e dos intensivos (17%) (TOMASI *et al.*, 2010).

Constatou-se que a família é quem mais acompanhava o tratamento, principalmente os genitores ou pessoas de seu convívio mais próximo, pertencentes ao seu núcleo familiar, com destaque para os pais

26,7% (Tabela 4). A família atua não só no sentido de amparar física, emocional e socialmente seus membros, mas também ao estabelecer o que é melhor ou pior para seu crescimento, cabendo-lhe a responsabilidade de proporcionar qualidade de vida aos seus componentes que portam enfermidades psíquicas (NEGRELLI; MARCON, 2006). Assim, a família é um instrumento fundamental da rede de serviços, integrando todo o processo do cuidar em saúde mental.

Tabela 3 – Distribuição dos dados de acordo com a modalidade de tratamento recebido no CAPS.

Situação	Quantidade	(%)
Intensivo	36	15,0
Não Intensivo	39	16,2
Semi Intensivo	165	68,8
Total	240	100,0

Fonte: CAPS Renascer, Belém-Pará – março de 2009.

Tabela 4 – Distribuição dos responsáveis pelo acompanhamento do tratamento do usuário do CAPS Renascer Belém-Pará de 2007 a 2009.

Responsável	Quantidade	(%)
Mãe/Pai	64	26,7
Irmão (a)	47	19,6
Esposo (a)	41	17,1
Filho (a)	40	16,7
Companheiro (a)	14	5,8
Amigo (a)	9	3,8
Outros	25	14,1
Total	240	100,0

Fonte: CAPS Renascer, Belém-Pará – março de 2009.

No que diz respeito à situação empregatícia, que é referida pelos usuários como a condição de se estar ou não trabalhando, a maior frequência foi entre os que trabalham, com 42,1% do número de casos, enquanto 25,8% são donas de casa e 16,3 são desempregados. O estudo apresenta uma contradição acerca do fato de que as doenças mentais geralmente geram incapacitação para o trabalho e resultam em uma

carga econômica para a família, a sociedade e o Estado. Um estudo aponta percentuais relativos à maior frequência entre os que não trabalham, com 65% do número de casos, enquanto 35% estavam trabalhando (CAVALCANTE; NÓBREGA; DINIZ, 2004).

Tabela 5 - Distribuição da frequência segundo situação empregatícia dos usuários do CAPS Renascer Belém - Pará de 2007 a 2009.

Variáveis	Intensivo		Não Intensivo		Semi Intensivo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Aposentado	0	0,0	2	5,1	13	7,9	15	6,3
Desempregado	6	16,7	7	17,9	26	15,8	39	16,3
Dona de casa	8	22,2	6	15,4	48	29,1	62	25,8
Empregado	21	58,3	20	51,3	60	36,4	101	42,1
Estudante	1	2,8	4	10,3	17	10,3	22	9,2
Sem informação	0	0,0	0	0,0	1	0,6	1	0,4
Total	36	100,0	39	100,0	165	100,0	240	100,0

Fonte: CAPS Renascer, Belém-Pará – março 2009.

Significativamente (37,9%) dos usuários estavam freqüentando o CAPS há mais de um ano, seguido de (20,0%) dos que freqüentavam há mais de cinco anos. Foi observada para os usuários que freqüentavam os serviços há mais de um ano tempo que a participação maior foi na modalidade de tratamento semi intensivo (42,4%). Acredita-se na construção de vínculos estabelecidos entre as equipes, familiares e usuários possibilitando uma intervenção rápida e positiva nos primeiros sinais de piora do quadro sintomático e a participação mais efetiva da família no processo de recuperação do usuário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa possibilitou conhecer características dos usuários do CAPS, bem como as atividades desenvolvidas e a dinâmica do acolhimento realizada no primeiro atendimento, seja por demanda espontânea ou encaminhamento.

O redimensionamento dos procedimentos terapêuticos, como a

criação de grupos, atuação mais sistemática da psiquiatria junto aos usuários, de projetos terapêuticos que contemplem maior diversidade de procedimentos e de ações educativas são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos que recebem atendimento em sua área de abrangência.

Integrar os diferentes saberes e intervir nos diversos casos que se apresentam, efetivando procedimentos terapêuticos que combinem os diversos olhares sobre o sujeito e constituam uma perspectiva integrada de tratamento é uma meta preconizada pela Reforma Psiquiátrica. Para tal, é fundamental a realização de reuniões de equipe, bem como a construção de protocolos operacionais. O desafio da saúde mental exige profissionais capacitados para o manejo com os usuários psiquiátricos, visando à redistribuição à rede básica de saúde e a extensão das políticas aos familiares, que se configuram como um importante pilar de sustentação do novo modelo.

O conhecimento da população do CAPS por meio da construção do referido perfil é uma possibilidade de orientação técnica e pode servir de instrumento para o planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde mental. Dessa forma, conhecendo o usuário podemos repensar a atenção psicossocial, verificando se a proposta da reforma psiquiátrica está sendo realizada nos serviços substitutivos, pois essa proposta é um contínuo processo de construção e reconstrução das práticas, isto é, de recriá-las.

REFERÊNCIAS

BASTOS, F. I. P.; CASTIEL, L. D. Epidemiologia e saúde mental no campo científico contemporâneo: labirintos que se entrecruzam? In: AMARANTE, P.; Org. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 97-111.

BELÉM. PMB. Secretaria Municipal de Coordenação Geral do Planejamento e Gestão (SEGEP). Departamento Municipal de Estatística (DME). **Dados sócio-econômicos**: município de Belém. Belém-Pará, 1997.

BORJA, A.; GUERRA, G.; CALIL, H. M. O transtorno bipolar na mulher. **Rev. Psiquiatr. Clín.** São Paulo, v. 32, Supl. 1, p. 110-6, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 336/GM de 19/02/2002.

Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta portaria. Brasília: **Diário Oficial União**, 20 fev. 2002. n. 34, Seção 1, p. 22-3.

CAVALCANTE, A. M. T. S.; NÓBREGA, M. M. L.; DINIZ, A. S. Epidemiological aspects of schizophrenia in adults in the Ulysses Pernambucano Hospital in Recife – PE. **Neurobiologia**. Recife, v. 66, n. 3/4, p. 134-43, 2004.

FAGUNDES, H. M.; LIBÉRIO, M. A reestruturação da assistência na cidade do Rio de Janeiro: estratégias de construção e desconstrução. **Saúde em Foco**. Rio de Janeiro, v. 16, p. 30-5, 1997.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000 [página na Internet], Brasília, 2000 Disponível em: <http://www1.ibge.gov.br/home/pesquisa/pesquisa.php?pagina_atual=1&palavras=demogr%E1fico>. Acesso em: 14 Jan. 2010.

KANTORSKI, L. P.; *et al.* Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública [Online]**. São Paulo, v. 43, Supl.1, p. 29-35, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/748.pdf>>. Acesso em: 14 jan 2010.

LIMA, M. S. Epidemiologia e Impacto Social. **Rev. Bras. Psiquiatr. [online]**. São Paulo, v. 21, Suppl.1, p. 01-5, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21s1/v21s1a02.pdf>>. Acesso em: 05 Set. 2010.

MASTROIANNI, P. C.; GALDUROZ, J. C. F.; CARLINI, E. A. Influence of the legislation on the advertisement of psychoactive medications in Brazil. **Rev. Psiquiatr. Clín.** São Paulo, v. 25, n. 3, p.146-55, 2003.

MATOS, E. G.; MATOS, T. M. G.; MATOS, G. M. G. Depressão melancólica e depressão atípica: aspectos clínicos e psicodinâmicos. **Estud. Psicol.** Campinas, v. 23, n. 2, p. 173-9, 2006.

MIELKE, F. B.; *et al.* O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. **Ciên. Saúde Colet. [Online]**. Rio de

Janeiro, v. 14, n. 1, p. 159-64. Disponível em:

<<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=63014117>>. Acesso em: 05 Set. 2010.

MIRANDA, I. M. S.; FUENTES, A. C. R. C.; BALLARIN, M. L. G. S. Perfil da produção científica sobre Centros de Atenção Psicossocial: abordagens metodológicas. In: XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação. Universidade do Vale do Paraíba, 2009. **Anais...** Disponível em: www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009/anais/.../0522_0411_01.pdf. Acesso em: 10 ago. 2010.

NEGRELLI, M. E. D.; MARCON, S. S. Família e criança surda. **Ciênc. Cuid. Saúde**. Maringá (PR), v. 5, n. 1, p. 98-107, 2006.

PELISOLI, C. L.; MOREIRA, A. K. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial por meio do perfil de seus usuários. **Mental [online]**. Barbacena (MG), v. 5, n. 8, p. 61-75, 2007. Disponível em: <<http://pepsic.homolog.bvsalud.org/pdf/mental/v5n8/v5n8a05.pdf>>. Acesso em: 14 jan 2010.

PELISOLI, C. L.; MOREIRA, A. K. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**. Porto Alegre (RS), v. 27, n. 3, p. 270-7, Sep./Dec. 2005.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

SENA, E. L. S.; GONÇALVES, L. H. T. Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer - Perspectiva da filosofia de Merleau-Ponty. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 232-40, Abr./Jun. 2008.

TOMASI, E.; *et al.* Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. **Cad. Saúde Pública**. v. 26, n. 4, p. 807-15, abr. 2010.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cad. Saúde Pública**. v. 13, n. 2, p. 325-30,

abr./jun. 1997.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Relatório Mundial da Saúde**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança [Monografia na Internet]. Lisboa: WHO, 2001. Disponível em: Disponível em: <http://www.who.int/2001/em/whr01_po.pdf>. Acesso em: 10 Ago. 2010.

4.2 MANUSCRITO II - O SISTEMA FORMAL DE CUIDADO NA EXPERIÊNCIA DE PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO E SEUS FAMILIARES

O SISTEMA FORMAL DE CUIDADO NA EXPERIÊNCIA DE PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO E SEUS FAMILIARES

FORMAL SYSTEM OF CARE IN THE EXPERIENCE OF PEOPLE IN PSYCHIC SUFFERING AND THEIR FAMILIES

SISTEMA FORMAL DE LA ATENCIÓN EN LA EXPERIENCIA DE LA GENTE CON SUFRIMIENTO PSÍQUICO Y SUS FAMILIAS

Luciléia da Silva Pereira¹
Flávia Regina Souza Ramos²

¹ Enfermeira, doutoranda em Enfermagem, Doutorado Interinstitucional – DINTER UFPA/UFSC/CAPES. Email: lucileiapereira21@yahoo.com.br.

² Doutora em Filosofia em Enfermagem (UFSC), pós-doutora em Educação (Universidade de Lisboa). Professora Associada do Departamento e Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Pesquisadora do CNPq e líder do Grupo Práxis: trabalho, cidadania, saúde e enfermagem. flavia.ramos@pq.cnpq.br

Resumo: Este estudo é recorte de uma pesquisa de qualitativa que buscou conhecer as experiências de portadores de sofrimento psíquico e familiares que os acompanham no tratamento oferecido pelo sistema formal de saúde mental de Belém do Pará. O conceito de sistema formal foi sustentado no referencial de Arthur Kleinamn. A coleta dos dados se deu a partir de entrevistas com usuários e seus familiares que vivenciam essa assistência, tendo o cuidado como instrumento de compreensão dos recursos sociais disponíveis à produção e gerenciamento dessa assistência. Os dados obtidos foram examinados com o emprego da análise temática, e as categorias expressaram: os motivos da procura e expectativas em relação ao tratamento; a experiência da internação no HCGV; o CAPS como sentido de vida; a construção da relação com o

profissional de saúde mental; medicação como cuidado ou recurso terapêutico predominante. As narrativas forneceram subsídios para a percepção das experiências em relação ao atendimento recebido e aponta para uma busca, ainda em curso, de novas perspectivas de construção das práticas e de um novo lugar social que considere a diversidade sociocultural de cada sujeito usuário.

Palavras-chave: saúde mental; serviços de saúde mental, cuidado.

Abstract: The study deals with the outline of a qualitative research done in a CAPS of the municipality of Belem, the state of Para. The focus of this research is centralized on the exposition of the necessities considered by actual legislation of mental health and theory and has as objective evaluate the care provided by the formal system, with aim to improve the attendance of users patients with mental disorder. And based on the theoretical framework of interpretive anthropology, which considers a culture as a substrate of meanings that lead to formation of people, the sharing of orientations resulting from the social contexts in which they belong. In this sense, theoretical journal and public health policy becomes a key step to better understand the therapeutic itinerary and subsequent construction of regionalized comprehensive health care. Based on the speech of the users, families and professionals we detect and identifies four categories present in the therapeutic strategies, which identify the cause of demand of assistance from the formal system, like the internment of the subjects unique capabilities, orientations about the disorder and drug therapy as a form of care for patients with mental disorder within a local reality, so that we can meets the needs of the user, without harming the precepts established by the legislation in force.

Keywords: Psychic Suffering. Mental Health Care. Health Policies.

Resumen: el estudio trata del recorte de una investigación cualitativa realizada en un CAPS del municipio de Belém, estado de Pará. El foco de la investigación está centrado en la exposición de necesidades consideradas por la legislación vigente da Salud Mental y teóricos y tiene como objetivo evaluar el cuidado ofrecido por el sistema formal, con vistas de mejoras en la atención a los usuarios portadores de trastornos mentales. Es fundamentado en el referencial teórico de la

Antropología Interpretativa, que considera la cultura como substrato de significados que llevan a la formación de personas, por el comparte de orientaciones decurrentes de contextos sociales en los cuales están inseridos. En ese sentido, revisar teóricos y políticas de Salud pública se torna un paso fundamental para mejor comprensión del Itinerario terapéutico y posterior construcción de redes regionalizadas de atención integral a la salud. Con base en los testimonios de los usuarios, familiares y profesionales detecta e define cuatro categorías presentes en el Itinerario Terapéutico, que identifican la causa de la búsqueda por la asistencia del sistema formal, la internación con detrimento de las capacidades singulares del sujeto, orientaciones acerca del trastorno y la terapia medicamentosa como forma de cuidado. Concluye que es necesario contextualizar el cuidado al portador de trastorno mental dentro de una realidad local, para que se pueda atender a las necesidades del usuario, sin agredir los preceptos determinados por la legislación en vigor.

Palabras clave: Sufrimiento Psíquico. Asistencia a la salud mental. Políticas de salud.

INTRODUÇÃO

Na área da saúde, mais especificamente no campo da psiquiatria, persiste o desafio da busca por um modelo de explicação do sofrimento psíquico, que ainda sofre a limitação de tradicionais focos sobre problemas emocionais e/ou comportamentais. De respostas a tais desafios surgem novas formas para organização dessa assistência, em contraposição aos antigos modelos que ainda persistem na assistência à saúde, que incluem a valorização da perspectiva cultural e de práticas utilizadas pelo usuário antes de ser submetido a um tratamento especializado.

O reconhecimento da urgência de intervenção no cuidado do sofrimento psíquico, fora da instituição hospitalar, surge como uma forma de tratamento que aponta para a resolutividade, criando-se estratégias para que a família tenha condições mínimas (econômicas, culturais pedagógicas, instrumentais, educacionais) para lidar no cotidiano com seu familiar com sofrimento psíquico.

A perspectiva de transformar o portador de sofrimento psíquico em protagonista consolidação do processo da reforma psiquiátrica. A desinstitucionalização surgiu como principal alternativa para a

desconstrução das práticas manicomiais e tornou-se um processo irreversível.

A partir de 2000, a criação dos serviços substitutivos, como CAPS e centros de convivência, marcou uma nova forma de tratamento em saúde mental, com base no convívio social e familiar, tendo como eixos fundamentais a promoção dos direitos humanos e a valorização da cidadania. A criação desses novos modelos de serviços contribuiu para diminuir o preconceito que ainda existe em parte da população com relação aos portadores de sofrimento mental, sobretudo com relação à loucura.

O cenário da atenção em saúde mental no país sofreu mudanças que foram se intensificando desde a primeira conferência voltada para a saúde mental, realizada em 1987, até sua terceira edição, que aconteceu em 2001. Esta conferência teve especial importância para impulsionar a Política Nacional de Saúde Mental, sobretudo, com o respaldo da Lei 10.216, aprovada neste mesmo ano. Esta tratou do direito das pessoas com sofrimento psíquico e reorientou o modelo assistencial em saúde mental na direção de um modelo comunitário de atenção integral (BRASIL, 2001).

A Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde estima que 12% da população brasileira necessitam de atendimento em saúde mental, o que reforça a intenção de consolidação da Reforma Psiquiátrica, que propõe investimento na rede de atenção psicossocial. A criação dos CAPS, das residências terapêuticas e do Programa de volta para casa se insere nestas possibilidades de tratamento fora das dependências manicomiais (MACHADO; DOMINGUEZ, 2010).

