Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Acolhimento e tratamento de portadores de
esquizofrenia na Atenção Básica: a visão de gestores,
terapeutas, familiares e pacientes**

Gilson Holanda Almeida

**Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Pública para obtenção do título de Doutor em
Saúde Pública.**

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Fernando Lefèvre.

São Paulo
2010

**Acolhimento e tratamento de portadores de
esquizofrenia na Atenção Básica: a visão de gestores,
terapeutas, familiares e pacientes**

Gilson Holanda Almeida

**Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Pública para obtenção do título de Doutor em
Saúde Pública.**

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Fernando Lefèvre

**São Paulo
2010**

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

DEDICATÓRIA

- À minha mulher Vitória, aos meus filhos Marcela, Beatriz e Gilsinho e ao meu neto Gabriel, pelo amor e completude;

- Ao meu pai Joaquim, cuja partida prematura me privou de congregar com ele este momento; à minha mãe Mariinha, a matriarca responsável por tantas conquistas e realizações dos seus rebentos;

- À minha irmã Sônia, exemplo de generosidade e de compromisso com a ciência.

AGRADECIMENTOS

- Aos meus queridos orientadores Professores Doutores Fernando Lefèvre e Ana Maria Cavalcanti Lefèvre, pelo acolhimento, disponibilidade e estímulo, sempre;
- À Professora Doutora Anamaria Cavalcante e Silva, pelo zelo maternal e atitude guerreira que dedicou a este DINTER e sem o que, provavelmente, ele não se materializaria;
- À Faculdade de Saúde Pública da USP, seus professores e funcionários, pela contribuição ao meu crescimento acadêmico e profissional, e que aqui personaliza nas figuras dos Coordenadores do DINTER-CE Professores Doutores Eurivaldo Sampaio de Almeida, Péricles Alves Nogueira e Osmar Vasconcelos;
- Aos integrantes da banca e pré-banca - Rodrigo Affonseca Bressan, Alberto Olavo Advincula Reis, Michele Peixoto Quevedo, Antonia Regina Ferreira, Andrea Caprara e Neusa Guaraciaba dos Santos Oliveira pela atitude generosa de participar do processo de defesa de tese e por suas contribuições nas avaliações, sugestões, críticas e correções;
- Aos queridos Marcela de Cavalcante Almeida, minha filha, Professora Associada da Chicago University e Érico Maia de Messias, Professor da Arkansas University, pelo vasto material que me disponibilizaram nas suas Faculdades de origem, pelo apoio, sugestões e discussões na realização deste trabalho;
- A todos aqueles que das maneiras mais diversas participaram e contribuíram para o êxito desta jornada. Em primeiro lugar, meus entrevistados, técnicos, terapeutas, familiares e pacientes; às colegas Dulce Aguiar, Helena Carvalho, Jocileide Campos, Regina Gláucia Aguiar, Ana Almeida e Leni Nobre, que tornaram a nossa jornada mais prazerosa; Maria Elisabeth Amaral, Mônica Monteiro, Luana Maria Maia Nogueira e Mariane Albuquerque de Pinto, gerentes das Unidades

onde a pesquisa se desenvolveu; Marcelo Theóphilo Lima, diretor do Hospital de Saúde Mental de Messejana, pelo apoio institucional e sugestões; Maria Teresa Matos e Raimundo Alonso Aquino, pelas críticas, contribuições ao texto e incentivo; Professora Doutora Fátima Antero, pela inestimável colaboração ainda fase de qualificação e na conclusão do trabalho; Professora Doutora Fátima Sampaio, pela revisão crítica do texto e a pertinência das sugestões oferecidas; Neila Lima, apoio local do DINTER, pelo empenho e solicitude; Isabel Cavalcanti e Stela Benevides Castelo, pelas oportunas sugestões; Cristiany Maia, pelas transcrições das falas gravadas; Luciana Nogueira, pela formatação dos textos e a disponibilidade para com esse projeto desde a fase inicial de seleção do DINTER; Everton Barbosa, pela formatação do banco de dados; e Norma Linhares, pela revisão das referências.

RESUMO

ALMEIDA, GH. Acolhimento e tratamento de portadores de esquizofrenia na atenção básica: a visão de gestores, terapeutas, familiares e pacientes [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.

O estudo investigou as possibilidades e impasses do acolhimento e do tratamento de pacientes esquizofrênicos na Atenção Básica. Como pressupostos, admitiu-se que a Atenção Básica emerge como *locus* importante para as práticas de Saúde Mental e que seus técnicos vêm incorporando novas práticas aos seus currículos. Uma revisão da literatura abrangeu os principais marcos teóricos e conceituais das políticas de saúde, da Reforma Psiquiátrica e dos modelos em atenção à Saúde Mental, bem como considerações acerca da esquizofrenia e do estigma nos transtornos mentais. O estudo adotou um desenho de metodologia quali-quantitativa e trabalhou com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes dos sujeitos envolvidos. A amostra foi composta por gestores, terapeutas, familiares e pacientes, atores sociais identificados na Atenção Básica com significativa vinculação com o problema trabalhado. Foram realizadas 38 entrevistas com gestores e terapeutas, aplicando-se às falas a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. Dados fornecidos por familiares e pacientes, coletados em três entrevistas em profundidade realizadas em seus domicílios, permitiram a compreensão, entre outros aspectos, dos vínculos parentais, aspectos sociofamiliares, educacionais, história e tratamentos da doença pregressa e atual. As informações foram analisadas, dispostas numa narrativa cronológica e receberam tratamento de relatos de casos. Resultados: dentre os discursos de maior densidade observa-se que a maneira pela qual o paciente seria tratado - compreendendo acolhimento de qualidade, humanização da atenção, promoção da reinserção, atenção integral incluindo medicamentos e atitudes sem preconceito, interessava mais que o lugar onde a atenção ao doente mental grave fosse dispensada. De maneira reiterada, não se considera que os terapeutas da

Atenção Básica estejam capacitados para acolher e tratar de portadores de esquizofrenia, talvez casos leves ou compensados. Dentre as razões levantadas estão a falta de capacitação, supervisão, estrutura física, medicamentos, de pessoal, retaguarda, escuta de qualidade, além da sobrecarga de trabalho e ausência de um sistema de referência operante. São realçadas potenciais contribuições para a melhoria da qualidade e resolubilidade dos tratamentos e identificam-se mecanismos para modificações de posturas estigmatizantes no trato com os doentes e a doença. Os relatos de caso mapearam o itinerário de pacientes e familiares na demanda por cuidados de saúde mental, mostrando encontros e desencontros. Os resultados da pesquisa permitem sugerir a necessidade de maior preparo dos profissionais para dar conta do desafio de tratar portador de esquizofrenia na Atenção Básica, com ênfase na realização de trabalho conjunto que envolva gestores, terapeutas, familiares e pacientes.

Descritores: Esquizofrenia, saúde mental, atenção básica em saúde, discurso do sujeito coletivo, estigma.

ABSTRACT

ALMEIDA, GH. Acolhimento e tratamento de portadores de esquizofrenia na atenção básica: a visão de gestores, terapeutas, familiares e pacientes/ Acceptance and treatment of schizophrenics under Primary Health Care as seen by managers, therapists, relatives and patients [thesis]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.

The study investigated the possibilities and concerns regarding acceptance and treatment of schizophrenics under primary care. We assumed that Primary Health Care emerges as an important locus for the practices of mental health and their agents incorporate new practices to their curricula. A literature review encompassed the main theoretical and conceptual milestones about health politics, Psychiatric Reform and models in mental health, as well as considerations around schizophrenia and the stigma as concerned to mental illness. The study adopted a quali-quantitative design and took into account meanings, reasons, goals, beliefs, values and attitudes. The sample consisted of managers, therapists, relatives and patients, social actors identified as having some significant link with the issue. Thirty-eight managers and therapists were interviewed, and the Collective Discourse methodology was implemented. Data obtained from relatives and patients collected on 3 home interviews allowed the understanding, among other aspects the parental bonds, socio-familial, educational, historic and treatment of past and current disease. They were chronologically analysed and were treated as case reports. Results: among the greatest density speeches it was observed that the way a patients was treated, understanding quality care, humanization of attention, reinsertion promotion, thorough attention including medications and attitudes free of discrimination, was more relevant than the place a severely ill patient was treated. Repeatedly it was considered that therapists of Primary Care were not capacitated to treat schizophrenic patients, perhaps only the mild and stable cases. Among the reasons for that are the lack of capacitation, supervision, structure, medications, staff, interview skills, in addition to the overwhelming amount of work and lack of a system of reference. Potential contributions for the improvement of quality and resolution of treatments

are highlighted and mechanisms for changes of stigmatizing behaviors on patient care are identified. Case reports tracked the itineraries of patients and families searching for mental health care. Our results allow us to suggest the need for better preparation of mental health workers in order to satisfy the challenge of treating schizophrenic patients on Primary Care, with emphasis on the collective work encompassing administrators, therapists, family members and patients.

Descriptors: schizophrenia, mental health, primary health care, collective discourse, stigma.

ÍNDICE

1. DELIMITAÇÃO DO TEMA.....	14
2. RERERENCIAL TEÓRICO.....	19
2.1 A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE E AS EQUIPES TÉCNICAS DO PROGRAMA DE SAUDE DA FAMILIA.....	19
2.2 MODELOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL.....	27
2.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	32
2.4 A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: NOVOS PAPÉIS PROFISSIONAIS, PROGRAMAS, ABORDAGENS TERAPÊUTICAS E PESQUISAS AVALIATIVAS.....	42
2.5 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES ACERCA DA ESQUIZOFRENIA.....	53
2.6 O ESTIGMA NA DOENÇA MENTAL.....	62
3. OBJETIVOS.....	72
4. METODOLOGIA.....	73
4.1. DESENHO DO ESTUDO.....	73
4.2. LOCAL DO ESTUDO.....	73
4.3. PERÍODO DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	74
4.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	74
4.5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	75
4.6. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	76
4.7. COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	76
4.8. ASPECTOS ÉTICOS.....	78
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	80
5.1 RELATOS DE CASOS.....	80
5.1.1. CASO I.....	80
5.1.2. CASO II.....	85
5.1.3. CASO III.....	88
5.2 ENTREVISTAS COM GESTORES E TERAPEUTAS.....	93
5.2.1. PRIMEIRA QUESTÃO.....	94
5.2.2. SEGUNDA QUESTÃO.....	100

5.2.3. TERCEIRA QUESTÃO.....	105
5.2.4. QUARTA QUESTÃO.....	110
5.2.5. QUINTA QUESTÃO.....	115
5.2.6. SEXTA QUESTÃO.....	120
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
7. REFERÊNCIAS.....	128
8. ANEXOS.....	148

LISTA DAS FIGURAS

Figura 1- Distribuição dos 38 entrevistados segundo a profissão. Fortaleza, 2009/2010.	93
Figura 2- Distribuição das frequências por categorias de análise frente à questão “Qual o melhor tratamento que deveria ser dispensado aos portadores de doença mental grave como, por exemplo, os pacientes esquizofrênicos?” Fortaleza, 2009/2010	95
Figura 3- Distribuição das frequências por categorias de análise por gerentes e terapeutas frente à questão “Qual o melhor tratamento que deveria ser dispensado aos portadores de doença mental grave como os pacientes esquizofrênicos?” Fortaleza, 2009/2010.	99
Figura 4- Distribuição das frequências por categorias de análise por médicos, enfermeiros e ACS frente à questão “Qual o melhor tratamento que deveria ser dispensado aos portadores de doença mental grave como por exemplo os pacientes esquizofrênicos?” Fortaleza, 2009/2010.	99
Figura 5 - Distribuição das frequências das categorias de análise frente à questão “Portadores de doença mental grave como os esquizofrênicos podem ser atendidos na Atenção Básica?” Fortaleza, 2009/2010.	100
Figura 6- Distribuição das frequências das categorias de análise por gerentes e terapeutas frente à questão “Portadores de doença mental grave como os esquizofrênicos podem ser atendidos na Atenção Básica?”. Fortaleza, 2009/2010.	104
Figura 7- Distribuição das frequências das categorias e por médicos, enfermeiros e ACS frente a questão “Portadores de doença mental grave como os esquizofrênicos podem ser atendidos na Atenção Básica?”. Fortaleza, 2009/2010.	104
Figura 8- Distribuição das frequências das categorias frente a questão “Que benefícios você identifica caso o atendimento do portador de doença mental grave pudesse ser oferecido na Atenção Básica?” Fortaleza, 2009/2010.	105
Figura 9- Distribuição das frequências das categorias de análise por gerentes e terapeutas frente à questão “Que benefícios você identifica caso o atendimento do portador de doença mental grave pudesse ser oferecido na Atenção Básica?” Fortaleza, 2009/2010.	109
Figura 10- Distribuição das frequências das categorias de análise por médicos, enfermeiros e ACS frente à questão “Que benefícios você identifica caso o atendimento do portador de doença mental grave pudesse ser oferecido na Atenção Básica?”Fortaleza, 2009/2010.	109
Figura 11 - Distribuição das frequências das categorias frente à questão “Quais	110

os possíveis obstáculos ou desvantagens no atendimento de portadores de doença mental grave na Atenção Básica?” Fortaleza, 2009/2010.

