Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Departamento de Medicina Social

CARINA FERNANDA ROBLES ANGELINI

**Os sentidos construídos acerca do cuidado ao portador de
transtorno mental grave por uma equipe de saúde da
família na cidade de Araraquara - SP**

RIBEIRÃO PRETO (SP)

2007

CARINA FERNANDA ROBLES ANGELINI

**Os sentidos construídos acerca do cuidado ao portador de
transtorno mental grave por uma equipe de saúde da
família na cidade de Araraquara - SP**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva
Área de Concentração: Saúde na Comunidade.

Orientadora: Prof. Dra. Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia-Bava.

Ribeirão Preto

2007

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Angelini, Carina Fernanda Robles

Os sentidos construídos acerca do cuidado ao portador de transtorno mental grave por uma equipe de saúde da família na cidade de Araraquara – SP / Carina Fernanda Robles Angelini; - Ribeirão Preto (SP), 2007. 135 f.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde na Comunidade

Orientadora Prof. Dra. Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia-Bava

1. construcionismo social; 2. saúde mental; 3. estratégia de saúde da família; 4. atenção primária à saúde; 5. reforma psiquiátrica.

FOLHA DE APROVAÇÃO

ANGELINI, Carina, F. Robles

Os sentidos construídos acerca do cuidado ao portador de transtorno mental grave por uma equipe de saúde da família na cidade de Araraquara - SP.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Área de concentração: Saúde na Comunidade

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. (a) Dr. (a): _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. (a) Dr. (a): _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. (a) Dr. (a): _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Ao meu esposo, Rodolfo, com quem pude construir novos sentidos para minha vida e com quem construo e vivo meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Nesse momento é imprescindível agradecer a algumas pessoas que me auxiliaram diretamente na elaboração deste trabalho, porém, mesmo àqueles que não estiveram diretamente ligados a este estudo a minha gratidão pelo apoio e pelo cuidado recebido não poderá ficar para depois.

Às minhas queridas e especiais colegas de trabalho: Vanda, Kátia, Érica, Adriana, Alba, Gláucia, Sílvia Regina, Maria Luíza, Roseli, Paula e Rosenéa e em especial à Sílvia Maria, minha parceira em muitas construções e que me ajudou a estar presente em momentos de ausência.

À minha orientadora, Profa. Dra. Maria do Carmo G. G. Caccia-Bava que acreditou nesta proposta e me ensinou que com serenidade, respeito, dedicação e muito afeto também se constrói conhecimento.

Aos meus amados pais e irmãos: Maria Mercedes, Laércio, Maria Paula, Marina e Guilherme, por quem sou imensamente grata pelo amor, respeito e apoio.

Aos meus queridos sobrinhos: João Pedro e Isadora que me despertaram sensações deliciosas e deixaram minha vida mais suave.

À Raquel, amiga, cunhada e parceira nessa caminhada de dúvidas e descobertas.

Aos meus queridos “outros pais”: Sílvia e José Carlos pelo zelo e carinho oferecidos em todos os momentos.

Aos funcionários e professores do Departamento de Medicina Social, em particular à Solange, Carol e Mônica pela atenção e cuidado.

Aos usuários do CAPS-Araraquara, pela generosidade com que me ensinaram que “louco é quem não é feliz”.

Aos amigos Celiane, Augustus, Roberta, Juliana Salgado, Marcelo, Carla Zéglio, Oswaldo, e em especial a Taís Quevedo, que acompanhou de perto minhas inquietações e muitas vezes, ajudou-me a clarear escuros caminhos.

À Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara por ter autorizado a realização deste trabalho.

À equipe de saúde da família pela disponibilidade e abertura com que receberam a mim e ao meu convite para conversar.

À Profa. Dra. Marisa Japur pelo apoio e pelos ensinamentos.

Mude

Mude, mas comece devagar, porque a direção é mais importante que a velocidade.

[...]

Tente o novo todo dia.

*O novo lado, o novo método, o novo sabor,
o novo jeito [...]*

Experimente outra vez.

Você certamente conhecerá coisas melhores e coisas piores do que as já conhecidas, mas não é isso o que importa.

*O mais importante é a mudança, o movimento,
o dinamismo, a energia.*

Só o que está morto não muda!

“Repito por pura alegria de viver:

*A salvação é pelo risco,
sem o qual a vida não vale a pena”.*

Edson Marques

RESUMO

ANGELINI, Carina, F. Robles Os sentidos construídos acerca do portador de transtorno mental grave por uma equipe de saúde da família na cidade de Araraquara - SP. Ribeirão Preto, 2007. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo.

Introdução: O processo de transformação das ações no campo da saúde mental no Brasil tem se configurado como um grande desafio a todos os atores sociais envolvidos. As múltiplas significações da loucura, os conceitos de saúde-doença, os modelos de organização da rede assistencial, a (des)alocação de recursos, a preparação dos profissionais para o novo projeto tecno-político, determinam condutas e norteiam decisões com relação à promoção do cuidado em saúde mental. Novas tendências apontam para a importância de ações construídas a partir de seu contexto, voltadas a comunidades. Dessa forma, a construção de novos dispositivos para o cuidado ao doente mental, como a implantação dos CAPS, propôs a reorganização do cuidado, a implantação da Estratégia Saúde da Família o fez em relação ao cuidado à saúde de forma abrangente. Estes dois dispositivos devem integrar-se numa rede articulada sob a lógica do cuidado coordenado, humanizado, territorializado, paciente-centrado, não sendo suficiente a mera mudança física dos locais das práticas assistenciais. Assume-se que é preciso sair dos fundamentos rígidos para as flexibilidades, da especialidade profissional isolada para o conhecimento interdisciplinar colaborativo. Nessa reconstrução as falas dos trabalhadores ganham valor fundamental e o construcionismo social oferece condições para se conhecer o modo como as pessoas constroem sentidos no contexto onde realizam suas práticas. **Objetivo:** compreender os sentidos sobre o cuidado ao portador de transtorno mental grave, construídos por uma equipe de saúde da família. **Método:** Foi áudio-gravada uma sessão de Grupo Focal com a equipe de saúde da família na cidade de Araraquara (SP), de onde procede o maior número de encaminhamentos de pacientes para o CAPS. Para análise dos dados foi utilizado o Construcionismo Social como referencial teórico-metodológico. A sessão de grupo foi transcrita e junto ao diário de campo, constituíram a base de dados. Construiu-se um Mapa de Associação de Idéias baseado na transcrição do grupo focal, utilizando-se categorias de análise e eixos temáticos. **Resultados:** A análise descreveu sentidos acerca das noções que vem sustentando as práticas de cuidado ao portador de transtorno mental em uma equipe de saúde da família. Verificou-se que, a multiplicidade de sentidos favorece a desnaturalização de discursos fixos sobre o doente mental grave se seu cuidado na Atenção Básica. **Considerações finais:** A construção conjunta aponta possibilidades de transformação do cuidado àqueles que, historicamente, tiveram a si mesmos e seus cuidados excluídos dos serviços de saúde e do mundo social.

Palavras Chave: construcionismo social; saúde mental; estratégia de saúde da família; atenção primária à saúde; reforma psiquiátrica.

ABSTRACT

ANGELINI, Carina, F. Robles. Meaning construction about the care of severe mental disorder individuals by a family health team in the city of Araraquara - SP. Ribeirão Preto, 2007. Dissertation (Master's degree) - University of Medicine. University of São Paulo.

Introduction: The process of transformation of the actions in the field of the mental health in Brazil has been configuring as a great challenge. The multiple meanings of the madness, the concepts of health-disease, the models of organization of the net of health, the distribution of resources, the professionals' preparation for the new technical and political project, they determine attitudes, and they drive decisions in the therapeutic process in mental health. The Psychiatric Reform made possible the construction of new devices for the care of the patient, as the implantation of the Psychosocial attention center (CAPS), as well as implantation of the of the Family Health strategy, proposed the reorganization of the care to the health. These two devices should become complete in an articulate net under the coordinated care, humanized, patient-centered, not being enough the mere physical change of the places of the practices. It is assumed that is necessary to leave of the rigid foundations for the flexibilities, of the isolated professional specialty for the knowledge exchanged. In that reconstruction of relationships, the workers' speeches are of fundamental value and the social constructionism offers conditions to know the way as the people develop and how they build and felt the accomplish their practices. **Objective:** This study aim to understand how the members of a Health Family program team think of the inclusion of the care in mental health, in primary health care. **Method:** A session of focal group with a team of the family health program in the city of Araraquara (SP) was audio-recorded. For analysis of the data, social constructionism was used as theoretical-methodological referencial. The group session was transcribed and close to the field diary, they constituted the base of data. A map of association of ideas was built based on the transcription of the focal group, being used analysis categories and thematic axes. **Results:** The analysis described senses concerning the notions that it is sustaining the care practices to the bearer of mental upset in a team of health of the family. It was verified that the multiplicity of senses facilitate the denaturalization of fixed speeches on the mental patient care. **Final considerations:** The team new senses can transform the possibilities of care of those who were excluded of the services of health and the social world.

Key Words: social constructionism, mental health, family health program, primary health care; psychiatric reformation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS - Ações Integradas de Saúde

CAP's - Caixas de Aposentadorias e Pensões

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CONASP - Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária

DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IAP's - Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PISAM - Plano Integrado de Saúde Mental

PSF - Programa de Saúde da Família

SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica .

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
1.1	A Reforma Sanitária Brasileira e a Construção do Sistema Único de Saúde.....	12
1.2	A psiquiatria no Brasil: um percurso histórico	17
1.3	A Reforma Psiquiátrica Brasileira	23
1.4	Reforma psiquiátrica e sanitária: pontos convergentes	28
1.5	O processo de desinstitucionalização: novos modelos de cuidado.....	30
1.6	A Saúde Mental e a Estratégia de Saúde da Família	38
2	JUSTIFICATIVA	48
3	OBJETIVO	50
4	PERCURSO DA PESQUISA.....	51
4.1	Referencial Teórico-metodológico: O Construcionismo Social.....	51
4.2	Caracterização do estudo	54
4.3	Campo da Pesquisa: o Município de Araraquara e sua Rede de Saúde Mental	56
4.3.1	A Unidade e a Equipe de Saúde da Família.	60
4.4	Procedimentos da Coleta de Dados: trabalho de campo.....	62
4.4.1	Instrumento de coleta.....	63
4.4.2	Os primeiros contatos com a equipe.....	65
4.4.3	A Entrevista com a Equipe	66
4.4.4	O Manejo do Grupo Focal	68
4.5	Procedimentos de Análise dos Dados.....	70
4.5.1	O Primeiro Momento: Transcrição da Entrevista e Edição do Material	71
4.5.2	O Segundo Momento: imersão nos conteúdos	72
4.5.3	O Terceiro Momento: Mapa de Associação de Idéias.....	74

4.5.4	O Quarto Momento: Narrativa grupal	74
4.5.5	O Quinto Momento: Sínteses temáticas	75
4.6	Aspectos Éticos da Pesquisa.....	75
5	RESULTADOS	77
5.1	Os primeiros contatos com a equipe.....	77
5.2	Narrativa da conversa grupal.....	79
5.3	Definição das categorias.....	93
5.4	Sínteses Temáticas.....	94
5.4.1	O Portador de Transtorno Mental Grave – “Aquele que arrancou o telhado da casa”.	94
5.4.2	Condições da equipe para o cuidado – Aprender a conversar.....	101
5.4.3	Condições da equipe para o cuidado – Resolver é satisfatório.....	105
5.4.4	Condições da equipe para o cuidado – A equipe que “sente que precisa e pode, mas não dá”.	109
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	120
	BIBLIOGRAFIA	126
	APÊNDICES	
	ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

Este capítulo está organizado em seis tópicos: o primeiro diz respeito ao movimento da Reforma Sanitária brasileira e a construção do Sistema Único de Saúde. Busca evidenciar o processo de instauração de uma nova concepção de cuidado à saúde, superando a prática calcada nos procedimentos e caminhando na direção da mudança do olhar sobre a “doença” para o “sujeito que adoece” inserido num contexto amplo de relações. Além disso, trata da necessidade de reformulações nas práticas assistenciais em saúde a partir desse novo olhar.

O segundo tópico passa pelo contexto no qual o saber da psiquiatria e suas práticas eram utilizados como recurso de legitimação de organização social, chegando até o momento da ampliação das discussões sobre a situação instalada com o surgimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). O terceiro tópico, por sua vez, trata do percurso da consolidação das características do movimento da Reforma Psiquiátrica, marcado pela ampliação dos atores sociais envolvidos, pela reformulação legislativa e pelo direcionamento para a criação de novos modelos de cuidados em saúde mental.

O quarto tópico traça um paralelo entre a reforma psiquiatria e sanitária, ressalta seus pontos convergentes e identifica, na trajetória paralela, as conseqüências para a formulação de práticas e políticas públicas em saúde mental. Em seguida, o quinto tópico, retratará as diferentes propostas e políticas adotadas para a concretização do processo de desinstitucionalização do cuidado em saúde mental. Passa pelo contexto técnico-político de implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como estratégias de superação do modelo hospitalocêntrico de cuidado ao portador de transtorno mental grave, chegando ao projeto atual de inclusão do cuidado à saúde mental na Atenção Básica.

Finalmente, sexto tópico refere-se à proposta da Atenção Básica, que dirige seu foco, entre outros aspectos relevantes, para o cuidado integral à saúde e para a atenção primária à saúde. Dessa forma, trará o caminho percorrido até a implantação da Estratégia de Saúde da Família no cenário das políticas de saúde, ressaltando suas características e potencialidades para o cuidado ao portador de transtorno mental grave numa abordagem humanitária e resolutiva, respeitando assim, os princípios do Sistema Único de Saúde e os ideais do processo de Reforma Psiquiátrica.

1.1 A Reforma Sanitária Brasileira e a Construção do Sistema Único de Saúde

Historicamente, no período compreendido entre as décadas de 1930 a 1970, as estratégias de saúde no Brasil nem sempre visavam o atendimento médico individual. O objeto de sua preocupação era a sustentação do projeto econômico vigente, na perspectiva dos interesses das classes dominantes. Nesse sentido, a saúde era tratada de maneira dicotômica.

De um lado, a esfera da saúde pública responsabilizava-se pelo controle das doenças, das endemias e da vigilância sanitária. Assumia uma característica campanhista ligada a interesses econômicos. Do outro lado, estava a medicina previdenciária, caracterizada pela exclusão e pela reprodução das desigualdades sociais refletidas na diferença quantitativa e qualitativa de acesso aos serviços de saúde para as diferentes clientela (OPAS, 2003). Exemplos disso foram os investimentos sanitários para o saneamento das cidades portuárias por onde escoavam os produtos de exportação, principalmente o café, fator de sustentação da economia agro-exportadora brasileira (OGATA et al. 2000; AMADOR, 2006).

O Estado pouco participava nas formulações dos programas de assistência médica e esta era disponibilizada, no âmbito do setor público, apenas aos assegurados do sistema previdenciário através das CAP's - Caixas de Aposentadorias e Pensões na década de 1920 e os IAP's- Institutos de Aposentadorias e Pensões presentes de forma expressiva a partir da década de 1930. Estes foram gradativamente ampliados no âmbito da Previdência Social, unificada em 1967 através da criação do INPS-Instituto Nacional de Previdência Social que mais tarde foi desmembrado no INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

Para responder à sua responsabilidade de prestar assistência aos seus associados, ocorreu, progressivamente, a construção de grandes unidades ambulatoriais e hospitalares. Serviços privados foram contratados para dar conta das demandas dos beneficiários que aumentavam em algumas regiões do país, à medida que os grandes centros industriais se desenvolviam. Dessa forma, somente os trabalhadores que mantinham vínculo de trabalho formal, com “carteira assinada” se beneficiavam da assistência pelo INAMPS. Uma pequena parcela da população socialmente mais abastada buscava a assistência necessária no setor privado “puro”.

A maioria excedente e excluída da população dependia da assistência gratuita oferecida pelas instituições filantrópicas, que eram detentoras de grande parte dos leitos hospitalares do país e que ficavam isentas da carga tributária para o desenvolvimento dessa função.

Após a década de 1960, com o advento do Golpe Militar e a mudança no regime político, sucedeu-se uma crise político-financeira do modelo vigente de assistência à saúde. Essa crise exigiu e promoveu uma reformulação baseada no controle e racionalização dos recursos disponibilizados até então para assistência previdenciária. (CAMPOS; 1988)

Paulin e Turato (2004) ressaltam que a estratégia do governo militar era o investimento na ampliação da cobertura previdenciária para setores da população que não a possuíam e com isso buscavam legitimação política junto aos grupos sociais excluídos. A medicina privatizou-se e se capitalizou, ocorreu uma expansão significativa da rede privada de assistência à saúde e uma redução inversamente proporcional da participação dos leitos filantrópicos e públicos. O Estado e o setor privado (empresariado) se articularam numa nova modalidade de assistência para a provisão médico-hospitalar com pouca regulação pelo Estado.

Diante desta situação, do endividamento do país e da recessão que foram inevitáveis ao final do período da ditadura militar, a qualidade da assistência à saúde estava precária. Segundo Tenório (2002), na metade da década de 1970, num movimento de oposição e de combate ao Estado autoritário, eclodiram duras críticas à ineficiência do setor público no que diz respeito à assistência à saúde e ao caráter privatista das ações.

Foi nesse cenário de tensões e necessidade de reformulações que apareceram os embriões do processo da Reforma Sanitária brasileira. Havia urgência pela melhoria e reestruturação de propostas alternativas para ampliação dos serviços de saúde e do acesso da população aos mesmos, além da correta e não fraudulenta gerência dos recursos públicos investidos (TENÓRIO, 2002).

Os trabalhadores rurais também passaram a receber assistência em hospitais conveniados e, apesar das fragilidades financeiras do INAMPS, houve melhoria de acesso dessa população aos serviços de saúde. Havia o interesse crescente em tornar os serviços de saúde mais acessíveis, oferecendo assim, uma cobertura com uma tendência universal. Todo esse movimento e estas transformações aconteceram num cenário político de luta pela democratização do país que se deparou com inúmeras resistências dos interesses privados para ser viabilizado (POSSAS, 1998).

Foram muitas as mudanças até a Criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com caráter universalizante. Na década de 1980, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) foi implantado em todos os estados brasileiros através de convênios entre o INAMPS com o objetivo da descentralização desse órgão. O SUS foi proposto em 1986 na VIII Conferência Nacional de Saúde como resultado de uma reforma administrativa, colocando o Ministério da Saúde como responsável pela condução e gestão de toda política de saúde (ROSA; LABATE, 2005).

A primazia dessa mudança foi o direito de todos à saúde e a determinação do papel do Estado na sua garantia. A saúde fora inscrita assim, como direito social fundamental na Constituição Federal Brasileira de 1988 e deixou de ser privilégio de uma restrita e pequena camada da população para assumir um caráter universal. Além disso, o documento constitucional determinou de que forma as diferentes esferas do governo participariam do financiamento dessa garantia e para isso, deveriam ser utilizados os recursos da seguridade social das três esferas do governo numa responsabilidade compartilhada entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios. (BRASIL, 2004a).

O SUS ganhou concretude na Constituição de 1988 e deu cumprimento ao mandato constitucional, o qual colocou a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Dois anos após, foi regulamentado e instituído pela Lei Orgânica da saúde (Lei 8.080/90) e baseou-se nos princípios éticos e doutrinários da universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 1991). Dessa forma, o SUS vem integrado num novo conceito de cidadania que inclui as relações entre os indivíduos, a sociedade, o trabalho e o processo saúde-doença. Para além das instâncias administrativas, o SUS visa promover uma (re)conceituação do processo de saúde/doença e concretizar a luta ideológica que o sustenta.

No entanto isso ainda não ocorreu de forma consolidada. Para Campos (1988), é necessário estimular a participação e o compromisso da comunidade nas transformações e

consolidações de um novo modelo de assistência à saúde. Esse modelo deve garantir a solução dos problemas, promover o uso racional dos recursos atingindo o máximo na qualidade dos serviços prestados e avaliar constantemente os resultados baseando-se no critério de justiça social e na satisfação das necessidades dos cidadãos.

Dessa forma, o processo da Reforma Sanitária brasileira é atual e dinâmico. Não é, ou não deve ser visto como “um conjunto de procedimentos funcionais para modernização e reprodução ampliada do atual modelo assistencial” (Campos, 1988 p.187). As mudanças precisam se pautar no modo de organização e produção dos serviços de saúde, nas mudanças no pensamento daqueles que às oficializam e concomitantemente num intenso trabalho junto à sociedade civil que, muitas vezes, se mantém ignorante ao processo em curso.

Atualmente, algumas mudanças foram disparadas à medida que foram problematizadas as questões da crise financeira, o direito ao acesso à saúde, a qualidade das ações, as dificuldades operacionais do SUS. No entanto, as mudanças só se concretizarão no trabalho cotidiano de cuidado da saúde, nas relações que se estabelecem nas relações entre gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde.

As necessidades que precisam ser transpostas para que ocorra a ampliação da reforma são: a medicalização dos serviços, muitas vezes centrados na assistência médica individual; a valorização excessiva da produtividade em oposição à resolubilidade e a priorização do atendimento curativo da demanda em detrimento do enfoque da promoção de saúde (CAMPOS, 1988). De forma abrangente, é necessário o constante repensar dos princípios éticos e dos conceitos operacionais da saúde, como a integralidade da assistência, a participação social, e a descentralização das ações e do poder no campo da saúde.

1.2 A psiquiatria no Brasil: um percurso histórico

Tanto a saúde pública quanto a psiquiatria desempenharam papel importante na manutenção dos interesses políticos e econômicos vigentes durante os séculos XIX e XX. Segundo Luz (1994) as políticas de saúde até a década de 1980, e principalmente as de saúde mental, caracterizaram-se pela exclusão econômica e social de setores da sociedade. Para a autora, o Estado ocupa um lugar privilegiado na elaboração, na emissão e na legitimação de políticas de saúde e as utiliza como forma de intervenção para solucionar os problemas sociais. Nesse sentido, Resende (1987) afirma que as políticas de assistência psiquiátrica brasileira foram utilizadas para responderem a fatores econômicos, políticos e ideológicos e tinham como eixo de referência as necessidades de produção e reprodução da vida social. O sistema sanitário brasileiro durante o século XIX, funcionou com bases na proteção de populações urbanas das cidades portuárias.

Havia um interesse político e econômico no controle das epidemias e da doença mental para que elas não comprometessem o bom andamento dos negócios da exportação (LUZ, 1994; RESENDE, 1987; CAMPOS, 1988; OGATA et al., 2000, AMADOR, 2006). Dessa forma, a loucura também passou a ser um problema de saúde pública e o sistema sanitário foi o recurso utilizado pelo Estado para controlar a situação. A medicina e as instituições de saúde passaram a exercer um controle sobre as cidades e sobre os costumes da população (LUZ, 1994).

Até metade do século XIX a loucura não tinha atingido seu status de doença. Os loucos ficavam à própria sorte e conviviam no espaço urbano como tantos outros marginalizados (mendigos, ex-escravos, criminosos, pobres, aleijados, etc.) ou eram recolhidos nos porões das Santas Casas de Misericórdias e ficavam submetidos a esparsos

cuidados desta instituição e da Igreja (COSTA; TUNDIS, 1987; RESENDE, 1987; OGATA et al. 2000). O conceito de doente mental surgiu no cenário social brasileiro enquanto ainda imperava o pré-capitalismo. As cidades eram escassamente povoadas e eram prolongamentos da vida rural.

As indústrias eram incipientes, no entanto, o limiar de tolerância ao doente mental era baixo antes mesmo de ser alterada a organização social. Estes ficavam perambulando pelas ruas juntamente com aqueles que não tinham recursos financeiros para a compra de escravos e não queriam se submeter à exploração do trabalho, muitas vezes permeado de coações (RESENDE, 1987).

Após a chegada da Família Real no Brasil no início do século XIX, o Estado passou a intervir no espaço urbano utilizando-se da ciência e das políticas sanitárias. Juntas, a psiquiatria e a saúde pública empenhavam-se para “sanear” as cidades, isolando os mais desfavorecidos dos centros urbanos. Para isso, medidas autoritárias foram adotadas para o combate às doenças infecciosas como a febre amarela, a cólera etc. (LUZ, 1994; OGATA et al. 2000). Com relação aos doentes mentais, seguindo o exemplo do Rio de Janeiro, instituições provisórias e depois os próprios hospícios foram construídos em outros estados brasileiros como São Paulo, Pernambuco, Bahia e Pará (RESENDE, 1987; LUZ, 1994).

Até esse momento, no século XIX, os médicos estavam excluídos dos projetos assistenciais para o cuidado da loucura. No entanto, havia grande esforço desses profissionais para que a loucura ficasse sob o cuidado da medicina. (BIRMAN, 1980). Por isso, os médicos faziam críticas e denúncias de maus tratos, superlotações, desqualificação da assistência e violência. Havia grande interesse em tomar a direção técnica do hospício para medicalizá-lo e torná-lo lugar de produção de conhecimento. Dessa forma, dariam uma cientificidade aos estabelecimentos especializados e afirmariam e reivindicariam o poder sobre os assuntos de saúde e doença mental (AMARANTE, 1994; RESENDE, 1987; TENÓRIO, 2002).

Após um levantamento sobre a situação dos loucos na cidade do Rio de Janeiro em 1830 realizado pela Comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro os loucos passaram a ser considerados doentes mentais e como tal, merecedores de um espaço social próprio para reclusão e tratamento (AMARANTE, 1994). Ou seja, o hospital deixou de ser um espaço de caridade e passou a se constituir um centro de produção de conhecimento médico. Havia o interesse em recuperar o doente e as ações buscavam a cura e a remissão dos sintomas das doenças mentais. Um pouco mais tarde, em 1852 o primeiro hospício foi construído na cidade, mas ainda sob os cuidados das religiosas das Santas Casas (RESENDE, 1987; OGATA et al., 2000). Mas aos poucos, a psiquiatria foi sendo legitimada como recurso de controle político e construiu um aparato institucional para separar a doença da sociedade. Seu objetivo era organizar, disciplinar e reformar o comportamento do louco além de oferecer uma referência e normatização de comportamentos para as pessoas tidas como normais (LUZ, 1994; ROTELLI et al., 2001).

O hospício construído por Pedro II, inaugurado no Rio de Janeiro em 1852, passou a ser denominado em 1890 como Hospício Nacional de Alienados e ficou subordinado à administração pública. Um mês depois foi criada a Assistência Médico-Legal aos Alienados e esta foi a primeira instituição pública de saúde estabelecida pela República. Neste momento a assistência psiquiátrica passou a ser organizada em colônias inspiradas nos modelos europeus e foram criadas novas formas de intervenção e tratamento. A primeira colônia foi construída no Rio de Janeiro e, logo depois, foram criadas as Colônias do Juqueri entre outras no estado de São Paulo (AMARANTE, 1994; TENÓRIO, 2002).

Uma expressiva ampliação do espaço asilar ocorreu até 1920. A partir desta data, em três anos, foi fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental que colocava a psiquiatria em defesa do Estado realizando ações de controle social. Durante os anos 30 e 40, o asilamento tornou-se mais freqüente e a psiquiatria cada vez mais poderosa. Nesse período também ocorreram descobertas

de métodos que propunham a cura das doenças mentais como o choque insulínico, o choque cardiazólico, a lobotomia e a eletroconvulsoterapia (AMARANTE, 1994).

Isso fortaleceu ainda mais o processo de hospitalização. Na década de 1940 predominavam os hospitais psiquiátricos públicos com 80,7% dos leitos e os hospitais privados eram incipientes. A rede pública continuou sua expansão, que foi facilitada pelo decreto-lei 8.550 de 03 de janeiro de 1946, que autorizava o governo federal a realizar convênios com os governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos. Entre 1941 a 1954, foram criados 16 mil leitos psiquiátricos no Brasil (PAULIN; TURATO; 2004).

Na década de 1950 o país sofreu grandes modificações impulsionadas pela crescente urbanização e industrialização. A assistência à saúde também sofreu reflexos dessas mudanças e foi notória a ampliação do setor hospitalar. A assistência médica era mantida nos institutos de aposentadoria e pensões, garantindo recursos somente para os assalariados. O setor privado estava em franca expansão e passou a controlar o poder de Estado no campo da saúde. Nessa época, a assistência previdenciária custeava a maioria das intervenções médicas a assistência psiquiátrica foi incorporada às demais especialidades médicas. Antes disso, a situação caótica na qual a psiquiatria mantinha os pacientes gerava uma descrença nos prognósticos de suas intervenções (AMARANTE, 1994; RESENDE, 1987).