Com o propósito de melhor compreensão do sofrimento psíquico, o presente estudo foi orientado pela abordagem desenvolvida por Kleinman (1980), ao considerar o sujeito com todas suas expressões simbólicas, a estrutura do nível subjetivo ou experiência intersubjetiva e dos valores culturais de um contexto. A assistência, por essa via, está centrada no conjunto de significados, palavras e emoções que representam uma doença. Com enfoque na experiência do sofrimento psíquico como sintoma social e sumário narrativo da doença na totalidade de significados expressivos e emocionais, individuais, sociais e coletivos, tal referencial permite a abertura de oportunidades para o diálogo entre antropologia e ciências da saúde.

Ao considerar três subsistemas básicos de atenção à saúde, setor profissional, setor popular e setor alternativo (folk), o autor reafirma a coexistência, em uma mesma sociedade, de diferentes sistemas de saúde (ou de subsistemas compondo um macro sistema), incluindo assim uma

multiplicidade de concepções desde o surgimento da doença, seu significado, tratamento e diagnóstico (KLEINMAN, 1980). A denominação informal é dada por Helman (2007) em referência ao sistema originalmente chamado por Kleinman como popular. Autores da Enfermagem também o tem trabalhado como subsistema familiar (SILVA; SOUZA; MEIRELLES, 2004; MATTOSINHO; SILVA, 2007).

A tese que originou este artigo considerou apenas dois destes três subsistemas básicos de atenção à saúde; o formal, representado pelo sistema estatal, saber científico e todas as instituições de saúde; e o informal, composto pela família e todos os recursos provenientes do senso comum.

De origem diferenciada, o sistema informal, embora se sobrepondo ao sistema formal, está interligado a ele, pois serve de apoio ao tratamento sistematizado no modelo biomédico e na assistência psiquiátrica. No setor informal, a principal arena da assistência à saúde é a família, caracterizando esse atendimento como leigo, não profissional e não especializado. Diferencia-se, exatamente, por considerar valores e costumes do sujeito acometido por sofrimento psíquico. No setor popular encontram-se os profissionais das medicinas tradicionais, que são sistemas formados por conhecimento técnico e procedimentos baseados nas teorias, crenças e experiências tradicionais usados para a manutenção da saúde e, também, para: prevenção, diagnose e tratamento de doenças físicas e mentais (OMS, 2003; WHO, 2010).

O setor formal, representado pelas instituições que, amparadas pelo Estado e conhecimento científico, oferecem uma assistência especializada. O tratamento hospitalar, por vezes, ainda pode representar a única ou preferencial alternativa para o usuário em crise, mesmo que significando, para o usuário e seu familiar, o pior lugar para tratamento do sofrimento psíquico. Esta imagem negativa persiste apesar de todo avanço que a instituição hospitalar psiquiátrica alcançou nos últimos anos, não só como um amenizador de crises, mas como um complexo onde se presta assistência ao paciente e sua família durante a internação. As mudanças em curso só podem se sustentar se as formas de assistir ao usuário com sofrimento psíquico o conceberem como um ser integral, singular e dotado de subjetividade, em relações com a família e o meio sociocultural.

METODOLOGIA

O presente estudo é um recorte de uma tese de doutorado que

objetivou compreender as experiências de adoecimento e cuidado de usuários em sistema sofrimento psíquico e seus familiares. O foco deste recorte foi sobre as experiências no sistema formal de saúde.

Com base teórica de apoio em Arthur Kleinman (KLEINMAN, 1980), a pesquisa se desenvolveu a partir de uma abordagem qualitativa, como método mais abrangente que busca apreender em profundidade os significados, as relações sociais e o cotidiano que conformam a prática dos usuários com sofrimento psíquico.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas em profundidade com 06 usuários de uma CAPs de Belém do Pará, além de 06 familiares destes mesmos usuários e 02 profissionais (gestora e a técnica de referência) deste serviço. Todos os participantes foram contactados no próprio serviço que possibilitou a entrada da pesquisadora em campo. As entrevistas foram agendadas, desenvolvidas e gravadas pela pesquisadora principal, após a aceitação dos depoentes, assim como a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina (Parecer n. 318/08) (Anexo A).

Os dados transcritos foram organizados de modo a constituir o corpus de análise, que sofreu leituras sucessivas e categorização temática. O agrupamento das sub-categorias produziu categorias em torno do cuidado recebido pelos usuários estudados, como instrumento de compreensão dos recursos sociais disponíveis à produção e gerenciamento dessa assistência.

RESULTADOS

A partir do relato dos usuários quanto à experiência na busca de cuidados no sistema formal de saúde oferecido durante a vivência do seu sofrimento, foram reconhecidas situações e relações construídas pelos usuários e familiares que procuraram cuidado nos sistemas disponíveis, bem como observados os recursos que buscavam, ou que até mesmo deixavam de buscar ao vivenciarem esse sofrimento.

Os resultados que se referem ao presente recorte foram agrupados nas seguintes categorias, que a seguir passam a ser analisadas:

1. Os motivos da procura e expectativas em relação ao tratamento;
2. Experiência da Internação no HCGV;
3. CAPS como sentido de vida;
4. A construção da relação com profissional de saúde mental;

5. Medicação como cuidado ou recurso terapêutico predominante.

Os motivos da procura e expectativas em relação ao tratamento

Entre os usuários entrevistados percebeu-se que, quanto à manifestação do transtorno, apontaram motivos diferenciados, porém, um ponto comum percebido no relato de todos os usuários foi o retardamento na procura de tratamento, seja por desconhecimento das possibilidades oferecidas por essa assistência, seja pela negação em relação à doença. Percebeu-se também a postura diferenciada de cada família diante da situação. A procura pelo atendimento no sistema formal está atrelada à crença no saber científico como pilar de apoio para uma assistência mais eficaz, porém, uma condição para recorrer a essa assistência acontece geralmente depois de esgotada a busca por tratamentos alternativos.

Quanto à queixa ou motivo da procura pelo serviço, os usuários entrevistados alegaram “nervosismo”, mas suas narrativas apontaram o início da crise ligado a uma perda, seja de um vínculo empregatício ou de um familiar. Os relatos dos familiares não parecem diferir, mas poucos demonstram compreender a situação. Embora sem uma explicação concreta sobre o momento vivenciado na crise, mas ciente do motivo que o ocasionou, o usuário da assistência à saúde mental consegue, por si próprio, dizer o porquê da procura de um tratamento.

A primeira vez que eu tive foi um evento depressivo em 1994, foi quando me separei do meu marido [] A primeira consulta foi com médico particular, em 1º de maio de 1994, pois eu estava muito grave, eu estava na fase mórbida. Não conseguia dormir e chorava o tempo todo. [] Fui medicada com Carbolitium, Fluxetina e Frontal. (Usuária Azaléia).

O desconhecimento e a negação dos sintomas manifestados pela doença é um dos fatores que dificultam a procura de atendimento especializado por parte do usuário, que recorre em muitos casos, a crenças religiosas, tratamentos alternativos ou formas de apoio disponibilizadas em uma cultura.

Eu não sabia que existia transtorno bipolar do humor, não sabia que existia essa doença. Eu sabia que existia depressão, mas também não conhecia os sintomas de uma depressão. Por isso que quando ela estava muito triste eu não conseguia perceber que

era uma depressão e nós não fomos procurar ajuda médica de espécie alguma pra tratar, pra conversar, pra aconselhar sobre aquela situação que ela estava vivenciando. Foi na parte religiosa que nós nos apoiamos naquela época. (Cravo)

Outro fator que pode ser considerado nessa questão é o desconhecimento de acerca dos serviços e tratamento que deve ser dispensado ao familiar acometido de transtorno mental. Torna-se comum a busca de ajuda e orientação nos próprios serviços especializados, mas este apoio não se limita ao controle das queixas, mas até às formas de lidar com o estigma social.

Frente à complexidade das demandas manifestas, os recursos disponibilizados nem sempre atendem satisfatoriamente.

A dificuldade que encontrei no tratamento foi a falta de informação; que nem meu irmão que é médico tinha conhecimento da existência dos CAPS. Fomos saber no HCGV pelo médico que nos orientou. Outra dificuldade é o preconceito, porque só a gente dizer que faz tratamento psiquiátrico dizem logo que é doído. Esse preconceito vem de todos, amigos da minha profissão se afastaram, assim como das relações mais próximas. (Usuária K).

Experiência de Internação em Hospital Psiquiátrico

O tratamento na única instituição hospitalar especializada em psiquiatria que compõe o sistema formal do Estado do Pará oferece a alternativa de assistência a usuários em crise. Esta condição de crise nem sempre é aceita pelo usuário que, sabendo da inevitável internação, recusa-se a ir ao serviço, ou é a ele conduzido por meio de subterfúgios criados por seus familiares:

Eu me vi já levada ao HCGV pelo meu sogro, que me enganou, disse assim: X, eu consegui um emprego para você em Barcarena. Quem não sonha em trabalhar em Barcarena, na Albras? Aí eu disse: então tá. – Só que tem um exame psiquiátrico. Aí eu disse: para constatar que eu não sou doída, para poderem me contratar? Aí ele disse sim e aí eu vim para o hospital de clínicas. (Usuária X).

A experiência vivenciada na internação psiquiátrica pelos usuários e familiares se apresenta desafiante desde o momento do acolhimento, o que se prolonga na convivência proporcionada pela instituição hospitalar e pelos profissionais que atuam nessa assistência. A tônica dos relatos acerca dos momentos iniciais desta internação foi o sentimento de violação, revolta e, até mesmo, desespero, em nada aliviada pela execução de procedimentos técnicos por parte da equipe. A situação de crise não significa perda da consciência ou embotamento emocional e a entrada na instituição pode ser marcada pela dor.

A internação é traumática porque só eu sei (repetiu 03 vezes) o que passei. Eu fui amarrada plenamente consciente, mas o meu marido foi embora, eu gritava para não me deixar ali, até perder as forças e fui definhando e só chorava. Vieram dois técnicos de enfermagem me agarraram, amarraram e levaram para cama. Eu não lembro o nome da moça, eu não sei sua função, mas dizia assim: eu vou ter que tirar a sua aliança porque você não pode ficar com aliança, vou ter que tirar os seus brincos. Para mim, que sou uma mulher vaidosa, foi o cúmulo; é a tua vaidade, são os teus objetos, foram as coisas que eu escolhi com tanto amor. Aí me deram uma injeção e me vestiram uma roupa que parece mais um saco de batata. Eu fiquei dopada mesmo amarrada. (Usuária E)

O processo de internação hospitalar é vivenciado com dor e sofrimento, aumentados pela difícil condição de um ambiente não acolhedor e invasivo, que contribui para a perda da identidade e isolamento do convívio com a família. Um dos aspectos envolvidos nessa hostilidade do ambiente é a insegurança e a falta de confiança nos profissionais, por parte do paciente. Ao contrário de promover o bem estar do usuário, transforma-se em negação do cuidado e negação de qualquer possibilidade de expressão dos potenciais subjetivos do sujeito.

A privação de suas atividades cotidianas é um dos fatores de interferência negativa ao tratamento que, nessas condições, perde o domínio de si próprio, vendo-se como um objeto vulnerável à manipulação por outras pessoas que passam a dirigir suas ações, decidindo o que deve ser feito com ele. Situação difícil para quem já chega rotulado como louco, não tendo suas reivindicações consideradas: “Quando eu cheguei ao Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, meu sogro disse que eu estava com problemas, que eu não estava normal, que eu estava ficando doida.” (Usuária Girassol)

A difícil situação vivida pelo usuário entregue aos cuidados de uma internação alheia às suas reais necessidades transforma-se em barreira que impede uma evolução satisfatória a qual o tratamento hospitalar se propõe, em virtude da visão que esse ambiente significa, não só para o usuário, mas também aos familiares que o acompanham. Assim, a instituição hospitalar, embora se mostre a única alternativa vislumbrada pelos familiares no momento de crise, não é reconhecida pelo usuário ou pelos próprios familiares como o lugar mais adequado para o tratamento de um usuário em crise, pois é um lugar que não inspira confiança.

[...] acredito que no futuro bem próximo esses lugares deixem de existir (hospital) ...ela entra doente, melhora, mas se não tiver sensibilidade para saber o momento que ela tem que sair de lá, ela começa a piorar. Aquele lugar é horrível, é infestado de piolho, aquelas camas são horríveis não tem conforto, não tem segurança, não tem privacidade. (Familiar da usuária X).

Ao sair da crise, o usuário se percebe em meio hostil e favorável apenas à novas crises e à regressão em seu tratamento, o que contribui para a manutenção do seu sofrimento psíquico. Nesse sentido, é pertinente a afirmação de Guedes *et al.*, (2010, p. 553) que considera necessária:

[...] a desconstrução do manicômio escravizador, aquele silencioso, mas que destrói essas novas formas de pensar. Não adianta querer construir várias estratégias de cuidar em liberdade, se na mente e nas atitudes dos profissionais de saúde mental ainda estão impregnadas ideias que remetem ao preconceito e ao estigma da loucura.

O CAPS como sentido de vida

Uma vez que todos os sujeitos do estudo possuem um período considerável de acompanhamento no CAPS Renascer, foi possível perceber como este espaço de atenção se configura nas experiências pessoais e familiares.

Para os entrevistados, o CAPS demonstra interesse em esclarecer questões que se referem à própria gestão do cuidado em uma rede substitutiva, de base comunitária; um local aprazível e mais próximo do acolhimento desejável:

Quando recebi alta do CAPS, fiquei triste e chorei muito, porque não queria ser liberada, mas a

psicóloga, que é minha técnica de referência, me fez entender que a minha liberação era uma vitória e disse: - a equipe médica está dizendo que você tem condições de retornar a sociedade e que está apta a conseguir os seus objetivos. (Usuária X)

Ao sentir-se atendido satisfatoriamente, o usuário se sente seguro para questionar o tratamento, com liberdade para sugerir novos procedimentos que venham, de alguma forma, proporcionar melhoria na assistência a ele dedicada, o que pode surtir um efeito positivo no tratamento, estreitando assim a relação entre os profissionais e o usuário:

Eu fui encaminhada do HCGV para o CAPS pelo médico. Fiz todo o procedimento de acolhimento pelo fato do meu marido na época trabalhar em Abaetetuba eu só poderia vir ao grupo às segundas feiras e na “terça da caminhada”, porque eu estava muito acima do meu peso..O CAPS deve ter um padrão e deve ser em todo o Estado um exemplo, precisa manter o padrão de qualidade. Ter cursos para qualificar e capacitar mão de obra, para melhor atender os usuários. (Usuária X).

No CAPS, o familiar também é peça importante no tratamento, pois está sempre acompanhando o desenrolar da assistência prestada, sobretudo quando o usuário não está em condições de decidir por si próprio. Nesse sentido, ele requer apoio para responder a novas demandas da vida familiar e sentir-se preparado para interferir quanto aos direcionamentos a serem seguidos, tecendo opiniões que devem ser consideradas para avaliações futuras.

O médico encaminhou para o CAPS e disse que lá teríamos uma equipe multiprofissional para nos dar apoio. Então fomos para o CAPS, e lá ela teve muito apoio da equipe, principalmente da terapeuta ocupacional, que na época era sua técnica de referência, que trabalhava com grupo. Teve apoio da nutricionista com relação ao excesso de peso, teve apoio do médico, só que esse momento do CAPS ele foi imediato, mas não pode ser contínuo em virtude do meu trabalho no interior. O tratamento no CAPS é muito bom e minha esposa recebe toda a atenção que ela precisa. Eu converso abertamente com os profissionais da equipe e percebo que não existe preconceito entre os profissionais da área e se

houver é muito velado porque a gente não consegue perceber. (Familiar usuária E)

Ao manifestar a preocupação em acompanhar o tratamento dedicado ao seu membro doente, a família demonstra interesse em aprimorar o cuidado dedicado ao usuário em seu ambiente e contribuir de alguma forma para o seu restabelecimento. Do forte vínculo que se estabelece, não somente com o usuário portador de sofrimento psíquico, mas também com os familiares que o acompanham em seu tratamento, surgem outras necessidades que podem ser trazidas como sugestão para ampliação da assistência oferecida pelo CAPS:

Gostaria de registrar que o acompanhamento não seja feito apenas no ambiente do CAPS, mas também na casa do usuário, acho importante que pelo menos uma vez ao mês o familiar seja convidado a participar de um momento com os profissionais da área para esclarecimento, acho importante que a família tenha acompanhamento psicológico, pois percebo um trabalho de equipe dentro do CAPS. (Familiar usuária E)

Nesse sentido, o CAPS é o espaço da possibilidade de um novo modelo de cuidado, com a proposta do olhar da clínica ampliada sobre o sujeito, família e ambiente externo. O desafio do CAPS consiste nos impasses que surgem para o resgate da cidadania do usuário com sofrimento psíquico, com o fim de construir uma nova compreensão de clínica, que propicie repensar a questão do cuidado, do acolhimento à alta, e de como lidar com a demanda que se amplia.