Figura 12 - Distribuição das frequências das categorias de análise por gerentes e terapeutas frente à questão “Quais os possíveis obstáculos ou desvantagens no atendimento de portadores de doença mental grave na Atenção Básica?” Fortaleza, 2009/2010.	114
Figura 13 - Distribuição das frequências das categorias de análise por médicos, enfermeiros e ACS frente à questão “Quais os possíveis obstáculos ou desvantagens no atendimento de portadores de doença mental grave na Atenção Básica?” Fortaleza, 2009/2010.	114
Figura 14- Distribuição das frequências das categoria frente à questão “Você considera que os terapeutas da Atenção Básica estão capacitados para acolher e tratar de portadores de doença mental grave na Atenção Básica?”. Fortaleza, 2009/2010.	115
Figura 15- Distribuição das frequências das categorias de análise por gerentes e terapeutas frente à questão “Você considera que os terapeutas da Atenção Básica estão capacitados para acolher e tratar de portadores de doença mental grave na Atenção Básica?” Fortaleza, 2009/2010.	119
Figura 16- Distribuição das frequências das categorias de análise por médicos, enfermeiros e ACS frente à questão “Você considera que os técnicos da Atenção Básica estão capacitados para acolher e tratar de portadores de doença mental grave na Atenção Básica?” Fortaleza, 2009-2010.	119
Figura 17- Distribuição das frequências das categorias de análise frente à questão “Que outras questões os terapeutas da Atenção Básica deverão considerar no tratamento dos portadores de doença mental grave na Atenção Básica?” Fortaleza, 2009/2010.	120
Figura 18- Distribuição das frequências das categorias por médico, enfermeiro e ACS frente à indagação “Que outras questões os terapeutas da Atenção Básica deverão considerar no tratamento dos de portadores de doença mental grave na Atenção Básica?”. Fortaleza, 2009/2010.	124

LISTA DOS QUADROS

Quadro 1 - Categorias de análise dos discursos de gestores e terapeutas frente à questão “ <i>Qual o melhor tratamento que deveria ser dispensado aos portadores de doença mental grave como os pacientes esquizofrênicos?</i> ” Fortaleza, 2009/2010.	94
Quadro 2- Categorias de análises dos discursos de gestores e terapeutas frente à indagação se Portadores de doença mental grave como os esquizofrênicos podem ser atendidos na Atenção Básica. Fortaleza, 2009/2010.	100
Quadro 3- Categorias de análise dos discursos de gestores e terapeutas frente à indagação “ <i>Que benefícios você identifica caso o atendimento ao portador de doença mental grave pudesse ser oferecido na Atenção Básica?</i> ” Fortaleza, 2009/2010.	105
Quadro 4- Categorias dos discursos de gestores e terapeuta frente à indagação “ <i>Quais os possíveis obstáculos ou desvantagens no atendimento de portadores de doença mental grave na Atenção Básica?</i> ” Fortaleza, 2009/2010.	110
Quadro 5- Categorias de análise dos discursos de gestores e terapeutas frente à indagação “ <i>Você considera que os terapeutas da Atenção Básica estão capacitados para acolher e tratar os portadores de doença mental grave neste nível de atenção?</i> ” Fortaleza, 2009/2010.	115
Quadro 6- Categorias dos discursos de gestores e terapeutas frente à indagação “ <i>Que outras questões os terapeutas da Atenção Básica deverão considerar no tratamento dos portadores de doença mental grave na Atenção Básica?</i> ” Fortaleza, 2009/2010.	120

SIGLAS UTILIZADAS

ABRE – Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia
ACS – Agente Comunitário de Saúde
APA – American Psychiatric Association (Associação Psiquiátrica Americana)
CAPS – Centros de Atenção Psicossocial
CEP/ESP – Comitê de Ética em Pesquisa/Escola de Saúde Pública do Ceará
CID-10 – Classificação Internacional de Doenças, 10ª. Revisão
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretárias de Saúde
CORE-OM – <i>Clinical outcomes in routine evaluation-outcome measure.</i>
CSQ – Questionário de Satisfação com a Consulta
DMP – Doenças Mentais Persistentes
DMS – Doenças Mentais Severas
DSC – Discurso do Sujeito Coletivo
DSM – Diagnostic and Statistical Mental Disorders (Manual e Estatística das Doenças Mentais)
ESF – Estratégia Saúde da Família
HD – Hospital-Dia
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS – Ministério da Saúde
NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial
NOAS – Normas Operacionais de Atenção à Saúde
NOBs – Normas Operacionais Básicas
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAHO – Pan-American Health Organization
PEF – Psicoeducação Familiar
PNASH/Psiquiatria – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria

PPI – Programação Pactuada Integrada

PRH – Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS

PROJESQ – Projeto Esquizofrenia

PSF – Programa de Saúde da Família

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SATIS-BR – Escala Brasileira de Avaliação da Satisfação

SER – Secretaria Executiva Regional

SPT – Saúde para Todos (Health for All)

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TMC – Transtornos Mentais Comuns

UBS – Unidades Básicas de Saúde

USP – Universidade de São Paulo

WHO – World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

ACOLHIMENTO E TRATAMENTO DE PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA NA ATENÇÃO BÁSICA NA VISÃO DE GESTORES, TÉCNICOS, FAMILIARES E PACIENTES.

1. DELIMITAÇÃO DO TEMA

A reformulação global das políticas de saúde confere hoje particular importância à Saúde Mental na Atenção Básica, com incorporação do referencial de saúde nas definições das ações em Saúde Mental. O conjunto das políticas da metade dos anos 70, embora mencionasse sistematicamente a prevenção compreendida em seus três níveis, recomendava uma ênfase particular no nível secundário, isto é, no tratamento propriamente dito. Todavia, o orçamento destinado a essa modalidade assistencial passaria a sofrer redução significativa. Ao mesmo tempo, a Conferência de Alma-Ata trazia no seu texto as referências às “ações básicas”, “atenção primária”, “primeira linha” e “ações integradas”, o que permitiu deslocar a ênfase do tratamento na ideia da atenção primária (WHO, 1978).

A mudança, ponto de agenda de diversos segmentos da sociedade, seria a inflexão para um modelo que superasse o hospital como o principal serviço (BEZERRA JR. e AMARANTE, 1992; JORGE *et al*, 2005). Havia consenso entre os técnicos envolvidos na Atenção à Saúde Mental que esta era, na sua abrangência, de má qualidade, o que se refletia na dominância de uma prática iatrogênica eivada de custos sociais e econômicos elevados. Discussões permitiram a formulação de um novo modelo de atenção em Saúde Mental, que vem sendo gradativamente implantado há mais de duas décadas. São marcos históricos dessa construção: a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986); a criação do Sistema Único de Saúde - SUS (1988); as Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM), em 1987, 1992 e 2002 (recentemente se realizou a IV CNSM em Brasília, de 27 de junho a 1º de julho de 2010); a Conferência de Caracas para a reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina (1990); portarias ministeriais que criaram modalidades assistenciais alternativas em Saúde Mental como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS),

Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Hospitais-Dia (HD), Pensões Protegidas; e a criação de instâncias de controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) para acompanhamento da Reforma Psiquiátrica, promoção dos direitos e da saúde dos pacientes. A II Conferência ressaltou a necessidade de se inserir o atendimento à Saúde Mental na Atenção Básica, defendendo que aí estava o principal foco da organização da assistência em Saúde Mental (AMARANTE, 1995; AQUINO, 2003).

A contribuição dos transtornos mentais na população em geral é significativa. Dentre eles, a esquizofrenia se reveste de particular importância, requerendo esforços e desafios no manejo da doença. Paradigma da doença mental grave e a mais comum das psicoses crônicas, a esquizofrenia muitas vezes traz consequências psicológicas e sociais devastadoras tanto para os portadores como para seus familiares, ceifando sonhos e aspirações de boa parte deles (RODER *et al.*, 2002). Trata-se de uma doença grave que atinge cerca de 1% da população, com início geralmente precoce, na adolescência ou vida adulta jovem, comprometendo os anos de vida mais produtivos. Há cerca de cinquenta novos casos por ano para cada 100.000 pessoas. A doença se caracteriza por desorganização de diversos processos mentais, geralmente se manifestando por crises agudas. Pelo comprometimento de várias funções psíquicas, acarreta numerosas perdas ao seu portador; por sua evolução usualmente crônica, na maioria dos casos exige seguimento e tratamento por toda a vida. Os custos financeiros com o tratamento, diretos e indiretos, são elevados, e fazem dessa condição um grave problema de saúde pública (LOUZÃ NETO, 1999; LOUZÃ NETO *et al.*, 1999). Memória e outras funções cognitivas são geralmente afetadas (ALEMAN *et al.*, 1999).

As perdas emocionais dos pacientes e familiares são igualmente significativas. Na sobrecarga emocional dos familiares há de se considerar que, além dos problemas relacionados ao cuidado em si por parte do cuidador, as intervenções familiares mostram-se falhas ao abordarem a vasta gama das preocupações que causam impacto naqueles que cuidam de parentes com doenças mentais, como por exemplo, o estigma de ter um doente mental na família. Isto poderia explicar por que parentes de indivíduos com esquizofrenia subutilizam os serviços baseados em família (DIXON *et al.*, 2001; GRANVILLE e DIXON, 2005).

Em se tratando de uma doença crônica, recidivante, e, de modo geral, levando à relativa incapacitação do seu portador, é necessário conjugar tratamentos medicamentosos com abordagens psicossociais para que os melhores resultados sejam obtidos (ASSIS, VILLARES e BRESSAN, 2008). Com o advento das novas formas de atenção em Saúde Mental, fruto das conquistas de reformulação do modelo de atenção, o paciente esquizofrênico cada vez mais tem alargado o seu convívio com a família, com maior permanência na comunidade, *locus* do trabalho das equipes de Saúde da Família. Os serviços de base comunitária passaram a ter expressivo papel como local preferencial para a condução dos tratamentos. Assim, prioriza-se o acompanhamento ambulatorial e evitam-se as internações prolongadas ou institucionalizações (AMARANTE, 1995).

Com a política de desospitalização cerca de 30% dos esquizofrênicos estão na Atenção Básica (KENDRICK *et al.*, 2000). Eles consultam os serviços duas vezes mais que os não esquizofrênicos, têm a saúde mais vulnerável e taxas de mortalidade mais altas (BROWN, 1997).

Estratégias centradas na família mostram que a doença mental responde por um terço das demandas, geralmente associadas a outros fatores como qualidade de vida, violência doméstica, doenças crônicas e infecciosas não tratadas, etc. Um estudo de 2007 investigou a ocorrência de transtornos mentais comuns (TMC) em usuários do Programa de Saúde da Família (PSF) e encontrou um índice global elevado (37,8%) de pessoas com perfil sintomático indicativo de TMC, com taxa significativamente mais elevada no escore global para homem (BANDEIRA *et al.*, 2007). O mesmo estudo acrescenta que essas taxas seriam provavelmente maiores, caso os profissionais da Atenção Básica recebessem uma ação educativa nos moldes recomendados pela OMS (WHO, 1994), que os tornaria mais sensíveis a reconhecer sintomas indicativos de problemas de saúde mental. Outras ações, como o acolhimento inicial da população para queixas de saúde mental, orientações e informações básicas e triagem para encaminhamento aos serviços locais disponíveis são também intervenções importantes que poderiam levar a maiores coberturas pelas equipes do PSF. A terminologia Programa de Saúde da Família hoje foi substituída por Estratégia Saúde da Família-ESF.

Propostas com forte orientação na Atenção Básica geram resultados de saúde melhores e mais equitativos, mais eficientes, têm menores custos com cuidados de saúde e podem alcançar maior satisfação do usuário do que os sistemas de saúde que têm apenas uma orientação frágil na Atenção Básica (PAHO, 2005). As doenças quando não reconhecidas ou tratadas elevam os custos, ou seja, a aliança Saúde Mental e Atenção Básica pode reduzir esses custos. Observa-se, contudo, que as práticas de Saúde Mental, numa perspectiva mais compreensiva, ainda estão à espera de uma inserção mais nítida e operante dentro da Atenção Básica. Isso se aplicaria também aos cuidados dos pacientes esquizofrênicos, apesar da singularidade do trabalho se desenvolver em local privilegiado e na intimidade das famílias. A confrontação entre o desenho do modelo teórico proposto e a sua operacionalização dá possibilidade de saber se de fato essas propostas estão apontadas na mesma direção.

Uma indagação aflora: pacientes esquizofrênicos, em razão da gravidade e complexidade da doença, podem efetivamente ser acolhidos e tratados na Atenção Básica? Para responder a essa pergunta, é necessário conhecer os limites e possibilidades desse atendimento e em que medida as demandas dos pacientes e de seus familiares podem e estão sendo realmente atendidas nesse nível de atenção. O esclarecimento da questão permitiria ainda lançar mão de estratégias para o reforço da aliança Saúde Mental - Atenção Básica na busca de melhores condições de vida de populações de esquizofrênicos com utilização de novos programas, articulações intersetoriais ou de atividades comprometidas com a capacitação e atualização dos técnicos. Estudos sobre desenvolvimento profissional na área da intervenção psicossocial indicam que a qualidade da prática depende, em parte, do apoio que os profissionais recebem de forma que possam refletir sobre as experiências e ajustar-se adequadamente às necessidades da clientela. Mais do que anos de experiência, é necessária a existência de lacunas que possibilitem uma elaboração mínima necessária para o desenvolvimento profissional (BAZON *et al.*, 2000; MILNE *et al.*, 2000). É imperativo, portanto, avaliar como esse apoio vem ocorrendo.