Com a criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) na década de 1960 a doença mental tornou-se uma mercadoria, pois segundo Amarante (1994), 97% do total dos recursos da saúde mental eram destinados para internações na rede hospitalar. Em 1964 com o Golpe Militar passaram a ter acesso a internações psiquiátricas todos os trabalhadores e seus dependentes beneficiários do INPS e não só os que agrediam a ordem social. Essas internações eram feitas nos hospitais privados, pois os públicos eram destinados somente àqueles que não tinham um vínculo de trabalho formal. A ideologia privativista passou a imperar e não havia uma rede ambulatorial capaz de absorver a demanda (RESENDE, 1987;

PAULIN; TURATO, 2004). Nessa lógica, houve abusos e distorções no tempo das internações e a obtenção do lucro estimulava as longas internações (OGATA et al.2000; RESENDE, 1987).

Na década de 1970, a assistência à saúde passou a ser intensamente debatida. Na assistência psiquiátrica as ações foram questionadas e as condições do tratamento oferecido, denunciadas (AMADOR, 2006). Os gastos com as hospitalizações eram estrondosos, mas não havia investimento em prevenção e promoção de saúde e como resultado do descaso, as condições de saúde da população eram precárias. Com a ênfase previdenciária, o Estado pouco investia em saúde e quem custeava o cuidado eram os impostos pagos pelos trabalhadores (OGATA et al., 2000).

Obstáculos foram sendo colocados à indústria da loucura diante do caos que se instalava. Colocou-se em questão a eficiência do sistema, os custos altos e a ineficiência terapêutica. Novas propostas terapêuticas surgiram na década de 1970. A mão de obra era escassa para trabalhar nas indústrias e era preciso recuperá-la do asilo, dessa forma, o tempo de permanência no hospital, os encaminhamentos ambulatoriais e hospitalares passaram a ser supervisionados e controlados. As críticas aos gastos abusivos e à ineficiência das ações foram sendo incorporadas ao discurso do Ministério da Saúde a fim de orientar a assistência psiquiátrica no país (RESENDE, 1987).

No entanto, apesar das ‘propostas reformadoras’ da década de 1970 sobre a priorização das ações comunitárias, o que ocorreu de fato foi a cristalização do modelo de compra de leitos psiquiátricos em hospitais privados pelo poder público. Esse quadro se manteve sem alterações por alguns anos (PAULIN; TURATO, 2004)

Enquanto isso, até 1974, as condições de saúde geral da população eram precárias. Além disso, a população foi contaminada por tuberculose e epidemias e ficava exposta a acidentes de trabalho que geravam morbidades e doenças crônico-degenerativas. A mortalidade infantil

também atingiu altos índices. Diante disso, a psiquiatria deixou de ser prioritária e os investimentos se voltaram para saneamento básico e alimentação de crianças e gestantes (RESENDE, 1987). Ou seja, os gastos com a saúde mental diminuíram, mas seus danos não.

Não havia recurso material suficiente e o que restou à psiquiatria foi “a tarefa de recolher e excluir os dejetos humanos da sociedade, ‘os homens livres’ num momento, os imigrantes num outro, os ‘mal definidos de hoje’” (RESENDE, 1987, p.69). A psiquiatria teve a tarefa dar um novo sentido àqueles que eram desprezados e hostilizados socialmente, no entanto, não trabalhou de forma isolada, mas formulou suas práticas e saberes de acordo com a mesma lógica que determinava a ordem (TUNDIS, COSTA, 1987).

No início dos anos 1980, em virtude do modelo privatizante, uma crise institucional e financeira acometeu a Previdência Social. Dessa forma, o Estado passou a adotar medidas racionalizadoras e disciplinadoras do setor privado com objetivo de organizar o setor público. Havia o interesse de reorientação da assistência e juntos os Ministérios da Saúde e da Previdência Social assumiram as ações de saúde, através do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP). Surgiram as Ações Integradas de Saúde (AIS) e logo depois o SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. Havia uma tendência à descentralização, à municipalização e à participação da sociedade na formulação e gestão do sistema de saúde. Ou seja, o que ocorreu foi uma mudança na tradição excludente das políticas de saúde (AMARANTE, 1994; 2003).

Acompanhando todo esse processo de mudança, no que se refere exclusivamente ao processo da Reforma Psiquiátrica, em 1987 o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) ganhou força para se tornar um movimento social amplo e colocou em discussão a loucura, a doença mental, os manicômios e a própria psiquiatria. Nesse bojo, em 1989 surgiu o projeto de lei 3657/89 que propunha a extinção dos manicômios e a construção de novas práticas assistenciais. (AMARANTE, 1994).

1.3 A Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira é contemporâneo da Reforma Sanitária (BRASIL, 2005) na luta pela redemocratização do país no início da década de 1970 (OGATA et al., 2000). Sofreu grande influência do Movimento da Reforma Democrática em Gorizia, na Itália, durante a década de 1960 e que teve seu ápice em 1978. Na Itália, as internações em hospitais psiquiátricos foram proibidas e havia a orientação de que as mesmas fossem realizadas em hospitais gerais. Além disso, preconizou-se a implementação de uma rede de serviços extra-hospitalares para que o cuidado fosse oferecido de maneira inclusiva, mais próximo da comunidade e da família (AMARAL, 1997).

O movimento reformista italiano envolveu aspectos que iam para além de uma revisão da prática e do saber psiquiátricos. Trabalhadores da saúde mental, usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares, entidades da sociedade civil, lutavam pela transformação da condição de cidadania dos doentes mentais e preconizavam uma nova maneira de olhá-los (BRASIL, 2005).

Esse movimento além de político, tinha ascendência cultural. A humanização da assistência psiquiátrica era um dos pontos da reforma, mas não o mais essencial dela. A crítica era voltada também contra a suposta “neutralidade da ciência”, que muitas vezes legitimava o poder do Estado na organização da sociedade e utilizava o manicômio como espaço de exclusão e asilamento (ROTELLI, 1994).

A experiência de reforma italiana inspirou mudanças no modelo de atenção à saúde mental no Brasil e possibilitou a revisão dos paradigmas que norteavam a assistência psiquiátrica do país (BRASIL, 2005). Assim como na Itália, o hospital psiquiátrico no Brasil foi utilizado durante muito tempo como dispositivo de exclusão social e paradigma de

organização da sociedade. Dessa forma, a história da psiquiatria brasileira também é marcada por um processo de medicalização dos problemas sociais (AMARANTE, 1994; LUZ, 1994; RESENDE, 1987).

A década de 1960 ficou caracterizada como ‘Indústria da Loucura’, quando o lucro dos hospitais conveniados era o resultado do longo tempo de hospitalizações e conseqüente cronificação dos pacientes. Não havia outros recursos de cuidado além dos hospitais, as internações eram longas e sem sucesso terapêutico. Isso favorecia os hospitais psiquiátricos conveniados que tinham lucro com as longas internações e os interessados dos serviços privados viam na psiquiatria uma possibilidade de investimentos baixos e ganhos certos (AMARANTE, 1995; RESENDE, 1987).

Além disso, sofriam com a situação instalada não só os pacientes, mas também os profissionais que ficavam submetidos às precárias condições de trabalho. Havia por parte do Estado e da sociedade uma desconsideração sobre as condições de violência, de cidadania e injustiça social às quais estavam expostos os pacientes hospitalizados. No entanto, as condições de precariedade da assistência psiquiátrica brasileira ficaram evidentes após o levantamento realizado pela Coordenação de Saúde mental em 1966 (PAULIN; TURATO, 2004).

No início da década de 1970, a assistência psiquiátrica brasileira sofreu grande influência das experiências européia e norte-americana. A primeira propunha mudanças restritas ao ambiente hospitalar, ou seja, havia a intenção de humanizar o hospital. A segunda, com o exercício da Psiquiatria Comunitária, objetivava a superação do modelo asilar. Os pressupostos da Psiquiatria Comunitária eram baseados nos conceitos de prevenção das doenças mentais na comunidade, a partir da promoção da saúde (PAULIN; TURATO, 2004; SOUZA, 2004; AMARANTE, 1994).

Dessa forma, surgia um novo objeto de intervenção, que era a saúde mental e, nessa mesma época, baseada nesta tendência preventivista, foi criada no país a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM). Esta substituiu o antigo Serviço Nacional de Doenças Mentais e era o responsável pela formulação das políticas nessa área (AMARANTE, 2003).

Nesse sentido, novas concepções acerca da saúde mental surgiram e, em 1970, na cidade de São Paulo, aconteceu o I Congresso Brasileiro de Psiquiatria, ocasião em que foi apresentada a Declaração de Princípios de Saúde Mental. Este documento trazia em seu bojo os reflexos das novas concepções e nele, a saúde era contemplada como um direito. Além disso, apontava a necessidade de que outros setores da sociedade também se responsabilizassem pelo cuidado aos doentes mentais (PAULIN; TURATO, 2004).

As recomendações para que as ações em saúde mental acontecessem em direção à comunidade já despontavam. Além disso, preconizava-se a prevenção e a formação de equipes multidisciplinares e a reestruturação dos serviços hospitalares. Com isso, objetivava-se o combate à institucionalização do doente mental e a criação de recursos terapêuticos extra-hospitalares (PAULIN; TURATO, 2004).

A criação de um *Manual de assistência psiquiátrica* em 1973 enfatizava as propostas contidas na Declaração de Princípios de Saúde Mental. No entanto, a aplicação do manual não foi efetivada em virtude dos recursos financeiros estarem destinados para a compra de serviços hospitalares do setor privado (RESENDE, 1987).

Sucessivamente, em 1977, foi lançado o Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM) do Ministério da Saúde, porém implantado somente em alguns estados do país. Este plano visava à qualificação de profissionais para a atuação em nível primário, mas foi desativado em pouco tempo. Assim, como ressaltaram Paulin e Turato (2004) e Resende (1987), a década de 1970 foi marcada por avanços e retrocessos no que diz respeito à proposta preventivista da psiquiatria, e foi nessa época que o Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira se edificou.

O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país (BRASIL, 2005; AMARANTE, 1995, 2003). O evento disparador de tal movimento foi o episódio da ‘Crise da DINSAN’ quando foram denunciadas e publicamente expostas, as precárias condições de trabalho dos profissionais da saúde mental que trabalhavam na Divisão. Tal divulgação ganhou repercussões na mídia e mobilizou a sociedade civil, pois os profissionais trabalhavam em situações de ameaças e violências a eles próprios e aos pacientes.

Outros profissionais que trabalhavam em outros setores ficaram mobilizados diante dos fatos retratados, já que as evidências colocavam em questão os princípios humanitários e trabalhistas. Segundo o autor, a grande mobilização social ocorreu em virtude de que a violência das instituições psiquiátricas também era cometida contra os cidadãos de toda espécie, não mais somente contra o louco (AMARANTE, 1995).

Nesse mesmo ano, surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que era constituído por médicos que trabalhavam na DINSAN e que assumiram uma postura crítica em relação às políticas de saúde mental. De forma ampliada, buscavam construir coletivamente uma crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2005).

O MTSM foi um dos principais protagonistas do projeto da Reforma Psiquiátrica brasileira e ganhou unicidade e expressão nacional com a aproximação do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em outubro de 1978. Neste evento, que ficou conhecido como ‘Congresso da Abertura’, as reflexões se pautavam no fato de que as práticas do setor saúde, e especialmente da psiquiatria, eram também um reflexo da política geral do país (AMARANTE, 1995).

Dessa forma, o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira assumiu um caráter processual e propôs desafios e gerou impasses não só no interior das instituições responsáveis

pela assistência aos doentes mentais, mas também no âmbito das relações interpessoais e sociais (BRASIL, 2005). As transformações nas práticas, nos valores culturais e sociais em torno da loucura, de maneira semelhante ao que aconteceu na Itália, foram o gatilho para o movimento da reforma.

Nesse sentido, a crítica ao asilo deixou de ser o ponto central das discussões. Não se tratava de apenas humanizar os manicômios, mas sim de revisar as estruturas institucionais e de controle social da psiquiatria. Essa revisão foi estimulada pelo questionamento do controle e da falta de liberdade presentes no processo de redemocratização do país (AMARANTE, 1995).

No contexto nacional e geral da saúde, aconteceu em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde que ficou marcada pelo seu caráter democrático, pela nova visão do papel do Estado como responsável pela promoção de políticas de bem-estar social e uma visão de saúde ampliada (AROUCA, 1988).

Dessa forma, num clima de intensas reformulações e críticas no setor saúde, o início da década de 1980 foi marcado por encontros e conferências de saúde mental. Estas visavam o fortalecimento de alianças e coesão do movimento da Reforma Psiquiátrica. Essa trajetória terminou com a I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em junho de 1987.

Conforme descreve Tenório (2002), foi o período primordial para a consolidação das características do movimento da reforma, marcado pela a ampliação dos atores sociais envolvidos, a iniciativa de reformulação legislativa e o surgimento de experiências bem sucedidas para a criação de novos modelos de cuidados em saúde mental.

1.4 Reforma psiquiátrica e sanitária: pontos convergentes

A Reforma Psiquiátrica brasileira não foi um movimento isolado. Estava inscrita num movimento internacional de superação da violência característica do modelo asilar de cuidados aos doentes mentais. (OGATA et al., 2000). No Brasil, teve seu germe durante o período de luta pela redemocratização do país e desde então trilha mudanças conceituais, teóricas e técnicas em seus desdobramentos assistenciais (TENÓRIO, 2002; BRASIL, 2005). Neste cenário os movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, apesar de distintos, assumiram pontos convergentes (OGATA et al., 2000).

Durante os primeiros anos da década de 1980 o movimento da Reforma Psiquiátrica foi influenciado pelo movimento da Reforma Sanitária. Avançaram conjuntamente nos espaços políticos e de tomada de decisões propondo mudanças amplas que recaíam em todo o sistema de saúde brasileiro (AMADOR, 2006). Em documento apresentado à Conferência Regional de Reforma de Serviços de Saúde Mental no ano de 2005, em Brasília, o processo de Reforma Psiquiátrica foi colocado como contemporâneo do “movimento sanitário” nos anos de 1970. Segundo esse documento, os pontos convergentes entre eles se baseiam nas propostas de mudanças dos modelos das práticas de saúde, defendem a saúde coletiva, equidade na oferta de serviços e participação social no controle da gestão e produção de novos recursos de cuidado à saúde (BRASIL, 2005).

Ainda, com relação aos pontos de convergência entre os dois processos, a cidadania representou um ponto de partida importante e passou a ser o valor fundante e organizador das lutas reformadoras tanto no movimento sanitário quanto no processo da Reforma Psiquiátrica. Começar a falar sobre cidadania teve desdobramentos em uma série de reflexões sobre as práticas assistenciais em saúde mental desenvolvidas até então (TENÓRIO, 2002).

Na década de 1990, a assistência psiquiátrica brasileira encontrou espaço privilegiado para as transformações no seu modo de se organizar a partir dos desdobramentos do Sistema Único de Saúde (SUS) e de seu aparato legislativo (ALVES et al., 1994). Nesse sentido, os princípios da universalidade, da integralidade da atenção e da participação social, norteadores do Sistema Único de Saúde, também eram coerentes com o conceito de cidadania almejados pelo movimento da Reforma Psiquiátrica.

No cenário nacional, a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 foi um marco para a realização do processo da reforma da saúde. A partir de então, o poder público buscou fortalecer-se politicamente para promover condições adequadas de vida à população e a saúde precisava ser compreendida de maneira ampliada. Buscou-se a superação do conceito de saúde como ausência de doenças para o entendimento da saúde como um bem determinado socialmente (AMADOR, 2006).

Essa noção ampliada do conceito de saúde poderia favorecer a transformação do conceito de saúde - doença mental e, conseqüentemente, do cuidado nessa perspectiva. Segundo Campos e Soares (2003), a organização do trabalho em saúde mental tradicionalmente refletia a compreensão orgânica da saúde - doença e mantinha os sintomas como foco de intervenção. Nessa lógica, adotava o hospital psiquiátrico como único meio de cuidado.

Segundo Arouca (1988), o projeto da Reforma Sanitária revelou as condições precárias de saúde do país e apontou para as mudanças urgentes e necessárias no setor. Além disso, a inclusão da Saúde como direito primordial de todos os cidadãos no texto Constitucional ganhou interesse e expressividade entre os diversos segmentos sociais e uma consciência sanitária começou a despontar. Dessa forma, Reforma Sanitária é em parte específica e universal, pois inclui medidas técnicas e administrativas do setor por um lado e humanitárias no campo da transformação social. No que se refere à Reforma Psiquiátrica, não

foi ou será diferente. Segundo Tundis e Costa (1987, p.12) “o destino asilar é predominantemente decorrente do lugar social do paciente e não consequência de sua patologia”.

Sendo assim, a ampliação do conceito de saúde mental implica a transposição do modelo de assistência para além da remissão dos sintomas e dirige seu interesse no significado que eles adquirem num contexto social e familiar. As ações de cuidado em saúde mental, nessa nova perspectiva, favorecem a promoção de espaços que ofereçam mais do que a prescrição de medicamentos ou a utilização de recursos tecnicamente fixos, mas a promoção de cuidados que revelem atenção, interesse, vínculo e que considere o paciente como sujeito da ação de cuidado e não mero objeto de intervenção médica.

Para Amarante (1999), é necessário ocupar-se do cotidiano, do tempo, do espaço, do trabalho, do lazer e do prazer das pessoas. Isso só é possível a partir de uma nova compreensão do cuidado que exige dos profissionais a saída da instituição em direção a uma organização de atividades conjuntas, entre as equipes, entre os setores e a comunidade.

1.5 O processo de desinstitucionalização: novos modelos de cuidado.

Em 1987, a I Conferência de Saúde Mental impulsionou o início da trajetória de desinstitucionalização e uma nova direção passou a ser tomada pelo movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira. Nesse momento, a trajetória sanitarista foi criticada, pois trabalhava a desconstrução do paradigma psiquiátrico, mas não reconstruía novas formas de atenção e de cuidados (AMARANTE, 1995). Esse movimento de críticas e reconstruções teve seu germe em 1987, quando, na cidade de Bauru (SP), aconteceu o II Congresso Nacional dos

Trabalhadores de Saúde Mental. Nessa ocasião ocorreram profundas mudanças ao movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira ao instituir o lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios” (TENÓRIO, 2002; AMARANTE, 2003).

Foi nesse contexto que o MTSM deixou de ser um movimento exclusivamente de profissionais e técnicos e se tornou um movimento social mais amplo (TENÓRIO, 2002). O seu objetivo deixou de ser a transformação das técnicas de psiquiatria e foi ampliado para o da construção de um lugar social para a doença, para o sujeito que adoece e seu sofrimento e as ações de desinstitucionalização passaram a ser privilegiadas. Segundo Amarante (1995, p.71):

[...] essa trajetória pode ser identificada por uma ruptura ocorrida no processo da reforma psiquiátrica brasileira, que deixa de ser restrita ao campo exclusivo, ou predominantemente, das transformações no campo técnico-assistencial, para alcançar uma dimensão mais global e complexa, isto é, para torna-se um processo que ocorre, a um só tempo e articuladamente, nos campos técnico-assistenciais, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural.

A proposta da Reforma Psiquiátrica então, é a de uma revisão crítica (teórica, ética, política, técnica e jurídica), não só das práticas e discursos sobre a doença mental, mas também sobre os sujeitos que vivenciam o sofrimento mental. Esse processo reformista se diferencia, assim, de outros ocorridos anteriormente no Brasil, ao se caracterizar como um campo de luta entre o modelo tradicional, centrado na hospitalização e no poder/saber psiquiátricos, e o modelo de quebra de hegemonia desse poder.

Trata-se de um processo que implica o enfrentamento de muitas contradições, dentre as quais a desconstrução dos saberes que reduzem a loucura ao interior da sintomatologia da doença mental, com concomitante criação de novos modos de sociabilidade e produção de valores sociais (PASSOS, 2003; SILVA, 2005; AMARAL, 1997; BRÊDA; AUGUSTO, 2001; VIETA; KODATO, 2001).

No que se refere à criação de novos modelos de assistência, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi construído em 1987, na cidade de São Paulo (SP).

Dois anos depois, na cidade de Santos (SP), foi implantada uma rede de cuidados completamente substitutiva do hospital psiquiátrico, seguindo a influência do modelo italiano de Reforma Psiquiátrica. Isso aconteceu após a Secretaria da Saúde do município realizar uma intervenção e posterior fechamento do hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, pertencente ao setor privado da saúde (AMARANTE, 2003). Tal fato, ocorrido na cidade de Santos (SP), ganhou repercussão nacional ao evidenciar mais uma vez as precariedades da assistência psiquiátrica asilar.

Dessa forma, o movimento da Reforma Psiquiátrica ganhou espaços cada vez maiores e houve a instituição do Dia Nacional de Luta Antimanicomial. A instituição desta data tinha como objetivo a mobilização social para a causa, já que o processo reformador havia saído dos muros institucionais e permeado a sociedade como um todo (AMARANTE, 2003; TENÓRIO 2002).

Seguindo a nova lógica, a ação na cultura passou a ser primordial e a sociedade como um todo foi convidada a participar da reconstrução da sua própria relação com o doente mental. A partir daí, os antigos ‘pacientes’ passaram a ser denominados ‘usuários’ dos serviços de saúde mental e a participação dos mesmos e de seus familiares no processo se tornou cada vez mais marcante.

Outros acontecimentos marcaram e impulsionaram a explicitação da urgência de mudança na assistência psiquiátrica e demarcaram a crescente tendência internacional de superação dos modelos tradicionais de cuidado em psiquiatria (AMADOR, 2006). Em 1990, em Caracas, Venezuela, a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dos Sistemas Locais de Saúde da qual o Brasil foi signatário, preconizou a permanência do enfermo em seu meio comunitário. Para isso, convocou as legislações a ajustarem-se para promover a organização de serviços comunitários de saúde mental que

garantissem o cumprimento de que as ações em psiquiatria e saúde mental passassem pela saúde comunitária (BRASIL, 1999, 2004; BRÊDA; AUGUSTO, 2001).

Como marco da revisão legislativa brasileira, e em decorrência dos resultados obtidos da experiência da cidade de Santos (SP), surgiu, em 1989, o Projeto de lei 3657/89 de autoria do Deputado Paulo Delgado (PT/MG). O projeto em questão passou a ser denominado mais tarde como a Lei da Reforma Psiquiátrica e pode ser descrito da seguinte forma:

O projeto era simples, com apenas três artigos de conteúdo: o primeiro, proibia a contratação ou a construção de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de ‘recursos não–manicomiais; e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre legalidade da internação (TENÓRIO, 2002, p. 36).

A sua aprovação somente aconteceu 12 anos após sua apresentação e durante todo o processo sofreu grandes críticas e pressões do Senado após ser aprovado na Câmara dos Deputados. Em 27 de março de 2001 o projeto de lei 3657/89 foi aprovado e sancionado em 06 de abril do mesmo ano e recebeu o número 10.216/01. O texto final propunha a extinção progressiva dos manicômios e conseqüentemente sua substituição por outras modalidades assistenciais. Além disso, regulamentava os direitos dos doentes mentais em relação ao seu tratamento (AMARANTE, 2003; TENÓRIO, 2002).

Um dado importante a ser destacado é o fato de que esta lei foi a conclusão de um ciclo histórico na saúde pública do Brasil e favoreceu a reestruturação da assistência psiquiátrica no país.(PAULIN; TURATO, 2004). Apesar de não instituir mecanismos claros para a superação dos manicômios, impôs novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. A assistência em saúde mental foi redirecionada e enfocou que o tratamento aos doentes mentais deveria ser oferecido nos serviços de base comunitária (BRASIL, 2005).

A década de 1990 foi o cenário de consolidações do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira. O discurso hegemônico sofreu mudanças no que se refere à prática da psiquiatria.

As políticas públicas trouxeram diretrizes que faziam ressoar os ideais reformadores. Além disso, havia a presença de experiências positivas no que se refere à nova práxis do cuidado em saúde mental com as experiências dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). (TENÓRIO, 2002).

Essas experiências favoreceram mudanças no âmbito das relações sociais, pois possibilitaram aproximação entre a comunidade e os doentes mentais. Nesse momento o foco do cuidado deixou de ser os sintomas ou as doenças mentais e passou a ser o sujeito que adoecia. O cuidado não se restringia à aplicação de terapias, mas buscava-se possibilidades de vida com qualidade e direitos.

Outros movimentos em torno da efetivação da Reforma Psiquiátrica ocorreram. Em 1992, na cidade de Brasília (DF), aconteceu a II Conferência de Saúde Mental e no ano de 2001 a III Conferência de Saúde Mental foi convocada sob o lema “*Cuidar Sim, excluir não – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social*” (AMARANTE, 2003).

No contexto da promulgação da lei 1.0216/01 e da III Conferência Nacional de Saúde Mental a política de saúde mental do país foi alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. A partir daí, foram oferecidas linhas de financiamento para a construção de serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico (BRASIL, 2005).

Em dez anos de políticas reformistas, priorizou-se o financiamento de serviços extra-hospitalares, apoiou-se a substituição de internações em hospitais psiquiátricos por internações em hospitais gerais. No ano de 1991, os Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial foram incentivados e custeados pelo poder público e em um ano foram regulados pelo Ministério da Saúde (TENÓRIO, 2002).

Aos poucos os CAPS se consolidaram como dispositivos eficazes na diminuição de internações. Como modelos assistenciais foram oficializados a partir da portaria do Ministério

da Saúde GM 224/92 e regulamentados pela portaria do mesmo órgão GM/336, de 19 de fevereiro de 2002, integrando a rede do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004b). Estes foram idealizados como componente estratégico de uma política destinada a diminuir a lacuna na assistência aos pacientes com transtornos mentais graves.

Segundo diretrizes do Ministério da Saúde, os CAPS devem estar articulados na rede de serviços de saúde e necessitam permanentemente de outras redes sociais, de outros setores, para fazerem face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais (BRASIL, 2004b). Além disso, os CAPS são, a partir da Portaria 336/02, “os ordenadores e a porta de entrada da rede territorial de assistência em saúde mental” (AMARANTE, 2003 p.50),

Os CAPS foram definidos como:

Unidades de saúde locais/ regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimentos de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional (BRASIL, 2004b, p.12).

Atualmente estão distribuídos em todo território nacional e no ano de 2006 totalizavam 1011 serviços (BRASIL, 2007). Dessa forma, o período caracteriza-se pela construção da transição do modelo hospitalocêntrico para um modelo de atenção comunitário. Nesse sentido, é também atual a criação do Programa “De Volta Para Casa” (BRASIL, 2005) que baseia-se na Lei Federal nº 10.708/03 a qual assegura recursos financeiros que incentivam a saída de pacientes com longo tempo de internação dos hospitais para a família ou comunidade (SILVA, 2005; BRASIL, 2004a).

O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira mantém-se ampliado até os dias atuais. Em documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental em novembro de 2005, foi caracterizado por dois eixos: a construção de uma rede de

atenção à saúde mental que substitua o modelo hospitalar e a fiscalização e redução progressiva de leitos psiquiátricos existentes.

É importante salientar, porém, que apenas a criação dos CAPS e de outros recursos que favoreçam a descentralização do cuidado do hospital psiquiátrico, não responde à idéia de construção de uma rede de atenção em saúde mental, mas responde apenas à necessidade de um modelo alternativo de assistência ao doente mental. A manutenção centralizada de cuidado não promove saúde, pois ainda está atrelada ao paradigma do cuidado centrado na doença.

Dessa forma, há riscos de que as mudanças desejadas não aconteçam, pois qualquer modelo de cuidado centralizado, seja no hospital ou no CAPS, reduz as possibilidades de cuidado em saúde mental. A mudança do enfoque na doença mental para a saúde mental implica a construção de uma rede integral que contemple a promoção de saúde mental, a prevenção de agravos além da assistência ao doente.

Se a construção dessa rede não acontecer, haverá novas restrições de cuidado e o processo de desinstitucionalização não se concretizará. Qualquer programa de assistência que esteja desvinculado de uma rede integral de cuidados finda por se fazer parcial, estigmatizado e excludente. Isso mantém a prática da assistência psiquiátrica centrada no doente.

A partir de 1997 houve uma progressiva diminuição da proporção de gastos hospitalares em relação aos gastos totais em saúde mental pelo Ministério da Saúde. De acordo com dados do DATASUS, em 1997 os gastos hospitalares representavam 93% do total de gastos em saúde mental. Esse percentual foi diminuindo progressivamente até que em 2004 o pagamento de gastos com hospitais psiquiátricos representava 64% do total de recursos do Ministério da Saúde para a saúde mental (BRASIL, 2005).