Sob a perspectiva de uma assistência mais humanizada, abrem-se os horizontes para a criação de um cuidado ao sofrimento psíquico que proporcione ao usuário patamares cada vez mais altos de gerir e conviver com seus problemas, fortalecendo sua autonomia para o convívio social e redução de seus requerimentos aos dispositivos assistenciais do próprio serviço.

Ao se referir ao CAPS como um dispositivo problematizador da atenção em saúde mental, Dimenstein (2006) refere-se à constante reflexão sobre as práticas e saberes em jogo na construção do processo de desinstitucionalização. Para a autora, o CAPS é um desafio à reinserção social de portadores de sofrimento psíquico, além de produzir alternativas concretas, em termos de equipamentos, procedimentos e serviços; ou seja, o desafio de produzir modos de viver, pensar e sentir,

capazes de afirmar a potência de efetuação da vida, a partir da invenção permanente de práticas aptas a deflagrar movimentos de singularização, a desmascarar tais códigos; revelar os movimentos de apropriação, de exploração, de etiquetamento, de controle e de produção de cronicidade naqueles que buscam a manutenção do manicômio como instituição necessária ao tratamento psiquiátrico.

A segurança e apoio que um profissional de saúde oferece ao usuário que procura o atendimento no sistema formal de saúde são fundamentais para a evolução do tratamento. Ao reconhecer o empenho do profissional em suprir as necessidades do usuário, é quebrada a marca da impessoalidade da assistência oferecida e, mesmo de forma sutil, pode oportunizar o encontro interessado e voltado aos anseios do usuário, proporcionando a compreensão de sua vivência pelos profissionais. Neste encontro reside a possibilidade de ajuda ao sujeito para compreensão do sofrimento psíquico que o acomete, bem como apoiá-lo a superar o impacto do diagnóstico e estimulá-lo na decisão de continuar o tratamento. “Eu me senti ajudada pelo médico quando se recusou a me internar, porque a intenção do meu irmão era me deixar lá, ele é médico, só que pediatra e clínico.” (Usuária K)

A construção da relação com profissional de saúde mental

O profissional de saúde mental, ao respeitar o usuário de sofrimento psíquico como protagonista de sua atenção profissional, deve considerar o contexto coletivo, o que se reflete num desempenho pode resultar em maior objetividade, maturidade, segurança, flexibilidade, criatividade e reconhecimento. No que diz respeito ao relacionamento dos profissionais de saúde mental e usuários, a questão mais importante é “a pessoa que sofre e seu familiar”, inseridos em sua complexa rede comunitária.

A construção de boa relação da equipe de saúde mental com o usuário e familiar está na re-invenção de novos vocabulários, criação de novas práticas subjetivas e compreensão, em um sentido multicultural e multidimensional, do usuário como sujeito plural, histórico, social e dotado de linguagem. Assim, ao pensar o sujeito a partir de sua singularidade, e seu desejo, sua verdade, evidencia-se a possibilidade do profissional ampliar a capacidade de autonomia e liberdade, de modo que o usuário com sofrimento psíquico não seja o portador apenas de limitações e incapacidades.

Compreender o sentido do momento em que se estabelece a relação terapêutica, e como ela se dá de forma diferente para cada sujeito, faz parte da conduta profissional. Este é um momento singular

na vida do usuário que, entre tantas dificuldades enfrentadas em seu cotidiano, tem agora que incluir o sofrimento psíquico que também passou a fazer parte de sua vida.

Neste contexto, a relação entre profissional e usuário, que nesta condição tem incluído os familiares ou aqueles que estão envolvidos no tratamento, deve ser cuidadosamente trabalhada em direção a um acolhimento que possa fluir de forma harmoniosa, permeado não só pela técnica ou conhecimento científico, mas também de uma afetividade que pode contribuir para a evolução satisfatória do tratamento.

Todos são muito bons, existe o envolvimento profissional e afetivo, porque muitas vezes num lugar desses só há o envolvimento profissional, o pessoal vai lá atende e vai embora. Eu percebo que existe um atendimento afetivo [...] isso passa uma segurança pra gente enquanto usuário do serviço, porque o profissional se importa com a gente. (Usuária K)

Mas nem sempre esta relação ocorre de maneira livre de confrontos, em virtude de diversos fatores que se sobrepõem ao tratamento, tais como as dificuldades de aceitação e desconhecimento quanto aos procedimentos adequados por parte dos familiares dos usuários. Quando trabalhados e esclarecidos os motivos dos conflitos, pode-se avançar para uma aproximação pautada na confiança de um tratamento benéfico ao portador de sofrimento psíquico.

No início tivemos certa dificuldade, pois minha mãe se queixava com relação ao atendimento de alguns funcionários. É lógico que a gente não sabe se era devido o problema dela ou do atendimento dos funcionários por parte da recepção. (familiar da usuária J).

Inúmeros são os fatores que interferem em todo o processo do sofrimento psíquico, formando a teia de um sistema que, de um lado é representado pela doença e, de outro, é representado pelo cuidado a ela dispensado. “É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores” (YASUI, 2006, p. 103). Ao construir os novos serviços, as instituições deixam de serem unidades de produção de procedimentos médicos ou psicológicos, transformando-se em locais

de produção de cuidados e de produção de subjetividades, mais autônomas e livres como espaços sociais de convivência, sociabilidade, solidariedade e inclusão social; lugares de articulação entre o particular e o singular existente no mundo de cada usuário, com a multiplicidade e diversidade de possibilidades de invenções terapêuticas.

Medicação como cuidado ou recurso terapêutico predominante

No tratamento de usuários portadores de sofrimento psíquico o recurso terapêutico predominante é a medicação, sobretudo nos hospitais psiquiátricos, onde a assistência ao recluso está pautada na farmacoterapia. Nos CAPS, embora pautados em propostas de atendimentos diferenciados, a medicação também é considerada como um dos pilares de apoio à assistência psiquiátrica ali oferecida.

Sob o ponto de vista da maioria dos usuários, esse procedimento é reconhecido como essencial; uma necessidade da qual não se pode fugir, mesmo com o abandono do tratamento.

Aí o tempo foi passando e eu me auto medicando e eu aumentado as doses do FRONTAL e não dormindo, me isolando cada dia que passava. Até que me encontraram jogada e espumando em meu quarto, chamaram a 192 e me levaram para o pronto socorro [...] eu espumava e urinava. (Usuária K).

O conhecimento do usuário portador de transtorno mental e seus familiares em relação ao medicamento do qual faz uso, assim como em relação à dose, horário, número de comprimidos e número de vezes ao dia, apresenta relação direta com a compreensão da importância e necessidade do tratamento. Verifica-se nos depoimentos que, apesar de todas as recomendações e protocolos estabelecidos, os participantes deste estudo ainda carecem de orientações efetivas sobre o tratamento, bem como sobre os efeitos colaterais das drogas. A negação acerca da medicação é uma constante entre os usuários, principalmente por acreditarem que só “doido” é que faz uso dessas drogas. Os efeitos colaterais, o estigma e a falta de informação sobre as medicações são fatores que contribuem para acentuação das incertezas quanto aos efeitos de uma medicação desconhecida.

Mesmo eu tomando remédio às vezes eu fico agitada, mas eu preciso levar a sério meu tratamento. Esse remédio me deixa com muita moleza, fraca, grogue,

durmo muito e sem disposição para fazer minhas atividades de casa e isso me deixa muito triste e ansiosa. (Usuária I).

A orientação em relação ao uso racional dos medicamentos é um dos componentes que devem ser fortalecidos nos programas de educação em saúde mental, pois a falta de conhecimento acerca da terapia medicamentosa tem causado um forte impacto na saúde e na qualidade de vida das pessoas, especialmente naquelas com uma ou mais condições crônicas de saúde.

A complexidade das terapias medicamentosas e as evidências dos resultados das intervenções farmacêuticas na melhoria dos regimes terapêuticos e na redução dos custos assistenciais reforçam a importância de uma assistência farmacêutica de qualidade

Tal contexto evidencia a necessidade de regulação das relações de produção e consumo, originando a maior parte dos problemas de saúde nos quais é preciso intervir. Essa atividade é de competência da vigilância sanitária, que dispõe de instrumentos legais destinados a proteger a saúde da coletividade. Especificamente com relação aos medicamentos, a regulação sanitária adquire grande relevância, pois como adverte (MELO, 2003, p. 61) “o medicamento, paradoxalmente, apesar de ser considerado produto essencial para as ações de saúde, é um bem de consumo fabricado por empresas que objetivam lucros e estão distantes do processo de Saúde”. Nesse sentido, a fabricação de medicamentos aumenta cuja produção é lançada em um mercado de consumo carente de informações quanto aos efeitos de drogas que a cada dia surgem trazendo novas perspectivas que alimentam a esperança de cura para os portadores de sofrimento psíquico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em mais de 30 anos do processo de Reforma Psiquiátrica no país, a legitimidade social do modelo biomédico mudou significativamente, abrindo um novo quadro de poder político devidamente canalizado para uma ação organizada na sociedade civil e nos aparelhos de Estado, em favor dos usuários do SUS.

Os avanços conquistados demandam agora saberes e práticas transdisciplinares e intersetoriais, que promovam os vínculos, as interações e implicações mútuas, respeitem a diversidade e reconheçam as partes e suas injunções, originando um pensamento organizador, que

concebe a recíproca relação dos sujeitos e recursos que compõem a rede de cuidados.

Diante da complexidade que envolve a assistência ao usuário em sofrimento psíquico, como pessoas que apresentam dificuldades em manter sua autonomia pessoal, amplia-se a responsabilidade por desenvolver formas de cuidado que considerem a necessidade de autonomia e liberdade de ser e de se curar.

No decorrer do estudo observou-se que a terapia medicamentosa é a forma de cuidado mais utilizada no sistema formal, com relevância na reabilitação psicossocial, fazendo-se necessária a discussão e o debate acerca do assunto entre a equipe, pois apesar da psiquiatria biomédica ceder espaço aos avanços terapêuticos propostos pós Reforma Psiquiátrica, ainda detêm forte legitimidade e hegemonia.

Nos depoimentos de cada usuário, embora em expressões contraditórias, ha manifestações de que as Políticas de saúde mental estão sendo aplicadas, ainda que lentamente, no que tange ao cuidado do portador de sofrimento psíquico. É perceptível o empenho do profissional dessa assistência para um cuidado que promova a confiança do usuário em relação a assistência a ele oferecida, pelo reconhecimento de seus próprios valores, permitindo-lhe vivenciar de sua própria experiência com mais segurança e apoio para elaborar para compreender seu sofrimento.

Apesar da complexidade entre o setor saúde e os aspectos sociais, o sistema formal de cuidado à saúde mental requer um esforço de trabalho interdisciplinar para uma aprofundada compreensão dos outros subsistemas com os quais interage. O sistema formal de cuidado possui uma dinâmica própria, com profissionais especializados e implantação de programas de orientação à família e ao portador de sofrimento psíquico. Os serviços que nele se situam envolvem a família, a comunidade e o Estado, estão implicados com a inserção social e devem se propor, em última instância, a efetiva análise e reconstrução desse mesmo objeto complexo, a partir de distintas vertentes e perspectivas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: **Diário Oficial da União**, 09 Abr. 2001.

DIMENSTEIN, M. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. **Mental**. v. IV, n. 6, p. 69-83, jun. 2006.

GUEDES, A. C. *et al.* A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 12, n. 3, p. 547-53, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.8198>>. Acesso em: 10 Ago. 2014.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Trad. Eliane Mussnich. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007. Cap. 4, p. 70-99.

MACHADO, K.; DOMINGUEZ, B. Saúde Mental: a palavra é intersetorialidade. **RADIS: comunicação em saúde**. Rio de Janeiro, n° 97, p. 12-18, set/2010.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry**. Berkeley: University of California Press, 1980.

MATTOSINHO, M. M. S.; SILVA, D. M. G. V. El itinerario terapéutico del adolescente con diabetes mellitus tipo 1 y sus familiares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1113-9, Dec. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_08.pdf>. Acesso em: 10 ago 2010.

MELO, M. G. M. A regulamentação sanitária e sua influência na definição do cenário farmacêutico do país. In: ACURCIO, F. A. (Org.). **Medicamentos e assistência farmacêutica**. Belo Horizonte: Coopmed, 2003. p. 61-70.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação** (Relatório Mundial). Brasília: OMS, 2003.

SILVA, D. M. G. V.; SOUZA, S. S.; MEIRELLES, B. S. O itinerário terapêutico de pessoas de com problemas respiratórios crônicos. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 13, n. 1, p.50-6, jan. mar. 2004.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Burden of

Disease (GBD) [Página na Internet]. Genebra: WHO. 2010. Disponível em: <http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/en/>. Acesso em: 10 jul. 2010.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

4.3 MANUSCRITO III – ITINERÁRIO TERAPÊUTICO – PERFORMANCE DA FAMÍLIA NO CUIDADO DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO – PERFORMANCE DA FAMÍLIA NO CUIDADO DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

THERAPEUTIC ITINERARY - PERFORMANCE OF THE FAMILY IN THE CARE OF PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS

ITINERARIO TERAPEUTICO – PERFORMANCE DE LA FAMILIA EN LA ATENCIÓN DEL PORTADOR DE TRASTORNO MENTAL

Luciléia da Silva Pereira¹
Flávia Regina Souza Ramos²

¹ Enfermeira, doutoranda em Enfermagem, Doutorado Interinstitucional – DINTER UFPA/UFSC/CAPES. Email: lucileiapereira21@yahoo.com.br.

² Doutora em Filosofia em Enfermagem (UFSC), pós-doutora em Educação (Universidade de Lisboa). Professora Associada do Departamento e Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Pesquisadora do CNPq e líder do Grupo Práxis: trabalho, cidadania, saúde e enfermagem. flavia.ramos@pq.cnpq.br

RESUMO: Este trabalho objetivou entender a dinâmica da relação entre serviço de saúde mental, usuário e sua família. Foi uma pesquisa qualitativa realizada em um CAPS do município de Belém, estado do Para, que teve como técnica de coleta de dados entrevistas com usuários, familiares/responsáveis e profissionais de saúde envolvidos na assistência. , Da análise temática foram abordadas quatro categorias (Contexto Familiar como Desencadeador de Doença; Família como Controle de ações e comportamentos; Família como espaço privilegiado para o cuidado e Família Desgastada pelo ato de cuidar) Conclui que a inserção familiar é fundamental no processo terapêutico do usuário, bem como sua parceria com a equipe e serviço, respeitando seus limites e

dividindo as responsabilidades com o cuidado ao sujeito, isto é, o foco do cuidado deve estar voltado para as necessidades da família conforme pressupostos da reforma psiquiátrica. Indica busca de formas de apoio e auxílio aos usuários e seus familiares nos serviços e em outras instituições afins; atendimento à família visando construir e ampliar seu conhecimento sobre a doença e sua capacidade de autoavaliação como possibilidade de contribuição ao tratamento.

Palavras-chave: Assistência de saúde mental. Família. Sofrimento psíquico.

ABSTRACT: This study aimed to understand the dynamics of the relationship between mental health service, user and his/her family. It was a qualitative research conducted in one Psychosocial Care Center in Belém, state of Pará, which had as its technique of data collection interviews with users, their families/carers and health professionals involved in the assistance. From the thematic analysis, four categories were discussed (Family Context as Triggering of Illness; Family as Control of actions and behaviors; Family as a privileged space for the care and Family fatigued by the act of caring). I have concluded that family integration is fundamental in the therapeutic process of the user as well as its partnership with the staff and service, respecting their limits and sharing responsibilities in the care of the subject, i.e., the focus of the care should be geared towards the needs of the family according to the psychiatric reform assumptions. Indicating search for ways to support and help users and their families in the services and other related institutions; family care aiming to build and expand its knowledge about the disease and its ability of self-assessment as a potential contribution to the treatment.

Keywords: Mental Health Care. Family. Psychic Suffering.