Na presente investigação, procurou-se inicialmente identificar questões relevantes para a sua construção e o mapeamento dos sujeitos que deveriam ser envolvidos no processo, a fim de ser possível, como no dizer de MINAYO (1994), a

abrangência da totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões. Como pressupostos, admitiram-se:

1. A Atenção Básica emerge como *locus* importante para as práticas de Saúde Mental, desconstruindo o hospital como principal recurso terapêutico;
2. Técnicos da Atenção Básica vêm incorporando ações educativas e de promoção da Saúde Mental aos seus currículos e práticas.

Contudo, permanece importante avaliar como as equipes da Estratégia Saúde da Família vêm trabalhando as demandas de pacientes esquizofrênicos e de seus familiares na Atenção Básica, os limites e as possibilidades dessas práticas.

Os discursos coletados pela pesquisa permitiram identificar e analisar fatores de facilitação e limitação das ações da Atenção Básica dirigidas aos pacientes esquizofrênicos. São mencionadas potenciais contribuições para a melhoria da qualidade e resolubilidade dos tratamentos com reflexos na prevenção das recidivas da doença, redução das hospitalizações e melhoria da qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares; mecanismos que promovam modificações de posturas estigmatizantes no trato com os doentes e a doença mental; e as limitações ou dificuldades que impossibilitam ações efetivas e de qualidade da Saúde Mental na Atenção Básica. Os relatos de caso mapearam o itinerário de pacientes e familiares na demanda por cuidados de saúde mental, mostrando os encontros e desencontros nessa busca.

Outro aspecto a ser destacado é a relação do pesquisador com o objeto deste estudo enquanto profissional da Saúde Mental e o seu trabalho como gestor e educador, o que também possibilitou o olhar para essa produção. Ressalte-se ainda a carência de estudos aprofundados sobre a temática na realidade do Ceará, local onde a pesquisa se desenvolveu, a possibilidade de preenchimento de lacuna do conhecimento e a potencial contribuição ao processo de consolidação da Reforma da Saúde Mental no Ceará e possíveis reflexos em outras realidades do país.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE E AS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

De acordo com PAIM e ALMEIDA FILHO (1998) e ALMEIDA *et al.* (1998), o século XX foi pleno de transformações e conquistas, que em muito modificaram a vida econômica, cultural, social e política da humanidade. Os avanços tecnológicos e a internacionalização dos modos de produção e do capital geraram como consequência o processo de globalização, ao mesmo tempo em que expuseram o aumento das desigualdades entre os povos e grupos sociais, conflitos étnicos, agressão ao meio-ambiente e aos direitos humanos, aumento das formas de violência e deterioração dos espaços urbanos e condições de vida.

Na década de 60 iniciou-se um debate sobre as relações saúde-desenvolvimento econômico e social, ampliado nos anos 70, incluindo a extensão de cobertura dos serviços. O reconhecimento do direito à saúde e a responsabilidade da sociedade em garantir os cuidados básicos de saúde possibilitaram o estabelecimento da meta “Saúde para Todos no Ano 2000” (SPT-2000 - *Health for All*), com seu marco inicial na Conferência de Alma-Ata (WHO, 1978). Enquanto isso, os centros hegemônicos da economia mundial revalorizavam o mercado como mecanismo privilegiado para a alocação de recursos e questionavam a responsabilidade estatal na provisão de bens e serviços para o atendimento de necessidades sociais, inclusive de saúde. Nos anos 80, fruto da nova ordem, instalou-se o modelo de inspiração no neoliberalismo, provocando uma marcante fragilização dos esforços para o enfrentamento coletivo dos problemas de saúde. Surgiu então a ideia, nas economias capitalistas, do "estado mínimo" e o corte nos gastos públicos como resposta à chamada "crise fiscal do estado", com claros prejuízos para o âmbito saúde pública. Foi nesse pano de fundo que se instalou a "crise da saúde pública", percebida de modo diferente pelos distintos sujeitos atuantes neste campo social (MACEDO, 1992; Paim, 1986, *apud* PAIM, 1998, p. 299). Para superá-la, vários aportes foram e têm sido feitos, como as iniciativas da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) de reavaliar a teoria e prática da saúde pública (PAHO, 1992) até a proposição de uma nova saúde

pública como parte do movimento de renovação da estratégia “Saúde Para Todos”. As propostas de consolidação do campo da saúde como forma de superação da chamada crise da saúde pública significaram uma oportunidade para efetivamente incorporar o complexo "promoção-saúde-doença-cuidado" em uma nova perspectiva paradigmática, com maior e mais efetiva participação da sociedade nas questões da vida, saúde, sofrimento e morte e evidenciando o esgotamento do paradigma científico que sustenta as suas práticas (PAIM *et al.*, 1998).

Na conceituação da Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social que não se caracteriza unicamente pela ausência de doenças. SINGER (1987) afirma que esta formulação inclui as circunstâncias econômicas, sociais e políticas, como também a discriminação social, religiosa ou sexual e as restrições aos direitos humanos de ir e vir, de exprimir livremente o pensamento. Esse conceito reconhece como paradoxal alguém ser considerado como portador de saúde mental quando é afetado por pobreza extrema, discriminação ou repressão. Nesse sentido, a formulação da OMS relaciona a saúde da pessoa com o atendimento de suas necessidades e as possibilidades do sistema socioeconômico e sociopolítico em atendê-las. Para todas as pessoas, a saúde mental, a saúde física e a saúde social são fios de vida estreitamente entrelaçados e interdependentes. À medida que cresce a compreensão desse relacionamento, torna-se mais evidente que a saúde mental é indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos, das sociedades, dos países.

Segundo BUSS (2000, 2003), a promoção da saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e solução. O conceito moderno de promoção da saúde surgiu e se desenvolveu de forma mais vigorosa nas últimas duas décadas em países desenvolvidos, como Canadá, USA e países da Europa Ocidental. Seis importantes Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde foram realizadas: Ottawa em 1986 (“Promoção da Saúde nos Países Industrializados”), Adelaide em 1988 (“Promoção da Saúde e Políticas Públicas Saudáveis”), Sundsvall em 1991 (“Promoção da Saúde e Ambientes Favoráveis à Saúde”), Jacarta em 1997 (“Promoção da Saúde no Século XXI”), México em 2000 (“Promoção da Saúde: Rumo à Maior Equidade”) e Bangkok em 2005 (“Promoção da

Saúde num Mundo Globalizado”). Nelas se desenvolveram e se aprimoraram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde. A Carta de Ottawa permanece ainda como peça central de direcionamento da estratégia da promoção da saúde em todo o mundo. Definiu a promoção da saúde como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Inscreveu-se assim no grupo de conceitos mais amplos, reforçando a responsabilidade social e os direitos dos cidadãos e da comunidade pela sua própria saúde. Ela tem orientado as demais conferências principalmente no tocante à dimensão social e importância de cinco estratégias fundamentais para se alcançar plena saúde: políticas públicas, ambiente saudável, reforço da ação comunitária, criação de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde (HEIDMANN *et al.*, 2006). Enfatizava que as ações comunitárias seriam efetivas se fosse garantida a participação popular na direção dos assuntos de saúde, bem como o acesso total e permanente à informação e às oportunidades de aprendizagem nesta área - é o conceito de empoderamento comunitário, ou seja, a aquisição de poder técnico e consciência política para atuar em prol de sua saúde (WHO, 1986).

Na América Latina, em 1992, realizou-se a Conferência Internacional de Promoção da Saúde (OPAS, 1992), que gerou a Declaração de Santafé de Bogotá, Colômbia, trazendo formalmente o tema para o contexto sub-regional.

De acordo com LEFÈVRE e LEFÈVRE (2004), uma das características mais marcantes que distingue Saúde Pública tradicional e a perspectiva da Promoção da Saúde diz respeito aos pressupostos relativos à doença, subjacentes a cada uma destas perspectivas. Três enfoques são considerados pelos autores: a) Doença como fatalidade natural - a doença seria parte da vida humana sobre a terra, algo que tem e terá sempre a sua existência assegurada; b) Doença como fatalidade cultural – fruto da presença de um meio ambiente natural ameaçador e a opção do homem por viver em ambientes artificiais; c) Doença como fatalidade socioantropológica – vista como decorrência do ser gregário do homem interagindo com seus semelhantes por meio de uma gama de sentimentos e sujeitos a inúmeras condições adversas como fome, injustiça, privações, etc., repetindo desfechos similares ao ser da doença. Este conjunto de situações conduz ao entendimento de uma representação social da

doença como fatalidade da vida humana sobre a Terra e de uma representação da saúde como resposta a esta fatalidade naturalmente constituída. Segundo os autores, a Promoção da Saúde deveria romper com esse paradigma, assumindo a ideia de que doença não é uma fatalidade, e procurando ditar um olhar para o modo de relação dos indivíduos, a ocupação dos espaços e modos de produção, entre outros desafios. Isso “implica entender e enfrentar esta doença não como fatalidade, mas como algum tipo de sintoma dos grandes desarranjos ecológico-ambiental, urbano, produtivo e propriamente humano” (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2004, p.25). Para estes autores, a Promoção da Saúde seria uma reação “positiva” ao modo “negativo” de conceber a doença, o que inclui a noção de percepção ampliada, integrada, complexa, intersetorial, relacionando saúde a meio ambiente, modo de produção, estilo de vida, etc. Os autores assumem que é necessário fazer um deslocamento do corpo para um outro lugar nas relações entre corpos/mentes doentes e a sociedade, que precisam ser entendidas ou decifradas para constituírem objeto de intervenções transformadoras. Desse modo, na ótica da Promoção da Saúde, a doença passaria da condição de ameaça a desafio cognitivo.

No cenário brasileiro, as áreas da saúde coletiva e saúde mental vivem um período de transição entre dois modelos de cuidado: o do enfoque individual, curativo, discriminador e excludente e o outro cujo eixo é o coletivo, valorizando a promoção da saúde e a prevenção do adoecimento, buscando esse último a inclusão, a tolerância e a coexistência com a diferença e a diversidade. A pessoa é estimulada a ser agente da sua própria saúde e da saúde da comunidade que integra. Essa transição foi fortemente marcada nas décadas de 1980 e 1990, com os Movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica (GUIMARÃES e MEDEIROS, 2001).

A Atenção Básica de Saúde (ABS) surgiu como conceito pela primeira vez na Declaração de Alma-Ata, na conferência mundial de 1978 e foi incorporada às políticas oficiais de saúde de todos os países com vistas à “Saúde para todos no ano 2000” (WHO, 1978). Esse ideário deveria ser alcançado pela atenção básica à saúde e pela participação comunitária, com maiores coberturas e utilizando tecnologias simples. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) emerge desse cenário (BROMBERG, 1995).

A Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988) inscreveu a saúde entre os direitos sociais, reconhecendo-a como um direito de cidadania estendido a todos os brasileiros. Em 1990, a Lei Orgânica da Saúde Nº. 8080/90 (CARVALHO, 1995) promoveu a sua regulamentação, instituindo o Sistema Único de Saúde – SUS, tendo como base toda essência da reforma sanitária e dos movimentos sociais no momento da redemocratização do país. Iniciava-se, então, uma reforma sanitária de grande envergadura, definida a partir dos seguintes princípios: (1) Universalidade de cobertura, ou seja, atendimento integral gratuito e equidade; (2) Descentralização dos serviços para os estados e municípios, que participarão do financiamento; (3) Não-concorrência, mas unidade e hierarquização entre as ações de saúde da União, dos estados e dos municípios; (4) Participação complementar do setor privado na oferta de serviços; (5) Prioridade para as atividades preventivas; e (6) Controle social através dos Conselhos de Saúde e participação da comunidade.

O SUS tornou-se, assim, o sistema integrado de assistência à saúde garantida pelo Estado brasileiro. A responsabilidade pela administração do SUS foi atribuída ao Ministério da Saúde, mas as secretarias de saúde em nível estadual e municipal e os centros de pesquisa sobre a saúde também são parte integrante do sistema. O sistema de financiamento só mais tarde se definiria, embora ficasse clara a responsabilidade dos três níveis de Estado, com ênfase na União.