Já no ano de 2006, essa relação se inverteu. Os gastos com serviços extra-hospitalares passaram a representar a maior proporção de gastos (51%), enquanto os gastos hospitalares

representaram 48% dos gastos totais com saúde mental (BARSIL, 2007). Isso mostra que tem havido, de fato, uma substituição do lugar de cuidado em saúde mental, deixando para trás o cuidado centrado no hospital. No entanto, o que se observa é apenas uma substituição, pois o cuidado ainda permanece centralizado, agora, nos serviços substitutivos de saúde mental (CAPS, NAPS, Residências Terapêuticas, etc.).

Apesar das mudanças, a construção de uma rede integrada aparece frágil e as hospitalizações ainda se configuram como recurso terapêutico muitas vezes escolhido. Nesse sentido, é importante ressaltar que esses índices não estão relacionados à complexidade dessa assistência, mas sim, porque as ações assistenciais em saúde mental guardam estreita relação com os significados produzidos sobre a causa das doenças, daí o predomínio do modelo “curativo” de assistência.

Nesse sentido, a reforma não significa o “fim” da institucionalização. O processo de desinstitucionalização pode ser ampliado com o fechamento das internações, no entanto, não é este o seu objetivo. Segundo Brêda e Augusto (2001), a desospitalização não significa desinstitucionalização, mas consiste numa progressiva superação das condições de dependência dos pacientes psiquiátricos das instituições, hospitalares ou não.

Nas palavras de Rotelli et al. (2001, p. 51)

[...] a eliminação da internação psiquiátrica é um resultado indireto de um processo social mais amplo de transformação que libera da necessidade da internação porque transformam as necessidades sociais e as respostas institucionais.

Ou seja, o processo de desinstitucionalização precisa se estender às situações das famílias e da comunidade. Os projetos de cuidado e promoção da saúde mental precisam ser contemplados em todos os níveis de assistência e o trabalho de transformação precisa então focar o espaço das relações familiares, comunitárias e afetivas. Nesse sentido, segundo Rotelli (1994, p.155), “o encontro entre diferentes subjetividades é a centelha que faz sair do buraco a

loucura”. Dessa forma, as possibilidades de intervenção são multiplicadas. Isso significa muito mais do que trabalhar sobre o indivíduo, mas sim, trabalhar a relação entre as pessoas e suas ligações afetivas e devolver ao doente mental a sua condição de contratualidade social e cidadania.

A articulação com outras instituições e instâncias do território que não sejam exclusivas do campo da saúde mental torna-se estratégia para consolidar a transformação na assistência marcada pela intersetorialidade.

1.6 A Saúde Mental e a Estratégia de Saúde da Família

Como avanço da Reforma Sanitária, o Programa de Saúde da Família - PSF surge como uma nova estratégia de atenção à saúde e também como uma nova maneira de reorganização da assistência. No entanto, não se trata de uma proposta alternativa de modelo assistencial, mas sua implantação promove modificações na organização da Atenção Básica, não alcançadas com o modelo anterior, pautadas no paradigma biomédico, tecnicista e hospitalocêntrico. Dessa forma, são criadas condições para reorientação do modelo de Atenção Básica (ROSA; LABATE, 2005; NEMES FILHO, 2001).

Decorrente de um momento histórico-social o programa busca resgatar habilidades perdidas pelo uso da tecnologia dura excessiva, porém ineficiente diante dos problemas de saúde e das necessidades das pessoas. Implantado a partir de 1994 pelo Ministério da Saúde, o PSF foi gradativamente estendido em nível nacional e imprime perfis diferenciados na forma de implementação e operacionalização da assistência à saúde organizada sob a ótica desta

estratégia, ao adquirir as características e “sotaques” regionais e locais (MATTOS; CACCIA-BAVA, 2004 p. 36).

Mais recentemente o PSF passou a denominar-se Estratégia de Saúde da Família - ESF (BRASIL, 2003), buscando diferenciá-lo dos inúmeros programas verticalizados implantados ao longo da história da saúde pública em nosso país, geralmente com pouca articulação entre si. A disseminação destes inúmeros programas, muitas vezes, fragmentou ainda mais as ações entre as diversas patologias (tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão, malária, AIDS, como exemplo), ciclos da vida (crianças, adolescentes, adultos, idosos) ou condição (mulheres, trabalhadores, etc.).

Dessa forma, a ESF constitui-se a partir de uma perspectiva ampliada e integradora do cuidado humanizado, vinculado e longitudinal. Baseado numa política pública de valorização e fortalecimento da Atenção Básica à saúde, organiza o sistema numa rede articulada com outros níveis de atenção em busca a integralidade das ações (BRASIL, 2004b).

Nesse sentido, Rosa e Labate (2005) esclarecem que o PSF carrega em seu bojo propostas de mudanças das antigas concepções de atuação profissionais pautadas na medicina curativa e passando a atuar na integralidade da assistência. Os serviços e os profissionais, ao estarem mais próximos das pessoas, das famílias e da comunidade, podem assumir o compromisso de oferecer assistência mais de acordo com as necessidades dessa população. Ainda para as autoras, o surgimento do PSF evidencia mudanças significativas no modelo de assistência à saúde no Brasil. Podemos dizer que essas mudanças passam pela reorganização do processo de trabalho com a organização em equipes interdisciplinares, a inclusão da família como foco de atenção e consequentemente a superação do modelo centrado no indivíduo, nos procedimentos isolados e na doença.

Nesse sentido o PSF oferece grande contribuição para a modificação do modelo biomédico de cuidado em saúde, favorece a horizontalização do poder dentro de uma equipe

de trabalho, ressalta a inter-relação de profissionais da saúde/usuários enfatizando a produção de vínculos, a criação de laços de compromisso e a co-responsabilidade (RIBEIRO, 2004; CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005). Nessa mesma direção, Costa Neto (2000), afirma que a ESF, propõe uma nova dinâmica para a estrutura dos serviços de saúde. Busca articular uma relação com a comunidade e também entre os diversos níveis de complexidade. Além disso, a saúde passou a ser expressa pela qualidade de vida reconhecida como um direito de cidadania e os aspectos sociais foram evidenciados como determinantes importantes do processo saúde-doença.

Segundo Brêda et al. (2005), as concepções e práticas de saúde não comportam mais o olhar fragmentado do sujeito. Sendo assim, não é mais possível focar somente o indivíduo doente sem considerar seu contexto familiar e social. Nesse sentido, o desenvolvimento da ESF nos últimos anos e dos novos serviços substitutivos em saúde mental, marca um indiscutível progresso da política do SUS (BRASIL, 2006).

Essas mudanças promoveram a abertura para a substituição dos processos de cura para os de invenção da saúde, tanto a ESF como os serviços substitutivos em saúde mental (CAPS, NAPS, o Hospitais – Dia e as Residências Terapêuticas) adotam o território como local estratégico de intervenção. Nesse sentido, os recursos comunitários e os diversos atores sociais (família e comunidade) são convidados a compartilhar e se responsabilizarem pelo cuidado e acolhimento daqueles que são acometidos por doenças mentais (BRÊDA *et al*, 2005). Isso deve se dar em todos os níveis de atenção. O que antes era restrito à atenção terciária (hospitais) hoje é colocado como primordial em todos os níveis (primário - comunidade; secundário – hospitais gerais, ambulatorios, CAPS; terciário - CAPS, hospitais psiquiátricos).

Embora o caminho das reformas já esteja iniciado, o que se verifica ainda hoje é que existe uma alta complexidade em relação à implementação de novas diretrizes na busca de

uma efetiva transformação do modelo assistencial predominante em saúde mental no Brasil (AMARAL, 1997). Nesse sentido, uma questão se destaca quando Saraceno (2001) traz evidências de que a definição do conceito de saúde mental é complexa. O autor define saúde mental como uma condição desejada de bem-estar dos indivíduos, como também considera as ações necessárias que possam determinar essa condição onde as dimensões psicológicas, sociais e os fatores psicossociais determinam o processo saúde/doença.

Dessa forma, a reformulação dos conceitos de saúde e de saúde mental pode operar mudanças na organização dos serviços de saúde. Segundo Barros (1994), as classificações das doenças mentais partem de pressupostos nunca antes questionados. O que ocorria era a condenação moral e a privação da liberdade pessoal daqueles que não eram “saudáveis” e “produtivos”. Sendo assim, o conceito de doença mental ficou atrelado aos pressupostos de irrecuperabilidade e incurabilidade que, segundo Foucault, citado por Barros (1994), esteve pautada no plano social e não do sofrimento psíquico.

Para Nascimento (1991) e Silva (2005), o louco ainda é visto como perigoso e por isso deve ser trancado; benevolente e por isso deve ser alvo de compaixão; incapaz e, portanto, tutelado. Ou seja, a noção de saúde-doença traz consigo questões sociais construídas por um longo período de tempo. Durante muito tempo, a Medicina, assim como as pesquisas sociais acabaram por delatar uma situação de violência e uma maneira de cuidado que não se transformará sem um árduo trabalho sobre os significados sociais do adoecimento psíquico dos seus sujeitos.

Nesse sentido, apesar das mudanças e progressos dos modelos de atenção em saúde, e da concepção integradora proposta pela ESF ainda é presente o risco de manter-se a lógica anterior. Para Rosa e Labate (2005), uma real mudança do modelo assistencial passa pela qualificação dos profissionais, visando ao atendimento integral das famílias. Isso muda não apenas o local de atuação, mas principalmente a conduta dos profissionais, oferecendo o

compromisso ético e político como bases para as medidas de intervenção. Sendo assim é preciso reinventar as formas de cuidado e incluir nelas o valor do vínculo, da proximidade e o uso de tecnologias diferenciadas com enfoque no coletivo, na família e no território onde vivem as pessoas.

No que se refere à qualificação profissional, a Declaração de Caracas (BRASIL, 2004a), orienta que sejam realizados investimentos na troca de saberes, na articulação e integração dos serviços especializados e daqueles que compõem a Rede Básica de assistência à saúde. Dessa forma, a tarefa de inclusão da saúde mental na rede de Atenção Básica ganha dimensões diferenciadas, pois implica dupla repercussão. Por um lado, o hospital psiquiátrico e o asilamento deixam de ser o eixo central da atenção psiquiátrica e por outro, propõe que os serviços comunitários passem a ser o principal meio para se obter atendimento. O que está subjacente a esta proposta de mudança é uma outra, a da transformação, envolvendo o conceito de doente mental na noção de sujeito, cidadania e sofrimento (BRÊDA; AUGUSTO, 2001).

Trabalhos recentes apontam que as mudanças necessárias envolvem aspectos bastante complexos, que perpassam a concepção cultural do cuidado e a representação social da doença mental (VIETTA; KODATO, 2001; SILVA, 2005; CAMPOS; SOARES, 2003; VECHI, 2004; KODA, 2002). Há, nesse sentido, a necessidade de uma apropriação pelas pessoas (inclusive trabalhadores da saúde) do novo conceito de saúde/doença mental propostos no bojo das reformas sanitária e psiquiátrica.

Tanto as equipes quanto as famílias e a comunidade enfrentam, dentre outros, dificuldades de acesso a informações que promovam a sensibilização para que o cuidado seja feito mais próximo das redes sociais. Os problemas são muitos. Desde falta de manejo até deficiências na formação profissional das equipes que reproduzem o modelo biomédico ainda

vigente nas escolas de formação dos profissionais da saúde (BRÊDA; AUGUSTO, 2001; CAMPOS; SOARES, 2003; VIETTA; KODATO, 2001).

Novos equipamentos/recursos de saúde mental (trabalhos com grupos, oficinas, visitas domiciliares, etc.) são pouco utilizados e há ausência de articulação intersetorial. Outros dados, como o uso indiscriminado de psicotrópicos, o não reconhecimento pela população dos serviços de saúde local como o lugar de ajuda, a fragilidade de comunicação entre os diferentes setores e a comunidade, a falta de investimentos no acolhimento ao doente revelam a fragilidade da eficácia do modelo de atenção à saúde mental na rede básica (AMARAL, 1997; NASCIMENTO; BRAGA, 2004).

Dessa forma, a lógica do cuidado ainda está pautada pelo modelo biomédico (centrada em sintomas, as decisões terapêuticas centradas no médico, hospitalocêntrico, desvinculada da estrutura sócio familiar, enfraquecida no ponto de vista da penetração nas redes sociais) e as ações são passivas e individuais, ou seja, diferente das propostas colocadas pelas reformas Psiquiátrica e Sanitária (BRÊDA, AUGUSTO, 2001; NASCIMENTO; BRAGA, 2004).

Apesar do importante papel que os serviços de Atenção Básica assumem na concretização ou inviabilização da transformação do cuidado aos portadores de transtornos mentais, há dificuldades na articulação da rede básica ao cuidado do portador de transtorno mental. Alguns trabalhos apontam para a necessidade de articular saberes e desenvolver estratégias de mudança no modelo assistencial a partir da articulação entre as equipes de saúde mental e as equipes da Rede Básica (SILVA, 2005; KODA, 2002; BREDÁ; AUGUSTO, 2001; TANAKA; LAURIDSEN-RIBEIRO, 2006).

Uma questão importante que tem sido ressaltada é a falta de condições para que as equipes de Atenção Básica respondam sozinhas e de forma integral a esta necessidade. Como forma de ampliação do cuidado o Ministério da Saúde propõe a formação de uma rede de atenção, de atuação transversal, que busque o acolhimento e esteja fundamentada nos

princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004b). Nesse sentido, Lancetti (2000) ressalta que são necessários agenciamentos entre as pessoas, as redes da organização sanitária e os recursos da comunidade. O vínculo e o diálogo entre a saúde mental e a Atenção Básica são necessários, pois só assim poderá haver avanço e resolutividade dos problemas de saúde da população.

Dessa forma, a articulação entre os serviços de saúde mental e a Atenção Básica deve ter como princípios a noção de território, a organização de uma rede de saúde mental, intersetorialidade, multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários e construção de uma autonomia possível ao usuário e familiares (BRASIL, 2006).

Nessa direção e do ponto de vista das políticas públicas, o Ministério da Saúde, através da Coordenação Geral de Saúde Mental juntamente com a Coordenação de Gestão da Atenção Básica, promoveu a partir de discussões entre os anos de 2001 e 2003, as diretrizes da organização das Ações de Saúde mental na Atenção Básica (BRASIL, 2006). São elas:

a) Apoio Matricial em saúde mental, que é constituído por um arranjo organizacional que visa oferecer suporte técnico em áreas específicas às equipes. Esse suporte deverá guardar características de responsabilização compartilhada do cuidado valorizando ações conjuntas. Dessa forma, a ampliação da clínica na equipe e a interdisciplinaridade poderão ser estimuladas;

b) Capacitação/Formação articulada das equipes envolvidas no cuidado a partir da implantação de Núcleos Regionais de Capacitação e Produção de Conhecimento;

c) Inclusão de dados referentes à saúde mental no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB).

Mesmo tendo sido orientada e proposta, a implantação ou a implementação dessa política ainda está em construção. Recentemente, em 28 de março de 2006, foi aprovada a

Política Nacional de Atenção Básica, através da Portaria GM/648 do Ministério da Saúde. Este documento, dentre outras orientações, redefine o papel da Atenção Básica com relação à saúde mental. Nesse sentido, orienta que deverá haver garantia de infra-estrutura para referência e contra-referência aos serviços assistenciais de média complexidade ambulatorial e alta complexidade em situações onde há necessidade de apoio diagnóstico e internação hospitalar (BRASIL, 2006).

Além disso, estão contemplados nos fundamentos desta política a efetivação da integralidade privilegiando as ações de cuidado em conformação com uma rede de serviços, o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipe e a população adscrita garantindo a longitudinalidade do cuidado.

Desta forma não se trata de manter a lógica do encaminhamento ou da referência e contra-referência no sentido estrito e nem tampouco transformar a Unidade da Saúde da Família (USF) em um local de triagem que se limita em encaminhar os casos para serviços especializados (BRASIL, 2004b). Em outro sentido, a proposta é a de compartilhar responsabilidades e fortalecer as redes de cuidado, valorizando a intersectorialidade e a interdisciplinaridade considerando que diferentes fatores interferem no processo saúde-doença. Sendo assim, para lidar com essa diversidade, a rede de atenção formada por diversos profissionais promovem maior impacto sobre esses fatores.

Dentre as principais potencialidades do atendimento à saúde mental na Atenção Básica, inclui-se o desenvolvimento de ações de mobilização de recursos comunitários na construção de espaços de reabilitação psicossocial. Dessa forma, abre-se a possibilidade de difusão de uma cultura antimanicomial com significativa diminuição da segregação da loucura, da medicalização de situações sociais e diminuição do preconceito ao portador de transtorno mental (BRASIL, 2006).

Outro ponto fundamental é capacidade de se trabalhar o vínculo com as famílias pela proximidade, tornando-as parceiras no tratamento, como também constituir redes de apoio e integração. Nesse sentido, a prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias favorece a construção de intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade (BRASIL, 2004b). A valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva possibilita a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito, além de construir cidadania.

Apesar de todos esses avanços consignados na Política Nacional de Atenção Básica, o cuidado aos portadores de transtornos mentais graves na perspectiva da Reforma Psiquiátrica tem se mostrado difícil (AMARAL, 1997; BRÊDA, AUGUSTO, 2001; CAMPOS, SOARES, 2003; SARACENO, 2001) e ficou fortemente sugerido no recente trabalho de Nascimento e Braga (2004, p.84), que as ações de saúde mental no Programa de Saúde da Família “são ainda orientadas pela prática da psiquiatria tradicional, onde a medicalização e o encaminhamento são instrumentos de escolha”. Na prática, isso indica a dificuldade de efetiva transposição do modelo biomédico com a fragmentação na abordagem e compreensão do processo saúde-doença. Ainda, a hierarquização com maior valor para os níveis secundário e terciário valoriza o modelo curativo, centrado na doença.

Corroboram esta afirmação os dados descritos por Mattos e Caccia-Bava (2004), enfocando o processo de desospitalização no município de Araraquara (SP), entre os anos de 1999 e 2002, onde se registrou a implantação do CAPS no ano de 2001.

As taxas de internações psiquiátricas no período de 1999 a 2002 excederam, em muito, os valores identificados no Estado de São Paulo em 2001. [...] e mesmo com o processo de desospitalização dos portadores de transtornos mentais instituído nesse ano..., os valores quase dobraram em 2002. (MATTOS E CACCIA-BAVA, 2004, p.37).

Rotelli (1994) coloca que o processo de desinstitucionalização não coincide com o fechamento dos manicômios, mas deverá ter continuidade na comunidade. Ou seja, o processo de desinstitucionalização deve se estender às situações das famílias e comunidade, onde muitas vezes, são reproduzidas as antigas relações de exclusão dos doentes mentais. Brêda e Augusto (2001), ressaltam que o manicômio é muito mais do que paredes, muros e grades. Desmontar essas instituições significa, fundamentalmente, romper com a compreensão que sustenta e legitima o modelo de assistência centrado no hospital. Isso não ocorrendo, corre-se o risco de que os novos dispositivos de atenção à saúde mental mantenham a mesma lógica anterior.

Dessa forma, os investimentos necessários no setor da saúde mental não podem prescindir das pessoas. Ou seja, não se trata exclusivamente de treinar os profissionais, mas ampliar as ações em direção ao envolvimento de toda sociedade, de toda comunidade acerca da construção social de um novo lugar para o doente mental.

2 JUSTIFICATIVA

O processo de transformação das ações no campo da saúde mental tem se configurado como um grande desafio, visto que as formulações das práticas em saúde têm raízes profundas no âmbito dos valores sócio-culturais. As múltiplas significações, os conceitos de saúde-doença constituem-se como referências e determinam condutas, atitudes, conceitos e preconceitos que norteiam decisões com relação a como se desenvolve todo o processo de tratamento em saúde mental (RODRIGUES; FIGUEIREDO, 2003; CAMPOS; SOARES, 2003; VIETTA; KODATO, 2001). Dessa forma, mesmo um serviço que se propõe a adotar aspectos inovadores na assistência à saúde mental, pode encontrar na iatrogenia e na conseqüente exclusão social a perpetuação da lógica do discurso hegemônico sobre a loucura (VECHI, 2003).

O movimento de Reforma Psiquiátrica possibilitou a construção de caminhos e novos dispositivos assistenciais de cuidado ao doente mental, como a implantação dos CAPS. A Reforma Sanitária, por sua vez, com a implantação da Estratégia Saúde da Família, propôs uma nova maneira de reorganização da assistência à saúde.

No entanto, estes dois dispositivos (ESF e CAPS) devem fazer parte de uma rede articulada e integrada de cuidado. Não é suficiente a mera mudança do lugar do cuidado, mas é preciso que estas equipes de saúde adotem novas posturas em relação à suas práticas assistenciais àqueles que são acometidos por transtornos mentais.

Para Koda (2000), é necessário um novo lugar social para a loucura e para o sujeito que a vivencia. No entanto, essa construção só se opera através de transformações nos discursos e nos saberes daqueles que trabalham cotidianamente com o sofrimento das pessoas, face à grande complexidade para a implementação de ações de articulação e co-

responsabilização do cuidado em saúde mental nesta nova lógica. É preciso que ocorram mudanças nas posições costumeiramente ocupadas por profissionais de saúde e usuários.

Parte-se do pressuposto de que é preciso sair dos fundamentos para as flexibilidades, da especialidade profissional para o conhecimento colaborativo. Nessa perspectiva, as falas dos trabalhadores ganham valor fundamental¹ e o construcionismo oferece condições para se conhecer o modo que as pessoas desenvolvem e constroem sentidos ao mundo em que vivem também em relação as suas práticas (RASERA; GUANAES, 2006).

Consoante a problemática apresentada, é importante preencher, mesmo que parcialmente, a lacuna na compreensão de como os enunciados das pessoas se relacionam na realidade do dia a dia de trabalho da instituição. Não se trata de verificar os discursos prontos, mas compreender como é feita a mediação da prática discursiva para a realidade assistencial que organiza e é organizada pela proposta da Reforma Sanitária e psiquiátrica, com a inclusão do cuidado em saúde mental na Atenção Básica.

¹ 1. McNAMEE, S. **Construcionismo Social e Implicações para Pesquisa**. Relato oral apresentado no Seminário Internacional: Repensando Práticas de Saúde – a contribuição do Construcionismo Social promovido pelo programa de pós-graduação enfermagem em saúde pública e núcleo de pesquisa em saúde coletiva da Escola de Enfermagem de Ribeirão-Preto da Universidade de São Paulo, em 7 a 8 de novembro de 2006.

3 OBJETIVO

Compreender a construção de sentidos sobre o cuidado ao portador de transtorno mental grave por uma equipe do Programa de Saúde da Família na cidade de Araraquara (SP).

4 PERCURSO DA PESQUISA

4.1 Referencial Teórico-metodológico: O Construcionismo Social

Este estudo adota o referencial metodológico qualitativo para a investigação dos dados a partir da perspectiva construcionista social que, segundo Camargo-Borges (2002), aparece como crítica à ciência tradicional, num desafio de superar suas formas de concepção, como busca pela verdade absoluta e a representação objetiva do mundo.

Nesse sentido, o construcionismo social é uma alternativa, e não uma substituição na construção de um conhecimento. Deriva dessa proposta a compreensão de que o conhecimento é produto de uma determinada época e que alguns conceitos usualmente tratados como verdades absolutas podem ser relativizados e desnaturalizados (GUANAES, 2006).

Compreende-se o campo da pesquisa como prática social (SPINK; MENEGON, 2000), capaz de gerar sentido. Ao se assumir tal concepção, considera-se a impossibilidade de neutralidade entre pesquisador e objeto pesquisado e a lógica do rigor científico também é redefinida. Todos os procedimentos utilizados são explicitados para que outros pesquisadores possam avaliar e discutir os conhecimentos apresentados. Dessa forma, os critérios científicos tais como objetividade, rigor, generalidade e validade da pesquisa são redimensionados (SPINK; LIMA, 2000).

A investigação construcionista leva em conta os conhecimentos que as pessoas têm da realidade e compreende esta como socialmente construída. Ao invés de buscar verdades absolutas, abre-se à diferença; os contextos de tempo e espaço são tomados como importantes

na construção de uma multiplicidade de versões da realidade (GRANDESSO, 2000). Nesse sentido, preocupa-se sobretudo com as explicações dos processos por meio dos quais as pessoas falam, explicam, descrevem os fatos e a si mesmas ou se posicionam no mundo em que vivem (SPINK; FREZZA, 2000).

Nessa perspectiva a linguagem ganha um papel fundamental e é tomada como recurso performático, pois é nela que os sentidos do mundo vão sendo construídos (GUANAES; JAPUR, 2005). O uso da linguagem sustenta as práticas sociais geradoras de sentido e por isso, a produção de sentidos é compreendida como fenômeno sociolinguístico que busca entender como as narrativas, as argumentações e as conversas que atravessam o cotidiano são utilizadas no fluxo conversacional.

Dessa forma, a linguagem é compreendida como prática social por meio da qual as pessoas constroem sua concepção de mundo. O sentido é tomado como prática dialógica e o mundo real é representado na e através da linguagem a partir de práticas discursivas. Além disso, entende-se que os sentidos não são estáveis. Há um contínuo entre sentidos novos e antigos e o foco de atenção é a troca dialógica que se situa no espaço das relações interpessoais com o outro, esteja ele presente fisicamente ou não (SPINK; MEDRADO, 2000).

Para o construcionismo, o discurso é diferente das práticas discursivas. O primeiro é o uso institucionalizado da linguagem, é regulador, permanece no tempo e é peculiar a determinada área ou grupo. A prática discursiva, por sua vez, é polissêmica, representa várias idéias diferentes, e é não regular. (SPINK; MEDRADO, 2000). Quando conversamos utilizamos repertórios interpretativos que são históricos e culturalmente construídos. Esses se configuram nos termos, nas descrições, nas figuras de linguagem utilizada durante a relação dialógica e produzem práticas discursivas (SPINK; MEDRADO, 2000).

Como um modo de compreender a dinâmica do processo de produção de sentidos e aproximar os conteúdos históricos que estão presentes no contexto discursivo, Spink e Medrado (2000) adotam uma perspectiva temporal. Nesta, é possível apreender de que forma os repertórios interpretativos se configuram a partir do uso de discursos institucionalizados e cristalizados, ou ainda de como posições socialmente disponíveis e novas estratégias lingüísticas são utilizadas num diálogo contínuo entre sentidos novos e antigos.

Dessa forma, as autoras enfatizam que há uma interface entre três tempos históricos: o tempo longo, o tempo vivido e o tempo curto na constituição polissêmica dos repertórios que sustentam e dão singularidade aos processos de produção de sentido. O tempo longo é constituído e modelado pelas contingências sociais de uma época. Constituem-se no que chamam de “as vozes de outrora que povoam nossos sentidos” (SPINK; MEDRADO, 2000 p. 51) e que antecedem a existência das pessoas. Fazem-se presente na vida das pessoas através da reprodução social por meio de modelos, normas e instituições: religião, ciência, conhecimentos e tradições do senso comum.

O tempo vivido é definido como correspondente à história pessoal e experiências das pessoas. Nesse nível é onde as linguagens sociais são aprendidas. Ou seja, é a aprendizagem que decorre no tempo de vida de cada pessoa (faixa etária, grupo social, categoria profissional, etc.), e vai sendo atualizado ao longo de sua trajetória pessoal. Finalmente, o tempo curto é o momento concreto da interação social e refere-se às interações face a face, quando os interlocutores se comunicam diretamente utilizando múltiplas combinações de repertórios e gerando assim, a polissemia. Vale ressaltar que é preciso considerar que é na interface dos três tempos que se processa a construção de sentidos. Além disso, todos os tempos históricos são permeáveis, em maior ou menor grau, por permanências e diversidades e estas orientam as práticas discursivas das pessoas e fazem com que os sentidos circulem na sociedade (SPINK; MEDRADO, 2000).

Trabalhos atuais podem ser apontados como referências importantes quando nos reportamos à utilização da abordagem construcionista como método de investigação e de compreensão para a análise dos dados no campo da saúde mental (KODA, 2002; CAMARGO-BORGES, 2002; GUANAES; JAPUR, 2005; SOUZA; SCATENA, 2005; RASERA; JAPUR, 2005; GUANAES, 2006).

Ao se assumir a perspectiva construcionista como recurso para a construção de conhecimento, assume-se, tal como pontuam Spink e Menegon (2000), que o conhecimento não é algo que as pessoas possuam, mas que o constroem juntas. Além disso, considera-se que os sentidos são construídos em contexto de trocas e não como uma atividade cognitiva intra-individual ou mesmo como atividade de reprodução de modelos fixos e pré-determinados (SPINK; MEDRADO, 2000).

Este estudo foi desenvolvido no tempo curto da interação, ou seja, face a face com as pessoas que compõem uma equipe de saúde da família em conjunto com o pesquisador. Partiu-se da compreensão de que quando os interlocutores estivessem situados nesse face a face poderiam promover um momento em que inúmeras vozes entrariam em diálogo e, assim, poder-se-ia observar a produção de sentidos.