RESUMEN: Este trabajo tuvo como objetivo entender la dinámica de la relación entre el servicio de salud mental, usuario y sus familias. Fue un estudio cualitativo realizada en un CAPS del municipio de Belém, estado de Pará, que tuvo como técnica de recolección de datos entrevistas con los usuarios, sus familias / responsables y profesionales de la salud involucrados en la atención. A partir del análisis temática fueron abordados cuatro categorías (Contexto familiar como activador de la enfermedad; Familia como control de las acciones y comportamientos; familia como un espacio privilegiado para el cuidado

y la Familia desgastados por acto de cuidar) llegó a la conclusión de que la integración familiar es fundamental en el proceso terapéutico del usuario, así como su asociación con el equipo y el servicio, respetando sus límites y dividiendo las responsabilidades con la atención al sujeto, esto es el foco de la atención debe estar orientada a las necesidades de la familia conforme a la reforma psiquiátrica. Indica búsqueda de formas de apoyar y ayudar a los usuarios y sus familias en los servicios y otras instituciones relacionadas; cuidado de la familia con el objetivo de construir y ampliar sus conocimientos sobre la enfermedad y su capacidad para la autoevaluación como una posibilidad de contribución al tratamiento.

Palabras clave: Asistencia de Salud mental. Familia. Sufrimiento Psíquico.

INTRODUÇÃO

A dificuldade de encontrar estudos que focalizem o itinerário terapêutico do portador de transtorno mental usuário dos serviços de saúde, serviu de inspiração para a elaboração deste trabalho, que acompanha e compreende a trajetória percorrida pelo usuário, observa o cuidado e acolhimento dispensados por profissionais, bem como a participação dos familiares, com o propósito de minimizar seu sofrimento psíquico.

Ainda com pouca expressão reconhecida no Brasil, os estudos sobre itinerário terapêutico representam a abertura de novos horizontes no campo da assistência à saúde, sobretudo no que se refere ao atendimento de usuários portadores de transtorno mental, que, estigmatizados pela doença, não conseguem ter credibilidade suficiente para reivindicar o direito a um tratamento condizente com suas reais necessidades.

O processo de mudança na assistência em saúde mental implementado pelo Ministério da Saúde, especialmente a partir da Política Nacional de Atenção à Saúde Mental, preconiza o trabalho conjunto entre Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e Estratégia Saúde da Família (ESF), cuja rede de atenção básica seria a porta de entrada e acolhimento do portador de transtorno mental. Esses dois dispositivos funcionam com o propósito de efetivação da rede de cuidados ao enfermo, tendo como principal foco o contexto familiar, local de origem e manutenção do sofrimento mental do sujeito e seus

familiares.

Como recurso para definir as diferentes dimensões do itinerário terapêutico, são diferenciadas as três formas de uso da palavra “doença” na língua inglesa, a saber: *illness*, *sickness* e *disease*. Autores como Kleinman, Good, Huhn e Young sugerem definições diferentes para cada um desses termos, visto que, dentro desse processo existem também formas diferenciadas de ocorrência do fenômeno adoecer (PEREIRA, 2008). Entende-se por *disease*, termo ligado diretamente ao plano biológico e ao modelo biomédico, uma perturbação ou mau funcionamento dos processos biológicos ou psicológicos. O termo *illness* corresponderia à experiência e aos significados atribuídos a uma determinada *disease*, isto é, refere-se à experiência psicossocial e ao significado da moléstia para o indivíduo que, por sua vez, é construído em um processo interativo com a participação da família e a rede social imediata do doente. Nesse sentido, a *disease* estaria no plano biológico externo ao sujeito acometido pela moléstia, enquanto *illness* representaria a doença interpretada a partir do próprio paciente, segundo o plano da cultura ao qual está inserido. Já o termo *sickness* é a representação de um tipo de comportamento socialmente concebido, refletindo o caráter de determinação social da doença.

Ao pensar no adoecer sob uma visão social voltada para a região amazônica, sobretudo ao estado do Pará, foco principal deste trabalho, é possível relacionar o adoecer mental ao fenômeno da pororoca, pois:

Assim como a pororoca se define pelo encontro entre duas diferentes forças, a do mar e a do rio, no plano simbólico, caracteriza-se pelo encontro entre diferentes forças de saberes, que se transformam em uma onda de idéias, que avança de forma avassaladora no processo de construção do conhecimento. Esse arrastar as idéias tem na natureza e na cultura amazônica o eixo de formação de seu movimento. (OLIVEIRA, 2003, p.17).

Em relação à saúde mental, o fenômeno físico descrito pode ser confrontado aos sistemas de forças sociais que interagem de forma a modelar o sujeito que se movimenta entre o esforço por ajustar-se à fragilidade e à crise em face dos momentos de maior turbulência entre essas forças.

Essas diferenciações são de larga importância para o estudo dos portadores de transtorno mental, em virtude das diferentes experiências que são articuladas na descrição do processo de adoecimento, tendo no

modelo biomédico o seu principal alicerce para tentar identificar, explicar, tratar e amparar socialmente os casos de transtorno mental. Porém, sendo a experiência dessa situação fruto de interações sociais, cuja base está sustentada na família como núcleo primeiro dessas interações, cabe reconhecer a influência das relações familiares no itinerário terapêutico percorrido por esse sujeito.

Considerando-se o contexto familiar e sua importância no acompanhamento desse processo, o foco desta pesquisa é a compreensão da experiência do usuário portador de transtorno mental e seus familiares em seus percursos no interior da rede de atenção à saúde. Como apoio para compreensão da prática de tal assistência, o modelo de Sistema de Cuidado à Saúde criado por Kleinman (1980) e o pensamento interpretativista de Geertz (1978) oferecem subsídio teórico.

Com o intuito de apreender o itinerário terapêutico em seus variados e complexos aspectos, valorizando suas histórias, seus enredos, personagens e desfechos próprios, este trabalho busca focalizar o sujeito dentro de seu contexto social e as influências desse meio em seu comportamento, cuja construção de se dá segundo as experiências de saúde/doença vivenciadas por atores sociais, a partir de suas escolhas e relações estabelecidas com o contexto biológico, psicológico e sociocultural.

O modelo de Sistema de Cuidado à Saúde proposto por Kleinman (1980) possibilita estudar e compreender o modo como as pessoas em determinado contexto cultural vivem, reagem, percebem, rotulam e explicam o tratamento dispensado à vida no processo de saúde/doença.

Esse modelo é descrito como um sistema cultural local, integrando três subsistemas que se inter-relacionam e interagem, possibilitando o caminhar das pessoas por entre eles: subsistema popular, profissional e folclórico. Tais subsistemas podem ser considerados também como uma cultura distinta, na qual existem valores a serem considerados como relevantes para o tratamento do usuário (KLEINMAN, 1978; 1980).

Rivers (2001), Evans-Pritchard (2005), Kleinman (1978), Langdon (1991), Buchillet (1991), Alves e Souza (1999) e Gerhardt (2006) são autores identificados pela utilização da idéia de itinerário terapêutico como um conceito definido e fechado, ou pela construção de percursos na busca por cuidados de saúde, ou mesmo pelo processo articulado de escolhas, ações e reavaliações dentro de um campo de possibilidades, ou ainda como instrumento explicativo mais difusamente, concebido principalmente no que se refere às dificuldades e limitações de acesso.

Dessa forma, sob um olhar da antropologia interpretativa, o itinerário terapêutico implicará na valorização das narrativas cotidianas, de lembranças e heranças identitárias, assim como nas realidades por elas construídas. Logo, a compreensão da trajetória estabelecida pelo próprio usuário e familiares constitui-se na possibilidade de reconhecer os significados que ele construiu acerca do processo saúde-doença-assistência. Geertz (1978), que se situa na origem dessa corrente, concebe a cultura como o universo de símbolos e significados que permite aos indivíduos de um grupo interpretar a experiência e guiar suas ações. Segundo ele, a cultura fornece modelos “de” e modelos “para” a construção das realidades sociais e psicológicas, seguindo então o contexto no qual os diferentes eventos se tornam inteligíveis. Essa concepção estabelece ligação entre as formas de pensar e as formas de agir dos indivíduos de um grupo, ou seja, entre os aspectos cognitivos e pragmáticos da vida humana, ressaltando a importância da cultura na construção de todo fenômeno humano. Nessa perspectiva considera-se que as percepções, as interpretações e as ações, até mesmo no campo da saúde, são culturalmente construídas.

O caminhar por entre os subsistemas é abordado por Csordas e Kleinman como processo terapêutico, ou itinerário terapêutico, como afirma Langdon (1991, p. 138), destacando que “a lógica do itinerário terapêutico procede do registro de sintomas para o registro de causas, [...] depende do que estão tratando de curar; os sintomas ou o porquê da doença.”

A abordagem socioantropológica, em seu arcabouço teórico, apresenta subsídio teórico à maioria dos estudos realizados sobre itinerário terapêutico, contribuindo assim para a definição do percurso no qual o usuário busca ajuda para tratar o seu sofrimento, pois itinerários terapêuticos são constituídos por todos os movimentos desencadeados por indivíduos ou grupos na preservação ou recuperação da saúde, que podem mobilizar diferentes recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas religiosas, até os dispositivos biomédicos predominantes. Referem-se a uma sucessão de acontecimentos e tomada de decisões que, tendo como objeto o tratamento da enfermidade, constrói uma determinada trajetória (MARTINEZ; UNIVERSIDAD ROVIRA..., 2006).

A noção de itinerário terapêutico tem como principal objetivo interpretar os processos pelos quais os sujeitos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem, ou não, a determinadas práticas de cuidado, sendo que essa cadeia de eventos se dá na forma como o sujeito elabora ou define sua situação dentro de um dado fenômeno

sociocultural, nesse caso, o processo saúde-doença (ALVES; SOUZA, 1999).

O itinerário terapêutico permite olhar a instituição por meio dos sujeitos que buscam e vivenciam o cuidado em saúde, carregando uma série de expectativas e sofrimentos, nem sempre revelados e resolvidos nos atendimentos em saúde. O propósito é tornar visível o “calvário terapêutico do portador de transtorno mental” vivenciado na assistência oferecida pelo SUS, evidenciando os possíveis fatores que o impediram de ter acesso ao cuidado integral à sua saúde, a partir de suas experiências (PINHEIRO; SILVA JÚNIOR; MATTOS, 2008).

É inegável o progresso científico e tecnológico da medicina moderna ocidental, mas o uso de práticas terapêuticas não biomédicas cresce exponencialmente, o que contribui para a ampliação das possibilidades terapêuticas que as medicinas alternativas e complementares vêm despertando no interesse de acadêmicos, profissionais, gestores de serviços de saúde em sua produção sobre essas práticas que se fazem mais necessárias a cada dia.

Nesse sentido, para avançar na direção de práticas, valores e representação de saúde, é preciso levar em conta a multiplicidade e a diversidade de modelos e práticas ligadas tanto a saberes tradicionais ou constituintes da atualidade, quanto a sistemas médicos complexos (LUZ, 2008). Para a autora, diversidade, fragmentarismo, colagem, hibridismo e sincretismo são características culturais atribuídas à pós-modernidade e estão seguramente presentes no grande mercado social da saúde contemporânea.

No itinerário terapêutico do portador de sofrimento psíquico não se pode desconsiderar a atualização cultural, devendo-se acompanhar as necessidades de cada sujeito, valorizando suas perspectivas e de seus familiares, seguindo por um caminho metodológico no qual a utilização de métodos tradicionais é abandonada. O desafio metodológico desloca-se para o esforço por “treinar” o “olhar” e “ouvir”, para compreender o significado dos fatos relatados pelos sujeitos e as experiências vivenciadas por eles, para além do aparente ou do explícito nas suas narrativas. É o desafio de contextualizar e compreender o objeto a partir da realidade simbólica dos sujeitos, pois “a interpretação do olhar liga-se a valores existentes no mundo social, como uma cultura a ser interpretada” (GEERTZ, 1978, p. 4).

Assim, percebe-se a coexistência de modos de produção da saúde, em que a medicina oficial, reconhecida como a instituição exclusiva da responsabilidade pela doença, não deve excluir o tratamento com as medicinas alternativas, que atuam na

semiclandestinidade e são progressivamente reconhecidas e legitimadas em campos específicos. Assim, a "medicina popular", reconhecida informalmente pela "comunidade" que a ela recorre, apresenta-se com registro personalizado e clandestino em face da racionalidade oficial. Esses sistemas culturais de cuidado de saúde assentam-se em racionalidades nas quais os mapas cognitivos, os universos simbólicos e as práticas concretas são muito distintos dos da medicina institucionalizada.

O viver em contato com a terra, a mata e o rio traz o saber da importância do corpo e da saúde para o trabalho, cujo cuidar é híbrido, sendo utilizados medicamentos industrializados, ervas e produtos medicinais da mata, rezas e benzedeiras. Estas em forma de proteção à saúde bem como para o afastamento de entes encantados e sobrenaturais. (OLIVEIRA, 2003, p.129).

Para a autora, *a educação do cuidar* está presente no cotidiano familiar, com o sentido de orientar os filhos, de dar atenção, de explicar, tendo como referência a sabedoria adquirida no convívio social e pela cultura de conversa (OLIVEIRA, 2003). As experiências vividas pelos mais velhos expressam o cuidado com o outro, pelo diálogo, conselhos e orientações.

Assim, o cuidado dispensado ao portador de transtorno mental deve, não só na região amazônica, mas em toda e qualquer parte do mundo, estar voltado às necessidades vitais de cada sujeito e condizente aos valores reais e subjetivos que constroem sua experiência enquanto sujeito que tem uma formação segundo determinado contexto ao qual está inserido.

METODOLOGIA

O trabalho em questão é uma pesquisa qualitativa realizada em um CAPS do município de Belém, estado do Pará, no período de setembro a dezembro de 2009. O estudo desenvolveu-se a partir de uma abordagem socioantropológica. O foco da pesquisa está centrado no cotidiano dos usuários e seus familiares, buscando apreender a forma como os atores interagem e os sentidos que constroem em relação à própria doença e o cuidado dispensado ao portador, tanto na dinâmica dos serviços, quanto no seio familiar.

Foi no contexto familiar que encontramos campo fértil para

realizar as entrevistas com usuário e o familiar que cuida, por acreditarmos ser a família a interlocutora entre o serviço de saúde mental e o usuário. No entanto, não se pode esquecer que as dinâmicas internas e externas da família dependem em parte de elementos afetivos e interacionais, nos quais se incluem conhecimentos, crenças e práticas que interferem na escolha de tratamento.

Como técnica de coleta de dados, utilizou-se a entrevista com usuários e familiares/responsáveis pelo tratamento, além de profissionais de saúde envolvidos na assistência, havendo, portanto, autorização mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido. Foram realizadas 12 entrevistas, no período de setembro a dezembro de 2009.

O projeto obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (Processo nº 318/08) (Anexo A). As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, passando a constituir o *corpus* de análise.

Mediante o processo de análise das informações coletadas nas entrevistas, os dados foram ordenados em unidades de informação e agrupados em núcleos temáticos mais amplos, o que possibilitou construir os marcadores qualitativos na construção do Itinerário Terapêutico do portador de sofrimento psíquico. Para preservar o anonimato dos sujeitos, foi utilizada a letra U para os usuários, a letra F para os familiares e P para os profissionais, seguidas do número correspondente à ordem das entrevistas.

INTERPRETANDO A CATEGORIA FAMÍLIA

Do processo analítico destacou-se a categoria relacionada à família, enquanto cenário de surgimento, desenvolvimento e possível cuidado/cura dos transtornos mentais. Tal categorização ou distinção da família só pode ser tomada como recurso metodológico de expressão para uma pesquisa mais aprofundada, mas nunca como forma de negligenciar as fortes inter-relações que entre si estabelecem os diferentes núcleos e dimensões decorrentes do itinerário terapêutico.

Na presente categoria, os diferentes núcleos temáticos sobre a família foram ordenados e interpretados em quatro principais eixos: Contexto familiar como desencadeador de doença; Família como controle de ações e comportamentos; Família como espaço privilegiado para o cuidado e Família desgastada pelo ato de cuidar.

As subcategorias encontradas estão em consonância com estudos

realizados acerca da temática, como podemos observar no conceito desenvolvido nos últimos anos de sobrecarga familiar (*family burden*) para definir os encargos econômicos, físicos e emocionais a que os familiares estão submetidos e o quanto conviver com um usuário representa um desgaste material, subjetivo, organizativo e social (MELMAN, 2001; OTTO, 2001; SOUZA; SCATENA, 2005).

Enquanto origem genética e lócus da gênese afetiva do sujeito, a família surge como o principal fator de estudo para o desencadeamento de qualquer direcionamento que possa tomar um indivíduo, pois é nela que se inicia a formação dos vínculos sociais que o acompanharão por toda a vida; uma responsabilidade que sempre se faz presente, mesmo que não de forma explícita nas atitudes de cada um de seus membros.