Considerando o marco referencial legal para regulamentação e implementação do SUS foram formuladas e publicadas normas complementares visando o desenvolvimento e a organização do Sistema de Saúde, as Normas Operacionais Básicas – NOBs e posteriormente Normas Operacionais de Atenção à Saúde – NOAS. Apesar de representarem um avanço não foram capazes de superar as dificuldades quanto à gestão, o financiamento e operacionalização, o que impediu os avanços estruturais, dificultando assim, a efetiva implantação do SUS. Diante da realidade detectada pela sociedade, profissionais e gestores nas diversas esferas de governo iniciou-se uma nova discussão, e ocorreram debates que demandaram a criação de uma nova proposta de pactuação visando o funcionamento do SUS. Estas novas orientações, resultantes dos diálogos entre a representação federal, Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretárias de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais (CONASEMS) foram encaminhadas ao

Conselho Nacional de Saúde – CNS e, depois de aprovadas resultaram no chamado Pacto pela Saúde, oficializado pela Portaria Nº 399/GM de 22/02/2006, visando o redimensionamento e implementação do SUS de forma efetiva e eficiente numa perspectiva de garantir os avanços necessários para transformação e adequação do sistema de saúde brasileiro. O Pacto pela Saúde constitui-se num Termo de Compromisso entre os entes públicos onde se definem responsabilidades sanitárias, de gestão e de resultados a serem alcançados, possibilitando sua avaliação e controle público e se efetiva por meio de adesão dos gestores com aprovação dos Conselhos de Saúde Municipais e Estaduais (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Saúde contempla três dimensões, com uma perspectiva de um Pacto Único: a) Pacto pela Vida, que é um conjunto de prioridades sanitárias a serem assumidas pelos gestores e apresentadas em forma de metas a partir da realidade específica de cada gestão tais como: saúde do idoso, controle do câncer do colo de útero e de mama, redução de mortalidade materna, fortalecimento das capacidades de respostas às doenças emergentes e endemias, entre outros, sendo que o estabelecimento das prioridades e recursos financeiros devem estar em consonância com a realidade local; b) Pacto em Defesa do SUS, que promove a discussão a partir dos princípios fundamentais do SUS, reafirma a sua importância social e democrática que garante a cidadania brasileira por meio da promoção e efetivação do direito à saúde; c) Pacto pela Gestão do SUS, o qual estabelece as responsabilidades de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes, isto é, quem deve fazer e o quê, fortalecendo a gestão compartilhada e solidária. As diretrizes e prioridades estabelecidas pelo Pacto de Gestão do SUS dizem respeito à Regionalização, ao Financiamento, ao Planejamento, a Programação Pactuada Integrada (PPI), à Regulação da Atenção à Saúde e da Assistência, à Participação e Controle Social, à Gestão do Trabalho e à Educação na Saúde. Preconiza-se que a implantação e o monitoramento dos Pactos pela Vida e de Gestão ocorram através do instrumento denominado Termo de Compromisso de Gestão, com metas e objetivos, responsabilidades e atribuições de cada gestor (BRASIL, 2006a, 2006b).

Conforme observa o documento básico do Ministério da Saúde de 1993, o SUS tem como objetivo a saúde como um todo, definida não apenas pela medicina curativa, mas a saúde entendida como um requisito para o exercício pleno da

cidadania, que começa a ser garantida pelos serviços preventivos de vigilância sanitária e se completa pela efetiva proteção da saúde de cada cidadão (BRASIL, 1988; SCÓZ e FENILI, 2003; GOMES, 2006).

Com a adoção da universalidade do acesso gerou-se uma nova e ampla demanda aos serviços de saúde, até então praticada tendo como eixo central o hospital. Estratégias para a reversão desse modelo surgem a partir das ações que priorizam a promoção da saúde e a prevenção de agravos. Essas experiências influenciaram a concepção do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e, posteriormente, diante do sucesso do programa, o Ministério da Saúde criou o PACS para o Nordeste, como estratégia para a implantação do SUS, reafirmando a ação intersetorial, prevenção e educação em saúde (FREEDHEIN, 1993; CORRÊA, 1995; CAPISTRANO FILHO, 1999; CHIESA *et al.*, 2004).

Em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), concebido como uma das estratégias para a estruturação da rede da Atenção Básica de Saúde. Entendido como articulador entre as áreas da promoção e da assistência, o PSF rompe com a dicotomia entre as ações de saúde coletiva e atenção individual com potencialidades desencadeadoras de transformações das relações facilitadoras e construtoras de espaços e práticas saudáveis (MENDES, 2002; GOYA, 2003; SOUZA, 2003).

O PSF é uma estratégia de intervenção que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes de forma integral e contínua. Os novos modos de como os profissionais dos centros de saúde se organizam em equipes de referência para famílias de determinado território geográfico desconstruem o trabalho enquanto programas ou áreas clínicas e passam a atender os usuários dentro da abrangência de cada equipe. Inicialmente, uma equipe mínima com atuação no PSF se compunha de um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e dez agentes de saúde, responsáveis pelo acompanhamento de cem famílias, admitindo-se o parâmetro de 4,5 pessoas por família. Essa composição hoje se mostra ampliada, podendo incluir profissionais de odontologia (dentista, atendente de consultório dentário e técnico de higiene dentária), de serviço social, psicologia e nutrição, dentre outros. A atuação das equipes de saúde ocorre nas unidades básicas e nas residências da população

atendida, configurando-se como porta de entrada para o SUS (ANDRADE, 1998; BRASIL, 2006). De 1994 a 2005, o PSF foi implantado e disseminado por diversas regiões do país, chegando, em 2005, a uma cobertura de 78,6 milhões de habitantes (BANDEIRA *et al.*, 2007). Dados recentes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do IBGE (2009) mostram um crescimento contínuo do programa desde a sua criação há 16 anos. Segundo levantamento, 96,5 milhões de pessoas viviam nos mais de 27 milhões de domicílios cadastrados no PSF no período de coleta de dados. O nordeste brasileiro tem cobertura de 67,7% dos habitantes cadastrados enquanto a menor cobertura é encontrada no Sudeste, com 35,9%. As grandes capitais parecem resistir à implantação de políticas em que o foco seja a Atenção Básica.

Neste cenário do PSF, as ações específicas de saúde mental ou coletiva passaram a ocupar um lugar de apoio junto às equipes de referência, numa tentativa de ampliar a sua clínica, realizar projetos terapêuticos, de forma a facilitar a vinculação e responsabilização, desconstruindo a lógica dos encaminhamentos desnecessários (FIGUEIREDO, 2005). O modelo prioriza a Atenção Básica à Saúde como alternativa a uma estratégia centrada exclusivamente na doença. Com o reconhecimento de que se constitui numa estratégia de intervenção priorizando múltiplas ações (promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva) a terminologia Programa de Saúde da Família, conforme já mencionado nesse trabalho, hoje foi substituída por Estratégia da Saúde da Família- ESF.

As políticas de saúde no Brasil, tendo a Reforma Sanitária como referência doutrinária e o SUS como estratégia de reorientação setorial e institucional, permitiram fortalecer o município como local privilegiado para sediar processos políticos democráticos, desenvolver políticas públicas capazes de responder às necessidades dos cidadãos e reordenar a formação dos trabalhadores de saúde dos setores. Esses fatos contribuíram para emergência dos ACS enquanto categoria (GOYA, 2003; CORRÊA, 1995). O ACS nas equipes de Saúde da Família é o elo entre a comunidade e o sistema de saúde. Identificam-se, no seu trabalho, três dimensões: técnica, política e de assistência social (CHIESA *et al.*, 2004). A relação espacial com a comunidade e com o serviço de saúde é a característica primeira dos ACS em todas as regiões do mundo. A adscrição das famílias permite o

estabelecimento de vínculos com as Unidades Básicas de Saúde da Família criando uma nova lógica de relacionamento entre os serviços, os profissionais de saúde e a comunidade. Dá margem a que se originem processos de reconhecimento e valorização, com reflexos positivos na qualidade de vida e saúde de seus moradores pela adoção de novas práticas e iniciativas no enfoque da promoção da saúde. Os ACS podem ser pensados como importantes agentes terapêuticos com potencialidades para promover as ações de saúde mental (GOYA, 2003; LAVOR *et al.*, 2004).

2.2. MODELOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Um resgate histórico da doença mental ao longo dos tempos remete às muitas maneiras pelas quais ela tem sido entendida. Já se constituiu expressão de magia e feitiçaria, campo de preocupação da caridade cristã, livre expressão do homem; na Renascença, pôde gozar de certa tolerância ou ser encarada como antítese da razão que levava ao confinamento de quem a portava; foi inscrita nos espaços simbólicos da morte e da doença, no dizer de FOUCAULT (1997); permitiu, na época da revolução industrial, o processo de exclusão e confinamento dos loucos e inválidos, uma vez que a necessidade de aproveitamento da mão de obra para a produção passou a considerar incômodo todo aquele que não pudesse produzir.

Somente na segunda metade do séc. XVIII, com Pinel, houve o reconhecimento científico para o tratamento da loucura como fenômeno pertencente à área médica, embora reproduzisse claramente a ideologia da época: fornecia um tratamento de cunho moral, com o objetivo de reeducar os pacientes para o trabalho. A proliferação e a superlotação dos hospícios mostrariam a ineficácia do modelo proposto.

Após 1950, ao surgirem os psicofármacos, iniciou-se um esvaziamento dos hospitais psiquiátricos e uma nova perspectiva para o tratamento dos doentes, permitindo aos hospitais ressignificar seus papéis, delineando sua função terapêutica ressocializante, protetora e custodial. O novo modelo hospitalar mostrou-se frágil, visto que o aspecto da recuperação continuou não se fazendo, e, ao contrário, confirmava e reforçava a doença, ao mesmo tempo em que a transformava em

mercadoria. Uma nova identidade para o hospital teria que ser pensada de modo que pudesse banir esse componente de reforço da doença e da deterioração.

O período que se seguiu à II Guerra Mundial pode ser considerado o berço dos projetos de reforma psiquiátrica, visto que a comunidade mundial, impregnada dos ares de liberdade e da paz recém-adquirida, mostrou-se particularmente tolerante para com o doente mental. Embora condenando o abandono e a exclusão dos pacientes psiquiátricos da sociedade, essa crítica se fazia sob enfoques bastante diferentes. Paralelamente, havia a constatação dos maus-tratos nos hospitais, associados a local de confinamento, mais sede de iatrogenias do que formas de cuidado e tratamento. Isto permitiu a articulação das lutas pelos direitos humanos dos doentes mentais. A questão passou a ser discutida em várias produções, tanto de natureza sociológica como psicológica (ZUSMAN, 2003).

Nesse cenário teve lugar uma série de experiências de reestruturação do modelo assistencial e dentre as mais importantes são citadas: a) Comunidade Terapêutica – criada no início da década de 50 do século passado, na Inglaterra, tinha proposta baseada na democracia das relações, procurava enfatizar a participação de todos (internos, médicos, enfermeiros, entre outros) na organização das atividades, na administração do hospital, no aspecto terapêutico; a ênfase se dava na liberdade de comunicação e no trabalho para a recuperação, com utilização ao máximo da reaprendizagem social. A modificação tinha o sentido de melhorar a prestação de cuidados intra e extramuros, apontando para uma evolução gradual da assistência de um modelo hospitalocêntrico para outro centrado na comunidade. Maxwell Jones foi o nome mais expressivo do movimento (AMARANTE, 1995; ZUSMAN, 2003; ALMEIDA *et al.*, 2005; PALHA, 2006); b) Psiquiatria de Setor, com início na França, buscava recuperar a função terapêutica o que não era considerado possível dentro de uma instituição hospitalar. Para superar o impasse, o paciente passava a ser tratado dentro do seu próprio meio social e o hospital era dividido em setores de acordo com a divisão da região, possibilitando à equipe responsável pelo território acompanhar os pacientes de sua área; c) Psicoterapia Institucional - também surgiu na França e era vista como correlata da experiência inglesa da Comunidade Terapêutica. Teve como objetivo humanizar e melhorar as condições materiais dos hospitais psiquiátricos, através de mudanças na organização interna. O principal

descaminho estaria na existência de um hospital psiquiátrico dissociado da realidade (ZUSMAN, 2003; PALHA, 2006); d) Psiquiatria Comunitária ou Preventiva - desenvolvida nos Estados Unidos na década de 60, procurava intervir nas causas do surgimento das doenças, visando à prevenção da doença mental e à promoção da saúde mental. Teve em Caplan o seu grande entusiasta, que criticava, tal qual na psicoterapia institucional, a dissociação entre práticas hospitalares e da sociedade. A alternativa para a prática estaria na vida cotidiana, com a comunidade mapeada e acompanhada (BIRMAN e COSTA, 1994; ZUSMAN, 2003); e) Antipsiquiatria - o movimento surgiu para questionar a psiquiatria e a própria doença mental, a forma de conhecimento que não conseguia responder aos problemas surgidos com a doença e denunciava a violência com que a psiquiatria lidava com a esquizofrenia. Considerava a loucura como um fato social, político, e o hospital como consequência natural de um construto nocivo e enganoso sobre a loucura, com os diagnósticos servindo de fachada para uma validação “pseudo-científica” do preconceito e das medidas restritivas de todo aquele que fosse incômodo para a sociedade; defendia a reavaliação da compreensão da loucura e criação de dispositivos assistenciais distintos dos hospitais. Laing, Cooper e Basaglia são as figuras mais expressivas. Para a Antipsiquiatria, o que estava em jogo era a substituição dos hospitais psiquiátricos por redes de apoio na comunidade e descredenciava explicitamente o saber psiquiátrico (ZUSMAN, 2003; PALHA, 2006); f) Psiquiatria Democrática Italiana - considerada um movimento dentro da Antipsiquiatria (AMARANTE, 1995), também questionava o saber psiquiátrico, sem negar a existência da doença mental, mas propondo uma maneira mais ampla de lidar com ela. Loucura é entendida como uma produção psicopatológica em que o doente se refugia a fim de escapar de uma realidade social insuportável e que, ao ser classificado como doente mental, perde todas as suas outras referências sociais, profissionais, culturais, etc. O hospital representa e concretiza o conjunto de falsos saberes que a psiquiatria desenvolveu para justificar a sua existência, daí não poder ser instrumento de ajuda. O movimento é constituído a partir de 1973, buscando a construção de bases amplas para viabilizar a Reforma Psiquiátrica em toda a Itália, tendo concretizado a revisão da reforma, com a aprovação da Lei nº. 180, em substituição à legislação de 1904. O

principal nome desse movimento é Franco Basaglia (ROTELLI *et al.*, 1992; AMARANTE, 1995; ZUSMAN, 2003; PALHA, 2006).