4.2 Caracterização do estudo

Este estudo adota o referencial metodológico qualitativo para a investigação dos dados a partir da perspectiva construcionista social. Segundo Passos, (2003) p.238 “[...] toda investigação de realidades complexas é sempre uma construção ou interpretação possível elucidativa, mas nunca necessária ou exata”. São, portanto, passíveis de novas re-

interpretações, na medida em que nos remetem, seja na prática, seja teoricamente, para uma multiplicidade de estratégias, técnicas e métodos de enfrentamento (terapêuticos, político-jurídicos, institucionais).

Passos (2003), em seu artigo sobre a “Cartografia da publicação Brasileira em Saúde Mental: 1980 – 1986” descreve a predominância de estudos científicos com enfoque metodológico qualitativo sobre o tema da Saúde Mental. Nesse sentido, a predominância dessa abordagem como escolha metodológica das investigações pode ter dois motivos segundo a autora. O primeiro, é que as problemáticas que definem o suposto “campo da saúde-doença mental” sempre remetem a uma discussão teórica, ética, política ou estética. Isto é, são passíveis de uma problematização reflexiva e não apenas de constatações empíricas. Acrescenta ainda, como segundo motivo, que por se tratar de problemas humanos, inseridos em relações sociais e institucionais, estarão sempre relacionados a modos de vida condicionados social e historicamente.

Entende-se que, são vivências e experiências nas relações sociais que configuram os discursos e as práticas no chamado campo da saúde mental e nesse sentido, o construcionismo social é uma perspectiva que toma a realidade como socialmente construída nas e pelas interações sociais e por isso, disponibiliza ferramentas teóricas para compreender como, historicamente, em determinado contexto das relações dialógicas, os sentidos são construídos.

No decorrer deste trabalho, foram realizadas as descrições e explicitações de todos os passos da pesquisa com objetivo de respeitar o rigor necessário em um trabalho desta natureza. Dessa forma, partimos do pressuposto de que não há uma realidade última a ser descoberta, mas sim caminhos possíveis para serem transitados.

Nesse sentido, a escolha pela abordagem qualitativa favorece a compreensão dos processos implicados no campo da saúde mental. Por sua vez, o construcionismo social é a ferramenta que possibilita compreender como as pessoas descrevem, e compreendem o

mundo a sua volta e a si mesmo e no caso desta pesquisa, como constroem sentidos, como se posicionam em relação ao cuidado ao portador de transtorno mental grave na Atenção Básica.

4.3 Campo da Pesquisa: o Município de Araraquara e sua Rede de Saúde Mental

Araraquara está localizada no centro do Estado de São Paulo e tem como área total 1.312 km², com cerca 80 km² ocupados pelo espaço urbano. A população censitária no ano de 2000, segundo o IBGE, foi de 182.472 habitantes. A população urbana soma 175.823 habitantes e a população rural é de 6.649 habitantes. Para o ano de 2004 a população foi estimada em 191.896 habitantes, sendo 182.535 habitantes na área urbana e 9.620 habitantes na área rural (IBGE, 2007).

Em 1998 o município foi habilitado na gestão plena do sistema e dessa forma passou a ser responsável pela gestão e pela organização dos seus serviços de saúde e responsável pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo. Além disso, responde pelas exigências de intervenções saneadoras em seu território, conforme a Norma Operacional Básica 01/96, recentemente substituída pela Portaria 399/GM de fevereiro de 2006 (MATTOS, 2006).

A rede municipal de serviços de saúde é constituída pelas esferas municipal, estadual, filantropia, universitário, privados contratados e privados. Para este estudo, é relevante destacar a esfera municipal que dispõe em sua rede de Atenção Básica, de 23 (vinte e três) unidades básicas de saúde – UBS, sendo 2 (duas) na área rural; 2 (duas) equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. Além disso, conta com 12 (doze) unidades da Estratégia Saúde da Família.

O Programa de Saúde da Família, implantado no município de Araraquara em fevereiro de 2000, teve início com a instalação de duas equipes em bairros periféricos. Em outubro do mesmo ano passou a funcionar a 3ª equipe urbana, no Jardim das Hortênsias. Logo após outras duas equipes rurais – PSF Qualis – foram implantadas no Assentamento Bela Vista e no Distrito de Bueno de Andrada. Mais recentemente, no ano de 2004, outras sete equipes foram implantadas, sendo duas no Jardim Ieda, duas no Jardim Marivam, duas no Jardim Pinheiros e 1 no Jardim Maria Luiza; a maioria em áreas periféricas do município. Atualmente existem 12 equipes do Programa Saúde da Família e 2 PACS com uma cobertura de aproximadamente 20% da população (MATTON, 2006).

Para atendimentos de urgência/emergência, o município dispõe de (1) uma central de ambulâncias – SAMU com (3) três ambulâncias urgência/emergência para atendimento 192; (1) uma unidade de urgência/emergência; (1) uma central de vagas; (1) um hospital dia para pacientes soropositivos para HIV; (1) um pronto-socorro médico-odontológico.

Com relação à rede de saúde mental, o município possui (1) um Centro Regional de Reabilitação – CRRA onde é desenvolvido o Programa de Diagnóstico e Intervenção Precoce. Este programa oferece atendimentos de psicologia, fonoaudiologia, neurologia, terapia ocupacional, fisioterapia, assistência social, enfermagem e pediatria a bebês e crianças de até 3 anos. O objetivo do trabalho neste centro é promover a intervenção precoce e de reabilitação em situações de intercorrências neonatais e atende o município e a micro-região.

Também no mesmo espaço físico está o Programa de Saúde do Idoso que funciona com equipe multidisciplinar composta por (2) médicos geriatras, (1) psicólogo, (1) assistente social, (1) fonoaudióloga, (1) fisioterapeuta, (1) educador físico e (1) enfermeira. Os atendimentos de saúde mental são realizados por psicólogo e quando necessário encaminha-se para o CAPS ou para o ambulatório de saúde mental.

O Centro de Referência de Saúde Mental – ambulatório atende exclusivamente a população adulta e local e oferece atendimento ambulatorial em saúde mental. É composto por equipe multidisciplinar com cinco (5) médicos psiquiatras, (1) uma enfermeira, (1) uma Terapeuta Ocupacional e (3) três psicólogos, (1) agente de saúde e (3) recepcionistas. Além disso, no mesmo prédio está instalada uma (1) farmácia municipal que faz a dispensação de psicotrópicos. Esta é ligada ao Centro de Reabilitação e é definida como Unidade Regional de Dispensação (URD). Ou seja, trata-se de é um Pólo de dispensação de nível II e dispensa uma grande variedade de psicotrópicos (antidepressivos, principalmente) a toda a rede de saúde do município e região.

Há, ainda, uma unidade de atendimento à saúde mental e reabilitação da criança, composto por equipe multidisciplinar com (1) médico psiquiatra, (6) psicólogos, (4) fonoaudiólogas, (2) terapeutas ocupacionais, (1) fisioterapeuta, (2) assistentes sociais, (1) enfermeiro, (2) agentes de saúde e (3) agentes administrativos. Esta unidade de saúde mental atende o município e a micro-região.

Um Centro de Referência do Jovem e Adolescente oferece atendimentos ambulatoriais em psicologia, terapia ocupacional, psiquiatria e fonoaudiologia a adolescentes do município. Dispõe de equipe para realização de programas de promoção em saúde e prevenção de agravos, dirigidos ao público adolescente.

Além disso, há um Centro de Atenção Psicossocial que se caracteriza como um dos locais de referência para este estudo. Foi fundado no ano de 2000 e atende exclusivamente aos portadores de transtornos mentais graves do município. Recebe encaminhamentos de toda rede de saúde, assim como acolhe demanda espontânea. No ano de 2005 haviam 418 usuários cadastrados neste CAPS e até o mês de abril de 2007 constam 590 usuários inscritos. Este está constituído por equipe interdisciplinar, composta por (2) psiquiatras, (3) psicólogos, (1) assistente social, (2) agentes de saúde, (2) recepcionistas e (2) terapeutas ocupacionais.

Além dos serviços destacados acima, vale ressaltar a existência do Hospital Psiquiátrico Espírita Cairbar Schutel, fundado no município em 16 de julho de 1967. Recentemente denominado de Centro de Atenção à Saúde e Acolhimento Cairbar Schutel - C.A.S.A Cairbar Schutel.

Hospital psiquiátrico filantrópico, conveniado ao SUS, oferece tratamento intensivo (hospitalização em regime fechado) aos portadores de transtornos mentais e para dependentes químicos e de álcool. Atualmente o hospital dispõe de cento e vinte leitos, sendo vinte e oito deles destinados para o projeto Lar Abrigado. Atende o município de Araraquara e demais municípios da região. O tempo mínimo de internação para os portadores de transtornos mentais é de 30 dias e o máximo 45 dias. Para os usuários de droga e álcool o tempo mínimo de hospitalização é de 7 dias chegando ao máximo de 15 dias.

A C.A.S.A Cairbar Schutel também desenvolve o projeto de Oficinas Abrigadas constituído por: Oficina Expressiva onde os usuários desenvolvem atividades de artesanato; e Oficina Produtiva onde os usuários participam de atividades laborativas coordenadas por monitores. Tem por objetivo a reinserção social e para o trabalho dos usuários que não mais estão hospitalizados e que necessitam de um espaço protegido para desenvolverem ou readquirirem habilidades de trabalho. Atualmente foram firmadas parcerias com duas empresas do município que oferecem insumos e pagamentos de incentivos para os usuários que desenvolvem as atividades.

Não há no município leitos de urgência/emergência psiquiátrica. Dessa forma, quando necessário os usuários são atendidos pelo Pronto Socorro municipal e encaminhados para internações, para o CAPS ou para outros serviços da rede municipal. Vale ressaltar que não há médicos ou enfermeiros psiquiátricos trabalhando nesta unidade de pronto-atendimento.

Além dos serviços destacados acima, vale ressaltar os filantrópicos: Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Araraquara; Santa Casa de Misericórdia N. S. Fátima e Beneficência

Portuguesa de Araraquara. Este último atende exclusivamente usuários conveniados por Plano de Saúde e se enquadram na rede de saúde suplementar. Há também o Hospital São Paulo, que pertence à rede de saúde suplementar e que oferece atendimento exclusivo a seus conveniados. Tanto a Santa Casa de Misericórdia N. S. Fátima e Beneficência Portuguesa de Araraquara assim como o Hospital São Paulo oferecem atendimento ambulatorial em psiquiatria, porém não disponibilizam leitos para internação nesses casos.

Além dos serviços assistenciais oferecidos pela Secretaria da Saúde, há no município o Centro de Assistência Social (CRAS) que oferece atendimento psicológico e de orientação a famílias e o Centro de Referência Especial de Assistência Social que oferece atendimento especializado a crianças vítimas de abuso sexual. Estes dois centros pertencem à Secretaria de Inclusão Social e Cidadania e oferecem cuidados em saúde mental à população do município somente nas condições de abuso e ou violência sexual. Nesse sentido, o município oferece condições e tem potencialidade para que a intersetorialidade seja exercida.

4.3.1 A Unidade e a Equipe de Saúde da Família.

O desenvolvimento desta pesquisa voltou-se para uma das Equipes de Saúde da Família do município de Araraquara (SP). Com objetivo de respeitar o preceito ético da confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes o nome da unidade de saúde foi substituído por “Equipe das Flores” e os participantes ganharam nomes fictícios no decorrer das discussões.

A equipe participante deste estudo está locada em uma Unidade de saúde da Família onde atuam, desde o ano de 2004, duas equipes da ESF. A definição da escolha pela “Equipe das Flores” deu-se em função de levantamento realizado pela pesquisadora junto ao CAPS do

município envolvendo os encaminhamentos lá recebidos no ano de 2005. Esse estudo apontou ser procedente dessa equipe o maior volume de pacientes referenciados para o CAPS no referido ano.

O interesse em tal levantamento se deu em virtude da pesquisadora atuar como psicóloga e coordenadora técnica do CAPS e necessitar conhecer a origem dos encaminhamentos para aquela unidade de saúde mental. Tal interesse se pautou na compreensão da pesquisadora sobre a importância da ESF no processo de mudança da atenção psiquiátrica no referido município.

No momento do levantamento dos encaminhamentos a pesquisadora deparou-se com o resultado e muitas indagações surgiram. Dentre elas, vale destacar que passou a ser de interesse da pesquisadora conhecer os motivos que geraram tais encaminhamentos ao CAPS e algumas das perguntas que surgiram foram:

- 1) Por que esta foi a equipe de saúde que mais encaminhou os pacientes no ano de 2005?
- 2) Será que na área de abrangência desta equipe reside o maior número de pessoas acometidas por transtornos mentais graves?
- 3) Será que o motivo do encaminhamento revela um excessivo encaminhamento e conseqüente desresponsabilização do cuidado de portadores de transtornos mentais graves?
- 4) Será que a equipe conseguiu identificar os casos de transtorno mental grave e por isso, os encaminha como forma de cuidado?

Estas questões impulsionaram o contato da pesquisadora com a equipe e a partir dessa aproximação foi possível conhecer um pouco mais sobre a equipe.

A população adscrita da área da “Equipe das Flores” é de 800 famílias, ou seja, aproximadamente 3.200 pessoas. Na ocasião da coleta dos dados, a equipe estava composta por 12 profissionais: uma médica generalista, uma enfermeira, uma cirurgiã dentista, uma

auxiliar de consultório odontológico, duas agentes de saúde e seis agentes comunitárias. Vale ressaltar que a cirurgiã dentista e a auxiliar de consultório odontológico realizavam atendimentos nas duas equipes que estavam locadas na mesma unidade de saúde da família.

A unidade de saúde é um lugar de fácil acesso. Fica ao lado de um Centro de Recreação e Educação Infantil e muito próximo ao presídio estadual de segurança considerado de “alta segurança”. Há no bairro centros de educação e alfabetização para crianças, jovens e adultos, igrejas, e um parque ecológico do município, aberto para a população e que oferece amplos espaços de contato com a natureza, piscinas e quadras de esportes.

As instalações da unidade de saúde são novas, há três salas de consultório utilizadas pelos médicos e enfermeiras das duas equipes, uma sala de medicação e procedimentos (pequenos curativos, vacinas, inalações e outros procedimentos invasivos como pequenas suturas). Há também uma farmácia, uma sala ampla para reuniões, uma sala de espera ampla com cadeiras e bebedouro de água e uma recepção, onde são arquivados os prontuários das famílias atendidas pelas duas equipes. Além disso, há uma cozinha equipada com alguns eletrodomésticos e um espaço ao fundo que se assemelha a um quintal.

A maioria dos integrantes da equipe trabalha na unidade desde sua inauguração em 2004, com exceção da médica e duas agentes comunitárias de saúde que estavam na unidade havia 7 meses na ocasião do contato.

4.4 Procedimentos da Coleta de Dados: trabalho de campo.

Na perspectiva construcionista a coleta de informações assim como a análise das mesmas constituem momentos do processo de construção de sentidos (KODA, 2002). Assim,

a atividade de pesquisa é compreendida como processo ativo de produção de sentidos pelo pesquisador. Dessa forma, o sentido é ao mesmo tempo meio e o fim da tarefa de pesquisar (SPINK; MENEGON, 2000).

Neste item serão descritos detalhadamente os passos da pesquisa para a coleta de dados e a entrada no campo. Para tanto, este momento da pesquisa pautou-se na proposta de Cruz Neto (1995) de que a aproximação com as pessoas selecionadas para o estudo exige uma fundamental relação de respeito por elas e pelas suas manifestações.

4.4.1 Instrumento de coleta

Em função dos objetivos traçados neste trabalho, para a coleta dos dados foi realizada entrevista com Grupo Focal. O uso da entrevista como instrumento de coleta de dados é justificado a partir da compreensão de que os sentidos não estão na linguagem como materialidade, mas no discurso que faz da linguagem a ferramenta para a construção da realidade (PINHEIRO, 2000).

O Grupo Focal é uma técnica que fornece dados de natureza qualitativa numa discussão focal. Neste são priorizados os contatos horizontais entre os membros do grupo e isso inclui a formulação de perguntas, a troca de idéias e os comentários acerca de experiências e pontos de vista entre os participantes (LLANES, 2005).

Pode ser utilizado no entendimento de como se constroem as diferentes percepções, os diferentes sentidos sobre uma prática ou serviço. Sua característica principal é a capacidade de examinar não somente o que as pessoas pensam, mas como pensam e porque pensam de determinada maneira (LLANES, 2005). Dessa forma, apresenta-se como recurso útil para este

estudo, uma vez que possibilita conversas e relações entre os sujeitos e o pesquisador e favorece as trocas dialógicas, elemento de extrema relevância para este estudo.

O caráter discursivo e processual do grupo favorece a interação grupal (CARLINI-CONTRIM, 1996), assim como a flexibilidade prevista em sua construção, a possibilidade de um contingente de múltiplas vozes na interação e a convergência dessas características ao construcionismo social fortalece a escolha da técnica (SOUZA, 2004).

Cabe ressaltar que a condução do grupo se dá a partir da elaboração de um guia de temas a ser tratados na discussão. O entrevistador pode utilizar o roteiro para questionar o grupo e acessar os temas que considera importante. Estes podem ser selecionados se caso algum deles não for contemplado na dinâmica grupal. (ASCHIDAMINI; SAUPE, 2004; CARLINI-CONTRIM, 1996).

O Grupo focal deve ter duração de uma a duas horas para que o cansaço ou condições desconfortáveis não interfiram na discussão grupal. Além disso, é recomendável um local agradável e que acomode todos os participantes. A localização das pessoas na sala deve facilitar o contato visual entre todos. Para isso, é comum a disposição de cadeiras em círculo ou em torno de uma mesa que acomode todos (DEBUS, 1996; ASCHIDAMINI; SAUPE, 2004; LLANES, 2005).

A discussão do grupo deve acontecer numa atmosfera agradável e informal a fim de colocar seus participantes à vontade para expor suas idéias, sentimentos, necessidades e opiniões, e a dinâmica e as interações do grupo tornam-se partes integrantes da técnica, pois os participantes devem dirigir seus comentários diretamente aos demais, ao invés de interagirem com o pesquisador/ facilitador (DIAS, 2000).

A todos os entrevistados deverá ser feito o esclarecimento sobre os aspectos éticos da pesquisa e só participarão da sessão aqueles que consentirem e assinarem os termos necessários. A entrevista pode ser gravada em áudio (fita K7) para posterior transcrição e

análise, e o pesquisador poderá ter à mão papel e caneta para realizar observação de aspectos relevantes da dinâmica grupal (ASCHIDAMINI; SAUPE, 2004; DIAS, 2000).

4.4.2 Os primeiros contatos com a equipe.

Foi estabelecido o primeiro contato telefônico com a enfermeira da equipe, quando a pesquisadora apresentou o propósito e a motivação de seu contato. Foi, assim, possível agendar uma primeira visita à unidade de saúde. Após os devidos acertos com o grupo, a coleta de dados ocorreu no período de outubro e novembro do ano de 2006.

Foram realizadas três visitas e em todos os contatos foi utilizado um diário de campo onde foram registrados observações e dados obtidos nas conversas que poderiam ser utilizadas como dados da pesquisa e complementação e análise das entrevistas grupais.

Na primeira visita a pesquisadora foi recebida pela própria enfermeira para a qual foram apresentados os propósitos do projeto de pesquisa e o convite para participarem. Nesta ocasião a enfermeira foi receptiva e apresentou à pesquisadora toda a unidade de saúde, assim como falou brevemente da composição da equipe e da população adscrita. Nesta ocasião também foram observados possíveis horários para a entrevista grupal com toda equipe, assim como foi estabelecido uma nova data para a pesquisadora conversar com os outros integrantes da equipe, a fim explicar a natureza da pesquisa e realizar pessoalmente o convite a todos.

A pesquisadora agendou previamente um contato com toda a equipe e nesta ocasião foram estabelecidos o horário e o local para o encontro. Em virtude de dificuldades de horários comuns a toda equipe, a enfermeira sugeriu que o encontro fosse realizado na própria

unidade de saúde, no horário já estabelecido pela equipe para reuniões semanais. A pesquisadora aceitou a proposta e o encontro foi agendado para a semana subsequente.

Nesse encontro, após explicações da pesquisadora todos os integrantes da equipe aceitaram o convite e reafirmaram a necessidade de que a entrevista acontecesse na própria unidade de saúde no horário das reuniões semanais. A pesquisadora esclareceu que a participação na pesquisa não estaria vinculada a uma imposição da rotina e organização do trabalho cotidiano da equipe. Ou seja, mesmo sendo um horário de trabalho da equipe os integrantes poderiam aceitar ou não participarem, tendo assegurados a garantia do direito da voluntariedade contido no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Mesmo diante do exposto, a equipe listou dificuldades em participar da entrevista em outro horário e local. Dentre as dificuldades, relataram que trabalham no programa quarenta horas semanais e que as agentes comunitárias e agentes de saúde cursavam escola após o expediente de trabalho. Não havia disponibilidade da equipe para sair do espaço físico da unidade para participarem da entrevista. A pesquisadora agendou a entrevista com a equipe e realizou contato telefônico dois dias antes da data combinada para a confirmação da mesma.

4.4.3 A Entrevista com a Equipe

Para a entrevista foi realizado Grupo Focal de sessão única. O pesquisador preparou o local meia hora antes do horário combinado e deixou disponível garrafas de água e copos suficiente para todos. Os gravadores foram testados e havia mais duas fitas K7 disponíveis para troca.

A sala utilizada foi a de reuniões na própria unidade de saúde. Era uma sala confortável com uma mesa grande e cadeiras para todos os participantes. As cadeiras foram dispostas em volta da mesa a fim de garantir o contato visual entre todos os participantes.

Dois gravadores de áudio com fitas K7 foram dispostos sobre a mesa em pontos opostos para garantir que todas as falas fossem gravadas em volume adequado para posterior transcrição. A sala possibilitou um ambiente de reserva e de sigilo.

No início da entrevista, a pesquisadora informou novamente os objetivos do trabalho e entregou os termos de Consentimento Livre e Esclarecido. Novamente foi observada, dentre outros aspectos, a voluntariedade da participação. Todos os integrantes da equipe aceitaram e assinaram o referido termo. A pesquisadora também havia preparado etiquetas adesivas e solicitou que cada participante, incluindo a si mesma, as utilizassem como um crachá contendo o nome para facilitar a identificação para a pesquisadora e evitar a impessoalidade. Mesmo sendo uma equipe que já se conhecia, este recurso foi utilizado para favorecer a visualização dos nomes pela pesquisadora. Além disso, pesquisadora tinha em mãos um roteiro elaborado anteriormente que continha idéias sobre os temas que seriam importantes para a pesquisa. Estes serviriam como um guia de temas, mas que não precisariam ser apresentados numa ordem pré-definida.

Os temas eram:

- a. O que vem a mente quando ouvem a palavra doente mental ou louco?
- b. Existem pessoas que consideram doentes mentais na área de abrangência da ESF?
- c. Como é o contato da ESF com essas pessoas?
- d. Na opinião da equipe qual é o local e o tipo do cuidado que deve ser oferecido ao portador de transtorno mental grave?

- e. Quem (pessoa e/ou instituição) deve ser o responsável pelo cuidado ao portador de transtorno mental grave?
- f. O que a equipe conhece da rede de serviços de saúde mental do município?
- g. Quais são os recursos que a equipe possui e quais recursos não possuem para o cuidado em saúde mental?

4.4.4 O Manejo do Grupo Focal

A entrevista foi conduzida pela própria pesquisadora que se colocou como agente facilitador e promotor da conversa grupal a fim de que as opiniões e idéias viessem à tona sem pretensão de um consenso. O propósito do grupo era o de levantar informações que oferecessem subsídios para entender os sentidos construídos por esta equipe de saúde da família, sobre o cuidado ao portador de transtorno mental grave.

Foi enfatizado que não haveria respostas certas ou erradas e que a opinião de todos era de extrema importância. Além disso, a pesquisadora informou que o grupo não deveria ser interrompido e que teria duração de aproximadamente uma hora e trinta minutos.

Foi solicitado aos entrevistados que se apresentassem dizendo o nome a sua categoria profissional (função/atividade), tempo de trabalho junto à equipe de saúde da família. Além disso, a pesquisadora iniciou a entrevista oferecendo explicações sobre o termo “transtorno mental grave”. Utilizou as mesmas definições tratadas por Silva (2005), que usa na definição de transtorno mental grave: pessoas em tratamento psiquiátrico na rede pública, “usuário de serviço de saúde mental, paciente psiquiátrico, doente mental, louco, psicótico e portador de sofrimento psíquico intenso” (SILVA, 2005. p. 147).

Essa definição foi escolhida por ser, dentre outras disponíveis, a que favoreceria o foco da conversa e poderia evitar que problemas como alcoolismo, abuso de substâncias psicoativas, depressão e ansiedade tomassem o lugar nas discussões, pois apesar de serem problemas prevalentes na Atenção Básica, não era o foco de nosso estudo.

Além disso, no contato anterior com a equipe, a pesquisadora observou ansiedade em alguns participantes que chegaram a dizer que precisariam estudar psiquiatria para poder participar. Dessa forma, a explicação também foi um recurso para facilitar a conversa e desvincular dela o teor de avaliação sentido por alguns participantes.

Durante a entrevista, a pesquisadora procurou manter o grupo envolvido, manejou-o de forma que fosse preservada a flexibilidade e a dinamicidade do mesmo. Suas intervenções tiveram o objetivo de facilitar a conversa e favorecer espaço para que todos falassem. Procurou manter-se não num lugar de “*expert*”, mas daquele de facilitador da construção de sentidos, imerso nesse processo tanto quanto os outros participantes (GRANDESSO, 2000).

A escuta foi um instrumento muito utilizado pela pesquisadora e quando necessário, foi solicitado esclarecimento sobre as falas. Além disso, as perguntas disparadas pela pesquisadora buscaram abrir novos caminhos a partir do que já estava sendo falado e não havia pretensão de finalização de um tema para posteriormente propor outro para a discussão. Quando diretamente questionada sobre o funcionamento do CAPS a pesquisadora forneceu breves informações.

A entrevista teve duração de uma hora e quarenta minutos e no encerramento foram realizados os agradecimentos e oferecido telefone de contato da pesquisadora para quaisquer esclarecimentos desejados.

4.5 Procedimentos de Análise dos Dados

Nesse momento do trabalho, cabe ressaltar que análise do material coletado só foi possível a partir de uma atividade intensa, realizada pela pesquisadora, de um determinado contexto e interação. Dessa forma, as descrições contidas neste capítulo poderão informar sobre as reflexões que surgiram a partir dessa relação. Tal colocação faz-se pertinente, pois a descrição que segue foi fundamental para a constituição do corpo de análise do trabalho.

Os procedimentos para análise dos dados foram divididos em cinco momentos. O primeiro trata da transcrição e edição do material áudio-gravado que na perspectiva construcionista já se constitui um momento de construção de sentidos. O segundo momento trata da imersão nos conteúdos e da continuidade do processo intenso de construção de sentidos entre a pesquisadora e o grupo focal. Nesse momento também ocorreu a tematização sequencial das conversas e a definição de categorias gerais e temáticas que refletiam os objetivos desse trabalho.

O terceiro momento é o resultado da interação entre a transcrição, a sequência temática da conversa grupal e a construção de um Mapa de associação de Idéias a partir das categorias definidas no decorrer das leituras intensas do material coletado. A construção desse mapa teve o objetivo de dar visibilidade ao processo conversacional e de produção de sentidos.

No quarto momento, a sessão do grupo focal foi descrita em forma de narrativa, baseada na transcrição e nas consultas às anotações ao diário de campo e finalmente, no quinto momento, foram realizadas sínteses temáticas como resultado dos desdobramentos contínuos que ocorreram ao longo de todo processo de análise. Tais sínteses foram construídas em forma de narrativas das temáticas acerca dos sentidos de cuidado ao portador

de transtorno mental grave na Atenção Básica, negociados e construídos nas conversações entre os participantes.

4.5.1 O Primeiro Momento: Transcrição da Entrevista e Edição do Material

A transcrição integral da entrevista foi realizada pela pesquisadora utilizando um editor de texto tipo WORD for Windows a partir de seu registro áudio-gravado. Conteúdos verbais e não verbais foram observados e anotados, o que resultou em um único texto com 38 laudas.

Na perspectiva teórico-metodológica que orienta este estudo, esse procedimento constitui um momento ativo de interações, pois inúmeras vezes a pesquisadora pôde se reencontrar e retomar o processo de conversação com o grupo presentificado nas gravações e em sua lembrança. Esses (re)encontros foram marcados pela atenção da pesquisadora ao processo dialógico, ao fluxo conversacional e às múltiplas vozes na produção de sentidos durante o momento da interação grupal (GUANAES, 2006).