Nesse contexto, o sentimento de acolhimento e o sentimento de abandono surgem em decorrência de tantos outros que se instalam no seio familiar. Pelo lado do acolhimento, o amor, que se nutre da própria herança genética e dos laços consanguíneos, alia-se ao desejo de busca de alternativas que minimizem o sofrimento do ente querido. Nesse sentido, o desdobraimento em cuidados gera o acolhimento desejado por qualquer sujeito acometido por transtorno mental, mas também pode acarretar prejuízos aos membros familiares que se sentem com a obrigação de renunciarem às suas necessidades em detrimento de um maior zelo para com aquele membro em condições desfavoráveis.

Por outro lado, a vergonha, os estigmas, os preconceitos e o despreparo para lidar com a situação e conflitos surgidos no âmbito familiar podem levar ao descaso com o tratamento, abandono do doente e até mesmo à omissão de dados que podem ser relevantes para o desenvolvimento de uma prática de saúde mental voltada para as necessidades reais do usuário.

Por esses dois motivos, a família do portador de transtorno psíquico deve ser inserida como ator partícipe, parceira e coadjuvante no processo terapêutico desse sujeito (WETZEL *et al.*, 2009). Em sua gênese e manifestação, os sofrimentos mentais são fenômenos tão complexos que muito oferecem para o desenvolvimento dos procedimentos terapêuticos nesse campo.

A complexidade dos agentes envolvidos na atenção à saúde mental exige o suporte de modelos que contemplem os fatores biopsicossociais e culturais para uma compreensão e intervenção mais humanizada. Os fatores biológicos, como a predisposição genética e os processos de mutação que determinam o desenvolvimento corporal, em geral podem contribuir para o funcionamento do organismo e seu metabolismo. Os fatores psicológicos, como preferências, expectativas,

medos, reações emocionais, processos cognitivos e interpretação das percepções representam o suporte psicológico no qual se apoia a estrutura psíquica do indivíduo. Os fatores socioculturais, como a presença de outras pessoas, expectativas da sociedade e do meio cultural, influência do círculo familiar, influência dos amigos e os modelos de papéis sociais formam o suporte social oriundo da relação do indivíduo com outros que também compõem o seu ambiente social.

É no contexto familiar que tem início o sofrimento psíquico, cujas raízes são alimentadas pelo preconceito, pelo estigma da doença, pela estrutura familiar fragilizada e pelos fatores genéticos e sociais que contribuem para o desenvolvimento da doença.

O estigma é uma forma de prejuízo social imputado a um indivíduo do qual se suspeita ser portador de certas patologias (como o câncer, a AIDS, a hanseníase, as doenças mentais). O estigma é uma marca da vergonha, da desaprovação e do infortúnio que leva à rejeição e discriminação social (VALADARES, 2006).

Na subcategoria “Contexto familiar como desencadeador de doença”, revelou-se que a carência de vínculos valorizados e o estigma, muitas vezes vivido já na família, surgem como contribuintes para maiores dificuldades de enfrentamento e novos episódios agudos da doença:

[...] sou a doida, é assim que a sociedade nos condena até dentro da nossa própria família. Se você perguntar, U 01 você se acha uma doida? Se ser doida e ter transtorno bipolar é querer ter uma vida boa, é querer comer o que é bom é querer vestir o que é bom, então eu sou doida. (Usuária 01)

Eu não tenho construção de amor mãe e filha com a minha mãe eu não tenho, eu não vou ser hipócrita pra você, eu tinha com a minha avó, dentro das limitações dela. (Usuária 01).

A usuária expressa dor e sofrimento por sentir-se discriminada por apresentar uma doença de origem psíquica, mas não consegue desvincular-se de um meio social no qual aprendeu o discernimento entre o que pode ser aprovável ou reprovável. A relação conflituosa construída com a genitora é demonstrada em sentimentos alternados de culpa, por não conseguir amá-la como acredita que deveria, e de revolta, por não ter sido criada pela mãe. O preconceito da própria família se baseia na visão do portador de transtorno mental como agressivo e violento; alguém que não apresenta condições de recuperação. O usuário

adquire apenas visibilidade negativa para alguns familiares, o que não deixa de ser uma forma de violência psicológica, um comportamento gerado pela nova situação vivenciada pela família que ainda não tem manejo para conviver com a doença mental, estigmatizando o usuário, que passa a não investir em capacidades compensatórias de reação ao transtorno e, na tentativa de evitar a rejeição, refugia-se no isolamento.

Sob a visão de um profissional de saúde mental entrevistado “o cuidado humano deve ser representado pelo caleidoscópio, o mutante e multicolorido instrumento que recria o que se vê” (Profissional 01), sendo uma forma de assistência que pode ser estendida a outros campos dentro da área da saúde. Assim, o cuidado dispensado ao sujeito enfermo não se limita apenas ao contexto familiar, mas também não deve ser deslocado daquele ambiente singular, que congrega laços afetivos e a abertura para o convívio em comunidade, favorecendo as relações sociais alicerçadas no respeito e na civilidade desejada por qualquer sujeito.

Em virtude do estigma da doença, o usuário não sabe como se comportar no ambiente familiar e em outros meios sociais, pois, caso demonstre alegria, pode ser percebido como estando na fase eufórica; caso apresente tristeza, pode ser percebido como estando em depressão. Assim, torna-se difícil para ele expor seus sentimentos, pois, após receber o diagnóstico de doente mental, já não sabe mais o que é ser “normal”. Nesse sentido, “a diferença entre uma pessoa normal e uma estigmatizada é uma questão de perspectiva: o estigma, assim como a beleza, está nos olhos daquele que observa” (GOFFMAN, 1978, p. 13).

As desavenças, as brigas e os conflitos foram evidenciados nos relatos como uma rotina na vida dos membros da família com pouca habilidade para lidar com o membro doente. A relação familiar mostra-se fragilizada pelas desavenças diárias, pelas mágoas e raivas contidas:

A mamãe aborrecia muito rápido, ela dava show de armar barraco aqui em casa, que morava a minha tia, irmã dela e o filho dela, ela brigava direto com eles. Esta situação já estava me prejudicando, eu estava no trabalho de repente me ligavam. Aí eu disse: vamos tomar uma decisão; vai ter que trabalhar a cabeça dela, vamos internar a mamãe. (Familiar 02)

Só porque eu estava pedindo para me respeitar, chamaram o corpo de bombeiros; isso não é o caso, se não tem que pegar toda vizinhança que lidam com seus filhos e levar para o corpo de bombeiros, levar

para o Hospital de Clínicas, eu acho isso uma injustiça. (Usuária 02)

Na verdade a Usuária 02 tem uma relação de amor e ódio com esses filhos [...] Pelo que eu tenho observado e pelos relatos que eles trouxeram, ela na verdade não cuidou desses filhos, quem cuidou foi a irmã que mora com ela (tia); então, essa relação maternal quem teve com os filhos dela foi à irmã... o amor de mãe eles sentem por essa tia, então ela tem uma relação ambivalente com a irmã. (Profissional 01)

As dificuldades de relação entre o usuário e a família, especialmente com referência à dificuldade de compreender e conviver com o transtorno mental, desgastam ainda mais as relações pessoais, afetando o vínculo afetivo e tornando a vida insuportável. As famílias podem chegar a uma desorganização estrutural que aprofunda suas manifestações no “fracasso” moral e social de seus membros, projetando sobre o doente sua insatisfação e frustração, levando-o a construir sentimentos de culpa, revolta, tristeza e lamentação.

A minha família me fez perceber que eu era uma pessoa incapaz que nunca mais eu ia poder fazer nada do que eu fiz antes. Quando percebi isso eu disse, vou fazer não como eu fiz antes, mas vou fazer melhor. Quando eu consegui um emprego, despertou aquela pessoa que eu pensei que estava morta dentro de mim, que eles afundaram, que eles enterraram. (Usuária 01).

Assim, sentindo-se desamparado pelos familiares, as dificuldades tornam-se maiores para retomar um espaço social até mesmo dentro da família, local de iniciação das relações sociais, mas que já não inspira a mesma confiança. Essa condição de confiabilidade abalada pode ser reforçada no depoimento abaixo:

Se você perguntar se meu esposo é meu amigo, eu lhe respondo que não, porque ele não me ouve, ele não aceita as minhas opiniões, ele me trata como uma doída, uma louca [...]. Quando eu não concordo com a opinião dele, sabe o que ele diz? Vai tomar o teu remédio [...].(Usuária 01).

Percebe-se no relato da usuária a dificuldade para uma argumentação diante da estigmatização da doença por parte do marido

que, em situação confortável para si, alega a necessidade da medicação como forma de evitar o incômodo e contrariedade ocasionados pelo confronto com a esposa.

Muitas famílias que possuem um sujeito com transtorno mental apresentam ganhos secundários em mantê-lo doente, pois assim se beneficiam dos recursos cedidos pelo governo. Como podemos perceber nos estudos “O adolescente e a experiência do adoecer: o diabetes mellitus (BURD, 2006) e “Psicologia Hospitalar: os ganhos secundários do adoecer” (PSICOLOGIA NA NET, 2009). Os autores afirmam que os ganhos secundários, são os que resultam das consequências da doença, favorecendo acomodação na doença e na sua cronificação. Os ganhos conscientes são ligados à compensação social da doença representados por afastamento do trabalho, benefícios financeiros, auxílio doença, evitação de situações sociais conflitivas. Os desejos regressivos de dependência e passividade são ganhos inconscientes, posto que o enfermo se torna alvo de cuidados especiais.

Freud admite a interferência da família quanto ao surgimento e manutenção da doença mental ao introduzir, em 1923, o conceito de ganho primário e ganho secundário da doença. Considerou ganho primário quando a criação de uma doença poupa o indivíduo de um conflito psíquico, enquanto que o ganho secundário é aquele que advém da doença. Quando o indivíduo é afastado de seu trabalho, passa a receber o benefício pela sua condição de doente, o que pode incentivá-lo à manutenção da doença, sem que precise retornar ao trabalho, preferindo então usufruir das vantagens obtidas como consequência da enfermidade. Tal condição também pode ser estendida à família, que passa a administrar esse recurso.

Na categoria “Família como controle de ações e comportamentos” é observada a forma como o ambiente familiar, enquanto grupo de origem das relações sociais do sujeito, que apresenta valores que são impingidos a ele, possui o poder de controle de suas ações, podendo contribuir para o adoecimento do usuário, o que se percebe no relato de um profissional entrevistado ao referir-se à U01:

O fato da U¹ ter o diagnóstico do transtorno bipolar, muitas vezes é utilizado como recurso para a família invalidá-la, questionando sua capacidade de se cuidar, de trabalhar, de sair sozinha; atitudes estas que a usuária repudia e questiona. Este comportamento da família faz a usuária muitas vezes se afastar deles, gerando desconfiança e adotando uma postura de onipotência. Observa-se que a

família é bastante desestruturada, não compartilha diariamente da vida da usuária, nem de seu tratamento, ficando somente no lugar da queixa; adotando um comportamento ora de culpa, ora de cobrança e transferência de responsabilidade com os serviços de saúde que a usuária frequenta. (Profissional 01).

Nessas condições, é possível observar o sentimento ambivalente da família entre o amor e o ódio com relação à usuária, sentimentos gerados por uma estrutura familiar abalada, ocasionando mudança quanto aos vínculos afetivos, contribuindo para o surgimento de conflitos e sentimento de abandono por parte do usuário.

Sob o ponto de vista do usuário, o poder de decisão da família em relação ao tratamento que a ele deve ser dispensado alimenta a ambivalência de sentimentos, pois, ao sentir-se entregue a cuidados que não desejou e, conseqüentemente, não ter tido oportunidade de decidir o seu destino em tal situação, volta-se contra os familiares que tomam seu lugar, como se pode observar no relato abaixo:

A decisão final da minha internação foi do meu marido. Eu ouvi e vi na sala de reuniões com todos os técnicos; eu ouvi do meu marido que eu poderia ficar. Hoje ele diz que foram os psiquiatras, uma junta médica que decidiu, mas não acredito, por mais que todos estivessem dizendo que eu tinha que ficar internada, como esposo, ele não deveria ter concordado. Eu dizia para ele: vamos embora. E eu só queria isso naquele momento. (Usuária 01).

Ao tomar decisões alheias à vontade do usuário, o familiar precisa estar consciente do risco de uma rejeição, pois, ao perceber-se fora de crise, o usuário procura refletir sobre a situação passada, sem considerar os motivos que o levaram ao tratamento, não aceitando submeter-se a certas atitudes que o fazem sentir-se ainda incapaz de retomar sua própria vida, ficando à mercê de outros, pois, não se sentindo acolhido no ambiente familiar, não vê alternativa a não ser o distanciamento como forma de manter sua própria autonomia.

[...] por dois anos eu vivi assim, nós não conversávamos eu e meu marido; pelo que aconteceu era mais cômodo não falar. A conversa era: você tem que tomar seu remedinho, dois comprimidos pela manhã, dois à tarde, dois à noite, você já tomou

seu remedinho?, vem tomar seu remédio. (Usuária 01).

A sensação de impotência para tomada de decisões diante de uma crise de um de seus membros possibilita o aumento de poder dos familiares que, ao se verem responsáveis e no direito de agir sobre o outro, assumem a tutela com referência às suas ações.

Na categoria “**Família como espaço privilegiado para o cuidado**”, a preocupação com o bem-estar do familiar acometido de transtorno mental é uma constante, pois, a família reconhece a falta de condições, de seu membro, exposto às dificuldades de um tratamento psiquiátrico que nem sempre é visto como uma possibilidade de melhora, mas sim como uma forma de violência, como se pode observar no relato a seguir:

O sujeito entra doente, melhora, mas se não tiver sensibilidade para saber o momento da alta, começa a piorar porque aquele lugar é horrível, é infestado de piolho, aquelas camas são horríveis, não tem conforto, não tem segurança. É uma ala de homem, outra de mulher, mas [...] meu medo é o que pode acontecer com uma pessoa que está sedada tomando remédios fortíssimos, dorme e ser abusada sexualmente por outro paciente, isso é problemático. (Familiar 01).

No relato do familiar está expressa sua angústia por não saber o que acontece no interior da instituição. A insegurança e a exposição a riscos pouco conhecidos fazem-no acreditar que junto da família o doente poderia receber melhor cuidado. Essa preocupação se revela com sofrimento e culpa por não conseguir saber como fazer para oferecer o acolhimento necessário ao seu membro, dentro de um ambiente que é seu.

A angústia de quem entrega um ente querido e o sofrimento do usuário submetido ao cuidado da internação são sentimentos diferenciados pela vivência; porém, para o usuário e familiares que vivenciam a internação é um momento de violência e de situações traumáticas, como descreve o familiar acreditando que “*a internação precisa ser revista. Porque a internação ela é traumática tanto para o paciente como para a família, tem que se construir mecanismos para evitar a internação (Familiar 02)*”. Assim, sem confiar que a internação pode surtir efeitos melhores do que a manutenção do usuário de seu lar, o familiar sugere a revisão do processo de internação, para que venha a satisfazer as reais necessidades do doente que a ela é submetido.

Na subcategoria “**Família desgastada pelo ato de cuidar**”,

considerou-se o empenho dos familiares em relação ao cuidado dispensado a um membro portador de transtorno mental e os efeitos que essa ação pode ocasionar. Em seus relatos, familiares, usuários e profissionais são unânimes em afirmar que o familiar que cuida de um portador de transtorno mental está exposto a uma sobrecarga psíquica e mecânica que é geradora de desgaste físico e mental. As cargas psíquicas a que estão expostos os familiares mobilizam sentimentos de medo, pela possibilidade de sofrerem ameaças de agressão física e verbal. Outros sentimentos são provocados pela situação de incerteza, angústia, revolta, tristeza e impotência diante de algo que pode acontecer sem que haja um preparo prévio:

O problema é que ou o paciente se cuida, ou ele mata quem está ao lado; não mata de faca ou de tiro; é o psicológico, a gente fica num estado de nervos pior que o paciente, pois a família adocece junto com o paciente, com certeza adocece. (Familiar 02).

Fragilizada com a situação, a família não consegue ver perspectivas de acolhimento, sentindo-se impotente por não estar preparada para acolher seu membro doente, desgastando-se assim pelas cobranças que lhe são feitas, interna e externamente. Por outro lado, torna-se difícil o convívio familiar diante das reações de um membro que ao adoecer pode adquirir um comportamento agressivo, em momentos de delírios ou alucinações, ou como oportunidade para revidar conflitos e mágoas passadas. Expostos aos sentimentos que consideram incompreensíveis e já enfraquecidos pela condição de despreparo, familiares procuram fazer o possível para minimizar o sofrimento de alguém que parece não aceitar o acolhimento que lhe é dispensado.