Se, por um lado, a transformação das políticas psiquiátricas abriu as portas do hospital colocando o doente mental no centro da coletividade que o absorveu, por outro deu margem à produção de fenômenos mobilizados por esse novo contato direto e pelas representações sociais que o acompanhavam, remodelando comportamentos e relações (JODELET, 2005). A autora, ao questionar o que aconteceu com os preconceitos que justificavam o confinamento do louco retoma uma imagem de Lévi-Strauss para indagar se não estaríamos passando da “sociedade antropeômica” que rejeita o louco e o expulsa para fora de suas fronteiras, ao estado de “sociedade antropofágica” que absorve os indivíduos detentores de forças temíveis como única forma de neutralizá-las aproveitando-lhes a energia, tanto efetiva quanto simbolicamente.

Tema recorrente na saúde mental e com mais ênfase nas últimas três décadas, a humanização há muito participa da pauta dos movimentos em saúde. É possível identificar a presença dela já no grande gesto de Pinel ao desacorrentar os pacientes psiquiátricos; na política de desinstitucionalização da metade do século passado com o reconhecimento da negligência dos direitos humanos dos pacientes; e nos movimentos que embasaram, dentre outros, a psiquiatria comunitária e democrática.

Humanização é a base de um amplo conjunto de iniciativas que dá voz a antigas demandas da saúde pela democratização das relações que envolvem o atendimento, por maior diálogo e melhoria da comunicação entre profissional de saúde e paciente e pelo reconhecimento das expectativas dos próprios profissionais e as dos pacientes, como sujeitos do processo terapêutico. Embora utilizado com frequência no âmbito da saúde o termo não possui uma definição clara, conformando-se mais como uma diretriz de trabalho, um movimento de parcela dos profissionais e gestores, do que um aporte teórico-prático. Geralmente designa a assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos dos pacientes, de sua subjetividade e referências culturais e implica ainda a valorização do profissional e do diálogo intra e intequipes (DESLANDES, 2004).

Assumida como aspecto fundamental das políticas de saúde para promover uma nova cultura de atendimento à saúde (BRASIL, 2000), foi legitimada em 2000

quando o MS regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Em 2003 esse programa foi alargado para a gestão e atenção da saúde – Programa Nacional de Humanização (PNH), não mais restrito ao âmbito hospitalar. Hoje foi substituído por uma perspectiva transversal, constituindo uma política de assistência e não mais um programa específico - o “Humaniza SUS” (BRASIL, 2004, 2004a,b,c).

A necessidade de se levar a HUMANIZAÇÃO para toda a saúde teve como embasamento diversas constatações como as desigualdades socioeconômicas, as dificuldades de acesso aos serviços, a desvalorização dos trabalhadores de saúde, a precarização das relações de trabalho, o baixo investimento na educação permanente e a pouca participação dos técnicos na gestão dos serviços. Os direcionamentos visaram a criação de espaços de construção e troca de saberes; o investimento nos modos de trabalhar em equipe; o saber lidar com as necessidades, desejos e interesses dos diferentes atores; a construção de rede comprometida com a defesa da vida, humanizada, construindo laços de cidadania solidária; o acesso com acolhimento, atenção integral e equânime; a valorização dos trabalhadores e usuários; e avanços na democracia da gestão e do controle social (DESLENDES, 2004).

De acordo com BENEVIDES e PASSOS, 2005, não há como garantir uma política nacional de humanização da saúde sem que se confronte com o tema do humanismo no contemporâneo, tarefa que não é simples, visto que o pensamento do século XX foi marcado por uma crítica anti-humanismo.

A relação terapeuta-paciente é uma das vias pela qual a humanização da saúde poderia ser assegurada. CAPRARA e FRANCO (1999), ao se reportarem sobre a comunicação paciente-médico, relatam que nos anos cinquenta Carl Jaspers desenvolveu uma série de reflexões sobre o médico na idade da técnica, dando ênfase à necessidade da medicina recuperar os elementos subjetivos da comunicação entre médico e paciente, assumidos impropriamente pela psicanálise e esquecidos pela medicina, perseguindo um caminho baseado exclusivamente na instrumentação técnica e na objetividade dos dados. E acrescentam: a necessidade de desenvolver interação comunicativa entre médico e paciente foi se ampliando nos anos 60 através dos estudos de psicologia médica e da experiência dos grupos Balint, ao introduzir a

dimensão psicológica na relação médico-paciente e a necessidade da formação psicoterapêutica para o médico. Uma necessidade recente de reduzir os efeitos nocivos de comportamentos inadequados do médico no contato com o paciente resultou, em vários países, no aumento das denúncias e também em aumento dos gastos com a saúde. No dizer de Eric J. Cassel:

“A tarefa da Medicina no século XXI será a descoberta da pessoa – encontrar as origens da doença e do sofrimento, com este conhecimento desenvolver métodos para o alívio da dor, e ao mesmo tempo, revelar o poder da própria pessoa, assim como nos séculos XIX e XX revelou-se o poder do corpo” (Cassel, *apud* CAPRARA e FRANCO, 1999, p.648).

2.3. A REFORMA PSIQUIÁTRICA E AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A legislação psiquiátrica no Brasil, vigente desde a década de 30, sofreu um grande desgaste nos anos 60 e 70. Os hospitais públicos entraram em colapso e sua substituição pelo sistema privado só veio criar um grande número de hospitais de má qualidade (FERRAZ, 2000). Desde o início da década de 70, paralelamente ao surgimento do movimento por uma Reforma Sanitária que reorganizasse o atendimento à saúde da população, desenvolveu-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, trazendo consigo os reflexos dos movimentos internacionais e a discussão da Reforma Psiquiátrica. Segundo Serrano, em dissertação de mestrado “Onze estações e um devoto de São Jorge – discursos psicológicos num Serviço de Saúde”, 1998, *apud* SCÓZ e FENILI, 2003, p. 73, a reforma psiquiátrica “é o processo político assistencial, em nível mundial e em diferentes formas derivado da queda do paradigma asilar, que deixa de ser hegemônico, no tratamento psiquiátrico, em discussão desde a década de 60”. No Brasil reúne a reformulação da assistência, mudanças na cultura, normativas e jurídicas.

É na década de 80, com as mudanças das práticas políticas inspiradas na reforma psiquiátrica italiana, que os movimentos psiquiátricos ganham mais vigor no Brasil e se direcionam para a busca de mudanças a fim de efetivar uma ruptura

paradigmática. Discute-se, desde então, um conjunto de propostas de reestruturação da atenção à Saúde Mental através de uma reforma psiquiátrica, tendo como ponto de partida a avaliação de que a maneira como a assistência ao doente mental estava organizada era ineficaz, cara e alienante. Cenário político de críticas e implantada no SUS, fruto do movimento da Reforma Sanitária, a luta antimanicomial ganha corpo para criticar as práticas segregadoras, centradas no manicômio e priorizando intervenções mais complexas centradas na territorialidade.

As Conferências de Saúde tiveram uma contribuição fundamental para a construção democrática das políticas públicas do SUS. A Saúde Mental realizou três conferências setoriais que produziram importantes deliberações que têm subsidiado a Política Nacional de Saúde Mental e, mais recentemente, em junho de 2010, realizou-se em Brasília a IV CNSM. Em 1987, na I Conferência Nacional de Saúde Mental, no esteio da VIII Conferência de Saúde (1986) que foi considerada marco histórico na construção do SUS, foram apresentadas, entre outras, as seguintes proposições: reversão da tendência “hospitalocêntrica” do tratamento dos doentes mentais com priorização do sistema extra-hospitalar e multiprofissional; não credenciamento pelo setor público de leitos hospitalares em hospitais psiquiátricos tradicionais; proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos; implantação de recursos assistenciais alternativos (exemplos: hospital-dia, lares protegidos, centros e núcleos de atenção psicossocial); emergência psiquiátrica funcionando em emergência de hospitais gerais; e propostas visando o resgate da cidadania e dos direitos dos pacientes, entre as quais as garantias legais contra internações involuntárias.

O Projeto de Lei da Câmara Nº. 3.657 de 1989, de autoria do Deputado Paulo Delgado foi apresentado como substitutivo ao Decreto no 24.559, de 03 de julho de 1934, e dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, além de regulamentar a internação compulsória (BRASIL, 1989). Somente em 06 de abril de 2001 o projeto foi sancionado pelo Presidente da República com a Lei nº.10.216. A Lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Pelo que representou de avanço dentro da lógica do modelo assistencial em saúde mental e pelo comprometimento com os direitos civis

do paciente, a Lei Paulo Delgado pode ser considerada o marco emblemático do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil (FERRAZ, 2000).

Outras duas Conferências Nacionais de Saúde Mental se realizaram, respectivamente nos anos de 1992 e 2001. A segunda foi inspirada em outro marco histórico para o campo da saúde mental, a Conferência de Caracas (1990), que em reunião dos países da região, definiu os princípios para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica nas Américas. A terceira se realizou em 2001, ano em que foi aprovada a Lei 10.216, que trata dos direitos das pessoas com transtornos mentais e reorienta o modelo assistencial em saúde mental, na direção de um modelo comunitário de atenção integral. Ambas as conferências re-enfatizaram as deliberações da I Conferência e trouxeram como inovação a proposta de participação efetiva dos usuários e familiares, com foco na atenção integral e na cidadania, e a inserção do atendimento à saúde mental na atenção básica, uma vez que é aí que deverá estar o principal foco das atenções da organização da assistência em saúde mental. Por esse entendimento, caberia ao município a incumbência de fazer a reforma acontecer, pela contratação e capacitação de técnicos e a estes o desafio de assumir os determinantes sociais dos problemas com os quais têm que lidar, buscando práticas que promovessem a cidadania (AQUINO, 2003). A quarta e última CNSM, realizada há pouco, teve como tema central “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios” (Portal da Saúde-www.Saude.gov.br - IV CONFERÊNCIA NACIONAL).

Segundo dados divulgados pelo Ministério da Saúde (MS), 3% da população sofrem de doenças mentais severas (DMS) e persistentes (DMP); 6% apresentam transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 12% necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual. Já estudos de estimativa da prevalência de doenças mentais indicam que as DMS são 6,0% e as DMP 3,1%. No Brasil haveria cerca de dez milhões com DMS, das quais 5,2 milhões são persistentes. Estes mais de 10 milhões requerem atenção psiquiátrica especializada (MARI *et al.*, 2007).

O processo de redução dos leitos psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passa a se tornar política pública a partir dos anos 90, ganhando grande impulso em 2002 com uma série de normatizações do

MS. O Brasil dispunha, em 2001, de 53 mil leitos em hospitais psiquiátricos. Estimava-se que um terço dessas vagas estaria sendo ocupadas por pacientes sem necessidade de tratamento em regime de internação. Por outro lado, eram pessoas que não tinham a possibilidade de reinserção social em médio prazo, por conta de dificuldades econômicas enfrentadas pela família e até mesmo devido à perda de vínculos familiares. Simultaneamente à redução de leitos psiquiátricos havia de se pensar nas maneiras de como essa reinserção deveria se dar.

Em 2003 foram extintos 1.890 leitos, prevendo-se a essa época que até o final de 2004 outros 2.800 seriam desativados, com o repasse dos recursos remanescentes para a rede extra-hospitalar, ambulatorios e atenção básica, especialmente na Estratégia da Saúde da Família, ampliando o acesso da população aos serviços de Saúde Mental em todo o país (AQUINO, 2003). Esta redução vem de fato se observando: dos 72.514 leitos disponíveis no SUS em 1996, em 2005 havia 42.076, dos quais 58% na rede privada, com uma forte concentração deles nos centros de maior desenvolvimento econômico e deixando vastas regiões carentes de qualquer recurso terapêutico (DELGADO *et al.*, 2007). Contudo, de maneira inequívoca, a inversão do financiamento vem privilegiando o equipamento substitutivo da atenção em detrimento do Hospital Psiquiátrico (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2006). O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), a instituição do Programa de Volta para Casa e a expansão de serviços como os CAPS e as Residências Terapêuticas vêm permitindo a redução de milhares de leitos psiquiátricos no país e o fechamento de vários hospitais psiquiátricos. Embora em ritmos diferenciados, a redução do número de leitos psiquiátricos vem se efetivando em todos os estados brasileiros. O número de leitos caiu de 51.393 em 2002 para 39.567 em dezembro de 2006 (BRASIL, 2005 e 2007).