Durante a transcrição foi mantido o tom coloquial da produção de linguagem oral e foram escritos em negrito os nomes de cada participante no início de cada fala como forma de identificá-los e posteriormente facilitar a visualização da interação grupal. Aspectos não verbais foram escritos entre parênteses e algumas expressões de linguagem foram marcadas com aspas.

Depois de transcrita na íntegra, a sessão do grupo focal foi editada pela própria pesquisadora inspirada na metodologia utilizada por Guanaes (2006) e Camargo-Borges (2002) e foram utilizados os seguintes recursos de edição:

- Numeração das linhas e das páginas: foi realizada a numeração sequencial das linhas e das páginas no decorrer de toda transcrição. Este recurso foi utilizado para auxiliar a localização e identificação da fala no curso da interação grupal e facilitar a referência a trechos específicos da entrevista durante a síntese temática do material.
- Uso de cores: para cada participante foi escolhida uma cor específica de fonte disponível no editor de texto WORD for Windows. Dessa forma, as falas de cada participante apareceriam sempre com a mesma cor ao longo de toda transcrição e possibilitaria a visibilidade às interações entre os participantes.

4.5.2 O Segundo Momento: imersão nos conteúdos

Depois de editado o texto resultado da sessão do grupo focal, a análise foi inspirada pelo modelo utilizado por Souza (2004) e foram utilizados os seguintes recursos:

- A construção de um quadro sequencial: depois de transcritas e coloridas, foi construído um quadro composto por duas colunas e linhas que separam as falas de todos os participantes sem alterar a ordem e a sequência em que elas apareceram. Para isso foram utilizados os recursos de edição do WORD – tabela. Cada apresentação da fala registrada com nome do participante, anteriormente destacado em negrito, ficou na primeira coluna. A segunda coluna foi utilizada para anotação de algumas frases ou expressões que traduziam a temática tratada por cada participante. Nesse momento, passaram a chamar atenção da

pesquisadora os temas tratados pelo grupo e a permanência deles durante o curso da conversa grupal.

- **Imersão nos conteúdos:** a entrevista na íntegra foi cuidadosamente lida e em cada apresentação da fala registrada e tematizada, foi utilizada a segunda coluna do quadro sequencial para anotação de frases ou expressões que traduziam a temática tratada por cada participante. Neste momento, o foco não foi a eleição a priori de temas ou categorias, mas havia interesse de imersão nos conteúdos das informações coletadas, a fim de destacar os repertórios utilizados pelo grupo e o entrelaçamento desses na interação grupal. Essa ação favoreceu a construção de alguns sentidos sobre o portador de transtorno mental grave, a equipe de saúde da família, possibilidades e dificuldades do cuidado.

- **Definição de categorias:** a categorização das respostas foi baseada na literatura investigada e no objetivo deste trabalho. Segundo Spink e Lima (2000), depois da definição das categorias gerais, de natureza temática que refletem os objetivos da pesquisa, os conteúdos devem ser organizados e, por não ser uma técnica fechada, há um processo interativo entre a análise dos conteúdos e elaboração das categorias. Nesse sentido, “embora iniciando com categorias teóricas, que refletem os objetivos da pesquisa, o próprio processo de análise pode levar a redefinição das categorias, gerando uma aproximação paulatina com os sentidos vistos como atividade-fim” (SPINK; LIMA, 2000 p.107). As categorias são estratégias lingüísticas e são utilizadas para organizar, classificar e explicar o mundo (SPINK; MENEGON, 2000). São expressas por meio das práticas discursivas e estão vinculadas ao contexto e à finalidade com que foram organizadas, sendo assim, nesta pesquisa, fazem parte da interpretação.

As categorias gerais que refletem o objetivo dessa pesquisa são: os sentidos dados ao portador de transtorno mental grave e ao seu cuidado pela equipe de saúde da família. Dentro

dessas categorias emergiram as categorias temáticas, com as quais foi construído um Mapa de Associação de Idéias.

4.5.3 O Terceiro Momento: Mapa de Associação de Idéias

Dada a proposta de Spink e Lima (2000) após a identificação das categorias foram construídos o Mapa de Associação de Idéias com objetivo dar visibilidade ao fluxo discursivo realizado pelo grupo. Nesse momento, esse recurso favorece a visibilidade do movimento grupal em torno das categorias gerais e temáticas construídas e facilitam a identificação e compreensão de quais e como os conteúdos foram utilizados na construção de sentidos.

Na construção desse mapa utilizou-se a função recortar-colar do editor de texto WORD for Windows para transferir o conteúdo do texto para as colunas. A seqüência do diálogo foi respeitada e mantida na íntegra. Como resultado, obteve-se um efeito escada, conforme sugerido por Spink; Lima (2000). Dois mapas, contendo trechos das conversas estão apresentados no apêndice B.

4.5.4 O Quarto Momento: Narrativa grupal

Nesse momento, com a imersão e a familiaridade gerada após as leituras exaustivas da transcrição e observação favorecida pela edição do material, a sessão do grupo foi sinteticamente narrada. O fluxo da conversa, conteúdos e seqüência das mesmas foram

preservados incluindo a descrição do contexto, do diálogo estabelecido entre os participantes, incluindo a pesquisadora e ainda uma breve análise dos temas abordados, rupturas e permanências no processo de interação dialógica.

4.5.5 O Quinto Momento: Sínteses temáticas

Estas sínteses se constituíram na apresentação sintetizada dos diálogos dos participantes por meio de narrativas pelas quais foram focalizados os repertórios interpretativos que foram utilizados para construir os sentidos acerca do portador de transtorno mental grave e dos cuidados da equipe de saúde da família a ele dirigido. Segundo Spink e Medrado (2000, p. 47), os repertórios interpretativos são as “unidades de construção das práticas discursivas - conjunto de termos, descrições, lugares comuns e figuras de linguagem – que demarcam o rol de possibilidades de construções discursivas”. Foram escolhidos trechos da conversa que, pela sua relevância, podem evidenciar os sentidos, produzidos acerca do modo como os participantes construíram sentidos sobre o cuidado ao portador de transtorno mental grave na Atenção Básica

4.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

Para o desenvolvimento deste trabalho os princípios éticos de confidencialidade das informações coletadas, não redução da autonomia dos participantes e a beneficência/não-

maleficência dos propósitos da pesquisa foram respeitados conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Este estudo somente foi realizado após sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (SP), conforme parecer de número 2877/2006 (ANEXO A).

Todos os participantes foram convidados, previamente informados e esclarecidos sobre os aspectos dessa pesquisa e assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) atestando sua adesão à pesquisa. Cabe salientar que os nomes dos participantes e das instituições diretamente envolvidas nesta pesquisa foram substituídos por designações fictícias a fim de preservar o anonimato e garantir os preceitos éticos adotados neste trabalho.

5 RESULTADOS

5.1 Os primeiros contatos com a equipe.

Inicialmente é importante ressaltar que a enfermeira e a pesquisadora já se conheciam por trabalharem na rede de saúde pública do município. Tal observação é pertinente, pois quando da apresentação da unidade, a enfermeira apresentava a pesquisadora para alguns integrantes da equipe como a “psicóloga do CAPS”.

A esse respeito, a enfermeira relatava as dificuldades cotidianas da equipe para o manejo de situações que envolviam o cuidado a doentes mentais. Ainda, relatou sua expectativa de que o trabalho que estava sendo proposto se caracterizasse como um trabalho de intervenção longitudinal, ou seja, havia a expectativa da presença de um profissional da saúde mental, representado pela pesquisadora naquele momento, mais próximo da equipe. A observância desse fato também auxiliará no processo de análise deste trabalho.

Na ocasião da apresentação do trabalho a toda equipe, a pesquisadora foi recebida na sala de reuniões onde estavam todos os integrantes e mais quatro agentes comunitários da outra equipe. Nesse momento, foi esclarecido que somente a “Equipe das Flores” participaria do trabalho e a enfermeira esclareceu o porquê aquela equipe estava sendo convidada a participar e para isso usou os seguintes termos:

“A Carina fez um levantamento no ano passado sobre os encaminhamentos de pacientes ao CAPS e nossa equipe foi a “campeã” (risos)... se é que dá pra ser campeã disso. E aí, ela pensou que por aqui há muitos casos que trabalhamos com problemas mentais”.

Além desse relato, a médica colocou-se dizendo que estava na equipe havia pouco tempo e que por esse motivo achava que a pesquisa poderia ter um viés: *“No ano passado eu não estava aqui, e não fui eu que fiz os encaminhamentos para o CAPS”*.

Em resposta, a pesquisadora informou que esse fator não inviabilizaria sua participação na pesquisa. Outras interações desse encontro merecem destaque, pois se entende que neste ocorreram posicionamentos e solicitações explícitas da equipe à pesquisadora. Uma agente comunitária de saúde indagou à pesquisadora sobre seu papel: *“Você só vai fazer a entrevista e vai observar a gente conversar ou você vai responder as nossas dúvidas”?*

Isso provocou a atenção de toda equipe e fez ressoar a fala anteriormente descrita da enfermeira. Dessa forma, a presença da pesquisadora mobilizou desejos de aproximações e interações como a troca de idéias e conhecimentos nas práticas que vivenciavam cotidianamente. Outros integrantes da equipe também se posicionaram na mesma indagação. Uma outra fala da médica também aparece ressoante quando esclarece à pesquisadora que a equipe estava passando por momentos difíceis pelo excesso de trabalho, dificuldades do dia a dia, falta de apoio e sensação de desânimo com o enfrentamento das dificuldades: *“A gente tá vivendo muitas dificuldades e já conversamos isso na equipe. A gente queria a presença de alguém da saúde mental que nos ajudasse a pensar e trabalhar os problemas”*.

A pesquisadora não pôde ficar alheia a estes relatos e se posicionou dizendo que a equipe também estava fazendo um pedido tanto quanto ela, pois o convite realizado pela pesquisadora não deixava, mesmo que implicitamente, de ser um pedido de ajuda à equipe.

As falas acima foram relatadas a fim de trazer para esse contexto o clima do encontro e como forma dar visibilidade sobre a implicação do convite da pesquisadora àquela equipe, o que caracterizou a constituição de um grupo muito diferente do que a equipe estava acostumada a fazer semanalmente durante as reuniões de rotina. A presença da pesquisadora não foi uma presença qualquer e favoreceu o investimento de muitas expectativas, de pedidos

de ajuda ao CAPS. Esta foi colocada no lugar do interlocutor desejado que pudesse ouvir a maneira que a equipe pensa e precisa para oferecer o cuidado à saúde mental. A percepção de tais elementos foi iluminada por trabalho recente de Guanaes (2006).

5.2 Narrativa da conversa grupal.

Foi adotado para esta atividade a definição de grupo proposto por Guanaes (2006) que o compreende como “contexto” propício para a troca dialógica e que possibilita a compreensão de um acontecimento situado dentro da proposta dessa pesquisa. Como foi dito anteriormente, o grupo foi realizado na sala de reuniões na própria unidade de saúde da família em data e horário previamente combinados com toda a equipe.

Nesta ocasião, a médica da equipe atrasou-se em virtude de uma visita domiciliar e ela foi aguardada por todos. Alguns integrantes portavam prontuários de famílias atendidas na unidade e algumas anotações foram feitas até o início do grupo. Apesar do atraso, e a presença de alguns elementos do trabalho cotidiano, a conversa fluiu de modo construtivo ao objetivo proposto.

Inicialmente, foi proposta a apresentação de todos os participantes e em seguida, retomado a voluntariedade da participação, dos objetivos do trabalho e dos aspectos éticos seguida da solicitação da assinatura do termo de consentimento. Os participantes eram adultos jovens e adultos, todos do sexo feminino e o tempo de atuação na unidade de saúde eram heterogêneos. Nenhuma das participantes havia tido experiência anterior de cuidado ou trabalho em instituições de saúde mental. Eram elas:

- 3.1 Luciana: enfermeira e atuava na unidade desde o início de sua implantação há dois anos e nove meses e é a responsável pela equipe.
- 3.2 Adriana: médica, atua na unidade há sete meses.
- 3.3 Renata: agente de saúde e atua na unidade há um ano e nove meses.
- 3.4 Laura: auxiliar de cirurgião dentista, atua na unidade há dois anos e quatro meses e desenvolve atividades nas duas equipes de saúde locadas na unidade de saúde.
- 3.5 Débora: técnica de enfermagem atua na unidade há dois anos e sete meses.
- 3.6 Márcia: agente comunitária de saúde e atua na unidade há dois anos e nove meses.
- 3.7 Patrícia: agente comunitária e atua na unidade há dois anos e nove meses.
- 3.8 Ana: cirurgiã dentista e atua nas duas equipes de saúde locadas na mesma unidade de saúde. Desenvolve suas atividades ali há dois anos e cinco meses.
- 3.9 Carla: agente comunitária de saúde, atua na unidade há dois anos e nove meses.
- 3.10 Lia: agente comunitária de saúde e atua na unidade há sete meses.
- 3.11 Marina: agente comunitária de saúde atua na unidade há quatro meses.
- 3.12 Carolina: agente comunitária de saúde e atua na unidade há dois anos e nove meses.

Durante a apresentação da equipe, havia um clima de descontração e interesse. Houve receptividade e acolhimento da proposta de pensar sobre o tema. Apesar da heterogeneidade do grupo em relação ao tempo de trabalho e à função junto à equipe, todos os participantes se envolveram com a proposta do grupo e ativamente colocaram suas idéias, favoreceram as negociações, os posicionamentos e interação grupal na possibilidade de diálogos, o que possibilitou a construção do objeto de análise desse trabalho.

A edição colorida do material possibilitou a confirmação do que já havia sido percebido no aqui-agora da conversa com o grupo. O grupo foi permeado de interações, as falas foram complementares, fluídas e convidavam todos a falar. Os silêncios quase não

apareceram e em alguns momentos foi solicitado que cada um falasse em sua vez para garantir uma comunicação mais clara e a oportunidade de escuta a todos.

A intervenção inicial de oferecer uma definição sobre o termo transtorno mental grave gerou um convite inicial para a conversa. Inicialmente o grupo buscou identificar os possíveis portadores de transtorno mental na área da equipe de saúde e trouxeram narrativas de experiências pessoais vivenciadas no dia a dia do trabalho, seja em visitas domiciliares ou mesmo em atendimentos na unidade de saúde. A identificação dos portadores de transtorno mental foi realizada através da descrição de seus comportamentos diferentes e agressivos. Dessa forma, estavam presentes as vozes do discurso social sobre a loucura e alguns julgamentos valorativos ficavam implícitos nessas conversas.

A presença da pesquisadora reconhecida como “psicóloga do CAPS” conferiu ao momento da interação possibilidades de abertura para o relato pessoal de Laura que compartilhou sobre o adoecimento mental de sua filha. Apresentou-se como uma mãe, que experimentou sentimentos de surpresa e dificuldades ao vivenciar muito de perto as rupturas ocasionadas pelo adoecimento mental. Durante a exposição de Laura, um forte impacto fora sentido pelo grupo e pela pesquisadora que se manteve em silêncio e muito atenta ao relato. Nesse momento o investimento afetivo de Laura fora vivenciado pela pesquisadora e dessa forma, foram-lhe oferecidos acolhimento e cuidados.

O manejo da situação possibilitou que o relato banhado de muita pessoalidade fosse a oportunidade de trazer para muito próximo daquela equipe a experiência do cuidado ao portador de transtorno mental. No primeiro contato com a equipe havia ocorrido um estranhamento da proposta e uma ansiedade de “ter de saber” à luz da psiquiatria ou da enfermagem sobre os transtornos mentais graves.

A partir disso, a equipe foi convidada por Laura, a falar sobre os sentimentos, as dúvidas, as certezas e incertezas sobre o cuidado ao portador de transtorno mental grave. E

quando convidados pela pesquisadora a conversarem sobre o que lhes vinha à mente quando ouviam os termos portadores de transtorno mental grave e louco, Ana trouxe a voz da psiquiatria para definir o conceito, dizendo que o *“louco constrói o castelo e mora dentro, faz do irreal sua realidade”*.

A equipe iniciou um processo de busca e identificação de casos à luz de sintomas psiquiátricos e comportamentos de pessoas que residiam na área de abrangência da unidade. Nesse momento, ocorreram intensas trocas e interrelações entre todos os participantes na tentativa de escolherem os casos que queriam relatar em suas vivências cotidianas.

Adriana (médica) foi convidada a dar seu parecer sobre o provável diagnóstico dos casos e aos poucos a equipe relatou experiências de contatos com pessoas e famílias. Além disso, foram trazidas as percepções de como o adoecimento mental afetava a família e toda a comunidade e colocaram as dificuldades para abordarem o problema. Oscilavam na identificação ora com as famílias, ora com a pessoa doente ora com a comunidade, e aos poucos, foram revelados sentimentos ambivalentes que permeavam o relacionamento e o contato com o adoecimento mental.

Aos poucos a conversa passou a caminhar para as tentativas de aproximação entre a equipe e os pacientes. As dificuldades no estabelecimento de vínculos passavam pela necessidade de aprender a conversar. Dessa forma, a dificuldade em estabelecer um diálogo com os pacientes, a necessidade de entender e serem entendidos, foi um conteúdo trabalhado no decorrer de todo primeiro momento do grupo.

Carla relatou situações vivenciadas em visita domiciliar na casa de um senhor e o denominou *“esquizofrênico”*. Falou sobre seu contato com a comunidade que sofreu agressões nos momentos de crise do vizinho doente, a tentativa de abordagem da equipe e as dificuldades para estabelecerem um vínculo que promovesse cuidado.

Renata também relatou sua surpresa ao presenciar alucinações e outros comportamentos que não conseguiu nomear, observados no paciente. Falou sobre sua curiosidade e estranhamento diante da cena e compartilhou intensamente suas sensações com todo o grupo. Adriana falou também sobre não saber lidar com a situação de crise e pontuou que a grande dificuldade estava em conseguir fazer um vínculo, de *“entrar no mundo dele e trazer para a realidade”*. Essa dificuldade gerava um sentimento de *“não saber o que fazer, do que está acontecendo”*. Houve um consenso no grupo com relação a esse sentimento.

Uma saída encontrada para superação da dificuldade de conversar foi a aproximação da família. Dessa forma, um sentido de família surgiu – aquela que ajuda a conversar e aproxima a equipe do portador de transtorno mental. Dessa forma, a proximidade e o cuidado à família surgiram ao mesmo tempo como recurso de interlocução da equipe para o cuidado ao doente e aquela que demanda cuidados da equipe.

Luciana contou sobre a história de uma família e sobre a maneira que a mesma encontra para o cuidado à saúde. Relatou que cada família possui suas crenças e valores e isso interfere na forma de cuidado ao doente mental. Adriana complementa que existe uma diferença entre o que a família sabe e faz para cuidar e o que a medicina propõe para o cuidado: *“a gente tem dificuldade até nesse sentido, de tá fazendo o tratamento correto”*.

Renata relatou outro caso e contou sobre suas dificuldades e estratégias de cuidado utilizadas pela equipe, como por exemplo, visitas domiciliares, dispensação e administração de medicamentos pela agente comunitária de saúde. O encaminhamento à rede de saúde também foi citado como uma das estratégias de cuidado. O hospital psiquiátrico apareceu como o lugar de cuidado escolhido pela família: *“ele teve um surto psicótico em casa e a família internou”*.

Muitas outras falas foram surgindo para ilustrar e compartilhar formas de cuidados dispensadas aos pacientes e familiares. Patrícia relatou formas de negociação com o paciente

para que ele pudesse aderir e participar do cuidado de sua própria saúde. A equipe se interessou em saber quais tinham sido suas estratégias, como falou, como orientou a família e o paciente que foi visitar.

A pesquisadora indagou sobre quais eram os sentimentos experimentados pela equipe em seus contatos com os portadores de transtornos mentais nas visitas, consultas, encontros pelo bairro e em resposta Ana falou prontamente de seu sentimento de angústia. Patrícia fez uma extensa narrativa sobre seu encontro com um paciente durante a visita em sua casa. O paciente havia lhe mostrado um álbum de fotos da época de sua adolescência. Em seu relato estavam presentes muitos sentimentos em relação às mudanças que o adoecimento mental trouxera à pessoa e num desabafo disse: *“eu não sei lidar com pessoas desse jeito”*.

O relato de sentimentos de impotência, medo, angústia, incapacidade surgiram logo em seguida das conversas sobre a dificuldade de aproximação e de comunicação. Em seguida, foram relatadas as necessidades de apoio, de treinamento e capacitação. Adriana se colocou também e reafirmou o pedido exposto: *“eu acho que a gente precisaria de uma capacitação em saúde mental, ajudaria bastante”* e, além disso, coloca que a falta de *“preparo gera o sentimento de incapacidade”*.

Logo após, floresceram outras narrativas sobre os sentimentos de satisfação ao conseguirem resolver alguns problemas e casos complicados. No entanto, Ana continuou a conversa e reafirmou seu sentimento de *“falta de preparo”* e colocou esse como possibilidade para o desenvolvimento de algumas atividades de cuidado ao portador de transtorno mental. Justificou-se dizendo: *“a gente não sabe nem por onde começar”*.

Outras pessoas se colocaram em relação aos sentimentos experimentados diante da resolução ou não resolução dos problemas e Renata falou sobre sentimentos de impotência diante das dificuldades encontradas. A discussão sobre sentimentos e necessidades trouxe para a reflexão as instituições, instâncias sociais e gestoras que, segundo a visão do grupo,

seriam responsáveis pelo cuidado ao portador de transtorno mental grave. A família voltou a ser a tônica da discussão e as conversas permaneceram girando em torno disso por algum tempo. Por outro lado, também comentaram sobre a intensa satisfação experimentada quando conseguem resolver os problemas. Outras pessoas se colocaram e reafirmaram as palavras de Renata.

O sentimento de medo, angústia e dúvidas foram retomados por Márcia quando relatou dificuldades no cuidado de uma paciente que não queria ser chamada pelo nome nos momentos de crise: *“eu nunca sei qual é o nome que chamo ela”*. Nesse relato, colocou-se muito sensível e falou sobre o abandono da família em alguns casos. Lia busca trazer a fala da família e ressalta que o comportamento desta, em relação ao doente, também era consequência do adoecimento e comportamentos do doente. Débora se identifica com os sentimentos de Márcia e diz que também sente muito medo e *“quando tá assim eu nem quero chegar perto”*. Lia interveio chamando atenção para a necessidade de aproximação no momento da crise dizendo que é preciso *“entrar na deles para conseguir ajudar”*.

Carolina introduziu uma discussão sobre o lugar do doente mental como *“bode expiatório”* na família e no bairro e, além disso, falou sobre a necessidade de um cuidado compartilhado entre a equipe e toda a comunidade em alguns casos e relatou o caso de um paciente que acompanha e que *“está sempre na boca de todo mundo”*. Outros relatos de pacientes que não possuem famílias e que necessitam do apoio da comunidade foram relatados. Débora fala do transtorno vivenciado pela equipe quando a comunidade se nega a compartilhar do cuidado e Márcia retoma os sentimentos de *“não saber lidar”*.

Luciana se coloca dizendo que *“sabe o que tem que ser feito”* e coloca a internação psiquiátrica como recurso de assistência quando a família e a comunidade não compartilham o cuidado. Acrescenta também as dificuldades encontradas no funcionamento da rede de saúde

mental do município lembrando que “*você não consegue uma vaga no ato*”. Esta menção retrata que a falta de extensão de apoio limita o trabalho da equipe.

Lia relembra muitas estratégias utilizadas pela equipe no cuidado do paciente que não possuiu família e apoio social e Carolina ressaltou a questão social que culpabiliza o doente mental por tudo e pontuou que muitas vezes os pacientes usam a doença para se livrar de alguns compromissos.

A pesquisadora indaga sobre quem é o responsável pelo cuidado do doente quando ele não tem família ou a comunidade se nega a ajudar e Ana responde prontamente que a responsabilidade “*é de todos nós, de todo mundo*”. Luciana concorda e Lia mencionou o Programa de Volta pra Casa como uma maneira ineficaz de devolver o portador de transtorno mental para a família. Ana acrescenta que acredita que “*o subsídio tem que ser outro*” e aponta para a necessidade de cuidado da família. Acrescenta ainda que a equipe pode ajudar nesses casos, mas novamente resalta para a necessidade de capacitação da mesma. Relembra que a proposta da Estratégia de Saúde da Família é da “*abordagem integral*”, mas para que consigam colocar em prática tal princípio, a equipe precisa ser trabalhada.

Renata fala sobre a necessidade de olhar para equipe como “*cuidadora*” e merecedora de cuidados também. Aponta para a necessidade de capacitação permanente e valoriza as ações de capacitação como meio de cuidado da equipe. Carla se identifica com o tema e traz um relato de sua experiência pessoal com um familiar e salienta suas dificuldades. Compreende que tanto a equipe como as famílias podem ser recursos de cuidados quando também são cuidadas. Fala do seu próprio adoecimento ao cuidar da cunhada e relata que muitas vezes “*a família fica louca junto*”. Nesse momento o grupo ri do relato de Carla e Renata fala sobre momentos de fragilidade pessoal que também interferem no cuidado ao doente. Lia chama atenção para a humanização dos trabalhadores e do cuidado quando diz “*a gente também é ser humano*”.

A possibilidade de pensar nos recursos da equipe para o cuidado aos portadores de transtorno mental grave foi trazida após o relato de uma experiência de sucesso narrada por uma participante. O grupo falou novamente sobre as faltas: de tempo, de treinamento, de espaço físico, etc. Dessa forma, a conversa manteve-se centrada na questão de que os recursos internos poderiam ser utilizados desde que algumas necessidades fossem supridas, dentre elas, o treinamento em saúde mental.

A pesquisadora questionou sobre os subsídios que o grupo considera importante para que o cuidado seja promovido e perguntou sobre o conhecimento da equipe sobre as políticas públicas e a rede de saúde mental do município. Ana falou sobre seu conhecimento de alguns projetos relatados em um congresso do qual participou e salientou a organização da comunidade como um meio de obtenção de cuidado e de promoção de saúde mental. Ressalta a necessidade de valorização pessoal e o trabalho das potencialidades dos sujeitos quando são utilizadas formas alternativas de cuidado na comunidade e novamente retoma a necessidade de apoio para que a equipe consiga implantar esses tipos de trabalho na comunidade. Lia relata sua experiência no hospital psiquiátrico e também valoriza as atividades artesanais como recurso de cuidado e de promoção de saúde.

O tema do cuidado compartilhado floresceu quando Ana contou sobre a abordagem de uma paciente pela equipe e salientou que uma maneira de alcançar a integralidade do cuidado era o próprio trabalho da equipe e a necessidade de longitudinalidade da atenção. Disse que “*a gente trabalhou em conjunto*” e valorizou a proximidade, a afetividade, a flexibilidade, a interdisciplinaridade e a escuta pela equipe. Adriana lembra que a paciente voltou a adoecer mesmo depois de todo cuidado oferecido e Ana novamente fala sobre a grande satisfação experimentada quando o cuidado é promovido e chama atenção para os sentimentos de que o cuidado em saúde mental exige da equipe a necessidade de “*trabalhar, trabalhar, trabalhar,*

cansar, trabalhar, trabalhar”. Além disso, fica implícita nesta fala a compreensão de que o cuidado em saúde mental transcende a remissão dos sintomas.

Lia diz que é “*preciso olhar com os olhos da alma*” e chama atenção para a necessidade de um novo olhar e um novo lugar para a pessoa que é acometida pelo transtorno mental e seu cuidado. Retoma a dificuldade para se aproximar e estabelecer um diálogo com as pessoas que vivenciam o adoecimento mental.

Após um silêncio a pesquisadora retoma a pergunta sobre o conhecimento da equipe sobre as políticas e lugares de cuidado em saúde mental no município e Renata se interessa em saber sobre o funcionamento do CAPS em Araraquara e questiona a pesquisadora sobre a eficiência do cuidado oferecido por esta instituição. A pesquisadora convida o grupo para responder ao questionamento e Ana diz que os resultados são sentidos no dia a dia e relata sobre a política de “*desinstitucionalização*” e o “*Programa de Volta pra Casa*”. Lia chama atenção para as dificuldades da gestão em oferecer os subsídios necessários para lidar com as dificuldades e Ana acrescenta que vê a política de desinstitucionalização como forma dos gestores se “*responsabilizarem cada vez menos*”.

Tal compreensão ganhou ressonância no grupo e os integrantes se lembraram do fechamento de um hospital psiquiátrico no município devido aos maus tratos e “*tratamento muito pesado*”. Esse assunto conduziu a discussão sobre os métodos violentos de cuidado, os lucros com o adoecimento e hospitalizações até a implantação do Programa de Volta pra Casa.