Eu estava muito agitada, não queria comer, eu queria brigar com o meu companheiro, ele disse que eu dei um soco nele, mas eu não me lembro. Eu fico muito agressiva com ele, porque com os meus filhos eu não sou agressiva. (Usuária 03).

A presença de sobrecarga, por si só, transformaria a família em cliente direto dos serviços públicos de saúde mental, merecedora de suporte para o enfrentamento de suas dificuldades (CAMPOS; SOARES, 2005; ROSA, 2005).

O usuário também sofre por se considerar uma sobrecarga para a família, seja de ordem psíquica, física ou financeira, mas não tem

condições de uma reação própria quanto aos cuidados de si mesmo. É no surto psicótico que ocorre o colapso dos esforços e o atestado de incapacidade de cuidar adequadamente do outro, ocasionando assim a desorganização da estrutura familiar. É nesse momento de solidão, sofrimento e impotência vivenciado pelo membro afetado que surge a internação como principal estratégia para a solução de seus problemas.

A internação é um processo muito doloroso, algo que eu não consigo nem descrever porque a gente vê um pedaço de nós sendo tirado, então a gente não vê outra solução ou alternativa, porque se tivesse eu optaria. Eu só deixei que aquilo acontecesse porque eu sabia que eu não tinha capacidade e nem competência pra tratar pra resolver o problema. A situação fugia das minhas forças e da minha realidade. (Familiar 01).

O desgaste da família em cuidar do seu membro doente pode chegar aos limites de um controle emocional abalado pela situação enfrentada, chegando-se à beira do descontrole:

Ainda bem que eu sou muito calmo, porque senão eu já teria espancado ela, porque vontade dá, mas me controlo. Ontem eu perdi o controle aqui com ela, eu dei um empurrão nela, eu tive que reagir às agressões dela porque essa doença afeta a família toda. (Familiar 02).

Tais atitudes acarretam o desgaste das relações familiares, dificultando também o convívio com o doente.

Algumas vezes, ao sair da crise, o doente reflete sobre ações praticadas sem o seu consentimento e acredita que familiares aproveitam-se da situação para tirar proveito próprio.

Na última crise eu comecei a ter sérios problemas, pois meu ex-marido estava me pressionando para vender a casa, perdi meu emprego, terminei um relacionamento amoroso, foram vários fatores, ao mesmo tempo que contribuíram para desencadear a crise. (Usuária 03).

Resgatar a saúde mental de um membro afetado consiste, basicamente, em resguardar-se de um preconceito disseminado socialmente em relação a esse tipo de doença, pois o estigma de doente

mental pode ser estendido a todos os familiares, cuja preocupação passa a ser um tratamento mais rápido e eficaz, mesmo que seja pelo aumento da medicação. Para o doente, livrar-se desse estigma é fugir da medicação, interrompendo assim o tratamento:

O problema é perturbar o outro. Engraçado, o preconceito não começa com os outros, começa com a gente mesmo, família e doente. O sujeito quando tem um problema cardíaco e percebe que o medicamento não está surtindo efeito desejado, ele mesmo pede ao médico para aumentar a dosagem, enquanto o paciente psiquiátrico quer se livrar do remédio, já diz que não quer tomar o remédio e às vezes toma por uma semana e fala que não está fazendo efeito só para parar o medicamento. (Familiar 02).

Mesmo em condições desfavoráveis de um equilíbrio emocional que não lhe permite ter domínio de suas próprias ações, o sujeito acometido por uma doença de caráter mental incomoda-se ao perceber-se dependente de alguém, sobretudo quando se sente estigmatizado pela doença, o que contribui para a dificuldade de aceitação e adesão ao tratamento, especialmente à prescrição de medicamentos.

A preocupação em livrar-se do estigma da doença é um incômodo tanto para os familiares quanto para o próprio doente que, tentando evitar a exposição da família a situações constrangedoras, prefere isolar-se:

E o seu filho, quando é que ele vem aqui? A usuária ficou apreensiva: “não, por favor, não atrapalhe ele. Eu tenho medo que ele perca o emprego dele”. Eu disse: olhe, ele é seu filho e seu responsável, eu vou ligar pra ele porque eu preciso conversar sobre o tratamento. (Profissional 01).

Numa atitude de defesa ao filho, a usuária prefere não receber visitas, o que parece ser para não submetê-lo ao constrangimento de uma exposição diante de outras pessoas que podem reconhecê-lo como o familiar de um doente mental, indicando assim a absorção do próprio estigma, uma imposição social contra a qual não tem muitos recursos para enfrentar.

Na complexidade de uma abordagem do transtorno mental de origem multifatorial englobam-se ações de várias políticas públicas voltadas às famílias de baixa renda, que apresentam problemas de

autoestima ou vêm de uma cultura de violência psicológica, sendo, portanto, o cenário propício ao desenvolvimento de transtornos mentais relacionados à pobreza, ao desemprego, à exclusão de bens e serviços, ao alcoolismo e outros fatores que são considerados de risco para tal enfermidade.

A rede que é tecida pelas instâncias envolvidas no cuidado com o portador de transtorno mental tem no seio familiar o seu ponto de partida. A família traduz e remonta os códigos sociais que são norteadores da vida em sociedade, além de ser o núcleo de cuidados iniciais dispostos ao sujeito que adoece. É assim o primeiro recurso de acolhimento ao sofrimento, que, mesmo em precárias condições, precisa lidar com a situação por seus próprios meios.

Sem encontrar outro recurso, a internação surge como única alternativa para um tratamento mais adequado da doença, o que nem sempre pode ser reconhecido, seja pelo usuário, e até mesmo por outros membros da família, opinião que acarretará conflitos com relação aos procedimentos que devem ser utilizados nesse tipo de assistência.

O processo de internação não se apresenta da mesma forma sob a ótica do usuário, da família e dos profissionais que atuam nessa assistência, pois a vivência de cada um desses atores envolvidos também é diferenciada. Ao questionar uma das usuárias submetidas a esse atendimento, obteve-se o seguinte relato:

Você pode ter larga experiência em psiquiatria e cuidado de pessoas com transtornos mentais, mais só sabe do problema quem viveu. Só eu sei te dizer o que eu passei dentro do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, só eu sei te dizer como eu fiquei no dia em que eu pedi pro meu esposo não me deixar ali. (Usuária 01).

Para alguns familiares, a internação também é vista como uma forma de alívio da sobrecarga causada pela doença, pois é o momento no qual a família encontra tempo para descansar, reorganizar a vida e procurar meios de cuidar da sua própria saúde, isentando-se assim do cuidado intenso dedicado ao portador de transtorno mental.

A instituição manicomial se sustentou sobre uma argumentação, inicialmente, da possibilidade de cura da doença mental e, posteriormente, com a supremacia do alienismo organicista de que se não era possível curá-la, que se deveria, ao menos, minimizar seus efeitos sobre a sociedade (AMARANTE, 1996; CASTEL, 1978; FOUCAULT, 2004). Dessa forma, o alienista colocava-se como

defensor e protetor da família, buscando, por meio do tratamento, reorganizar o contato entre doente e família; porém, nem sempre essa reorganização é apreendida e repassada de forma condizente com as necessidades vitais do doente que, ao recuperar-se da crise, busca na família o apoio para enfrentar as dificuldades surgidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência à doença mental, em sua história, sempre apontou a impossibilidade de a família estar junto, conviver e cuidar do doente mental. Tratar do doente mental significou, durante anos, separá-lo do seu contexto social e familiar. Assim, possibilitar transformações e recriar as relações já existentes não é algo fácil para os profissionais de saúde mental que trabalham em saúde mental.

Este trabalho constata que a inserção familiar é fundamental no processo terapêutico do usuário, bem como sua parceria com a equipe e serviço, respeitando seus limites e dividindo as responsabilidades com o cuidado ao sujeito, isto é, o foco do cuidado deve estar voltado para as necessidades da família conforme pressupostos da reforma psiquiátrica. Entretanto, percebemos no lócus do estudo a ausência de projetos terapêuticos voltados para a família.

Acolher as demandas da família é outro fator importante no tratamento, pois como unidade cuidadora, suporte do processo de cuidar, esta precisa que a equipe a ajude a diminuir a sua sobrecarga. A família é afetada pela condição de doença e por isso necessita de cuidados. Assim, a qualidade do vínculo entre equipe, cuidador e usuário aponta o cuidado na perspectiva do “sentir total”.

No CAPS, a equipe destaca o grupo de familiares como fundamental para trabalhar as demandas usuário. Mesmo assim, ainda notamos que, além de serem poucas as atividades voltadas à inserção do familiar no contexto do tratamento do usuário, há um certo grau de culpabilização quando não há participação efetiva da família. Isso denota certa dificuldade institucional em organizar diferentes atividades para o trabalho com as famílias, de modo a diluir esses rótulos e dividir as responsabilidades com o cuidado ao indivíduo.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. Escolha e avaliação de tratamento para

problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. (Org.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 125-38.

AMARANTE, P. D. C. **O homem e a serpente**: outras histórias para loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

BUCHILLET, D. A Antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In: **Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia**. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi; CEJUP, 1991. p. 21-43.

BURD, M. O adolescente e a experiência do adoecer: o diabetes *mellitus*. **Adolescência & Saúde**. v. 3, n. 1, p. 12-7, jan. 2006.

CAMPOS, P. H. F.; SOARES, C. B. Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. **Psicol. Rev.** Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p.219-37, Dez. 2005.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo . Rio de Janeiro: Graal, 1978.

EVANS-PRITCHARD, E. E. **Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-63, Nov. 2006.

GOFFMAN E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Soc. Sci. Med.** Oxford, v. 12, n. 2B, p. 85-95, Apr.1978.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry.** Berkeley: University of California Press, 1980.

LANGDON, E. J. Percepção e utilização da medicina ocidental pelos índios Sibundoy e Siona no sul da Colômbia. In: BUCHILLET, D.; (Org.). *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia.* Belém: CEJUP, 1991.

LUZ, M. T. As novas formas de saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea. **Rev. Bras. Saúde Família.** Brasília, v. 9, n. 1, p. 38-50, 2008.

MARTINEZ, H. A.; UNIVERSIDAD ROVIRA I VIRGILI. **Os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente.** Trad. Virgínia Jorge Barreto. Belo Horizonte, Abril 2006. (Texto de apoio).

MELMAN, J. **Família e doença mental:** repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 2001. 159 p.

OLIVEIRA, I. A. Org. **Cartografias ribeirinhas:** saberes e representações sobre práticas sociais de alfabetizando amazonidas. Belém: CCSE-UEPA, 2003.

OTTO, J.G. **O desafio de assistir a família e a saúde do paciente com transtorno mental.** 2001. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

PEREIRA, D. N. **Itinerário terapêutico entre pacientes do Hospital de Base /DF.** 2008. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.). **Atenção básica e integralidade:** contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2008. 360 p.

PSICOLOGIA NA NET. *Psicologia Hospitalar: os ganhos secundários do adoecer* [Página na Internet]. 14 abr. 2009. Disponível em: <www.psicologianet.com.br/psicologiahospitalar>. Acesso em: 10 ago.

2010.

RIVERS, W. H. R. **Medicine, magic, and religion: the Fitzpatrick lectures delivered before the Royal College of Physicians of London in 1915 and 1916.** London; New York: Routledge, 2001.

ROSA, L. C. S. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicol. Rev.** Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 205-18, Dez. 2005.

SOUZA, R. C.; SCATENA, M. C. M. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. **Ver. Latino-Am. Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 173-9, 2005.

VALLADARES, A. C. A. Arteterapia, doente mental e família: um cuidado integrado e possível em saúde mental na nossa atualidade?. **Rev. Arteterapia: Imagens da Transformação.** Rio de Janeiro, v. 12, n. 12, p. 9-32, 2006.

WETZEL, C.; *et al.* A inserção da família no cuidado de um centro de atenção psicossocial. **Cienc. Cuid. Saúde.** Maringá, v. 8, suplement., p.40-46, 2009.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS – ARREMATANDO OS FIOS

Elaborar um trabalho de pesquisa é sempre uma tarefa difícil, sobretudo quando o tema escolhido é polêmico e envolve atores de diferentes vivências e concepções, condição que enriquece a pesquisa, mas também ocasiona inúmeras dificuldades. Entre essas dificuldades, o nó górdio da questão apresentou-se na elaboração da versão escrita, em forma de tese de doutorado, que obedecesse aos rigores de uma cientificidade e respeitasse a ética e a neutralidade de uma pesquisa que atendesse, ao mesmo tempo, aos seguintes questionamentos: Quais estratégias eu poderia usar para afastar-me do meu objeto se ele é parte do meu itinerário profissional? Como ser fiel a sentimentos e teorias sem que isso interferisse na linearidade de um trabalho científico? Quais articulações entre o conhecimento do senso comum e o conhecimento científico eu poderia fazer? Que legitimidade científica seria possível atribuir às verdades empíricas?

Na tentativa de responder todas essas questões, muitos foram os momentos de reflexão, que me conduziram à definição do pesquisador como um cronista imaginário, descrita por Silva (2010, p.15) de que ele é:

[...] aquele que levanta o véu do cotidiano, trazendo à tona aquilo que estava escondido pelo excesso da familiaridade. O cronista desvela, revela, descobre, descobre. O cronista arranca a tênue cobertura do vivido e ilumina, revelando uma contradição, descobrindo um paradoxo, destacando uma incongruência, o que se mantinha na obscuridade em plena luz do dia. O pesquisador é um cronista do imaginário.

Sob a preocupação de produzir um texto que provocasse o interesse dos leitores quanto às questões da assistência psiquiátrica, e os convidasse a olharem o produto desta pesquisa com uma lente de distorções minimizadas em relação ao caos da realidade estudada. Surgiram inquietações que se transformaram em barreiras a serem transpostas.

Como resultado, constatou-se que o esforço em compreender o percurso terapêutico realizado pelos usuários portadores de sofrimento

psíquico, e de outros sujeitos envolvidos na assistência à saúde mental, que se dispuseram a contribuir para a abertura de caminhos que justificam a busca por um viver saudável, mantendo presente o desenvolvimento simbólico necessário à saúde. Como afirma Cassirer (1995, p.33), “o homem já não pode defrontar imediatamente a realidade, não pode vê-la, por assim dizer, face a face. A realidade física parece recuar na proporção em que a atividade simbólica do homem avança”. Assim, abre-se a percepção de que para que isso aconteça é preciso levar em conta as reformas na estrutura dos serviços de saúde no Brasil, mais especificamente na assistência psiquiátrica que, embora ainda em transição, tem pressupostos básicos da não institucionalização e da consolidação de bases territoriais do cuidado em saúde mental, enfatizando uma rede de cuidados que contemplem a atenção primária.

Implantadas sob a tutela de gestores de saúde comprometidos com uma assistência voltada às reais necessidades do usuário, essas mudanças podem fortalecer e multiplicar esforços em direção a uma transformação da mentalidade de profissionais desse campo do saber, em relação à pluriculturalidade de sua clientela, pois só assim será possível a construção de uma sociedade com premissa na inclusão do portador de sofrimento psíquico.

A qualidade de vida do portador de sofrimento psíquico inserido em sua comunidade, contribuirá com melhor distribuição de renda e justiça, num país com saúde digna para todos, restituindo a alegria de viver, recuperada por uma saúde mental que seja um processo integrador, dinâmico, em constante interação entre os movimentos das pessoas.

Longe de ser ingênua e harmônica, a saúde mental que se deve buscar construir é aquela alicerçada na ética, no diálogo, no compromisso social e no respeito que pode ser cultivado nas relações com os usuários, enfatizando-se a necessidade do diálogo intersetorial.

Torna-se ainda necessário o reconhecimento de outros estudos sobre o itinerário terapêutico do portador de sofrimento psíquico, visando gerar subsídios à efetivação da reforma psiquiátrica, apontando a importância da contribuição das políticas públicas de saúde na reconstrução da prática de gestores e equipes que atuam na saúde mental.

O Brasil ainda enfrenta dificuldades na implantação de ações que propiciem o alcance dos objetivos propostos pela reforma psiquiátrica na rede de atenção em saúde mental, cuja ausência impede o desenvolvimento do processo de resgate da cidadania do sujeito com sofrimento psíquico.

Durante a pesquisa, percebeu-se que a assistência em saúde mental do estado do Pará, baseada na proposta de desinstitucionalização e ampliação da rede de serviços substitutivos, tem no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) a modalidade extra-hospitalar de serviço ambulatorial. Esta se expande com sucesso, na medida em que contribui com o desenvolvimento de uma política assistencial pautada na valorização do usuário, visando o resgate e/ou preservação de suas potencialidades, singularidade e subjetividade.