Outra importante consequência da desconstrução gradativa do modelo centrado no hospital foi permitir que a assistência, antes fortemente ancorada na figura do médico psiquiatra, passasse a incorporar outros técnicos, outros saberes, num trabalho que vem assumindo características interdisciplinares e multiprofissionais cada vez mais fortes. Enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, educadores

físicos, assistentes sociais, pedagogos, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e representantes do controle social, entre outros, vêm consolidando a criação de uma estrutura de atendimento substitutiva à hospitalocêntrica, privilegiando e objetivando o olhar sobre o sujeito. Uma nova geração de técnicos tem se revelado capaz de operar um sistema de saúde, compreendendo os aspectos do planejamento, da gestão e da avaliação. A compreensão da doença mental como elemento limitador da expressão da subjetividade e das potencialidades humanas tem possibilitado a articulação de esforços com vistas à criação da possibilidade de contrato social e psicológico do doente com o meio externo. As experiências vêm ocorrendo de maneira crescente e articulada dentro da rede de assistência à Saúde Mental.

Nestes quase 10 anos do processo de Reforma Psiquiátrica sob vigência da Lei, o SUS ampliou de modo significativo a rede de serviços extra-hospitalares ao mesmo tempo em que eram reduzidos os leitos em hospitais psiquiátricos com baixa qualidade assistencial, lugar de constantes violações de direitos humanos. Dentre os novos modelos de atenção em Saúde Mental os CAPS se credenciam como espaços saudáveis e humanizados. Começaram a surgir na década de 80, sendo o seu atendimento baseado na desospitalização de pacientes, reforçando assim a assistência extra-hospitalar qualificada. Neles, os portadores de transtornos mentais continuam recebendo atendimento especializado, sem que para isso precisem ficar internados ou afastados do convívio familiar. Geram-se, assim, as condições fundamentais para o tratamento e recuperação de pacientes, propiciando ainda a defesa dos direitos de cidadania (AQUINO, 2003). São serviços de saúde mental de base territorial e comunitária do SUS, referenciais no tratamento das pessoas que sofrem com transtornos mentais cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência em um dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. Objetivam oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários, pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Há diferentes tipos de CAPS, segundo seu porte e clientela: CAPS I - serviço aberto para atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes, constituindo-se em importante equipamento para municípios com

população entre 20 mil e 70 mil habitantes; CAPS II - serviço aberto para atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes, em municípios com população com mais de 70 mil habitantes; CAPS III - serviço aberto para atendimento diário e noturno, durante sete dias da semana, de adultos com transtornos mentais severos e persistentes que habitam as grandes cidades; CAPS- i - direcionados para a infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais; CAPS-ad - voltado para usuários de álcool e outras drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso de substâncias. Os novos serviços propostos devem ser entendidos como substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico (DELGADO *et al.*, 2007). A partir de 2002, momento em que experimentam grande expansão, os CAPS passaram a receber uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde. A articulação de uma rede de atenção à Saúde Mental de base comunitária, com seu potencial de construção coletiva de soluções, mostrou-se capaz de fazer face à complexidade das demandas com a garantia da resolubilidade, juntamente com a promoção de autonomia e cidadania das pessoas com transtornos mentais. Em 2002 havia 446 centros distribuídos pelo país, que representavam cobertura de 22% da população e, atualmente, são 1467 serviços, com 60% de cobertura assistencial (Portal da Saúde-www.saude.gov.br-saude-mental). Os CAPS estão presentes em todos os estados da federação. Apenas seis dos 74 municípios com mais de 300 mil habitantes não têm um serviço tipo CAPS em sua rede de atenção à saúde. O número de serviços mais que dobrou nos últimos quatro anos e, embora a maioria deles ainda se concentre nas regiões Sul e Sudeste, geraram grande impacto no acesso ao tratamento e expansão de serviços em estados onde a assistência extra-hospitalar em saúde mental era praticamente inexistente, como nas regiões Nordeste e Centro-Oeste (BRASIL, 2007). Entretanto, ainda há desigualdade na distribuição entre os estados, o que reforça a necessidade de ampliação dos serviços (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2006).

O Ceará conta hoje com 93 CAPS: quarenta são do tipo I, vinte e sete do tipo II, três são do tipo III, 17 para transtorno de álcool e droga (CAPS-ad) e um infantil (CAPS-i). Desses, quatorze estão localizados em Fortaleza nas modalidades CAPS II

(7), CAPS-ad (6) e CAPS-i (1). Esse número é considerado insuficiente para a demanda, e se observa, não raro, filas de espera de mais de dois meses para atendimento.

Além da reversão do modelo hospitalar para uma ampliação significativa da rede extra-hospitalar, de base comunitária, a política de Saúde Mental vem apresentando outra importante tendência, qual seja, o entendimento das questões do álcool e outras drogas como problema de saúde pública e como prioridade no atual governo.

As necessidades de Saúde Mental têm sido determinadas mais recentemente não somente pelos índices de todas as doenças mentais, mas também pelos índices das DMS e das DMP. Esse fato foi de grande importância para a realocação de recursos para as políticas de Saúde Mental. Em 2003 o SUS destinou à Saúde Mental cerca de 3,1% do orçamento, 32% dos quais em internação psiquiátrica (ANDRIOLLI, 2007). Mesmo se observando a tendência de maior alocação de recursos pelo MS na Saúde Mental, é necessário empreender esforços para ampliação destes aportes, para, pelo menos, 4,5% até o final de 2010 (a OMS recomenda “mais que 5%” do orçamento global da saúde), bem como gravar recursos em outros Ministérios para os projetos intersetoriais: cultura, educação, desenvolvimento social, cidades, trabalho e ciência e tecnologia (BRASIL, 2007).

O desenvolvimento do SUS pressupõe um processo contínuo de modificações e de implantação de novas políticas, programas e serviços. Em assim sendo, em janeiro de 2008 o MS (Portaria 154 de 24.01.2008) criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica e de sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da Atenção Básica. Os NASFs são formados por equipes compostas de profissionais de diferentes áreas do conhecimento que atuam em parceria com profissionais das equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2008). Anteriormente, através da Lei nº. 10.708, de 31 de julho de 2003, o MS criou o programa “De Volta para Casa”, cuja iniciativa tinha como objetivos promover a reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais egressas de longas internações, contribuir de maneira efetiva para o processo de inserção social dessas pessoas e estimular o exercício pleno dos direitos civis, políticos e de cidadania. O Programa tem como

parte integrante o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial, hoje fixado em R\$ 420,00 mensais. Essa estratégia vem ao encontro de recomendações da OPAS e OMS para a área de Saúde Mental com vistas a reverter gradativamente um modelo de atenção centrado na referência à internação em hospitais especializados por um modelo de atenção de base comunitária, consolidado em serviços territoriais e de atenção diária. A previsão era de que cerca de 15.000 usuários do SUS deveriam ser beneficiários do auxílio financeiro do Programa desde que atendidos os requisitos necessários para recebimento do mesmo. Hoje são 3.445 beneficiários, que recebem o auxílio-reabilitação psicossocial. “De Volta para Casa” está ainda em consonância com a Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2003).

Por fim, algumas considerações sobre o modelo de assistência integral em saúde mental entre os diversos serviços. Criado pela Lei No. 10.216, estabelece um sistema de referência e contra-referência integrado no qual as unidades devem funcionar de forma harmônica, complementando-se, não se opondo nem se sobrepondo uma às outras, não concorrendo e nem competindo entre si. Em 2006, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a Associação Médica Brasileira (AMB), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Federação Nacional dos Médicos (FENAM) elaboraram o documento intitulado “Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil”, à luz da Lei No. 10.216, tendo definido os seguintes parâmetros de atenção e serviços (ABP, 2006):

Nível primário:

- a) Promoção e prevenção - campanhas para reduzir o estigma dos portadores de transtornos mentais, orientação educacional contínua para integrantes de comunidades específicas, programas de orientação e suporte às famílias de doentes mentais, ampla divulgação dos serviços de saúde mental e forma de como procurá-los e utilizá-los para detecção e tratamento precoce, treinamento e supervisão para integrantes das equipes multiprofissionais;
- b) Unidade Básica de Saúde (UBS) - treinamento de médicos da ESF e UBS para identificar, tratar e encaminhar aos serviços especializados os casos de

transtornos mentais que não consigam tratar, construindo um sistema de referência e contra-referência estruturado por meio da ação de equipes matriciais, oferecendo suporte técnico e de supervisão utilizando-se das técnicas de interconsulta e consulta conjunta; criação de programas de promoção, prevenção e intervenções terapêuticas em saúde mental específicas para a atenção primária e elaboração de Diretrizes a serem implantadas conjuntamente pelas equipes de Atenção Primária com Equipes Matriciais.

Nível secundário:

- a) Centro de Atenção Médica, Psicológica e Social (CAMPS) – deveria contar com uma equipe multiprofissional completa para assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e de outros. Dentre as suas atribuições foram definidos o treinamento de médicos da ESF e UBS para identificar, tratar e encaminhar aos serviços especializados os casos que não consigam tratar, construindo um sistema de referência e contra-referência estruturado por meio da ação de equipes matriciais, ligados à rede de saúde mental, que será responsável por dar suporte técnico e de supervisão (técnicas de interconsulta e consulta conjunta); a criação de programas de promoção, prevenção e intervenções terapêuticas em saúde mental específicas para a atenção primária, elaborando Diretrizes, a serem implantadas conjuntamente pelas equipes de atenção primária com Equipes Matriciais.
- b) Ambulatório Psiquiátrico Geral e Especializado - serviço de atendimento essencialmente médico organizado de acordo com a demanda existente em cada local, inserido ou não em ambulatório médico geral, e que sempre faça a distribuição gratuita dos medicamentos prescritos. Deverão ser observadas a localização geográfica e a população a ser assistida; o atendimento ambulatorial é eficaz no tratamento e controle das doenças mentais e quando combinado com a dispensação de medicamentos mostra uma elevada taxa de resposta terapêutica com baixo custo.

Nível terciário

- a) Hospital-Dia e Hospital-Noite - serviços destinados à hospitalização parcial para pacientes que não necessitem hospitalização integral;
- b) Centro de Tratamento Integral em Saúde Mental (CAISM) - situa-se nos três níveis de atenção, pois contemplaria um atendimento completo em todos os níveis de complexidade (promoção, prevenção, ambulatório, pronto socorro, CAMPS, hospital parcial e hospital para internação em tempo integral);
- c) Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral - serviços destinados a internações de pacientes agudos, em princípio de curta permanência para pacientes psiquiátricos sem intercorrência ou com intercorrências clínicas ou cirúrgicas que necessitem de internação em hospitais gerais;
- d) Hospital Psiquiátrico Especializado - destinado a atender pacientes que necessitem cuidados intensivos cujo tratamento não é possível ser feito em serviços de menor complexidade. Deverá ter programas de atendimento e contar com equipe multiprofissional completa;
- e) Unidade de Emergência Psiquiátrica - unidade de pronto socorro psiquiátrico, em tempo integral, com leitos para acolher pacientes em crise, em curtíssima permanência (até 24 horas). Haveria unidades de emergências psiquiátricas específicas em hospitais psiquiátricos e unidades de emergências psiquiátricas em hospitais gerais. As unidades de emergência deverão estar articuladas com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Observe-se que, ao aludir ao nível secundário, o documento encabeçado pela Associação Brasileira de Psiquiatria prevê a terminologia CAMPS, em alternativa ao termo consagrado pelo Ministério da Saúde CAPS. Tal divergência se dá em face das entidades signatárias do documento entenderem que a denominação Centro de Atenção Psicossocial não contemplava a inclusão do médico, o que seria corrigido em Centro de Atenção Médica e Psicológica. No entender de muitos, a divergência na terminologia é irrelevante.

Embora sem mencionar o grau de severidade das doenças mentais, as definições de atribuições aqui mencionadas permitem o entendimento de há espaço na Atenção Básica para acolhimento e tratamento do doente mental grave por meio da promoção

da saúde, da prevenção das doenças e das intervenções terapêuticas. Também fazendo parte do conjunto das atribuições estão previstos a inserção dos programas de capacitação e o atendimento conjunto pelas equipes da Atenção Básica e do Apoio Matricial.

2.4. A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: NOVOS PAPÉIS PROFISSIONAIS, PROGRAMAS, ABORDAGENS TERAPÊUTICAS E PESQUISAS AVALIATIVAS

A saúde mental na Atenção Básica tem sido um tema de interesse crescente no Brasil, a exemplo do que vem ocorrendo em outros países que reformaram seus modelos sanitários tendo por base os cuidados primários universais, como o Canadá, a Espanha e, em especial, o Reino Unido, que já vem discutindo e desenvolvendo estratégias nesse campo desde a década de sessenta (TÓFOLI e FORTES, 2007). A prevalência mundial e nacional de transtornos mentais na Atenção Básica é relevante, chegando a um terço da demanda, taxas essas que alcançam e até ultrapassam os 50% quando se inclui o sofrimento difuso com sintomas psiquiátricos subsindrômicos (FORTES, 2004). Segundo o MS, 3% da população necessitam de cuidados contínuos em saúde mental por terem transtornos severos e persistentes, exigindo rede de assistência densa diversificada e efetiva; cerca de 9% da população apresentam transtornos mentais leves e de 6 a 8% apresentam transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, pelos quais a Atenção Básica deve se responsabilizar; e 56% das equipes de Saúde da Família referem realizar "alguma ação de Saúde Mental" (BRASIL, 2003). Outros 10 a 12% dos pacientes não sofrem de transtornos mentais severos, mas precisam de algum tipo de cuidado em saúde mental – consulta, aconselhamento, terapia de grupo, etc. (DIMENSTEIN, 2009). Com o deslocamento da ênfase da atenção do hospital para as terapias extra-hospitalares, a responsabilidade pela condução dos tratamentos passa a ser menos das instituições e mais das famílias, aqui entendidas como os novos mediadores entre o doente mental e o sistema de saúde (RABOVSKY e STTOPPE, 2006; SOLOMON e

DRAINE,1995). Por sua proximidade com as famílias e as comunidades, a Atenção Básica e suas equipes se constituem num recurso estratégico para o enfrentamento das diversas formas de sofrimento psíquico (FIGUEIREDO e ONOCKO-CAMPOS, 2009).