Renata novamente retoma a crítica ao governo e diz que acredita que as políticas sejam uma forma do “*governo sair fora*” e as associa com o descuido e abandono daqueles que “*não tão tomando o remédio, tão pouco se lixando, tão lá prejudicando a família toda*”. Nesse momento, todos falam ao mesmo tempo e Adriana reage à colocação pontuando a responsabilidade de cuidado da família e coloca que ela muitas vezes também deseja se desonerar do cuidado usando a hospitalização como recurso para isso.

Esse diálogo trouxe à luz a questão da desinstitucionalização compreendida como desospitalização e com relação a essa temática, o consenso surgiu quando Adriana retomou a necessidade de preparo e acolhimento das famílias e se referiu à necessidade do “governo” também favorecer a inclusão do cuidado na família.

A pesquisadora questionou sobre com quem fica a responsabilidade do cuidado quando o doente “vai de volta para casa” e Ana colocou a questão do caráter universal do direito à saúde lembrando “*o slogan do governo que é a saúde como direito de todos*”. Alguns participantes responsabilizaram a família, outros disseram que a “*equipe também ajuda*” e Luciana coloca sobre o papel da unidade de saúde da família como aquela “*que também tem responsabilidade aí*” e que a equipe de saúde é “*cobrada*” quando o cuidado não acontece na unidade de saúde.

Outras conversas surgiram em torno da discussão do cuidado na comunidade e pela rede de serviços do município, mas foi consenso do grupo de que a família é a instituição que deve cuidar. Nesse sentido, Marina ressalta: “*cada um com sua cruz, não é?*” e o grupo ri de sua colocação despojada.

Após explorarem um pouco a questão do cuidado oferecido pela família, Lia trouxe para a conversa a dificuldade da equipe em promover o cuidado em saúde mental. Questões como a prática individualizada, diretiva e limitada pelo engessamento da organização do trabalho pela equipe foi colocada por Ana e a esse respeito Luciana se justificou falando do volume de atendimentos e da grande demanda na unidade de saúde. Foi ressaltado que a equipe “*acaba ficando muito presa*” na unidade de saúde e não consegue realizar outras atividades. As limitações do trabalho cotidiano também foram justificadas pela falta de tempo e espaço físico, no entanto, no final de sua fala Luciana reflete se a equipe “*não está conseguindo ou não está tentando*”.

Nesse momento, a discussão oscilava entre responsabilização da equipe e da gestão. Alguns desabafos foram realizados com relação à precariedade das condições e da falta de recursos materiais para o trabalho.

Adriana também se colocou e argumentou que nos casos de saúde mental, o encaminhamento para os serviços de saúde especializado é o recurso utilizado pela equipe, pois a mesma “*não tem esse treinamento, nada!*”. Suas palavras evidenciam que o encaminhamento surge não da necessidade de desoneração da equipe, mas pela incapacidade técnica da equipe desenvolver esse cuidado, e fica evidente a necessidade de aprender a cuidar. Nesse sentido, foi colocado também que uma capacitação favoreceria a resolução dos casos e “*não precisaria ser necessariamente encaminhado*”. A necessidade de uma equipe matricial foi colocada por Luciana.

Procurando chamar a atenção para o cuidado possível, a pesquisadora questionou sobre quais recursos a equipe possuía para o cuidado em saúde mental e Ana retomou a lembrança do cuidado da paciente quando a equipe “*valorizou ela como ser humano*” e, além disso, mostrou para ela os recursos dela mesma. “*A gente não foi buscar em outro lugar, foi dela, dentro dela*”.

Além da valorização e escuta do sofrimento do paciente, Ana e Luciana também falaram da necessidade da abordagem da saúde em detrimento do cuidado à doença quando relatam “*a gente não continuou*”. O grupo participou da discussão e as dificuldades e alguns comportamentos da paciente também foram colocados como dificuldade para o cuidado: “*é uma forma dela chamar um pouco a atenção*”.

Buscando retomar a conversa sobre os recursos da equipe para o cuidado em saúde mental, a pesquisadora novamente questionou o grupo sobre o tema. Ana retomou a fala de Adriana para legitimar a falta de capacitação da equipe, no entanto, Adriana também se referiu novamente aos encaminhamentos para a especialidade quando colocou a “*referência*” como um dos recursos utilizados.

Ana traz para a conversa o revés dos encaminhamentos e pontua que quando encaminhado “*o paciente foge da gente*” e Adriana argumenta que utiliza o recurso da “*contra-referência*” para acompanhar a assistência prestada ao paciente por outros serviços da rede. Nesse sentido, faz críticas às dificuldades de agendamento de consultas médicas psiquiátricas e psicológicas. Dessa forma, o paciente desiste e fica sem o cuidado necessário seja na unidade de saúde da família, seja no ambulatório de especialidades.

Havia um esforço contínuo para identificar os recursos da equipe e Ana apontou o “*acolhimento*” como “*instrumento muito legal que a gente tem*”. Valorizou a capacidade de escuta de toda equipe, mas sua fala foi recortada pelo sentimento de Adriana que “*falta tempo*”, “*falta espaço*”. O uso desse argumento permaneceu nas discussões e o espaço físico da unidade de saúde da família apareceu nos relatos como o local que impede a realização de novas atividades. Esses relatos vêm reforçar a dificuldade da própria equipe em sair dos espaços da instituição em direção aos recursos disponíveis na comunidade.

Adriana valoriza as atividades voltadas para a promoção de saúde e de cuidado ao cuidador e relata o desejo de adotar algumas práticas que aprendeu em um curso de capacitação em São Carlos, mas “*a hora que você cai na real [...] mas aí você vai fazer isso aí aonde?*”. Luciana fala da possibilidade em fazer parcerias com as universidades do município para obtenção de recursos e construção de espaços físicos. Essas falas ressoam a dificuldade em buscar os recursos na comunidade por um lado e por outro anunciam a intersetorialidade como um recurso de partilha e cuidado.

O questionamento de que “*será que não é preciso melhorar mais?*” provocou reflexões e convidou os integrantes a compararem as ações de saúde bucal com as de saúde mental no que diz respeito à necessidade “*sair da unidade*”, de aproximação, acolhimento e educação em saúde.

Após um breve silêncio a pesquisadora propôs o encerramento do grupo e agradeceu a participação de todos. Além disso, colocou-se à disposição para esclarecimentos e outros contatos. Nesse momento Ana pediu a palavra e disse que gostaria de fazer uma “*avaliação*” sobre o acontecimento do grupo. A palavra lhe foi concedida e a experiência vivenciada foi colocada como possibilidade da equipe em conversar e ir “*encontrando as respostas*”. Luciana concorda com Ana e acrescenta que “*para um trabalho em equipe a troca é fundamental*”.

Ana encerra o grupo com um relato muito espontâneo e valoriza a possibilidade de conversar como um recurso que ajuda a resolver os problemas e acrescenta “*trabalhar assim é ótimo, né! É o que eu quero na vida*”.

Mais uma vez, os agradecimentos foram feitos pela pesquisadora e o grupo foi encerrado.

Os repertórios interpretativos utilizados nesta conversa foram:

O portador de transtorno mental grave: perde a memória, perde a razão, não sabe quem é, não conhece as pessoas, esquizofrênico, louco, normal, não é certo da cabeça, fica no mundo dele, totalmente fora, doente mental, difícil, paciente, surtada, cliente, sujo, alcoolista, tá na boca de todo mundo, bode expiatório, esperto, tem surto, depressão forte, síndrome do pânico, transtorno mental, pessoa que tem dificuldades, uma pessoa que sofre, andarilhos, ser humano e pessoa.

O cuidado: difícil, barra, vínculo, família, comunidade, CAPS, PSF, medicamentos, visita domiciliar, acolhimento, escuta ampliada, falta espaço físico, falta tempo, internação, encaminhamento, falta capacitação, falta vaga, conversa, angústia, impotência, incapacidade, “quando a gente faz um pouquinho, nossa!”, “quase não resolve nada”, assistência, responsabilidade, “não sei lidar”, “não sabe por onde começar”, paciência, “a gente sabe que precisa e pode, mas não dá”, mãos atadas.

5.3 Definição das categorias

A identificação e escolha das categorias partiram do processo ativo de aproximação da pesquisadora com o material coletado durante o momento de imersão. Nesse sentido, Grandesso (2000, p.57) esclarece que o conhecimento é ativamente construído pelo sujeito cognoscente e há uma interdependência entre observador e universo observado. Nas palavras da autora, o “sujeito conhecedor e objeto conhecido são intimamente inseparáveis [...] o conhecimento não é passivamente recebido nem pelos sentidos, nem pela comunicação, sendo ativamente construído pelo sujeito cognoscente”.

Após a imersão no material coletado duas categorias gerais, que refletem o objetivo desse trabalho foram construídas. São elas: O portador de transtorno mental grave e O cuidado da equipe dirigido a ele. Dentro dessas categorias gerais, conforme o processo de análise dos sentidos que foram emergindo do contato da pesquisadora com o material foram construídas novas categorias temáticas. Dessa forma, estas surgiram do entrelaçamento entre o uso dos repertórios interpretativos no decorrer da conversa, a literatura investigada durante a pesquisa e a interpretação da pesquisadora. As categorias admitidas para a construção do mapa de associação de idéias foram:

- **O portador de transtorno mental grave:** Quem são; Como se comportam; A família.
- **O cuidado da equipe a ele dirigido:** Sentimentos; Aprender a conversar; Necessidades da equipe; O cuidado à família; Responsável pelo cuidado; Resolver é satisfatório; Recursos de dentro.

5.4 Sínteses Temáticas

As sínteses temáticas foram tecidas a partir de uma relação intrínseca entre a produção de sentidos sobre o portador de transtorno mental grave e a produção de sentidos acerca do cuidado dirigido a ele pela equipe de saúde da família. Em seguida, foram construídos elos entre este trabalho, o referencial teórico-metodológico e a literatura analisada, a qual se configurou em vozes presentificadas nos diálogos e enriqueceram as reflexões deste trabalho.

A abordagem teórica que embasou esta análise considera que os sentidos são construídos em atividades relacionais, fruto da conversação entre as pessoas. Dessa forma, o contexto de produção e as ações coordenadas entre as pessoas foram levados em conta. Segundo Grandesso (2000), os significados estão contextualizados nas relações e podem ser compreendidos e construídos através da linguagem a partir de narrativas.

Este momento de análise também possibilitou um recorte frente ao vasto conteúdo da sessão de entrevista. Esse recorte foi realizado buscando-se levar em conta as temáticas que refletiam os objetivos desse trabalho e também os diferentes contextos nos quais os sentidos apareceram. A sequência narrativa construída respeitou o fluxo da conversa grupal e buscou contemplar os sentidos que emergiram durante o processo de interação entre os participantes e a pesquisadora.

5.4.1 O Portador de Transtorno Mental Grave – “Aquele que arrancou o telhado da casa”.

Este tema surgiu nas conversas iniciais quando a pesquisadora convidou o grupo para falar o que lhes vinha à mente quando ouviam o termo portador de transtorno mental grave.

Os repertórios interpretativos utilizados pelo grupo construíram sentidos ao portador de transtorno mental como desviante e perigoso. Foi descrito como aquele que possui comportamentos agressivos, atitudes constrangedoras e reações imprevisíveis e “*que faz do irreal a sua realidade*”, ou seja, diferente do esperado pelos que compartilham com ele o mesmo contexto social.

Além disso, na apresentação dos casos atendidos por eles, as narrativas foram construídas a partir de características específicas como idade, situação familiar e história pessoal e em muitos momentos a doença foi a referência escolhida para descrevê-los. Isso pode ser exemplificado nos trechos que seguem:

Laura: (...) ela teve a psicose maníaco-depressiva, aquela transtorno bipolar do humor.

Ana: Eu acho que louco para mim é o que a ciência define como esquizofrênico. Aquele que constrói um castelo e mora dentro (...).

Adriana: (...) aquele é normal, não tem nada haver com esquizofrênico não.

Carla: Esse senhor, ele é esquizofrênico né, doutora?

Adriana: (...) eu só tinha visto ele como hipertenso, mas não com o transtorno mental (...).

Luciana: (...) mas um não é doente mental, um é deficiente auditivo, é surdo-mudo (...).

Adriana: Também tem um na área que é esquizofrênico (...).

Luciane: Da área da Marina tem o senhor J B que é um alcoolista, que já apareceu aqui também em surto.

Ana: Nós temos aquela lá que nós trabalhamos em equipe aqui [...] (estala os dedos demonstrando buscar na memória). É transtorno mental, não sei se é grave (risos).

Ana: (...) é um transtorno mental, mas ela é depressiva, tem síndrome do pânico, tem um monte de coisa junta, diabética, hipertensa, blá, blá, blá, sabe?

Renata: (...) Até perguntei pra doutora agora o quê que é, e ela falou que ele é grave.

Esses relatos nos levam a entender que o grupo busca denominações passíveis de consenso e as utilizam como o produto de suas observações e constatações que se sustentam no decorrer da conversa. Nesse sentido, como aponta Vechi (2003), é produzida uma relação de identidade natural entre essas descrições e o que estaria ocorrendo com os pacientes. Esses termos inscrevem os sujeitos em uma condição fixa de doentes e não com uma possibilidade de adoecer. A doença, dessa forma, se torna constituinte do sujeito.

Os estereótipos da periculosidade e da incapacidade do doente mental são, segundo Barros (1994), o que encobrem ou mesmo impedem que a situação de segregação e sofrimento seja superada mesmo em práticas antimanicomiais. O sentido do desvio e do risco de agressão também foi colocado e vinculado ao adoecimento no relato apresentado:

Carla: E ele tirou o telhado da casa por que ele já estava louco, né? Aí, ele subiu na casa que era dele só que alugou para essa família, e tirou o telhado da casa e tudo e aí caiu uma chuva terrível aqui no bairro e molhou tudo que ela tinha dentro da casa, queimou televisão, queimou ferro de passar roupa, eletrodoméstico dela. (...) Então, foi feito Boletim de Ocorrência, foi feito um monte de coisa, e aí agora a esposa desse senhor que está surtado, ela foi pedir para ela tirar queixa, mas ela disse que não vai tirar, paga o aluguel direitinho, mas aí ele fez isso, né? Então, está gerando uma série de problema (...).

A explicação dada por Carla traz para a conversa sentidos que circulam em nossa sociedade acerca da noção de periculosidade do portador de transtorno mental e de sua inimputabilidade. Esses sentidos permeiam o discurso das ciências, principalmente os da psiquiatria, que socializados, inscrevem novos laços e definem a ordem social (ORNELLAS, 1997). Como consequência, coloca o doente como liberado dos deveres e também dos seus direitos e em contrapartida, o destitui de cidadania.

A questão da inimputabilidade por seus atos no momento de crise dificulta as relações de igualdade entre o portador de transtorno mental e a comunidade. Nesse sentido, a voz da

comunidade é colocada por Carla na expressão “*podia morrer logo*” ao relatar o sentimento de raiva da família vítima dos comportamentos do senhor J.

Os sentidos das narrativas descritas anteriormente podem dificultar a construção de novos sentidos acerca da possibilidade de convívio do portador de transtorno mental na comunidade, pois o uso desses repertórios estabelece a necessidade de dependência e de controle constantes sobre eles. Dessa forma, algumas conversas trazem a internação ou mesmo os mecanismos de contenção doméstica como forma de proteção contra reações exacerbadas que foram denominadas de “*crises*” e “*surtos*” pelo grupo:

Carla: Aí, quando começou o problema ele já vinha, não estava bom, não estava certo da cabeça e a aí se perdeu, aí se perdeu de novo e aí foi quando tirou o telhado da casa da J. E aí foi piorando, piorando, e aí, depois disso, internou a primeira vez no Cairbar.

Outra fala também aparece para explicar as formas de intervenção e cuidado escolhidas em situações se “crise”:

Luciana: Saber a gente sabe o que você faz só que é aquela coisa, você não consegue uma vaga no ato, né, no hospital psiquiátrico.

Ou seja, é a internação psiquiátrica que aparece como resposta de defesa contra as atitudes agressivas que o portador de transtorno mental pode ter para com as pessoas e com o ambiente em que vive. Quando ela não acontece, sentimentos de medo e insegurança geram distanciamento de todos e colocam o portador de transtorno mental como uma pessoa que necessita, antes de mais nada, de contenção e cuidado de especialistas. Segundo Grandesso (2000), essas descrições não são inócuas ou isoladas, mas agregam padrões sociais e valores que podem favorecer ou impedir os modos de vida das pessoas.

Além disso, também foi exposta certa passividade gerada pela lógica do trabalho de demanda espontânea, que apesar de não ser o propósito da Estratégia da Saúde da Família, ficou evidenciada na fala abaixo:

Adriana: (...) eu só tinha visto ele como hipertenso, mas não com o transtorno mental (...).

A fluidez nas conversas possibilitou muitas trocas e um novo sentido ao portador de transtorno mental foi explorado quando uma participante traz em seu relato a descrição de uma paciente que reside na área onde atuam caracterizando-a como “*uma pessoa que sofre*” como descrito no trecho do diálogo que segue:

Lia: Olhar com os olhos da alma, né?

Pesquisadora: Olhar com os olhos da alma?

Lia: Porque assim, às vezes você começa a conversar com uma pessoa assim que tem essas dificuldades, e aí você vai prestando atenção em algumas coisas e vai se comunicando de um jeito que você entende, mas você pensa né: “Poxa, né, que pena! Porque que não tem, né uma assistência, porque que poderia ser normal uma pessoa dessas que você encontra assim, sabe né, na área. Tem uma senhora que eu tenho uma dificuldade de comunicação. Ela não conversa direito, ela...usa só “pó-pó pó-pô pô-pô” e vai fazendo sinais (gesticulando). Você vê que é uma pessoa que sofre, viu, sabe né, você vê que é uma pessoa que sofre aí você pensa “quando a cabeça não obedece o corpo padece, né”! É difícil.

O relato de Lia convidou o grupo a olhar para a pessoa que sofre sem negar sua doença, mas colocou ênfase na pessoa, ofereceu a possibilidade de olhar para uma outra forma possível de existência, de relacionamento e cuidado. Esse relato caminha em direção ao que Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) propõem quando enfatizam que é preciso se apropriar da existência-sofrimento das pessoas em relação ao corpo social.

As conversas sobre quem são e como se comportam os portadores de transtornos mentais se concentraram nos sintomas e diagnósticos num primeiro momento da conversa. As trocas entre os participantes promoveram narrativas sobre contatos, cuidados e

relacionamentos possíveis no decorrer de toda entrevista e foi na voz de Lia que surgiu o convite para “*olharem com os olhos da alma*” e vivenciarem novas formas de contatos e diálogos. Em relação a este sentido, Gonçalves e Sena (2001) colocam que a não negação da doença, mas o reconhecimento dela e da possibilidade de convivência com a diferença sem exclusão, é uma das aspirações da Reforma Psiquiátrica.

O distanciamento e as incertezas dialogadas no início da conversa construíram os sentidos imediatos que caracterizavam o portador de transtorno mental com as roupagens que o saber socializado da medicina e do senso comum o envolve. No entanto, na busca de novos sentidos emerge um novo olhar que possibilita descobrir atributos e significados antes não notados e que favoreceram a construção de sentidos singulares sobre os pacientes e suas histórias.

Sentidos sobre a família do portador de transtorno mental também foram construídos durante todo percurso da conversa. Dessa forma, as narrativas sobre os casos, as histórias tristes e de cuidados remetiam a situações vivenciadas num contexto familiar e os participantes ora se colocavam como identificados com o sofrimento das famílias ora as responsabilizavam pelo descuido e abandono de seus entes portadores de transtornos mentais. Alguns trechos da conversa podem ilustrar a vivência do sofrimento que irrompe com o adoecimento psíquico de um familiar:

Laura: Eu posso uma coisa? Minha filha, ela teve a psicose maníaco-depressiva, aquela transtorno bipolar do humor. Ela apagou assim, foi assim... É duro, porque a gente não sabia cuidar dela naquela situação. Foi muito duro. Ela teve 3 vezes na quarta vez a gente descobriu que ela não tomava os remédios, hoje ela toma carbolitium. Vai tomar até o fim da vida, né, mas ela parou, quatro vezes. Ela fica assim, ela perde a memória, como se fosse um louco mesmo. Ela perde a razão, não sabe quem é, não sabe quem é a gente, não conhece, e a gente tem que trancar tudo, fechar tudo, não dormia de noite, fazia xixi na cama, não [...] arrancava a roupa toda hora, assim, era uma situação muito horrível. A gente ficava pior do que ela. Quando ela se levanta, você tá lá embaixo.

É..., foi assim um baque. A primeira vez a gente precisou internar. Até a gente descobrir que ela [...], aí ela faz exame dia 21 de todo mês, é agora a cada 6 meses, mas é isso daí mesmo. É uma coisa muito triste .

Carla: Eu passei por uma situação. A minha cunhada teve uma depressão muito forte, muito mesmo. Ela chegou em casa assim, desmaiada, queria se suicidar. Morava num apartamento ali no Jardim Imperador, irmã do meu marido. E aí, morava eu e meu marido e não tinha ninguém que pudesse falar assim: “Não, eu vou cuidar”, porque o pai tava muito idoso, a mãe era falecida e não tinha ninguém da família que se disponibilizasse. E aí meu marido falou: “Olha, então a gente vai ter que cuidar senão ela vai morrer”. E aí, eles foram lá, os dois irmãos, né, buscaram ela, tiraram ela de lá desmaiada. Ela ficou muito tempo ruim, ela tinha surto, ela arrancava a roupa, ela subiu no muro e cortou meu fio de telefone. Eu quis internar ela pra ver se melhorava, mas não, não consegui porque meu próprio marido por ser irmão não aceitou essa hipótese. Aí com o tempo a gente foi trabalhando com ela, ela mesmo foi melhorando, né. Eu percebi que eu fiquei muito ruim. Eu fiquei doente, praticamente. Eu fiquei doente aquela época. Ele também ficou. Então eu acho que não adianta só [...] Ah! É um projeto legal? Tudo bem, mas eu acho que é o cuidador, é a família também tem que ser trabalhada, porque a família fica doente, não que fica doente, que fica louco junto, não. Mas fica numa situação, é muito difícil. Porque, quantas vezes eu perdi a paciência?

A voz da família é trazida para o grupo de forma emblemática logo no primeiro momento da conversa com o pedido de Laura para se colocar. O relato foi entrelaçado por repertórios que retratavam os sintomas da doença, os comportamentos de agressividade, descontrole e até mesmo constrangedores. Os sentimentos de confusão e choque foram relatados na voz da “mãe”. Na fluidez das conversas, outro relato pessoal é compartilhado por Carla e mesmo tendo acontecido em momento distinto do anterior, trouxe repertórios muito parecidos com os utilizado por Laura.

Segundo Melman (2001), o adoecimento de um ente da família provoca um grande abalo sobre a mesma e rompe com as formas habituais de lidar com situações do cotidiano, estimula sentimentos de impotência e pode alimentar amarguras. As colocações das

participantes evidenciam que ao falar do cuidado ao portador de transtorno mental grave a família aparece de forma intrínseca.

Os relatos colocados acima, presentificam as experiências familiares com o adoecimento e evidenciam que é preciso cuidar das famílias para que o cuidado seja possível na comunidade. Outro trecho da conversa mantém os sentidos de família:

Márcia: (...) A família assim, você pergunta: “Tá dando medicação”?
Tá levando ... Sabe, parece que é igual ou pior que ela, porque ela ainda tem esse distúrbio e a família que não tem e não cuida?
Lia: Ela fez com que a família ficasse assim, com esses Sentimentos.

Esse sentido circula entre muitos serviços de saúde e entre profissionais que trabalham, inclusive, com saúde mental. O processo de culpabilização implícito no diálogo reflete com nitidez o processo vivenciado por muitas famílias (MELMAN, 2001). A permanência destes sentidos dificulta as mudanças e fecha os diálogos que poderiam favorecê-la. Além disso, dificulta a aproximação e a co-responsabilização pelo cuidado entre comunidade-família-serviços de saúde-gestores. Além disso, a administração da medicação aparece como o único cuidado possível da família.

5.4.2 Condições da equipe para o cuidado – Aprender a conversar.

Nesse momento da análise foram construídos os sentidos que explicitaram a necessidade de estabelecimento do vínculo para o cuidado em saúde mental. A necessidade de aprender a conversar e os sentimentos vivenciados nos contatos de cuidado permearam grande parte da conversa grupal.

A explicitação dos sentimentos vivenciados pelos participantes foi de medo, angústia, impotência e incapacidade frente às tentativas de contato e cuidado dos portadores de transtornos mentais e seus familiares que residem na área de abrangência da equipe. Estes refletiram os sentidos anteriormente construídos acerca da identificação do portador de transtorno mental como desviante e agressivo, aquele que coloca em risco a família, a comunidade e a própria equipe. Os trechos abaixo ilustram os repertórios utilizados pelos participantes quando falavam de seus sentimentos durante as tentativas de aproximação e de cuidados em visitas domiciliares:

Adriana: (...) Foi o primeiro contato, então assim, dava pra ver que ele não tava contatando com a gente, não... Então tentei pegar algumas informações, saber como ele estava tudo, mas ele não, a gente não conseguiu estabelecer um vínculo na visita. Então, conversei com a esposa dele e com a neta, com ele diretamente ele não, não conversava com a gente.

Renata: ele representou que ele estava assim, assim (gesticulou com mão). Olhei para ele via que estava vendo alguma coisa. Tanto que ele fazia assim ó, até esqueci de comentar (gesticula com as mãos). Ele pegava como se tivesse alguém servindo ele. Ele fazia assim, assim, assim rasgava e jogava fora. Vocês perceberam? Fiquei pensando, mas o quê que será?

Carla: Eu percebi!

Renata: Eu fiquei olhando assim e quê que será? Então, ele tinha essa sensação. Faz assim, descasca e joga (gesticula com as mãos). Então eu acho que ele tava tendo como fala? (estala os dedos).

Grupo: Alucinação!

Diante das dificuldades de diálogo durante o encontro com o novo, com novas formas de linguagens e expressões de sentimentos a família é o recurso utilizado para promover tais aproximações. Nesse sentido, há uma ressalva importante a ser feita, pois ao mesmo tempo em que a família pode ser usada como recurso de aproximação e cuidado, pode promover o distanciamento da equipe e do portador de transtorno mental grave. Nesse sentido, Souza (1999) esclarece que as pessoas e toda rede social, mobilizada em torno de casos de problema mental, se ligam exclusivamente à família e não ao indivíduo.

Essa questão pode refletir a idéia de que o portador de transtorno mental é incapaz de se comunicar e estabelecer um diálogo. Nesse sentido, suas falas são desconsideradas por estarem vinculadas a elas as idéias de inteligibilidade, de seus emissores estarem em “outro mundo” e de não compartilharem dos mesmos códigos e signos lingüísticos que habitualmente utilizamos. A esse respeito, a doença mental e a loucura são entendidas como comprometimento ou lesão do intelecto e da vontade conforme critérios admitidos como verdade durante os séculos XVIII e XIX (PESSOTI, 1994).

A permanência destes sentidos pode manter o relacionamento entre os participantes com o portador de transtorno mental de forma frágil e distante. Segundo Souza (2004), o foco do cuidado fica centrado na doença e a distância entre os participantes e o doente inviabilizam a compreensão e invenção de novas formas possíveis de trocas e diálogos. Nesse sentido, no universo social, as relações de trocas afetivas, de bens ou de mensagens são realizadas a partir do valor atribuído previamente para cada sujeito dentro do campo social, para qualquer intercâmbio. Sendo assim, para aquele que recebe o atributo de doente mental enuncia-se a sua negatividade, o que impede qualquer poder de troca no universo social (KINOSHITA, 2001).

No processo de interação grupal, conversas em torno das aproximações e distanciamentos do portador de transtorno mental foram colocados. Os sentimentos relatados foram: medo, impotência, incapacidade, angústia, de não saber, não saber o que fazer, não saber conversar, de não saber lidar em determinadas situações e encontros e cuidados. Segue trecho da conversa grupal onde os participantes descrevem seus sentimentos:

Pesquisadora: Quando vocês fazem esses encontros, esses cuidados, o quê vocês sentem?

Ana: Angústia

Patrícia: Eu acho que é angústia mesmo (...) você não sabe nem como conversar com a pessoa desse jeito. Você não sabe se ele está entendendo, se não está. Ele começava falar de alguma coisa ele muda de assunto, corta no meio a fala, fala de outra. Então é difícil, eu não sei lidar com pessoas desse jeito.

Lia: Eu tenho um sentimento de incapacidade

Patrícia: Incapacidade!