Em Belém, capital do Estado, a estruturação da atenção à saúde mental, que deveria funcionar em rede aberta e diversificada, inserida na comunidade, ainda não foi implantada, conforme depoimentos dos entrevistados, ficando apenas o hospital psiquiátrico como referencial e suporte à família, por ocasião da crise de um de seus membros.

Na rede de serviços de saúde, a estruturação e articulação tornam-se uma possibilidade para compreensão do sofrimento psíquico, promovendo o acolhimento do usuário e de seu familiar, bem como a orientação e seu encaminhamento de forma satisfatória. Assim, o sentido do cuidado deve reconhecer a importância da família, da escola, da igreja e de outros setores da comunidade, valorizando as potencialidades de cada sujeito, abordando suas necessidades físicas, emocionais, intelectuais, culturais e sociais. Este processo de transformação cultural exige dos serviços e profissionais novas abordagens de aceitação social e clínica, relativas aos usuários e suas famílias, pois não há como imprimir um modo de operar com a loucura no território se as mentalidades manicomiais estiverem engendradas nas instituições.

As condições inerentes às pesquisas que não atingiram o fim desejado, como possibilidades, incompletude, brechas, limitações, tornam verdadeiro o princípio de que o fim pode ser um começo. Assim, terminar este texto abre horizontes para o começo de outros, apontando pistas para organizar a rede de saúde mental em busca de um viver saudável, compreendendo o espaço da clínica como uma possibilidade de prática social integrada, que traz o sentido para uma determinada comunidade de sujeitos.

Com a análise das respostas dos entrevistados reafirma-se o princípio que alimentou a tese, de que o conhecimento do percurso feito pelos usuários pode contribuir para a construção de projetos terapêuticos para os serviços de atenção em saúde mental. Tal construção representa a possibilidade de superação do modelo biomédico e hegemônico da saúde, que ainda hoje existe nas práticas tradicionais de cuidado à saúde, distantes daquilo que preconiza a reforma sanitária e psiquiátrica. As

impressões captadas dos sujeitos envolvidos no caminho feito em busca do cuidado e da assistência à saúde foram fundamentais e compuseram esse conhecimento utilizado na formulação das contribuições que, em seguida, serão apresentadas.

É conveniente lembrar que o objetivo deste estudo, de compreender as experiências de adoecimento e cuidado de portadores de sofrimento psíquico atendidos na rede pública de saúde do município de Belém, considerou também as histórias de vida que esses usuários traziam para as salas de terapia. Isso foi constatado a partir da coleta de informações pelas entrevistas com usuários que vivenciam essa assistência, além das informações fornecidas por familiares e profissionais empenhados no tratamento. Dessa forma, atingiu-se o objetivo, uma vez que os depoimentos dos portadores de sofrimento psíquico e de outros sujeitos envolvidos possibilitaram a orientação das propostas de contribuição ao aprimoramento do sistema.

Em relação aos resultados do presente estudo, embora com algumas limitações, é possível afirmar que contribuições se destacam em meio às ações que se julgam necessárias ao alcance dos objetivos da reforma psiquiátrica na realidade estudada.

A intersecção entre educação e saúde surge como espaço fundamental para a construção de redes de cuidado, que se expandem em vários sentidos. Exemplo disso pode ser implementação de estratégias educativas com relação à terapia medicamentosa, estimulando, orientando e valorizando a participação do usuário no tratamento, de modo a ampliar seu conhecimento acerca da medicação e do sofrimento psíquico. Essas ações podem estimular, reforçar e valorizar a adesão da terapia medicamentosa e, quando não houver a adesão, estabelecer uma relação empática que possibilite a participação do usuário e da família na escolha do tratamento.

A construção do conhecimento inter e transdisciplinar é outro importante potencial que pode ser ampliado pela promoção da educação permanente dos profissionais da área de saúde mental, em processos educativos.

Na enfermagem, esse processo de mudança de paradigma mexe com hábitos cristalizados e até com o próprio ensino formal, que tem dificuldade para formar recursos humanos comprometidos com o processo de trabalho em saúde mental no SUS.

Há que se mudar esse modelo também quanto aos cuidados ao portador de sofrimento psíquico, que geralmente são voltados à medicalização. Essa atitude abriria novas oportunidades de vida para o usuário, alternativas que, com o apoio da família, se apresentariam como

perspectivas de inclusão social, uma vez que o estigma da doença fortalece cada vez mais o isolamento do usuário na sociedade. Para isso, deve-se fortalecer e dar visibilidade ao trabalho que vem sendo realizado por pessoas, grupos, organizações ou instituições envolvidas, os quais são imprescindíveis nesse processo de ressocialização.

Esses novos desafios se configuram como um importante pilar de sustentação do novo modelo de assistência à saúde mental, e precisam do fortalecimento de redes de apoio social e comunitário, para a articulação com a rede básica de saúde e a extensão das políticas aos familiares.

Assim, essas estratégias superariam as dificuldades, criando novas alternativas para concretização de um modelo de assistência capaz de envolver uma rede de apoio constituída pela própria comunidade, na qual as ações se desenvolveriam com parcerias, equipamentos oficiais e não governamentais. Este novo espaço em configuração não se limitaria à família nuclear ou extensa, mas incluiria todo o conjunto de vínculos interpessoais do sujeito: família, vizinhança, amigos, escola, inserção comunitária e de práticas sociais.

REFERÊNCIAS

ADAM, P.; HERZLICH, C. Saúde, doença e suas interpretações culturais e sociais. In: _____. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru: EDUSC, 2001.

ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. (Org.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 125-38.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

AMARANTE, P. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003. p. 45-65.

AMARANTE, P. D. C. Novos sujeitos, novos direitos: o debate sobre a reforma de janeiro. v. 11, n. 3, p. 491-4, jul/set. 1995a.

_____. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995b.

_____. **O homem e a serpente**: outras histórias para loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P. D. C.; Org. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. São Paulo: Nau Editora, 2001. Vol. 2.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BACHELARD, G. **A formação do espírito científico**: contribuição para uma psicanálise do conhecimento. Trad. Estela dos Santos Abreu.

Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2002.

BARTHES, R. **O prazer do texto**. São Paulo: Perspectiva, 2002.

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

BASAGLIA, F. A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. 3. ed. São Paulo: Brasil Debates, 1982.

BASSIT, M. Entrevista (Entrevista concedida a Giovana de Paula). **Rev. CONASEMS**; Ano VI, n. 30, p. 07-12, Maio-Jun. 2009.

BASTOS, F. I. P.; CASTIEL, L. D. Epidemiologia e saúde mental no campo científico contemporâneo: labirintos que se entrecruzam? In: AMARANTE, P.; Org. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 97-111.

BELÉM. PMB. Secretaria Municipal de Coordenação Geral do Planejamento e Gestão (SEGEP). Departamento Municipal de Estatística (DME). **Dados sócio-econômicos**: município de Belém. Belém-Pará, 1997.

BEZERRA Jr., Benilton 'A clínica e a reabilitação psicossocial'. In: PITTA, A. (org.), **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

BOFF, L. **A Águia e a Galinha**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2000.

BORJA, A.; GUERRA, G.; CALIL, H. M. O transtorno bipolar na mulher. **Rev. Psiquiatr. Clín.** São Paulo, v. 32, Supl. 1, p. 110-6, 2005.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

_____. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e

institucionaliza a descentralização e as relações entre união, Estados e Municípios, com relação à política de saúde. Brasília: **Diário Oficial União**, 29 set. 1990. p. 18.055, Seção I.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: **Diário Oficial União**, 09 Abr. 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Mental. **Caderno Informativo**, Série D, n.15. Brasília, 2001b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da III Conferência Nacional de saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Portaria n. 336/GM de 19/02/2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta portaria. Brasília: **Diário Oficial União**, 20 fev. 2002b. n. 34, Seção 1, p. 22-3.

_____. Portaria N° 2.048/2009. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: **Diário Oficial da União**, Seção 1, n. 170, p. 61, 04 Set. 2009.

_____. Brasília, 27/06 a 01/07/2010. IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1663. Acesso em: 14 jan 2010.

BUCHILLET, D. A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In: **Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia**. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi; CEJUP, 1991. p. 21-43.

_____. Cultura e saúde pública: reflexões sobre o Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.). **Saúde dos povos indígenas**: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004. p. 53-68.

- BURD, M. O adolescente e a experiência do adoecer: o diabetes *mellitus*. **Adolescência & Saúde**. v. 3, n. 1, p. 12-7, jan. 2006.
- CALVINO, I. A palavra escrita e a não-escrita, **Jornal do Brasil**, Caderno Idéias, 3 de agosto de 1996.
- CAMAROFF, J. Healing and Cultural Transformation: The Swana of Southern Africa. **Social Science and Medicine**, v. 15 B, p. 367-378, 1981.
- CAMPOS, G. W. Saúde coletiva e o Método Paidéia. In: CAMPOS, G. W. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. P. 21-47.
- CAMPOS, P. H. F.; SOARES, C. B. Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. **Psicol. Rev.** Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p.219-37, Dez. 2005.
- CAMPOS, R. O; GAMA, C. A P. Saúde mental na atenção básica: uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). **Cad. Bras. Saúde Mental**. v. 1, n. 2, p. 112-31, out/dez. 2009.
- CARDOSO DE OLIVEIRA, R. Enigmas e soluções. Rio de Janeiro; Fortaleza: Tempo Brasileiro; Ed. UFCe, 1983.
- CASSIRER, E. **Ensaio sobre o homem**. Lisboa: Guimarães , 1995.
- CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo . Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- CASTELLS, M. **A questão urbana**. Trad. Arlene Caetano. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.
- CASTLEDINE, G. Nursing elderly people with dignity. **Br J Nurs.**, London, v. 5, n. 3, p.191, Fev. 1996.
- CAVALCANTE, A. M. T. S.; NÓBREGA, M. M. L.; DINIZ, A. S. Epidemiological aspects of schizophrenia in adults in the Ulysses Pernambucano Hospital in Recife – PE. **Neurobiologia**. Recife, v. 66, n. 3/4, p. 134-43, 2004.

CONILL, E. M.; et al. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. **Ciênc Saúde Coletiva**. V. 13, n. 5, p. 1501-10, set.-out. 2008.

DA MATTA, R. O ofício de etnólogo, ou como ter “anthropological blues”. In: NUNES, E. (Coord.). **A aventura sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

DALMOLIN, B. M. **Esperança equilibrada**: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DELGADO, P. G. G. **As razões da tutela**: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

_____. Reforma psiquiátrica e cidadania: o debate legislativo. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 35, p. 80-84, jul. 1992.

DEMO, P. **Metodologia para quem quer aprender**. São Paulo: Atlas, 2008. v. 1. 131 p.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Eds.) **The Sage Handbook of Qualitative Research**. 2. ed. Thousand Oaks: Sage, 2000.

DEVEREUX, G. **Les Femmes et les psychotiques dans les sociétés traditionnelles**. Paris: Devereux, 1981.

DIMENSTEIN, M. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. **Mental**. v. IV, n. 6, p. 69-83, jun. 2006.

DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Org.). **Doença, sofrimento, perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

EGAN, G. **Communication dans la relation d'aide**. Montreal(CA): Les éditions HRW Itée, 1987.

EISENBERG, L. The social construction of mental illness. **Psychological Medicine**, Cambridge, n. 18, p. 1-9, 1988.

- ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- EVANS-PRITCHARD, E. E. **Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.
- FAGUNDES, H. M.; LIBÉRIO, M. A reestruturação da assistência na cidade do Rio de Janeiro: estratégias de construção e desconstrução. **Saúde em Foco**. Rio de Janeiro, v. 16, p. 30-5, 1997.
- FLORES, A. A. D. M.; RIBEIRO, L. M.; SATT Jr., S. Análise da Ferramenta de *Customer Relationship Management* (CRM) como Estratégia de Fidelização em Empresas Franqueadas. **Revista Eletrônica de Gestão Contemporânea**, v. 3, Ano 2, p. 67-75, 2006. Disponível em:
http://www.atlanticosul.edu.br/rg/revista/artigos_revista/3_edicao/artigo_4_CRM.pdf. Acesso em: 10 jul 2010.
- FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.
- FOSTER, G. M.; ANDERSON, B. G. **Medical Anthropology**. New York: John Wiley K Sons, 1978. 302 p.
- FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.
- FUREGATO, A. R. F. Avanços da saúde mental e seus reflexos na enfermagem (Editorial). **Rev. Esc. Enferm. USP** [online]. V. 41, n. 2, p. 177-9. Disponível em:
URL:<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/00.pdf>. Acesso em: 10 Ago. 2010.
- GAUT, D. A.; LEININGER, M. M.; Editors. *Caring: the compassionate healer*. [Denver, Colo.]: Center for Human Caring; New York: National League for Nursing Press; c1991.
- GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

_____. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.

_____. **Nova luz sobre a antropologia**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

_____. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC – Livros técnicos e Científicos, 2008.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-63, Nov. 2006.

_____. Itinerários terapêuticos e suas múltiplas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC:ABRASCO, 2007. 404 p.

GOFFMAN E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

GOLDBERG J. **Clínica da psicose**: um projeto na rede pública. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá: Instituto Franco Basaglia, 1994.

GOMES, M. P. C. **A política de saúde mental na cidade do Rio de Janeiro**. 1999. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental, Instituto de Psiquiatria da Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

GOOD, B. J. **Medicine, rationality and experience**. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

GUEDES, A. C. *et al.* A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 12, n. 3, p. 547-53, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.8198>>. Acesso em: 10 Ago. 2014.

HABERMAS, J. **Conhecimento e interesse**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Trad. Eliane Mussnich. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007. Cap. 4, p. 70-99.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000 [página na Internet], Brasília, 2000 Disponível em: <http://www1.ibge.gov.br/home/pesquisa/pesquisa.php?pagina_atual=1&palavras=demogr%E1fico>. Acesso em: 14 Jan. 2010.

JACOBI, P. R. Movimentos sociais e estado: efeitos politico-institucionais da ação coletiva. In: **Ciências Sociais Hoje**, São Paulo: Vértice/Anpocs, 1988, pp. 290-310.

KANTORSKI, L. P.; *et al.* Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública [Online]**. São Paulo, v. 43, Supl.1, p. 29-35, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/748.pdf>>. Acesso em: 14 jan 2010.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Soc. Sci. Med.** Oxford, v. 12, n. 2B, p. 85-95, Apr.1978.

_____. **Patients and healers in the context of culture**: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. Berkeley: University of California Press, 1980.

_____. Local worlds of suffering: an interpersonal focus for ethnographies of illness experience. **Qualitative Health Research**, Thousand Oaks, v. 2, n. 2, p. 127-34, 1992.

_____. **Writing at the margin**: Discourse between anthropology and medicine. Berkeley: University of California Press, 1995.

KLEINMAN, A; GOOD, B. **Culture and depression**: Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of the affect and disorder. Berkeley: University of California Press, 1985.

LANCETTI, A. Quem manda na loucura? **Teoria e debate**, n. 8, p. 60-3, 1989.

LANGDON, E. J. Percepção e utilização da medicina ocidental pelos índios Sibundoy e Siona no sul da Colômbia. In: BUCHILLET, D.; (Org.). **Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia**. Belém: CEJUP, 1991.

_____. Representações de doença e itinerário terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana. In: SANTOS, R. V. ; COIMBRA Jr., C. E. A. (Org.). **Saúde e povos indígenas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 115-41.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LAST, M. The importance of knowing about not knowing. **Social Science and Medicine**. v. 15B, p. 387-92, 1981.

LEACH, E. R. **Sistemas políticos da Alta Birmânia**: um estudo da estrutura social kachin. São Paulo: EDUSP, 2004.

LEAL, E. **A noção de cidadania como eixo da prática clínica**: uma análise do programa de saúde mental de Santos. 1994. Dissertação (Mestrado) –Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1994.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **História, Ciência e Saúde**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.113-28, jan.-mar., 2006.

LEOPARDI, M. T. Metodologia da pesquisa em saúde. 2. ed. Florianópolis, UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

LIMA, M. S. Epidemiologia e Impacto Social. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [online]. São Paulo, v. 21, Suppl.1, p. 01-5, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21s1/v21s1a02.pdf>>. Acesso em: 05 Set. 2010.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.

LUNA, S. J. A. Corporeidade na educação poética através da dança. 2009. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Artes do Paraná. Curitiba, 2009.

LUZ, M. T. As novas formas de saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea. **Rev. Bras. Saúde Família**. Brasília, v. 9, n. 1, p. 38-50, 2008a.

_____. Conferência de Abertura: Professora Madel Luz. In: VIII Seminário do Projeto Integralidade. 10 Set. 2008b. In: **BoletIn Integralidade em saúde** [online], LAPPIS. Disponível em: URL: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1031&sid=20>. Acesso em: 20 jun.2010.