Estudo descritivo identificou a formação e as ações do enfermeiro em Saúde Mental na ESF em capital do Nordeste, trabalhando com uma amostra de 134 enfermeiros. Os resultados mostraram que 95,5% não possuíam formação específica em saúde mental enquanto 97% dos entrevistados referiram que existiam pacientes, em sua área de atuação, que necessitavam deste tipo de atendimento. As ações referidas foram visitas domiciliares (60%), consultas (27,7%), encaminhamentos (21,5%), entrega de medicação (15,4%), sem atividade voltada para a Saúde Mental (14,6%), atendimento ambulatorial (7,7%), terapia comunitária (5,4%) e levantamento de casos (0,8%). O trabalho conclui que medidas/estratégias de políticas públicas voltadas a esta área devem ser rediscutidas e operacionalizadas para (re)direcionar caminhos à reforma nas ações e nos serviços de saúde mental (SOUZA *et al.*, 2007).

Outros autores também avaliaram a importância da Atenção Básica para a Saúde Mental. LESTER, em trabalho no Reino Unido, afirma que a doença mental diz respeito à vida de todas as pessoas, tem reconhecida importância nos serviços de atenção primária de saúde e representa a segunda maior causa de consultas no Reino Unido. Pessoas com doenças mentais sérias têm taxas mais altas de morbidade e mortalidade do que a população em geral (LESTER, 2007). Para SAYCE, 2000, as doenças mentais respondem por 28% dos anos por incapacitação e 10,5% do total do “peso” global das doenças, com projeção de crescimento para 15% em 2020. A maioria das pessoas com problemas mentais comuns e sérios consulta clínicos gerais e 90% de todas as doenças mentais, incluindo os 30-50% com DMS só são vistas na Atenção Básica (KINGSLAND *et al.*, 1997; KENDRICK *et al.*, 2004). A prevalência da doença mental também tem impacto em outras questões difíceis de quantificar, mas se tem arguido as consequências negativas no bem-estar, exclusão social e pobreza (WILKINSON, 1996).

A abordagem dos transtornos mentais na Atenção Básica ocupa uma importante interface entre usuários, famílias, comunidade e profissionais. Por outro lado,

aspectos multiprofissionais e da interdisciplinaridade exibem características cada vez mais marcantes e sem o atendimento de determinadas condições, difícil se fará a superação do modelo anterior centrado no hospital e na figura do médico. Hoje, os profissionais que compõem as equipes da Saúde da Família - médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, assistentes sociais, pedagogos, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, entre outros, devem ser estimulados a partilhar planos, sonhos e atitudes. É necessário, por um lado, ter acesso às percepções, crenças e atitudes de pacientes ou familiares, terapeutas e gerentes ou oriundas das políticas de saúde mental que se materializam em barreiras no atendimento de pacientes mentais na Atenção Básica, poder analisá-las e decodificá-las para removê-las; e por outro, identificar fatores que se constituam os aliados para a consecução do ideário.

As práticas integrais, unificadas em um só lugar, rompem a dicotomia entre o físico e o mental. Diminuem o estigma, permitem o acesso fácil para rotina e crises, são capazes de abordar todas as dimensões dos problemas - social, física, ambiental. Proveem informação continuada, comunicação efetiva entre os profissionais, propiciam a construção de uma fortaleza da relação terapêutica que individualiza o paciente (Freeman *et al.*, 2002, *apud* LESTER, 2004, p.287). Uma série de vantagens foram identificadas na utilização dos cuidados primários integrados na Saúde Mental: 1. Refletem a maneira como a maioria dos pacientes mostra seus problemas na Atenção Básica, não os separando em físicos e mentais (KATON *et al.*, 1995); 2. Podem melhorar a adesão aos medicamentos e satisfação com os cuidados (KATON *et al.*, 1992); 3. É a melhor maneira de aumentar os conhecimentos dos profissionais ao lidar com os aspectos psicossociais do cuidado, treinamento e transferência de *expertise* entre os membros da equipe (MAUKSCH e LEAHY, 1993); 4. Promovem satisfação com o trabalho (CORNEY, 1986); 5. A abordagem integrada é uma intervenção de baixo custo e justifica a sua adoção em longo prazo (HORDER, 2004).

Observa-se hoje que cada vez mais os profissionais de saúde mental estão trabalhando na prática geral comunitária. Todavia, segundo CORNEY, 1999, esse trabalho carece de *guidelines* que definam que tipo de pacientes são mais apropriados para esse manejo. Os desempenhos ficam aquém do esperado, talvez pela resistência

aos treinamentos multidisciplinares ou concepção de que outros profissionais deveriam se encarregar dos serviços. Estudo da autora concluiu pela necessidade de um embasamento que assegurasse aos clínicos gerais o suporte para o desempenho enquanto psicoterapeutas. De acordo com os resultados a que chegou, dois terços das enfermeiras achavam que problemas sociais e de relacionamento não eram apropriados para os seus conhecimentos, preferindo o trabalho preventivo nos casos menos severos, situações de ansiedade e depressão. Para os consultores, as doenças mentais severas eram inapropriadas para os seus cuidados. Para os clínicos gerais, a aproximação com o trabalho em saúde mental se justificaria por terem vivenciado uma experiência anterior positiva e pelas demandas dos pacientes. Enfermeiros e conselheiros foram identificados como aqueles que mais poderiam ajudar, em razão dos seus conhecimentos enquanto psicólogos e psiquiatras foram os menos mencionados em tal tarefa.

O crescente aumento de profissionais em Saúde Mental na Atenção Básica deveria utilizar os conhecimentos e treinamentos no seu potencial e evitar as referências inapropriadas. Há uma fronteira sem definição no que se refere às matérias para treinamento, tratamentos oferecidos e problemas para se lidar, sugerindo um considerável grau de superposição de atribuições entre os profissionais de saúde mental nos seus treinamentos, nas técnicas que eles empregam, no leque das suas dificuldades e no alvo dos seus cuidados (CORNEY, 1999).

Partindo do pressuposto que as equipes de cuidados primários de saúde têm sido encorajadas a desenvolverem novos papéis na provisão dos cuidados, um estudo avaliou as práticas de enfermagem na Atenção Básica e explorou as percepções dos prestadores de serviço acerca do alargamento dos seus papéis. 83% dos informantes afirmaram que comumente identificavam nas consultas pacientes com demandas psiquiátricas - psicóticos crônicos em terapia com neurolépticos de depósito, solicitação de nível sérico de lítio, escuta de problemas, aconselhamento. Mais da metade da amostra estudada admitiu que o treinamento formal que receberam é deficiente e identificaram um sem número de possibilidades para preencher a lacuna: técnicas de aconselhamento, reconhecimento dos problemas mentais, manejo do estresse, informações sobre psicotrópicos, conhecimento e educação sobre o papel terapêutico dos profissionais, entre outros. Para 2,5% dos que responderam,

gostariam de menor envolvimento com os problemas de saúde mental. Dentre as dificuldades para expansão dos seus papéis identificaram pessoal em número deficiente, a natureza árdua do trabalho, a cobertura do trabalho de outros profissionais. A grande maioria identificou um conjunto de habilidades que permite potencialmente manejar os problemas mentais de maneira efetiva uma vez assegurados suporte e treinamento adequados (CROSLAND, 1998).

No Brasil, foi concebida pelo MS e materializada no Apoio Matricial na Saúde Mental uma tentativa de organizar o serviço e o processo de trabalho de modo a tornar horizontais as especialidades e estas permearem todo o campo das equipes de saúde. Tal concepção viabilizava um arranjo institucional para promover uma interlocução entre os equipamentos de saúde mental, a exemplo dos CAPS e UBS.

Quando aplicada à ESF, a proposta constitui-se de equipes especializadas de apoio que interagem com as equipes da Saúde da Família. A desconstrução de um sistema verticalizado e decisões centralizadas tendem a estimular descompromisso e alienação entre a maioria dos trabalhadores. “Um processo de trabalho centrado em procedimentos e não na produção de saúde tende a diluir o envolvimento das equipes de saúde com os usuários” (Campos, 1999, *apud* GOMES, 2006, p.4).

Na lógica do Apoio Matricial na Saúde Mental, a equipe de Saúde Mental compartilha alguns casos com as equipes da Atenção Básica que se produz em forma de corresponsabilização pelos casos que podem se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto à família e comunidades ou em atendimentos conjuntos, e também sob forma de supervisão e capacitação (BRASIL, 2005, p.34). Essas ações assistenciais específicas devem ser sempre dialogadas com a equipe de referência e, como regra geral, coletivas. Também é possível a assistência individual desde que, preferencialmente, seja temporalmente limitada. As equipes matriciais não têm desenho rígido e permitem, dependendo das circunstâncias locais, uma vasta gama de composições, com ou sem médicos especialistas, com inclusão de vários profissionais de saúde, como enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, educadores físicos, fisioterapeutas, farmacêuticos, entre outros. A estrutura do apoio matricial em saúde mental pode, portanto, ser bastante diversificada nos seus formatos e resultados. Em Campinas, onde o conceito nasceu, ele é feito principalmente por psicólogos que,

sediados em unidades de saúde, atendem matricialmente à sua unidade e às circunvizinhas (FIGUEIREDO, 2006). Em Recife ele se faz por equipes volantes de saúde mental, incluindo psiquiatras, que não têm sede fixa (BRASIL, 2007). Ao descrever uma experiência de Matriciamento em saúde mental no município de Sobral, no Ceará, TÓFOLI e FORTES (2007) enfatizam como pontos positivos a excelente integração da saúde mental com a equipes da Saúde da Família que se traduz na triagem eletiva na atenção primária; o fato de profissionais de saúde mental que auxiliam as equipes também trabalharem na saúde mental especializada (e, por vezes, hospitalar), podendo ter uma visão privilegiada de todo o sistema; e o trabalho da Residência Multiprofissional não ficar sediado em uma unidade específica da ESF, mas acolhendo de uma maneira verdadeiramente matricial um conjunto de equipes.

A estratégia do Matriciamento discute a lógica do processo saúde/doença e contribui com a clínica ampliada que “pensa a doença não como ocupante do espaço principal na vida do sujeito, mas fazendo parte da mesma construção de um modo de fazer saúde centrada no sujeito e não mais na doença” (ONOCKO, 2001, p.5). É importante atentar para o fato de que, quando estabelecidos em unidades, profissionais de saúde mental tendem a reproduzir o modelo de referência e contra-referência, sem trazer competências da saúde mental a seus companheiros de serviço (Bower e Sibbald, 2000, *apud* TÓFOLI *et al.*, 2007, p.22).

Relatos sugerem que a proposta do Matriciamento não está de todo clara para as equipes, gerando questões que ainda precisam ser respondidas, como a sua efetividade, a composição ideal do Matriciamento e o tipo de interação inter e intra-equipes, entre outras. Ainda há incertezas e expectativas equivocadas por parte de técnicos (DIMENSTEIN, 2009). A formulação e o desenvolvimento de propostas de avaliação desta experiência são de grande importância, sobretudo porque, desde 2003, o MS tem tomado esse arranjo como estratégia para modular a inserção da Saúde Mental na Atenção Básica e aprimorar a rede de saúde dos municípios (FIGUEIREDO e ONOCKO-CAMPOS, 2009). O Apoio Matricial possibilita distinguir as situações individuais e sociais que podem ser acolhidas pela equipe de referência e por outros recursos sociais do entorno, daquelas demandas que necessitam de atenção especializada da Saúde Mental, a ser oferecida na própria

unidade ou, de acordo com o risco e a gravidade, pelo CAPS da região de abrangência. “Dessa maneira é possível evitar práticas que levam à ‘psiquiatrização’ e à ‘medicalização’ do sofrimento e, ao mesmo tempo, promover a equidade e o acesso” (FIGUEIREDO e ONOCKO-CAMPOS, 2009, p.3)

De acordo com FIGUEIREDO (2005), o Apoio Matricial:

“Pretende romper com o sistema das guias de referência e contra-referência, que produzem encaminhamentos consecutivos e que se traduzem, usualmente, em des-responsabilização e alienação dos profissionais em relação ao objetivo primordial de seu trabalho, que é a produção de saúde... seria esse suporte técnico especializado, em que conhecimentos e ações, historicamente reconhecidos como inerentes à área ‘psi’, são ofertados aos demais profissionais de saúde mental e à equipe interdisciplinar de saúde na composição de um espaço de troca de saberes, invenções e experimentações que auxiliam a equipe a ampliar sua clínica e a sua escuta, a acolher o choro, a dor psíquica; enfim, a lidar com a subjetividade dos usuários” (FIGUEIREDO, 2005, p. 29).