Lia: Não sei o que fazer. É uma coisa muito ruim. No caso do senhor J. quando eu vou para a visita ele pega a cadeira da cozinha começa a empilhar na sala, pega o sofá e começa a mudar de lugar, ele pega isso, ele não pára um minuto. Então muda tudo e a gente vê a angústia da família e não saber o que fazer, não sabe como tratar, não saber [...] Você fica assim de mãos atadas mesmo. É muito ruim, tem um sentimento de incapacidade mesmo.

Ana: Não, é essa sensação que ela falou de incapacidade, de impotência, né? (...) um paciente desse tipo, é um tipo que é difícil a comunicação e a gente precisa dessa comunicação pra orientar, pra construir um saber pra esse paciente, ver o que ele sabe.

Adriana: Tem muita coisa que a gente não sabe realmente, às vezes como você abordar, como você vai chegar, como orientar o paciente. Realmente falta um preparo mesmo. Você se sente incapaz. Eu acho que a gente precisa de preparo.

Márcia: De medo tem hora. Eu tenho uma cliente que ela é, e quando ela surta (...) não sei como vou ser recebida. Se eu vou apanhar porque vou entrar na casa e vou chamar ela pelo nome que ela não quer. Eu nunca sei qual o nome que eu chamo ela.

Débora: Aí você fica perdida lá né? Ai! Eu tenho medo! Tá surtada que nossa!! Fiz estágio no Cairbar, nossa! Me dava até arrepio. Nossa! Pelo amor de Deus! É horrível! Quando tá assim eu nem quero chegar perto.

Lia: AH! Débora! (indignação) Dá a impressão que pra eles nós que somos diferentes. Eles acham que eles estão certos. Então, às vezes a gente tem que entrar na deles pra conseguir alguma coisa.

Com o desfecho da conversa acima, a indignação expressa no tom da fala de Lia trouxe um novo sentido para os sentimentos de medo, de angústia e de pavor relatados por Débora. Dessa forma, fica aberta a possibilidade de escutar e se aproximar do portador de transtorno mental grave sem tantos medos.

Explorando esses sentidos, uma outra participante narra sua dificuldade de aproximação e partilha de um mundo em comum entre ela e o portador de transtorno mental grave. As condições de saúde mental do paciente ao qual se refere aparecem como entidade que interrompe qualquer possibilidade de contato e, além disso, estabelece que paciente e cuidador estejam cada um em seu mundo, distantes, desconectados, cada um falando a sua língua como se fossem dois estrangeiros. Segue a narrativa:

Adriana: Eu acho que o maior problema aqui quando a gente tem que trabalhar o paciente que tem o transtorno mental grave igual o dele, eu acho que é justamente a gente conseguir estabelecer um vínculo. Por que que nem a Renata falou: “Ele fica no mundo dele”, ele tá visualizando outras pessoas e a gente mesmo não consegue entrar no mundo dele e trazer ele para realidade. Então isso é uma dificuldade que tenho às vezes, de lidar com paciente com transtorno grave.

Os sentimentos relatados pelos participantes constroem sentidos sobre as expectativas acerca do que eles compreendem como cuidado. Dessa forma, a aproximação entre participantes e pacientes fica mais atemorizante quando é sentida a incapacidade de trazer o paciente para a realidade. Ou seja, devolver ao paciente sua sanidade mental. Tal sentido tem suas bases nas propostas de muitas intervenções em saúde e que adotam como alvo de cuidado a remissão dos sintomas e a cura. Como em saúde mental isso se coloca como uma tentativa, muitas vezes, sem êxitos, o risco é o abandono do cuidado e o julgamento de que o paciente não responde às terapêuticas propostas.

O temor aparece em muitos trechos da conversa e algumas experiências anteriores dos participantes reforçavam a idéia de perigo e medo. A possibilidade de aproximação de alguns serviços de saúde mental, como o hospital psiquiátrico relatado por uma participante, não propiciou a mudança de olhar sobre o portador de transtorno mental grave.

5.4.3 Condições da equipe para o cuidado – Resolver é satisfatório

Durante o processo de construção de sentidos sobre este tema, algumas possibilidades de transformar as dificuldades foram sendo negociadas. Segundo Raser e Japur (2005), na dinâmica conversacional acontecem discordâncias e essas convidam outras explicações e podem favorecer a construção de novos sentidos. Após muitas falas de desabafo, surgiram

outras que trouxeram para o processo grupal a necessidade de ajuda para que a equipe pudesse aprender a lidar e a conversar. Para tanto, as falas sobre ausência de uma equipe de apoio e de ajuda ficaram marcantes em muitos diálogos.

Ana: Você se sente incapaz. Eu acho que a gente precisa de preparo (...). Eu acho que começa por aí, né, nessa falta de preparo que a gente tem. Também eu acho que alguma coisa assim [...] depois disso a gente poderia até desenvolver algumas atividades com essa população com esse pessoal, mas a gente não sabe nem por onde começar.

Renata: A sensação é essa, quando a gente sente que faz um pouquinho, nossa! Aparece tudo aquilo que você trabalhou o dia todo. Se você sente que você ajudou um pouquinho ou que saiu, você ajudou a família, parece que o cansaço passa a gente passa e a gente vai embora feliz, mas não é assim que acontece, né. Cada dez caso um acontece assim. Na maioria das vezes que nem elas falaram a gente se sente impotente, a gente quase não resolve nada e aí até eu vou embora o dobro de cansada.

Débora: você tem até a sensação de tudo que você fez certo deu errado naquele dia.

Renata: Isso!!! Isso, aí você pega o carro pra ir embora vai pensando, entendeu? Então, além de tudo isso que falaram eu às vezes eu sinto até uma carga assim, um negócio, se sente também incompetente sabe? Não sei me comunicar, mas acho que é isso. No mais é gostoso, até para nós faz bem (risos).

As falas mostram a necessidade e o desejo de aprender a resolver os problemas vivenciados no cotidiano do trabalho. A partir dessas reflexões, algumas das necessidades da equipe são evidenciadas como falta de apoio, de capacitação, de treinamento e de escuta desses sentimentos. Até mesmo a sensação de não estar sendo compreendida ou de não estar conseguindo dizer o que sente marca a intensidade afetiva desse relato e também indica que a forma de lidar com os próprios sentimentos pode ser a ferramenta facilitadora ou obstrutora do cuidado (VIETTA; KODATO, 2001).

A esse respeito, a tarefa do cuidado é narrada de forma ambivalente. Ora aparece como negativa, permeada por sentimentos de que não conseguem resolver nada, ora como positiva, no sentido de caminhar em busca de novas experiências e de novos sentidos visando

encontrar maneiras satisfatórias de ajudar os pacientes e de também oferecer conforto a si próprio e à própria equipe. Há entre os participantes a negociação de alternativas possíveis para transformar e criar possibilidades de cuidado.

Definir e explicar a aflição desencadeada pela experiência de enfermidade, dotá-la de sentido, envolve atos de interpretação que se desenrola em um mundo compartilhado com outros. Ou seja, estes “outros” são compostos de uma pluralidade de vozes com quem se dialoga, negocia, debate a fim de produzir definições, conceitos e também formas de manejar a doença. (SOUZA, 1999).

Com relação a isso, sentidos sobre a necessidade de cuidado da própria equipe também despontam em muitas conversas. O contato com o adoecimento psíquico gera a necessidade de conhecer, identificar e aprender a cuidar. É interessante notar que nesse momento da conversa sentidos sobre a humanização do cuidado aparecem como uma necessidade dos participantes. Para que a humanização do cuidado ao portador de transtorno mental aconteça é preciso que os cuidadores também sejam humanizados. Nesse sentido, sem espaço para falar de si, as dificuldades pessoais, as peculiaridades de cada trabalhador são usadas muitas vezes como justificativa para o não cuidado. Segue abaixo trecho de uma conversa que retrata o exposto:

Renata: Mas você sabe que nós, principalmente nós as mulheres a gente tem alguns dias, eu acho que todo mundo passa por isso hoje, né? Alguns dias ruins que a gente trabalha meio mal com a gente, nosso raciocínio fica mais baixo e a gente também tem um pouco daquela TPM. Não deixa de ser, né? (risos) Então tem aqueles dias que você não consegue raciocinar, você tá ansiosa, você tá com dor nas pernas, então eu acho que a saúde da gente também ali e, e a gente [...] mesmo não consegue se controlar.

(Risos do grupo). Então pra nós às vezes com a gente mesmo, fica mais difícil trabalhar.

Lia: Porque a gente é ser humano.

Renata: É, a gente é ser humano também.

Diante dos sentimentos expostos, dentre outros anteriormente relatados, as incertezas, os medos e as sensações de impotência não denotam desejo de se colocarem como irresponsáveis pelo cuidado do portador de transtorno mental na unidade de saúde da família, mas ao contrário, são construídos sentidos sobre o desejo de aprender a cuidar e o desejo de serem cuidados.

Além disso, os participantes conversam sobre o suporte necessário para que os cuidados sejam promovidos. Para tanto, definem que um profissional ou equipe especializada em saúde mental possa oferecer informações, orientações de construções de novos saberes para que uma intervenção tenha sucesso.

Adriana: Eu acho assim, que o paciente ele pode ser cuidado na unidade, mas com tanto que a gente tenha um preparo melhor uma capacitação em saúde mental, né. A Ana falou que a gente não tem esse treinamento, nada. Talvez a gente em muitos casos não saber abordar em alguns aspectos, a gente consegue em alguns casos mas em outros não. Se a gente tivesse uma capacitação melhor, eles podem sim serem acompanhados pela equipe de saúde, não precisa ser necessariamente ser encaminhado lá pra saúde mental.

Pesquisadora: Alguém mais gostaria de falar?

Luciana: Aí a gente precisaria da equipe matricial aí pra nos capacitar, nos acompanhar.

Com relação ao suporte desejado e necessário, o Apoio Matricial, relatado pela participante, é um dispositivo legal proposto pelo Ministério da Saúde a fim de oferecer o suporte necessário para que a integralidade e a resolutividade na Atenção Básica seja alcançada (BRASIL, 2006). No município onde se situa esta equipe de saúde da família não foi implantado o Apoio Matricial de saúde mental.

Os sentidos sobre o desejo de cuidar, mas “não saber por onde começar” também foi construído pelo grupo e algumas experiências de capacitação foram relatadas como um recurso facilitador do cuidado, porém nenhuma mudança nas estratégias de cuidado foi colocada em prática. Nesse sentido, para que a ampliação e a inclusão do cuidado aos

portadores de transtornos mentais graves seja possível na comunidade, a equipe de saúde da família também necessita de muitos investimentos e vínculos com novos atores e novos saberes para que possam reconstruir não somente as ações de cuidado em saúde mental, mas sim todas as suas ações de saúde.

5.4.4 Condições da equipe para o cuidado – A equipe que “sente que precisa e pode, mas não dá”.

Dentro dessa temática, foram inseridos repertórios interpretativos, cujo sentido de uso explicitam as dificuldades enfrentadas pelos participantes quando se remetem à oferta de cuidados em saúde mental na unidade de saúde da família. Muitas vezes os participantes relataram que restringem suas ações aos indivíduos, não utilizam os recursos da comunidade, não exploraram outras tecnologias de cuidado como grupos de apoio, de orientações, de atividades coletivas e sociais. Sendo assim, há uma impossibilidade de construção de novas abordagens de promoção e recuperação da saúde mental.

A seguir, um trecho da conversa que reafirma o sentido da passividade sentido pela equipe do programa será exposto, no entanto, com algumas tentativas de questionamento e a possibilidade de negociação e construção de novos sentidos uma vez que o questionamento sobre o que estão fazendo aparece como uma auto-crítica reflexiva:

Pesquisadora: Como que vocês sentem a participação de vocês nesses cuidados diários aí da saúde mental?

Lia: Tudo devagar, devagar quase parando, né!

Luciana: Não, a gente consegue dar mesmo uma atenção quando eles vêm aqui na unidade ou quando a família solicita uma visita. Agora, você ir atrás pra você fazer só isso, você não consegue dar conta disso, né, porque tem outros “n” casos de outros problemas para você

resolver tanto dentro da unidade quanto extra-muros, então cê não consegue às vezes, você fala: “Não, eu vou ficar em cima, eu vou lá ajudar, vou dá um respaldo maior pra essa família ou pra esse paciente, doente, cliente”, sei lá né. Você acaba ficando realmente (...) é (...) às vezes assim, até se sentindo (...) como eu posso falar? (...) Não é impotente. É assim, sem tempo mesmo, sem condição de você talvez ajudar um pouco mais, dedicar um pouco mais do seu tempo, ou conseguir dividir o seu tempo para você atender a essas pessoas ou a essas questões, ou a todos os outros, né. Você acaba ficando muito preso aqui dentro da unidade, né, a gente sente muito isso, às vezes você não consegue realizar outras atividades em função de você ficar só ali atendendo, atendendo, atendendo (...). Isso não é só o médico, mas é o dentista, é a enfermeira, é o técnico de enfermagem, a gente sente que a gente precisa fazer outras coisas fora esse atendimento mesmo e você, e a gente não tá conseguindo, ou não tá tentando pra conseguir (risos).

Renata: A gente sente que precisa e pode, mas não dá.

Ana: É a organização do trabalho é que tá precisando né? Que se está colocando.

Aqui é pontuada a necessidade que a equipe tem de realizar mudanças na organização do trabalho e explorar outras tecnologias de cuidado. A participante relata sua impotência, justificando que os recursos da organização do trabalho de toda equipe são insuficientes para este fim. Nesse sentido, o não uso de novos equipamentos e recursos de saúde mental como oficinas e grupos e até mesmo uma ausência de articulação intersetorial não contribui para a redução de reinternações (AMARAL, 2000) ou mesmo para a inclusão do cuidado numa nova lógica. Ou seja, a atenção à saúde deve ser pautada nas necessidades das pessoas e não no que a instituição de saúde oferece.

Para a equipe, a atitude de ouvir o outro, de estar mais próximo perde prioridade diante das exigências da grande demanda na unidade de saúde. Por outro lado, quando não são oferecidos outros recursos, a única forma de se obter o atendimento é o paciente se dirigir à unidade de saúde. Dessa forma, um círculo se fecha e obstrui as intervenções extra-muros.

Com relação à identificação de recursos possíveis para o cuidado em saúde mental, a pesquisadora convidou o grupo a olhar para os recursos que estavam disponíveis e àqueles

que não estavam disponíveis e o relato foi iniciado por aquilo que a equipe não tem, ou seja, pela identificação da falta de apoio de uma equipe de saúde mental.

Os trechos abaixo ilustram o fluxo da conversa e o processo de construção de sentidos sobre os recursos que possuíam na medida em que alguns deles ganharam visibilidade no processo conversacional, como visitas domiciliares, cuidados clínicos, organização, controle da medicação e orientação aos familiares e encaminhamentos para os serviços de saúde mental especializados.

Pesquisadora: Na unidade de saúde da família, qual é, quais são, ou qual é o recurso que vocês sentem que têm pra lidar com essas questões da saúde mental, esses transtornos mentais graves no dia-a-dia e quais são os recursos que vocês não têm?

Ana: A Adriana já falou o que nós não temos a gente não tem capacitação, isso eu acho que é um recurso.

Adriana: O recurso é a referência, né, também.

Ana: Isso a gente tem!

Adriana: Qualquer coisa você encaminha, tudo (...)

Ana: mas já não é nosso, a gente (...) Já não é uma abordagem nossa (...).

Adriana: Não, é do serviço (...).

Ana: O paciente foge da gente desse jeito, não é? Ele vai pra outra pessoa, não é você que ta (...)

Vocês concordam com a Ana? Usando a referência o paciente foge?

Ana: Não é que ele foge. Foge das nossas mãos, assim, a gente perde o controle.

Adriana: É por isso que a gente pede sempre a contra-referência né. Tentar uma consulta e aí “você volta aqui pra gente saber o que foi passado, pra gente manter seu acompanhamento, né” (....) A gente refere pra outro serviço e a gente pede pra voltar, então a gente também precisa saber o que você ta tomando agora, fazendo a terapia no caso (...). Eu acho que uma grande reclamação que a gente ouve, hoje mesmo eu tive, foi a questão da demora pra fazer o agendamento né. Aí no caso a pessoa acaba desistindo, fala: “Ah, não! Me chamaram pra (...) três meses depois, agora não quero mais. Às vezes a gente pensa que é disponível, mas não é da forma que poderia ser, né, então às vezes o serviço precisa (...) tá avaliando, né.

Na fala acima aparece um dilema sobre o funcionamento da rede serviços da rede de saúde do município, incluindo o de saúde mental. A esse respeito, fica implícita a discussão

sobre o conceito de resolutividade da equipe de saúde da família na fala que questiona se o encaminhamento é uma ação de cuidado ou uma forma de abandono.

Além disso, aparece o questionamento sobre as precariedades da comunicação entre os serviços e a dificuldade de conseguirem respostas mais rápidas para o cuidado ambulatorial em saúde mental. Nesse momento a fala é endereçada à pesquisadora. Como foi dito anteriormente, a mesma atua como coordenadora do CAPS e na situação grupal representava o profissional da saúde mental do qual se referiam como sendo aquele que falta para auxiliar a equipe a resolver alguns problemas em relação ao cuidado em saúde mental.

Além disso, a participante convidou a pesquisadora a olhar para as dificuldades de cuidado que também acontecem nos serviços de saúde mental do qual faz parte. De certa forma, estas dificuldades se refletem no cotidiano da equipe de saúde da família, pois se um paciente foi encaminhado e não foi atendido no serviço especializado, ficará sem cuidado na unidade de saúde da família.

Com relação aos recursos de referência e contra-referência descritos pelos participantes, estes são facilitadores da ordenação e encaminhamento dos usuários de forma que estes possam ser atendidos nos diferentes níveis de complexidade de assistência no sistema de saúde. Com relação a esses recursos Tanaka e Lauridsen-Ribeiro, (2006) colocam que na Atenção Básica, os profissionais podem desempenhar dois papéis distintos: a escuta cuidadosa das queixas que possibilita uma intervenção local ou o encaminhamento para serviços especializados em saúde mental, os quais podem oferecer terapêuticas específicas.

A disponibilidade, aptidão e habilidade para reconhecerem e lidarem com as questões de saúde mental contribui para que os encaminhamentos para fora da unidade de saúde sejam realizados somente depois de experimentadas ações locais. No entanto, no decorrer da conversa ficaram explícitas as dificuldades para trabalharem as questões de saúde mental. Nesse sentido, a passividade e a sobrecarga de trabalho, assim como a escolha por

intervenções ainda pautadas no modelo biomédico, dificultam a superação dessas dificuldades.

As conversas caminharam em direção da compreensão e invenção de estratégias de inclusão do cuidado em saúde mental na unidade de saúde. Nesse sentido, limites e possibilidades de ação foram trazidos para a conversa. Algumas ações e programas propostos pelo Ministério da Saúde para redução dos contingentes manicomiais e inclusão do cuidado em saúde mental na proposta da desinstitucionalização foram lembrados e em alguns momentos, criticados. Os trechos a seguir são exemplos de como os participantes vivenciam os reflexos de tais ações e programas:

Lia: Nesse caso, acho que a mãe dele assinou aquele termo “De Volta pra casa”.

Ana: É o projeto

Lia: Então, a família assinou, ficou incumbida de cuidar. Ela recebe uma ajuda do ministério da Saúde (...) como chama? Uma ajuda financeira, mas não adianta nada.

Ana: E aí fala, “De volta pra casa” e dá o dinheiro. (...) Eu acho que o subsídio tem que ser outro. Eu acho que essa família pode ser trabalhada. A gente até pode fazer isso, mas a gente também precisa ser trabalhada pra poder interferir no social. Porque a proposta do PSF é essa. É a abordagem integral, de uma forma integral, não só no aspecto das especialidades, mas das intersetorialidades também. Então, o que está em discussão tá nisso aí, mas pra isso a gente precisa ser trabalhado.

Renata: Mas eles estão começando a se preocupar. Que nem, a gente foi num curso um tempo atrás de Mal de Alzheimer e eles falaram muito no curso sobre a preocupação que eles estão com o cuidador e não deixa de ser a gente e em primeiro lugar a família, né?

O Programa de Volta Pra Casa foi criticado e foram construídos sentidos de insuficiência ao programa e ao subsídio financeiro como única garantia de cuidado ao portador de transtorno mental na família. A conversa em torno de tal programa surgiu no grupo após uma participante relatar situações de abandono e de dificuldade de cuidado de um morador da área. Dessa forma, a necessidade de “outros subsídios” foi colocada e o cuidado da família foi apontado como condição para inclusão do cuidado na comunidade. A

possibilidade de cuidado à família ficou condicionada ao cuidado e capacitação da equipe da saúde da família.

Dessa forma, sentidos sobre a necessidade de cuidado à equipe reapareceram na conversa grupal e as vozes das políticas públicas de saúde e de algumas diretrizes do PSF foram presentificadas no diálogo. Além disso, a participação em cursos de capacitação foi colocada como recurso de cuidado à equipe. Segue trecho da conversa:

Ana: Eu li alguma coisa. [...] Mas tem um programa de [...] em que são feitos [...] essas pessoas que organizam, né e que são trabalhadas, várias atividades são dadas a essas pessoas de todas as formas, eles tem inclusive apoio, não sei se é CAPS lá ou se é outro nome, não sei se é esse nome, tem todo tipo de apoio, inclusive a parte social também. [...] eu acho que isso direciona muito alguma coisa, quer dizer, essas pessoas elas, de alguma forma elas vão ser valorizada porque [...] Aquele artesanato, por exemplo, isso é só uma coisa, têm várias coisas. Mas o artesanato que é uma coisa que eles fazem, isso daí é colocado para a comunidade para ser vendido em feiras, um monte de coisas e com isso aquela pessoa está sendo valorizada, não é só o trabalho, ela está sendo valorizada! Porque o trabalho dela estava sendo colocado e ela tá tendo um resultado: “Eu significo alguma coisa, significa alguma coisa”, né? É muito interessante isso daí [...] Por isso que a gente precisa de apoio.

Lia: Eu fiz estágio no Cairbar eu fazia o acompanhamento dos trabalhos deles em tecido, em pintura, em artesanatos, em papéis, é [...] reciclagem de papéis.

Ana: Ai que legal! Eu acho que isso, por exemplo, tinha que ter um trabalho com a comunidade.

Lia: É!

No decorrer da conversa, aprendizagens construídas a partir de leituras e visitas a outras instituições de saúde foram evidenciadas. Nesse momento, alguns participantes relataram suas expectativas promovidas pelo encontro com outras realidades e a partir delas algumas possibilidades de cuidado em saúde mental foram reconhecidas e desejadas e um novo sentido de cuidado foi colocado.

Além disso, o relato das experiências vivenciadas como positivas trouxe para próximo do grupo o reconhecimento de potencialidades da equipe para o cuidado em saúde mental na

Atenção Básica e sentidos sobre a questão a mudança social da condição de doentes também fora levantada. Ou seja, não se trata mais de oferecer somente cuidados como administração de medicamentos, consultas médicas, mas o reconhecimento do uso de novas tecnologias de cuidado apareceu. Sentidos de que sentir que “eu significo alguma coisa” condiz com o que Kinoshita (2001) denomina de reabilitação psicossocial.

Para o autor, no universo social, as relações de troca sejam elas de bens, de mensagens ou de afetos, são realizadas a partir de um valor atribuído previamente para cada indivíduo dentro do campo social, para que qualquer intercâmbio possa ocorrer. Sendo assim, reabilitar é reconstruir valores e aumentar o valor contratual do doente mental, “é também oferecer condições para que o paciente possa de alguma maneira, participar do processo de trocas sociais” (KINOSHITA, 2001 p. 56).

No entanto, a inclusão da reabilitação como forma de cuidado é relatada como condicionada ao apoio de uma equipe especializada. Além disso, o fluxo da conversa ganha complementos que ora evidenciam sentidos de capacidade ora de incapacidades para organização do trabalho numa nova lógica de cuidado. Além disso, sentidos sobre a dificuldade em exercer o trabalho de “*escuta ampliada*” também são descritos. O trecho abaixo ilustra o processo de negociação desses sentidos:

Ana: Eu acho que um instrumento muito legal que a gente tem aqui é o acolhimento, né? A partir do momento que você dá atenção pro paciente, ter uma escuta ampliada desse paciente. Aqui acho que o que todos nós temos é que todo mundo acolhe o paciente, não é só o acolhimento médico, mas o acolhimento do agente de saúde, da ACS, na própria casa do paciente, isso são recursos que a gente tem aqui. São recursos de acolhimento e de abordagem.

Adriana: De escuta.

Ana: é!

Adriana: falta tempo, assim, de abordar do jeito que você quer, ter o tempo de conversa e às vezes, você vê que aquela pessoa não tá bem, mas você não tem tempo de tá orientando sobre o que levou ela aquilo, porque já tem outro esperando, então eu vou gastar um tempo, fica complicado.

Luciana: É barra! (Silêncio grande)

No trecho acima, fica evidente a complexidade do cuidado na Atenção Básica, seja pela necessidade de não somente olhar um sintoma de forma isolada, mas entender o sujeito ouvindo-o; negociar as terapêuticas e oferecer recursos diversificados de cuidado. Para Cunha (2005) a superação dessas dificuldades passa pela aquisição e compreensão de ferramentas estranhas às pressupostas pelo modelo biomédico de cuidado ainda utilizado na Atenção Básica. No entanto, a superação desse paradigma de cuidado exige articulação de toda rede de saúde, numa mudança na concepção de trabalho pelos gestores, profissionais, pacientes, famílias e pela sociedade como um todo.

Ainda, é possível considerar, nesse fragmento de conversa, que as dificuldades de cuidar do portador de transtorno mental grave na Atenção Básica, não se tratam de falta de vontade, mas das condições de organização do trabalho e de sensações de que não há espaço para o diálogo, para a construção conjunta de um projeto singular de cuidado.

Essa questão merece destaque, pois se nas falas dos participantes o excesso de trabalho e o volume da demanda dificulta o trabalho resolutivo, isso pode significar o retorno do paciente muitas outras vezes na unidade de saúde para novamente pedir ajuda para seu problema não resolvido. Ou seja, o desconhecimento ou mesmo o não uso de outras tecnologias de cuidado faz com que o profissional fique longe das questões de saúde mental e desconsidere as queixas implícitas que geram novas buscas pela unidade de saúde a fim de resolver os velhos problemas.

Outro trecho da conversa ilustra a mobilização dos participantes em torno do sentido da incapacidade. Em muitos momentos esses sentidos paralisam novas possibilidades e os participantes pensam em estratégias muito centradas no espaço físico da unidade. Esta forma de conversa estagna os diálogos dificultam as mudanças. Segue o trecho:

Pesquisadora: No que vocês se sentiriam aptos, né. Em condições de fazer? A Ana falou do acolhimento que já é feito. Alguma outra coisa que vocês acham que seria legal fazer? Vocês já pensaram nas possibilidades e nos motivos do que não deu certo?

Adriana: É, a gente falou do espaço, né, que nem, às vezes chega uma pessoa aqui pro acolhimento e não tem uma sala pra conversar com ela, não precisa nem ser com a médica, é com as meninas, com o pessoal, com as auxiliares, com a enfermeira, com as ACS, muitas vezes você não tem espaço pra você chamar aquela pessoa numa sala e falar “vem cá, vamos conversar aqui? Por que você tá com essa angústia? o que aconteceu? Então, às vezes, poderia ser melhorado... a gente ia propor uma sala pra isso.

Luciana: ou mesmo se a gente quisesse pra gente desenvolver um trabalho artesanal, um grupo, né, uma terapia aí. Você não tem também espaço físico pra isso.

Adriana: É que nem a gente viu naquele curso de saúde do idoso (...) é muito bacana que é pra cuidar do lado do cuidador. Então, se você assistiu aquilo lá fica maravilhado. Nossa, eu quero colocar isso na minha realidade, isso dá resultado, só que aí, a hora que você cai na real, então tá, mas aí você fazer isso aí aonde? Não tem...

Ana: Não tem aqui pra nós, a gente não tem nem espaço pra nós...

A dificuldade com a restrição do espaço físico relatada em alguns momentos da conversa traz consigo a idéia de que as ações de saúde devem ser realizadas centradas na unidade de saúde. Ou seja, todo espaço comunitário não é valorizado como espaço possível de cuidado e segundo Souza (2004), o sentido de que é preciso oferecer cuidados aos portadores de transtornos mentais dentro da unidade de saúde pode refletir um modelo de cuidado refletido do modelo manicomial.