MACHADO, K.; DOMINGUEZ, B. Saúde Mental: a palavra é intersetorialidade. **RADIS: comunicação em saúde**. Rio de Janeiro, nº 97, p. 12-18, set/2010.

MALISKA, I. C. A.; PADILHA, M. I. C. S. AIDS: a experiência da doença e a construção do itinerário terapêutico. **Rev. Eletr. Enf.** [Online].v. 9, n. 3, p. 687-99, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a09.htm>. Acesso em: 28 set. 2006.

MARCONDES, M. P.; TOLEDO, F. **Milton Hatoum**: itinerário para um certo relato. São Paulo: Ateliê Editorial, 2006.

MARTIN, J. S. Para uma fenomenologia da dignidade humana. In: ALVES, P. M. S.; SANTOS, J. M.; SÁ, A. F.; UNIVERSIDADE DE COIMBRA. Faculdade de Letras; Org. Humano e inumano: a dignidade do homem e os novos desafios. **Actas do Segundo Congresso Internacional da Associação Portuguesa de Filosofia Fenomenológica**. Lisboa (PT): Centro de Filosofia da Universidade de Lisboa, 2006. P. 267-78.

MARTINEZ, H. A.; UNIVERSIDAD ROVIRA I VIRGILI. **Os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente**. Trad. Virgínia Jorge Barreto. Belo Horizonte, Abril 2006. (Texto de apoio).

MASTROIANNI, P. C.; GALDUROZ, J. C. F.; CARLINI, E. A. Influence of the legislation on the advertisement of psychoactive medications in Brazil. **Rev. Psiquiatr. Clín.** São Paulo, v. 25, n. 3, p.146-55, 2003.

MATOS, E. G.; MATOS, T. M. G.; MATOS, G. M. G. Depressão melancólia e depressão atípica: aspectos clínicos e psicodinâmicos. **Estud. Psicol.** Campinas, v. 23, n. 2, p. 173-9, 2006.

MATTOSINHO, M. M. S.; SILVA, D. M. G. V. El itinerario

terapêutico del adolescente con diabetes mellitus tipo 1 y sus familiares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1113-9, Dec. 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_08.pdf>. Acesso em: 10 ago 2010.

MAUSS, M. **Manual de etnografia**. Lisboa: Editorial Pórtico, 1972.

MELMAN, J. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 2001. 159 p.

MELO, M. G. M. A regulamentação sanitária e sua influência na definição do cenário farmacêutico do país. In: ACURCIO, F. A. (Org.). **Medicamentos e assistência farmacêutica**. Belo Horizonte: Coopmed, 2003. p. 61-70.

MENÉNDEZ, E. L. Antropologia médica e epidemiologia: processo de convergências ou processo de medicalização? In: VELHO, G.; KUSCHNIR, K. **Pesquisas urbanas**: desafios do trabalho antropológico. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. p. 71-94.

MIELKE, F. B.; *et al.* O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. **Ciênc. Saúde Colet.** [Online]. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 159-64. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=63014117>>. Acesso em: 05 Set. 2010.

MILTON, C. L. The ethics of respect in nursing. **Nurs Sci Q.** V. 18, n. 1, p. 20-3, Jan. 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. Ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2004.

_____. SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciênc Saúde Coletiva.** V. 4, n. 1, p. 7-32, 1999.

MIRANDA, I. M. S.; FUENTES, A. C. R. C.; BALLARIN, M. L. G. S. Perfil da produção científica sobre Centros de Atenção Psicossocial: abordagens metodológicas. In: XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação.

Universidade do Vale do Paraíba, 2009. **Anais...** Disponível em: www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009/anais/.../0522_0411_01.pdf. Acesso em: 10 ago. 2010.

MONTALTI, E. FCM realiza palestra sobre medicina alternativa e lança livro. UNICAMP [Página na Internet]. Campinas: UNICAMP; 26 Jul 2009. Disponível em: <http://www.unicamp.br/unicamp/divulgacao/2009/06/27/fcm-realiza-palestra-sobre-medicina-alternativa-e-lanca-livro>. Acesso em: 10 ago. 2010.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2007.

_____. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Trad. de Eloá Jacobina. 15. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008a. 128 p.

_____. **Saberes globais e saberes locais**: o olhar transdisciplinar. Rio de Janeiro: Garamond, 2008b.

NASCIMENTO, A. A. A. S.; GUARIDO, C. F. Perfil farmacoterapêutico de pacientes atendidos na Clínica de Psicologia da Unimar no ano de 2005. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, v. 29, n.3, p. 291-296, 2008.

NEGRELLI, M. E. D.; MARCON, S. S. Família e criança surda. **Ciênc. Cuid. Saúde**. Maringá (PR), v. 5, n. 1, p. 98-107, 2006.

NICÁCIO, M. F. S. **O processo de transformação da saúde mental em Santos**: desconstrução de saberes, instituições e cultura. 1994. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1994.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓRGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como o recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n.3, p. 44-57, 2004.

OLIVEIRA, I. A. Org. **Cartografias ribeirinhas**: saberes e representações sobre práticas sociais de alfabetizando amazônidas.

Belém: CCSE-UEPA, 2003.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação (Relatório Mundial). Brasília: OMS, 2003.

OMS/OPAS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Declaração de Caracas**. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Caracas: OMS/OPAS, 1990.

OTTO, J.G. **O desafio de assistir a família e a saúde do paciente com transtorno mental**. 2001. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

OVERING, J. A reação contra a descolonização da intelectualidade: a produção de um diálogo imprescindível e de um conhecimento híbrido. **Revista de Antropologia Ilha**, Florianópolis, v. 6, n.1-2, p. 5-27, jul. 2004.

PARSE, R. R. **Community**: a human becoming perspective. Boston: Jones and Bartlett Pub., 2003.

_____. Feeling respected: a parse method study. **Nurs. Sci. Q.** v. 19, n. 1, p. 51-6, Jan. 2006.

PELISOLI, C. L.; MOREIRA, A. K. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**. Porto Alegre (RS), v. 27, n. 3, p. 270-7, Sep./Dec. 2005.

_____. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial por meio do perfil de seus usuários. **Mental [online]**. Barbacena (MG), v. 5, n. 8, p. 61-75, 2007. Disponível em: <<http://pepsic.homolog.bvsalud.org/pdf/mental/v5n8/v5n8a05.pdf>>. Acesso em: 14 jan 2010.

PEREIRA, D. N. **Itinerário terapêutico entre pacientes do Hospital de Base /DF**. 2008. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) –

Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

PEREIRA, R. C. **Políticas de saúde mental no Brasil**: o processo de formulação da lei de reforma psiquiátrica (10.216/01). 2004. 244 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2004.

PHANEUF, M. Relação de ajuda: elemento de competência da enfermeira. Coimbra (PT): Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica; 1995.

_____. Comunicação, entrevista e relação de ajuda. Loures (PT): Lusociência; 2005.

PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.). **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2008. 360 p.

PSICOLOGIA NA NET. Psicologia Hospitalar: os ganhos secundários do adoecer [Página na Internet]. 14 abr. 2009. Disponível em: <www.psicologianet.com.br/psicologiahospitalar>. Acesso em: 10 ago. 2010.

QUARTILHO, M. J. R. **Cultura, medicina e psiquiatria**: do sintoma à experiência. Coimbra: Quarteto, 2001.

QUEIRÓS, A. M. A. **Empatia e respeito**: dimensões centrais na relação de ajuda. Coimbra: Quarteto, 1999.

QUEIROZ, M. I. P. **Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva**. São Paulo: T. A. Queiroz, 1991.

RIVERS, W. H. R. **Medicine, magic, and religion**: the Fitzpatrick lectures delivered before the Royal College of Physicians of London in 1915 and 1916. London; New York: Routledge, 2001.

RODRIGUES, M. A. P.; FACCHINI, L. A.; LIMA, M. S. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.1, p. 107-114, 2006.

ROMAGNOLI, R. C. Famílias na rede de saúde mental e esquizoanálise: uma aproximação possível. In: FÉRES-CARNEIRO, T. **Família e casal: efeitos da contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio, 2005. p. 251-265.

ROSA, L. C. S. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicol. Rev.** Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 205-18, Dez. 2005.

ROTELLI, F.; et al. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

ROUDINESCO, E. **História da psicanálise na França: a batalha dos cem anos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1986.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2 ed. São Paulo (SP): Te Corá; 2001.

SENA, E. L. S.; GONÇALVES, L. H. T. Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer - Perspectiva da filosofia de Merleau-Ponty. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 232-40, Abr./Jun. 2008.

SILVA, D. M. G. V.; SOUZA, S. S.; MEIRELLES, B. S. O itinerário terapêutico de pessoas de com problemas respiratórios crônicos. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 13, n. 1, p.50-6, jan. mar. 2004.

SILVA, J. M. **O que pesquisar quer dizer: como fazer textos acadêmicos sem medo da ABNT e da CAPES**. Porto Alegre: Sulina, 2010.

SOUZA, R. C.; SCATENA, M. C. M. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. **Rev Latino-Am Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 173-9, 2005.

STARFIELD, B. Atenção primária e sua relação com a saúde. In: STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO, 2002. p. 19-42.

TEMPORÃO, J. G. Temporão faz um balanço da saúde no Brasil (Entrevista). *Jornal do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA)*; em 21 agosto de 2008. In: Agência Fiocruz de Notícias [Página da Internet]. Rio de Janeiro. FIOCRUZ; 21 Ago 2008. Disponível em: http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?from_info_index=91&infoid=2002&sid=3&tpl=printerview. Acesso em: 10 ago. 2010.

TOMASI, E.; *et al.* Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. **Cad. Saúde Pública**. v. 26, n. 4, p. 807-15, abr. 2010.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cad. Saúde Pública**. v. 13, n. 2, p. 325-30, abr./jun. 1997.

TRIGO, M. H. B.; BRIOSCHI, L. R. Interação e comunicação no processo de pesquisa. In: LANG, A. B. S. G. (Org.). **Reflexões sobre a pesquisa sociológica**. São Paulo: Centro de Estudos Rurais e Urbanos, 1992. p 30-41. (Coleção Textos; 2a série, 3).

VALLADARES, A. C. A. Arteterapia, doente mental e família: um cuidado integrado e possível em saúde mental na nossa atualidade?. **Rev. Arteterapia: Imagens da Transformação**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 12, p. 9-32, 2006.

VELHO, G. Observando o familiar. In: _____. **Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea**. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.

_____. **Projeto e metamorfose: antropologia das sociedades complexas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.

VERBICARO, D. Saúde mental: a razão sem rédeas nas ruas. Diário online. **Jornal Diário do Pará** [página na Internet]. Belém, 8 set. 2009. Disponível em: <http://diariodopara.diarioonline.com.br/N-59752.html>. Acesso em: 10 Ago. 2010.

WATSON, J. **Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem**. Loures (PT): Lusodidacta, 2002.

WETZEL, C.; *et al.* A inserção da família no cuidado de um centro de atenção psicossocial. **Cienc. Cuid. Saúde**. Maringá, v. 8, suplement., p.40-46, 2009.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Relatório Mundial da Saúde**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança [Monografia na Internet]. Lisboa: WHO, 2001. Disponível em: Disponível em: <http://www.who.int/2001/em/whr01_po.pdf>. Acesso em: 10 Ago. 2010.

_____. Global Burden of Disease (GBD) [Página na Internet]. Genebra: WHO. 2010. Disponível em: <http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/en/>. Acesso em: 10 jul. 2010.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

YATSUGAFU, R. Entre memórias e murmúrios: a tessitura narrativa de José Saramago e Lídia Jorge e seus contrapontos à história oficial portuguesa. In: *More than Thought* (Spring 2010). 2010, 9 fls. Disponível em: <http://morethanthought.community.officelive.com>. Acesso em: 14 ago. 2010.

YOUNG, A. The creation of medical knowledge: some problems in interpretation. **Soc Sci Med B**. v. 15, n. 3, p. 379-86, 1981.

_____. The Anthropologies of illness and sickness. **Ann Rev Anthropol**. V. 11, p. 257-85, 1982.

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
DOUTORADO INTERINSTITUCIONAL EM ENFERMAGEM
UFSC/UFGA/CPES**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da Pesquisa intitulada “**O itinerário terapêutico como instrumento de (re) organização dos serviços de saúde mental**”. Ele será realizado pela pesquisadora Lucileia da Silva Pereira, sob a orientação da Prof^ª Dr^ª Flávia Regina Ramos, da Universidade Federal de Santa Catarina.

A pesquisa tem como objetivo “Compreender o itinerário terapêutico de usuários portadores de sofrimento psíquico, especialmente a sua potencialidade para instrumentalizar a (re) organização dos serviços de atenção em saúde mental”. O estudo será realizado por meio de entrevista com usuários e familiares. Além disso poderão ser coletados dados referentes a observação das atividades realizadas com os usuários nos serviços de saúde e registros assistenciais em documentos, como prontuários.

A sua colaboração é fundamental para a realização desta pesquisa e envolverá observação feita pela pesquisadora de atividades assistenciais, entrevista a ser agendada no momento e local que você preferir e acesso a dados e registros de seu prontuário ou outros documentos assistenciais.

Sua participação não envolve riscos, entretanto, o (a) Sr. (a) poderá se recusar a participar ou deixar de responder a qualquer pergunta que por qualquer motivo não lhe seja conveniente. Isto não lhe acarretará nenhum prejuízo pessoal. Se tiver alguma dúvida em relação ao estudo, antes ou durante seu desenvolvimento, ou desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato comigo, pessoalmente ou por meio do telefone (0xx91) 9961-2367 ou 3724-1489.

Os dados fornecidos por você serão confidenciais e os nomes dos participantes não serão identificados em nenhum momento. As informações serão utilizadas em tese de doutorado, e eventualmente na publicação em livros, periódicos ou divulgação em eventos científicos.

Lucileia da Silva Pereira Dr^ª Flávia Regina Souza Ramos

Endereço: Rua Alexandre de Souza, 70.
Bairro Duque de Caxias – Benevides/Pará
CEP 68.795-000

Consentimento Pós-informação

Eu,.....fui esclarecido(a) sobre a pesquisa “O itinerário terapêutico como instrumento de (re) organização dos serviços de saúde mental”, e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma, desde que respeitadas as condições acima.

Belém, ____ de _____ de 2008.

Assinatura: _____ **RG:** _____

Apêndice B – Roteiro de Entrevista



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
DOUTORADO INTERINSTITUCIONAL EM ENFERMAGEM
UFSC/UFPA/CAPEs

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Dados de identificação:

Código do participante: _____

Data/ local entrevista: _____

Data do nascimento: ___/___/_____ Sexo: () Masc. () Fem.

Situação conjugal: _____ Escolaridade: _____ Renda: _____

Profissão: _____ Ocupação: _____ Religião: _____

Pessoa que o acompanha no tratamento: _____

Início do tratamento: _____

Roteiro proposto:

1. Conte-me como começou o seu problema de saúde e porque esse problema começou?
2. O que o(a) Senhor(a) fez desde que sua doença começou. Quais recursos/apoio/serviços ou orientações você procurou e/ou recebeu para cuidar da sua saúde? - descrever os serviços profissionais (públicos e privados) e outras alternativas de tratamento
3. Como você percebeu o atendimento recebido? Como eles te ajudaram no seu problema? (o que aconteceu em cada serviço)
4. Conte-me das dificuldades que o (a) senhor(a) teve ou tem na busca de tratamento?
 - Serviços de saúde especializados
 - Profissionais especializados
 - Familiares/acompanhantes
5. Alguém participa de alguma maneira do seu tratamento?
6. Como você lida com as dificuldades encontradas em teu dia a dia de tratamento?
7. Como você vê o cuidado que recebe e como acha que ele deveria ser?
8. Como se sente ao falar de você e de seu tratamento comigo? Você gostaria de falar mais alguma coisa?

ANEXOS

Anexo A - Parecer do Comitê de Ética - UFSC

 <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos</p> <p style="text-align: right;">CERTIFICADO Nº 269</p>	<p>O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, CERTIFICA que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP</p> <p style="text-align: center;">APROVADO</p> <p>PROCESSO: 318/08 FR- 224302</p> <p>TÍTULO: "O itinerário terapêutico como instrumento de re-organização dos serviços de saúde mental".</p> <p>AUTORES: Flávia Regina Souza Ramos e Lucileia da Silva Pereira</p> <p>DPTO.: CCS/UFSC</p>	<p style="text-align: right;">FLORIANÓPOLIS, 03 de novembro de 2008.</p> <p style="text-align: center;">  Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza </p>
---	--	--