Apesar do tom dos diálogos estarem marcados pelo pessimismo, no decorrer da conversa o sentido de que “há algo mais que eu posso fazer” emergiu na voz de Ana como uma forma diferente de problematizar as dificuldades e buscar recursos possíveis para a superação das mesmas. Há um esforço compartilhado, mesmo que não consensual, de busca de novas alternativas de cuidado. O trecho abaixo é ilustrativo:

Ana: eu fico me perguntando... a gente precisa melhorar, é bom ter essa troca, não sei se a gente pode melhorar mais do que já tá.(...) Hoje eu já discuti uns casos com a Laura, aí ela vem (...) eu acho gostoso isso (risos)entre nós. Aí a gente vem com gosto apesar da

gente serter uma autonomia, mas a gente tem esse movimento entre nós, eu acho assim....a por exemplo, com a paciente “Olha, paciente tá assim, assim,...tá relaxada com a higiene, aí ela vai lá, troca umas idéias,faz uma orientação sobre saúde bucal, entendeu? Então esse movimento que eu fico pensando: “Será que não precisa melhorar mais? Será que...? Que mais eu posso fazer? Eu acho que é isso que precisa com o paciente de saúde mental também, né? Não sei... Da minha parte, assim, eu acho que eu poderia fazer mais (...) é que nem ela falou, a gente fica na unidade, acaba ficando.... Eu acho que a gente tá engessado, aquele movimento vamos pegar um dia e aí não tem jeito: vamos fazer umas visitas e aí... Saúde mental também!

Explorando a fala acima, a participante trouxe para perto o desejo de começar a fazer algo diferente e valorizar ações e possibilidades de mudança a partir da exploração e ampliação dos recursos que estão potencialmente contidos na equipe. Apesar de restrita, a visita domiciliar alude ao fato de que as ações em saúde mental devem ocorrer fora dos espaços físicos da unidade de saúde.

Com relação ao cuidado ao portador de transtorno mental na Atenção Básica há desafios a serem transpostos que vão além do olhar sobre o cuidado à saúde, mas apontam para uma mudança na forma de olhar e se relacionar com aquele que ficou durante tanto tempo excluído do convívio e foi destituído de sua condição de sujeito e de cidadão.

Na finalização da entrevista algumas falas trouxeram para próximo do possível a sinalização de que a proximidade com o tema da doença mental, a possibilidade de escuta e o compartilhamento dos sentimentos favoreceram novos sentidos sobre as possibilidades de inclusão do cuidado ao portador de transtorno mental na Atenção Básica. Segue abaixo um trecho da conversa de fechamento da atividade proposta pela pesquisadora:

Ana: Eu gostaria de tá fazendo uma avaliação que a gente faz no curso. Eu acho que não sei, a gente se coloca.... a gente se abre e se coloca a novos conhecimentos. Quando gente vive a nossa dificuldade né, a gente tem alguém, porque são casos, né... até porque você falou que a gente não sabe tudo e sempre falta alguma coisa. Às vezes eu tenho uma dificuldade até por eu não saber tudo, né. Então eu acho que colocando a gente vai encontrando as respostas. Eu acho

que a gente podia fazer sempre isso (risos) (...) De repente a gente pode até solucionar muita coisa com a equipe.

Pesquisadora: Alguém mais gostaria de falar?

Luciana: Eu também acho o que a Ana falou, falou dessa coisa do trabalho em equipe, dessa troca de experiência, né, de vivência, né. Isso, nossa! É sempre válido. A gente, às vezes ouve uma porção de coisas que você jamais tinha pensado, ou alguma coisa que serve pro seu dia-a-dia ou que vai servir mais pra frente (...). Isso é sempre importante pra um trabalho em grupo, pra um trabalho em equipe pra você ter um desenvolvimento disso, a conversa, a troca é fundamental.

Ana: Eu me sinto sempre respaldada com esse trabalho de equipe. Hoje eu me senti muito bem aqui

(Risos do Grupo). Eu tava pensando em um monte de coisa, eu tava com dificuldade com um paciente que teve pressão alta dentro do consultório, então quer dizer ...trabalhar assim é ótimo né! É o que eu quero na vida (risos).

Vale destacar que durante a realização do grupo a pesquisadora participou do processo em busca de construir um novo lugar para si e para a equipe. Para tanto, não ocupou o lugar de um *expert* em saúde mental ou mesmo no uso de técnicas de intervenção em saúde mental, mas sim participou como um instigador e facilitador da construção de realidades alternativas (GRANDESSO, 2000). Desse modo, o fechamento do grupo produziu sentidos de que as possibilidades de construção de novos sentidos e de novas práticas em saúde mental estão abertas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes de mais nada é oportuno dizer que se compreende uma pesquisa acadêmica como um longo e inacabado processo de aprendizagem no sentido que sua finalização suscita uma série de indagações e favorece a abertura de novos questionamentos e inquietações.

É inevitável que ao chegar a este momento a memória não resgate como foi o início deste trabalho. Foram momentos intensos de interações e conflitos. No entanto, para o construcionismo social não há interação sem conflito e este, por sua vez é que gera o impulso para as buscas de novos sentidos, para novas possibilidades e mudanças.

Durante todo percurso deste trabalho a pesquisadora assumiu a condição de co-participação nesta “construção”, pois desde a escolha do tema deste até a sua finalização a participação conjunta da pesquisadora com outros pesquisadores, participantes, trabalhadores dos serviços de saúde e autores auxiliou os desdobramentos que aqui se apresentam. Quanto mais relacionamentos e interações, mais imersões nas diferentes vozes, e a partir desse movimento são possíveis ampliações e transformações.

Dessa forma, este trabalho pode ser o convite para a construção de outras relações e de outros sentidos, pois construir sentidos é construir realidades sustentadas em práticas diárias. A respeito da trajetória percorrida durante este trabalho serão apresentados seus resultados e questões que surgiram e que foram possíveis de ser vislumbradas a partir de seu desdobramento.

O objetivo proposto nesta pesquisa foi o de conhecer e compreender como os sentidos sobre o cuidado ao portador de transtorno mental grave na Atenção Básica são construídos por uma equipe de saúde da família.

Os encontros e as conversas com os membros desta equipe propiciaram diálogos que construíram sentidos acerca do portador de transtorno mental grave e do cuidado dirigido a ele na Atenção Básica. Tais conversas foram analisadas a partir de quatro temas: O Portador de Transtorno Mental Grave – “Aquele que arrancou o telhado da casa”; Condições da equipe para o cuidado – Aprender a Conversar; Condições para o cuidado - Resolver é Satisfatório; Condições da equipe para o cuidado – A equipe que “sente que precisa e pode, mas não dá”.

No tema O Portador de Transtorno Mental Grave – “Aquele que arrancou o telhado da casa” – foram construídos enunciados permeados de noções de anormalidade, desvio e agressividade em relação ao portador de transtorno mental grave. Essas formas de descrições evidenciam que há permanências de estereótipos que fixam a doença mental como constituinte do sujeito e não como possibilidade de adoecimento. Dessa forma, fica presente o risco de que o discurso da psiquiatria tradicional se reedite nas novas relações que são favorecidas pelo processo de desinstitucionalização.

Esses estereótipos geram distanciamento e impedem que as situações de segregação e exclusão sejam transpostas. Além disso, mecanismos de controle e contenção como a internação apareceram como único recurso possível de cuidado enquanto as descrições permaneceram assim fixadas. No entanto, a fluidez das conversas possibilitou um novo olhar ao portador de transtorno mental grave e novas formas de contato puderam ser repensadas. O olhar sobre a pessoa e não mais sobre o doente favoreceu a descoberta de atributos antes não visualizados por todos os participantes. Novos conceitos e olhares constroem outros modos de entendimento sobre a loucura; conseqüentemente, podem promover práticas diferenciadas.

Em contrapartida, os sentidos construídos sobre o sofrimento vivenciado pelas famílias decorrentes do adoecimento de um membro podem dificultar a inclusão do cuidado ao portador de transtorno mental na comunidade e conseqüentemente, pela equipe de saúde da família. Dessa forma, o processo interativo produziu sentidos ambivalentes entre os

participantes e isso dificulta a aproximação e a co-responsabilização do cuidado por todos os atores sociais envolvidos no processo de desinstitucionalização proposto pela Reforma Psiquiátrica (família, comunidade e gestores).

Com relação ao tema Condições da equipe para o cuidado: Aprender a Conversar – a valorização de novas formas de diálogo foi evidenciada que a dificuldade de conversar e estabelecer um vínculo distancia os participantes da construção de diálogos com os portadores de transtornos mentais. Na perspectiva construcionista, sem diálogo a troca, o cuidado e a construção de mudanças ficam comprometidas (SOUZA, 2004).

Além disso, a dificuldade de conversar e estabelecer contatos surgiu como um impedimento para que o vínculo se efetivasse. Nesse momento, a família apareceu como um recurso que pode aproximar ou um escudo que pode proteger a equipe de angústias, porém não favorece o vínculo necessário e reconhecido para o cuidado. A permanência destes sentidos pode manter o relacionamento entre os participantes com o portador de transtorno mental permeado pelo estereótipo da inteligibilidade e conseqüente distanciamento.

A manutenção desses sentidos pode despertar sentimentos de medo e angústia, assim como de incapacidade para o cuidado. Ainda sobre as condições para o cuidado, no tema “Resolver é Satisfatório” a ausência de uma equipe de apoio esteve presente em muitos momentos da conversa. Os participantes falaram da necessidade de suporte no sentido de caminhar em busca de maneiras satisfatórias de ajudar os pacientes e de também oferecer conforto a si próprio e à própria equipe. Nesse momento também foram construídos sentidos sobre a humanização do cuidado e os participantes construíram sentidos de que resolver as dificuldades e promover o cuidado é algo que gera muita satisfação.

Ou seja, a ausência de apoio dificulta o cuidado diário, que acaba gerando sentimentos de impotência e conseqüentemente sofrimento daqueles que se dirigem para as tentativas de cuidado.

No tema Condições da equipe para o cuidado, a equipe que “sente que precisa e pode, mas não dá” as ações da ESF foram descritas como passivas, os recursos da comunidade não são reconhecidos e por isso não utilizados. Sendo assim, a construção de novas abordagens de promoção e recuperação da saúde mental fica impossibilitada e as ações de saúde respondem às possibilidades do serviço e não às necessidades das pessoas. Isso fica evidenciado em algumas falas sobre o engessamento do processo de trabalho da equipe, que, presa a uma agenda fixa e repleta, não consegue criar novos espaços para a construção de novas práticas.

A análise desse tema possibilitou identificar também o uso de repertórios que paralisam as mudanças uma vez que as dificuldades cotidianas foram colocadas como impossíveis de ser transpostas em virtude das condições do espaço físico, grande demanda e volume de atendimentos, além da falta de tempo. Além disso, as abordagens de escolha refletem o paradigma biomédico de cuidado, hegemônico nos serviços de saúde e que busca ser superado pela ESF na perspectiva da Atenção Básica e pela proposta da Reforma Psiquiátrica.

Outras formas de cuidado apareceram permeadas por discursos da falta e da dificuldade e as ações aparecem medico-centradas. Os recursos escolhidos para o cuidado em saúde mental são: visitas domiciliares, cuidados clínicos, organização, controle da medicação e encaminhamentos para os serviços de saúde mental especializados.

Dessa forma, ao mesmo tempo em que os participantes reconhecem que os portadores de transtornos mentais e suas famílias necessitam ser cuidados pela ESF, por outro, não reconhecem a si próprios como recursos de cuidados.

Além disso, foram construídos sentidos sobre os recursos que a equipe reconhece como novos e diferenciados: acolhimento, escuta ampliada, reorganização do trabalho e a criação de espaços de trocas educação em saúde. No entanto, os participantes não

conseguiram se dar conta que esses elementos são os potenciais que têm para as mudanças e, em muitos momentos, sentidos sobre a falta de recursos permaneceram.

No entanto, essa percepção, não foi compartilhada por todos. Na finalização do grupo falas que evidenciavam as potencialidades da equipe e das conversas sinalizaram que alguns participantes reconhecem que os recursos estão dentro e não fora da equipe. Por outro lado, estes recursos de dentro só poderão ser utilizados quando os participantes valorizarem as ações de interações e trocas entre si e entre outros profissionais.

A partir dessas construções, foi possível compreender que o uso do Grupo Focal favoreceu o processo de construção de sentidos na linguagem, uma vez que num espaço de interação novos sentidos de doente mental, de necessidades da equipe e principalmente de valorização dos recursos da própria equipe nas transformações de suas práticas foram possíveis.

No decorrer de todo o processo de conversação no grupo ficaram evidentes o desejo de mudança, no entanto os participantes ainda não conseguem se perceber como sendo os mais valiosos recursos para obtê-las, juntamente com as famílias, a comunidade, equipes de saúde mental e todos os cidadãos.

Na perspectiva da Reforma Psiquiátrica à medida que as antigas instituições são demolidas as novas instituições também precisam se estruturar. No entanto, o sentido de estruturação colocado aqui é o mesmo que o utilizado por Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) de que o sujeito de cuidado não possui um equilíbrio, ou seja, não é pré-definido como capaz ou incapaz, perigoso ou passivo, mas ao contrário, está por se definir.

Nesse sentido, a ESF pode vir a ser o espaço privilegiado de compreensão e cuidado da existência-sofrimento das pessoas. A territorialidade, a preservação das características locais, a utilização dos recursos sociais, a família, a comunidade em geral, podem constituir-se na instituição inventada para a escuta, acolhimento, compreensão dos novos objetos

propostos pela desinstitucionalização: as pessoas em suas relações cotidianas, nas suas relações ampliadas para além da idéia hospitalocêntrica, medicalizada e determinadora de modos de vida, de relacionamentos e de trocas afetivas e sociais.

Permanências e rupturas foram experimentadas e em momentos de trocas e interações como este, dificilmente se pode negar o desafio de abordar o cuidado ao portador de transtorno mental grave na Estratégia de Saúde da Família. Na perspectiva do construcionismo social, os encontros e trocas de saberes, o confronto com o velho e o novo num processo de conversação constante, apontam para a fertilidade de mudanças.

Dessa forma, não se trata apenas de capacitar as equipes da ESF para que estas “ajudem” as equipes de saúde mental a cumprem suas funções. Trata-se da necessidade de construção conjunta e desnaturalização da forma de lidar com aqueles que, historicamente, tiveram a si mesmos e seus cuidados excluídos dos serviços de saúde e do mundo social. Trata-se da necessidade de construir conjuntamente um novo olhar para o modelo assistencial em saúde e em saúde mental e, além disso, mudar a forma de lidar com o que historicamente foi abordado de modo dividido: corpo, mente e mundo social.

BIBLIOGRAFIA

ALVES, D. S. N. Reestruturação da atenção em Saúde Mental: situação atual, diretrizes e estratégias. In: AMARANTE (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 197- 204.

AMADOR, S. M. A Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Luta Antimanicomial. SER MELHOR. Disponível em: <www.sermelhor.com>. Acesso em: 17 dez. 2006.

AMARAL, M. A. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 288-95, 1997.

AMARANTE, P. (Org.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Panorama, 1995. 136 p.

_____. (Coord.). **Saúde Mental, políticas e instituições: programa de educação à distância**. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, 2003. 73 p.

_____. Manicômio e loucura no final do século e milênio. In: FERNANDES, M. I. (Org.). **Fim de século: ainda manicômios?** São Paulo: IPUSP, 1999. p.47-56.

_____. Asilos, Alienados e Alienistas. In: _____. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 73- 84.

AROUCA, S. A Reforma Sanitária Brasileira. **Radis**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 6, p. 2-4, nov. 1988.

ASCHIDAMINI, I. M.; SAUPE, R. Grupo Focal – Estratégia Metodológica Qualitativa: um ensaio teórico. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 9, n. 1, p.9-14, jan-jun. 2004.

BARROS, D. D. Cidadania *versus* periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In: AMARANTE, P. (Org.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 171- 195.

BIRMAN, J. As relações entre a medicina e a psiquiatria In: _____. **Enfermidade e loucura: sobre a medicina das inter-relações**. Rio de Janeiro: Campus, 1980. p. 69-90.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assessoria de comunicação social. **ABC do SUS/MS**. 2 ed. Brasília: Editora MS, 1991.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. 20 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Departamento de políticas e estratégias. **Por uma política de saúde mental**. Brasília, 1999. 9 p.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mental e Atenção Básica: o Vínculo e o Diálogo Necessários. Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica, Circular Conjunta nº.

01/03, 2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>> Acesso em: 01 de mar. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação de saúde mental: 1990-2004**. 5 ed. Brasília: Editora MS, 2004a. 339 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 84 p.

_____. OPAS. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>> Acesso em; 24 de nov. 2005.

_____. Portaria N° 648, de 28 de março de 2006. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 28 de dez. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Brasília: Editora MS, 2007. 85 p.

BRÊDA, M. Z.; AUGUSTO, L. G. S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica à saúde. **Ciência; Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 471-480, 2001.

BRÊDA, M. Z. ROSA, W. A. G.; PEREIRA, M. A. O., SCATENA, M. C. M. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão-Preto, v. 13, n. 3, p. 450-2, mai-jun. 2005.

CAMARGO-BORGES, C. **Sentidos de saúde/doença produzidos em um grupo numa comunidade alvo do Programa de Saúde da Família (PSF)**. 2002. 166 f. Dissertação (Mestrado), Departamento de Psicologia e Educação, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

CAMARGO-BORGES, C; CARDOSO, C. L. A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 1, n. 2, p. 26-32, 2005.

CAMPOS, C. M. S; SOARES, C. B. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. **Ciência; Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 621– 628, 2003.

CAMPOS, G. W S. A Reforma Sanitária Necessária. In: BERLINGURE,G; TEIXEIRA, S. M. F; CAMPOS, G. W. S: **Reforma Sanitária – Brasil e Itália**. São Paulo: Hucitec, 1988. 207 p.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 285-293, 1996.

COSTA NETO, M. M. Enfoque familiar na formação do profissional de saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v. 6, n. 22, p.5-9, 2000.

COSTA, N. R; TUNDIS, S. A. Cidadania, classes populares e doença mental. In: _____. **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1987. 288 p.

CUNHA, G. T. **A Construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Hucitec, 2005. 212 p.

DEBUS, M. **Manual para excelência em la investigación mediante grupos focales**. Washington: Academy for Educacional Development, 1994. 97 p.

DIAS, C. A. Grupo Focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. **Informação & Sociedade: Estudos**, João Pessoa, v. 10 n. 2, 2000.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A Reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão-Preto, v. 9, n. 2, p. 48-55, mar. 2001.

GRANDESSO, M. A. **Sobre a Reconstrução do Significado**: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. 422 p.

GUANAES, C. **A construção da Mudança em Terapia de Grupo**: um enfoque construcionista social. São Paulo: Vetor, 2006. 287 p.

GUANAES, C; JAPUR, M. Sentidos de doença mental em um grupo terapêutico e suas implicações. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 227-235, mai-ago. 2005.

IBGE. Instituto brasileiro de geografia e estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/universo.php-200?tipo=31&uf=35>>. Acesso em: 23 abr. 2007.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 55-9.

KODA, M. Y. **Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental**: o discurso de usuários e trabalhadores de um Núcleo de Atenção Psicossocial. 2002. 186 f. Dissertação (Mestrado), Departamento de Psicologia Social e do Trabalho, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

LANCETTI, A. Saúde mental nas entranhas da metrópole In: LANCETTI, A. et al. (Org) **Saúde Mental e Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 11-52. (Série Saúde Loucura, 7).

LLANES, G. D. Los grupos focales. Su utilidad para el médico de familia. **Rev. Cubana Med. Integr**, Habana, v. 21, n. 3-4, may.-ago. 2005.

LUZ, M. T. A história de uma marginalização: a política oficial de saúde mental. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 85-95.

MATTOS, A. T. R; CACCIA-BAVA, M.C.G. Repercussões da implantação do Programa Saúde da Família no Município de Araraquara: impactos e perspectivas. **Revista Brasileira de Família e Comunidade**, v.1, n. 1, p. 36-43, abril, 2004.

MATTOS, A. T. R. **Índice de Saúde Aplicado ao Município de Araraquara, SP**: um instrumento para o acompanhamento da Atenção Básica. 2006. 102 f. Dissertação (Mestrado),

Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

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

NASCIMENTO, A. A. M.; BRAGA, V. A. B. Atenção em saúde mental: a prática do enfermeiro e do médico do programa de saúde da família de Caucaia – CE. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.9, n. 1, 2004.

NASCIMENTO, B. A. **Loucura, trabalho e ordem** – o uso do trabalho e da ocupação em instituições psiquiátricas. 1991. 106 f. Dissertação (Mestrado), Programa de estudos pós-graduados em ciências sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 1991.

NEMES FILHO, A. Breves Reflexões sobre o Programa de Saúde da Família. **Interface**, Botucatu, v. 5, n. 9, agosto, 2001.

OGATA, M. N.; FUREGATO, A. R.; SAEKI, T. Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica no Brasil: Convergências e Divergências. **Nursing**, São Paulo, v. 3, n. 25, p. 24-29, jun. 2000.

OPAS. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. **Série técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**. Brasília: OPAS, 2003. 102 p.

ORNELLAS, C. P. **O paciente excluído**: história e crítica das práticas médicas de confinamento. Rio de Janeiro: Revan, 1997. 254 p.

PASSOS, I. C. F. Cartografia da publicação brasileira em saúde mental: 1980 – 1996. **Teoria e Pesquisa**, v. 19, n. 3, p. 231-40, set-dez. 2003.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 241-58, mai-ago. 2004.

PESSOTI, I. **A loucura e as épocas**. São Paulo: ed.34, 1994. 208 p.

PINHEIRO, O. G. Entrevista: uma prática discursiva. In: SPINK; M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. Aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez Editora, 2000. p. 183-214.

POSSAS, C. A. Prefácio. In: BERLINGURE, G.; TEIXEIRA, S. M. F; CAMPOS, G. W. S. **Reforma Sanitária – Brasil e Itália**. São Paulo: Hucitec, 1988. 60-87 p.

RASERA, E. F; JAPUR, M. Problema e mudança em terapia de grupo: descrições construcionistas sociais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 21, n.1, p. 33-41, jan-abr. 2005.

RASERA, E. F.; GUANAES, C. O terapeuta como produtor de conhecimentos: contribuições da perspectiva construcionista social. **Nova Perspectiva Sistêmica**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 76-85, 2006.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.A; COSTA, N. R. **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1987. p. 15-74.

RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da família no cenário do Programa Estratégia de Saúde da Família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 658-64, jul-ago. 2004.

RODRIGUES, C. R.; FIGUEIREDO, M. A. C. Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. **Estudos de psicologia**, Natal, v. 8, n. 1, p. 117-125, jan.-abr. 2003.

ROSA, W. A. G; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 1027-34, nov-dez. 2005.

ROTELLI, F. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 149-169.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: ROTELLI, F.; LEONADIS, O; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 89-100

ROTELLI, F.; LEONADIS, O; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: _____. **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-60.

SARACENO, B. **Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá, 2001. 178 p.

SILVA, M. B. B. Atenção Psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 127-150, 2005.

SOUZA, I. M. A. Na Trama da Doença: uma discussão sobre redes sociais e doença mental. In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C; SOUZA, I. M. **Experiência da Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p. 89-124.

SOUZA, R. C., SCATENA, M. C. M. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 179-9, mar-abr. 2005.

SOUZA, R. C. **Produção de sentidos por profissionais de saúde da família acerca do doente mental e dos cuidados a ele dirigidos**. 2004. 192 f. Tese (Doutorado) Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

SPINK; M. J.; MENEGON, V. S. M. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK; M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2000. p. 63-92.

SPINK; M. J.; LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicação dos passos da interpretação. In: SPINK; M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. Aproximações teóricas e metodológicas. 2. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2000. p. 93-123.

SPINK; M. J.; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK; M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. Aproximações teóricas e metodológicas. 2. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2000. p. 41-63.

SPINK; M. J.; FREZZA, R. M. Práticas Discursivas e Produção de Sentidos: a perspectiva da psicologia social.. In: SPINK; M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. Aproximações teóricas e metodológicas. 2. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2000. p. 17-39.

TANAKA, O. Y.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E. Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, set. 2006.

TENÓRIO, F. A Reforma psiquiátrica da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan-abr. 2002.

VECHI, L. G. Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. **Estudos de Psicologia**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 489-495, 2004.

VECHI, L. G. **Marcas da iatrogenia do discurso de profissionais em Hospital-Dia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. 227 p.

VIETTA, E. P.; KODATO, S. Representações sociais de doença mental em enfermeiros psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, Porto Alegre, v. 28, n. 5, p. 233-242, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme foi apresentado aos participantes.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor(a):

Tenho a satisfação de **convidá-lo(a)** a participar de um estudo que servirá para conhecer os sentidos que os profissionais integrantes do Programa de Saúde da Família (PSF) dão ao portador de Transtornos Mentais Graves e aos cuidados a eles dirigidos. A sua opinião será de grande valor para estudarmos a possibilidade de cuidados em saúde mental na comunidade.

Se você aceitar participar, saiba que faremos conversas grupais onde você irá discutir questões relacionadas ao doente mental grave e seu cuidado na Rede Básica. Toda conversa será gravada em fita K-7.

Você terá liberdade para tirar dúvidas ou até mesmo para desistir da participação em qualquer momento que desejar, sem sofrer nenhum dano ou represálias em seu trabalho. Você também não terá nenhum gasto com a pesquisa, bem como nenhum tipo de risco e dano físico, psíquico ou moral. Como responsável por este estudo, garanto que seu nome não será revelado e que as informações obtidas servirão apenas para divulgação da pesquisa.

Assim sendo, reitero que lhe serão dadas:

A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e de outras situações relacionadas com a pesquisa de que participará.

A liberdade de retirar o seu consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem que isso lhe traga prejuízo no trabalho.

A segurança de que não será identificado e de que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada à privacidade.

O compromisso de que lhe será prestada informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar a sua vontade de continuar dele participando.

Assim, se o(a) senhor(a) concorda em participar deste estudo, convido-o (a) a assinar este termo cuja segunda via de mesmo conteúdo lhe será entregue:

EU _____, abaixo assinado, tendo sido convidado (a) a participar desta pesquisa e devidamente esclarecido(a) sobre todas as condições especialmente no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, aos procedimentos que serei submetido(a), aos riscos e aos benefícios, ao sigilo das informações prestadas, à forma de ressarcimento no caso de eventuais despesas, bem como a forma de indenização por danos decorrentes da pesquisa, declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram assegurados. Declaro, ainda, que concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas e que, livremente, manifesto a minha vontade em participar do referido projeto.

Assinatura do Participante

Carina F. Robles Angelini –
Pesquisadora Responsável
Tel. 16 – 3332 6876

Profa. Dra. Maria do Carmo G. G. Caccia-Bava –
Orientadora

APÊNDICE B – Mapa de Associação de idéias

	Quem são ?	Como se comportam	A família	Sentimentos	Aprender a conversar	Necessidades	O cuidado à família	Gestão/Papel da ESF	Resolver é satisfatório	Recursos e dentro
56	veio um rapazinho, eu não lembro o nome, eu sou péssima pra isso, tá na pasta.									
57		Eu vi que ele estava totalmente fora								
58			aí, liguei para a mãe dele a mãe dele não veio							
59		Disse que tinha dor no peito e que não saía do Pronto Socorro.								
60			Ela já tinha feito até eletro nele							
61		Na terça-feira ele apareceu sozinho de novo								

Continua.

Continuação.

	Quem são ?	Como se comportam	A família	Sentimentos	Aprender a conversar	Necessidades	O cuidado à família	Gestão/Papel da ESF	Resolver é satisfatório	Recursos e dentro
62										eu liguei para a mãe dele falei que se fosse pra trazer ele aqui.
63		Por que ele não aguardou								
64										Aí liguei para a mãe dele na terça-feira
65		ele apareceu novamente aqui								
66										passei ele com a doutora pedi para a mãe que a mãe novamente tinha vindo. Vi ele sozinho aí, passei com a doutora,
67		É um caso que não sai do pronto-socorro, vive sozinho lá, chega lá relata dor, diz que já fez elétro lá								

ANEXOS

Anexo A – Carta de aprovação do Comitê de Ética em pesquisa

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.fmrp.usp.br

Ribeirão Preto, 11 de outubro de 2006

Ofício nº 2877/2006
CEP/SPC

Prezada Senhora,

O trabalho intitulado **“A CONSTRUÇÃO DE SENTIDOS SOBRE O CUIDADO AOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL GRAVE ENTRE OS PROFISSIONAIS DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE ARARAQUARA”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 235ª Reunião Ordinária realizada em 09/10/2006, e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 8388/2006.

Atenciosamente.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
CARINA FERNANDA ROBLES ANGELINI
PROFª DRª MARIA DO CARMO G. CACCIA BAVA
Secretaria Municipal de Saúde – Araraquara / S.P.