A OMS e o MS estimam que quase 80% dos usuários encaminhados aos profissionais de saúde mental não trazem, a priori, uma demanda específica que justifique a necessidade de uma atenção especializada. Neste sentido, o Apoio Matricial da Saúde Mental seria potente para propiciar maior consistência às intervenções em saúde em geral e em Saúde Mental em particular (FIGUEIREDO e ONOCKO, 2009). Os autores acrescentam que nas discussões clínicas conjuntas com as equipes ou nas intervenções conjuntas como consultas, visitas domiciliares, etc., os profissionais de Saúde Mental podem contribuir para o aumento da capacidade resolutiva das equipes, enquanto a responsabilização compartilhada pelos casos permite regular o fluxo de usuários nos serviços.

O sentimento de impotência na prática do Matriciamento tem que ser levado em conta ao se lidar com as expectativas das equipes naqueles casos em que o possível não é a cura, mas a melhora, às vezes ínfima, da qualidade de vida, o desenvolvimento da autonomia. “Precisaria trabalhar com os pólos da onipotência/impotência habitualmente trazidos pelo médico, e em alguns momentos pelos outros membros das equipes” (FIGUEIREDO, 2005, p.69). O atendimento realizado conjuntamente com a equipe de referência propicia um suporte teórico-prático no sentido de ampliar a clínica desses equipamentos. Essa proposta permite desmistificar a doença mental presente no imaginário dos trabalhadores de saúde e qualificá-los para lidar com essa demanda.

Apesar da importância que a saúde mental goza na Atenção Básica, estudos mostram que a evidência da qualidade dos serviços ofertados é variável, com treinamentos inapropriados e problemas mentais subdiagnosticados ou não detectados. Para autores ingleses, melhorar os serviços deveria ser a prioridade estratégica (BINDMAN *et al.*, 1997; GASK *et al.*, 2003; LEWIS *et al.*, 2004; LESTER *et al.*, 2007). Programas educacionais e de pós-graduação poderiam ser importantes para encorajar uma integração focada para os cuidados primários em Saúde Mental.

Há múltiplas razões para a variabilidade dos cuidados, por exemplo, a complexidade da atenção, as múltiplas facetas das doenças mentais, as pressões no trabalho, o tempo requerido para os atendimentos, as múltiplas demandas da clientela com o vasto perfil nosológico, a falta de treinamentos adequados. E ainda: o reflexo das múltiplas perspectivas profissionais, a visão dos sintomas em um contexto de estresse social ao invés do modelo médico de doença, a relutância dos pacientes falarem dos seus sintomas por medo de estigmas, etc. (CROSLAND e KAI, 1998; LESTER, 2007).

Um estudo randomizado avaliou a efetividade dos trabalhadores em cuidados primários na atenção mental, a satisfação dos pacientes com os cuidados e a mudança no perfil dos sintomas que os pacientes apresentavam a partir dos cuidados recebidos. Utilizou como instrumentos o CSQ (questionário de satisfação com a consulta) e o CORE-OM (*Clinical outcomes in routine evaluation-outcome measure*). O estudo sugeriu que o papel dos trabalhadores de saúde mental pode melhorar a satisfação do cliente com os cuidados recebidos, embora sem evidência de que os cuidados desses trabalhadores produzem mudanças no perfil dos sintomas dos pacientes (LESTER *et al.*, 2007).

Dados disponíveis afirmam que cerca de 25% dos pacientes com psicoses perdem contato com serviços psiquiátricos especializados. KENDRICK *et al.*, 2000, no Reino Unido, procuram identificar pacientes e práticas que asseguravam ou não o contato de pacientes psiquiátricos com serviços especializados. Identificaram 30% dos pacientes psicóticos fora do tratamento com o especialista. Aqueles que mantinham contato com os serviços tinham mais sintomas, funcionamento social e qualidade de vida pobres e maiores necessidades de cuidados. Os autores concluem

pela necessidade do correto direcionamento da atenção aos que mais necessitam de cuidados. Isso reafirma a importância dos serviços de base comunitária pela possibilidade do mapeamento mais rígido da clientela adscrita.

Para avaliar a satisfação dos pacientes com os serviços da Atenção Básica, LESTER, em 2003, realizou um estudo qualitativo com pacientes esquizofrênicos que recebiam cuidados primários divididos com secundários. Utilizou como instrumento a escala VSSS-54, que avalia a expectativa e satisfação com serviços de base comunitária. Os resultados sugerem que a satisfação de pacientes esquizofrênicos com os serviços da Atenção Básica é mediada por múltiplos fatores, entre os quais: a) O “excepcional potencial” da consulta em si mesma - entre vários relatos, destaque para a satisfação com os serviços, pelo acolhimento gentil, paciente, hábil e competente do médico, capaz de inspirar confiança; b) A organização do serviço - satisfação pelo acesso relativamente fácil, possibilidade de consultas de emergência e atendimento domiciliar; c) A participação do usuário na relação médico-paciente - a relação ideal é de igualdade e de ter influência no processo de decisão sobre a sua saúde; d) Influências de estereótipos da doença mental - a relação era afetada quando os pacientes percebiam estereótipos no comportamento médico (conversar enquanto atendiam, considerar os pacientes bobos ou irracionais, terminar as consultas abruptamente; e) Esperança na recuperação - mesmo se dando conta das dificuldades da recuperação ao nível pré-mórbido, o encorajamento médico aumentava seu nível de satisfação.

Estudo brasileiro conduzido por KANTORSKI *et al.*, 2009, avaliou a satisfação dos usuários com o atendimento nos CAPS na região sul do país, adotando estratégia de investigação quantitativa e qualitativa. Para avaliação quantitativa foram utilizados dados epidemiológicos do tipo transversal de amostra 1.162 usuários de 30 CAPS. O instrumento utilizado para avaliar a satisfação dos usuários foi a Escala Brasileira de Avaliação da Satisfação (SATIS-BR), de 1 a 5 pontos. A avaliação qualitativa utilizou cinco estudos de caso. Os dados foram obtidos em observação de campo e entrevistas, totalizando 57 usuários e esses foram apresentados aos usuários em oficinas de validação e negociação. A escala SATIS-BR indicou avaliação positiva de todos os itens, com média de 4,4 (DP=0,4). A comunicação e o relacionamento com a equipe apresentaram média 4,5 (DP=0,5); o acesso a

informações a partir da equipe apresentou média 4,8; a satisfação com o serviço apresentou a menor média, com 4,1. Na análise das condições gerais de instalação do serviço obteve-se a média 3,9. No estudo qualitativo, o tratamento no serviço foi considerado bom e com resultado satisfatório. O reposicionamento do usuário nas oficinas de validação mostrou a contribuição dos CAPS com a satisfação, acesso ao atendimento, ruptura do isolamento físico e social, o acolhimento das suas demandas e ajuda para organizar a vida. Ambas as estratégias do estudo mostraram satisfação dos usuários com o atendimento nos CAPS estudados.

BOWER, em 2002, averiguou os papéis potenciais dos trabalhadores em cuidados primários de saúde mental no Reino Unido com relação às seguintes categorias: 1) Tipos de pacientes e problemas; 2) Modelos de trabalho, com definição do grau de autonomia; 3) Tipos de intervenção levando em conta a trajetória da doença; 4) Tempo da intervenção, se do tipo clínico mais extenso ou limitado. Os modelos foram revisados quanto à efetividade clínica, custo-efetividade, satisfação do paciente e acesso aos cuidados. Foram considerados relevantes para os trabalhadores as terapias voltadas para solução de problemas, a psicoeducação, os grupos de auto-ajuda e os cuidados colaborativos. Segundo o autor, a evidência da qualidade dos programas de psicoeducação é limitada. No entanto, ele menciona um estudo de DOWERICK, 2000, que afirma serem esses tão bons quanto as terapias individuais voltadas para a solução de problemas. Nesse ponto, vale salientar que a mencionada “evidência de qualidade limitada” dos programas de psicoeducação não tem apoio em inúmeros trabalhos que possuem um entendimento contrário (MURRAY-SWANK *et al.*, 2004; FALLOON *et al.*, 2004; RUMMEL-KLUGE *et al.*, 2006; PITSCHEL-WALZ *et al.*, 2006). Não ficou suficientemente demonstrada a efetividade clínica dos trabalhadores em cuidados primários de saúde mental. A complexidade das tarefas parece limitar o alcance dos resultados de cuidados colaborativos. Diferentemente, nos Estados Unidos, existem evidências de boas práticas na ação conjunta dos trabalhadores em cuidados primários de saúde mental com a Atenção Básica, quando é assegurada uma integração com o clínico geral. Inúmeras variáveis envolvidas como pessoal, infra-estrutura, atitudes dos clínicos, preferências dos pacientes, etc., constroem modelos mais ou menos aplicáveis, mas mesmo assim é possível, com treinamento, identificar modelos para implementar

soluções exitosas e assegurar que os trabalhadores possam ter um desempenho flexível e de acordo com as necessidades locais (BOWER, 2002).

Outra pesquisa avaliou, por meio de instrumentos de análise da satisfação com o tratamento e de psicopatologia, a importância dos relatos médicos nas evoluções dos pacientes esquizofrênicos que recebiam cuidados partilhados pela Atenção Básica e Atenção Secundária. Apesar da não ter havido boa evidência para sugerir esse procedimento rotineiramente nos cuidados de pacientes esquizofrênicos, os mais altos escores para os sintomas ocorreram no grupo em que os registros não foram utilizados. Os autores acreditam que relatos médicos nas evoluções dos pacientes esquizofrênicos podem melhorar a interface da comunicação entre a atenção primária e secundária, e entre pacientes e trabalhadores, nos seguimentos de longo prazo (LESTER *et al.*, 2003).

Goldberg e Gournay, 1997, *apud* BOWER, 2002, p.927, descrevem a seguinte tipologia dos problemas em cuidados primários no Reino Unido:

GRUPO I:

- Descrição - desordem mental severa sem remissão espontânea.
- Exemplos - esquizofrenia, desordens orgânica.
- Cuidados - envolve cuidados primários e secundários.

GRUPO II:

- Descrição - desordens bem definidas, nas quais o tratamento farmacológico e psicológico é efetivo. Mesmo quando remitem, pode haver recidivas ou recaídas.
- Exemplos - depressão ansiosa, depressão pura, ataque de pânico.
- Cuidados - podem ser manejadas usualmente na atenção primária.

GRUPO III:

- Descrição – desordens nas quais as drogas têm papel limitado; as terapias psicológicas são viáveis.
- Exemplos - apresentações somatizadas de estresse e transtornos alimentares.
- Cuidados - raramente tratadas na atenção primária; só uma pequena proporção dos casos é tratada pelas equipes de saúde mental comunitária.

GRUPO IV:

- Descrição - desordens de resolução espontânea.
- Exemplo - reação de ajustamento.
- Cuidados - requerem apenas terapia de suporte.

Ao confrontar o algoritmo inglês com o disposto na legislação brasileira (ver p.39/41), observa-se que nesta não há menção nem aos agravos nem à gravidade desses agravos, mas à definição de um nível hierárquico de competências de cada nível de atenção.

Com o aumento do número de profissionais e otimização dos serviços em saúde mental na atenção primária cabe melhorar os custos e tornar esses serviços disponíveis, usar o melhor dos conhecimentos e evitar referências inapropriadas. A pesquisa mostrou que há uma fronteira ambígua no que se refere às matérias para treinamento, tratamentos oferecidos e problemas para se lidar com as mesmas. Precisa-se pesquisar mais. Os achados sugerem que há um considerável grau de superposição de atribuições entre os profissionais de saúde mental nos seus treinamentos, nas técnicas que eles empregam, no leque de problemas referidos e quanto a quem eles consideram apropriados ou não para tratar.

Os avanços dos cuidados primários em saúde mental criaram condições para o desenvolvimento de uma abordagem mais integrada no trabalho, alicerçada na cultura dos cuidados primários. Novas maneiras de trabalhar propõem modificações na percepção dos problemas mais do que simples ideias no convencimento delas. Devem evoluir para alcançar grau de sustentabilidade acompanhado de negociação cuidadosa para o ajuste dos modos de como os profissionais da atenção primária e secundária conceituam seus papéis e responsabilidades, e maneiras de aprenderem juntos (LESTER *et al.*, 2004). Com o incremento do número de profissionais e otimização dos serviços em saúde mental na atenção primária, cabe melhorar os custos e tornar esses serviços disponíveis, com utilização dos conhecimentos e treinamentos no seu potencial e evitando-se as referências inapropriadas (CORNEY, 1999).

2.5. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES ACERCA DA ESQUIZO-FRENIA

Em 1896, Emil Kraepelin, psiquiatra alemão, publicou a quinta edição de seu livro texto de psiquiatria no qual definiu duas grandes categorias clínicas que iriam englobar as diferentes concepções da loucura à época. De um lado ficariam os estados de psicose temporários que tendiam a preservar as funções mentais e físicas após os episódios (as então denominadas psicoses maníaco-depressivas) e do outro os pacientes cuja remissão dos sintomas psicóticos agudos deixava marcas na mente e, às vezes, no corpo. Nesta segunda categoria, Kraepelin reuniu os quadros descritos anteriormente por Morel (demência precoce), Kahlbaum (catatonia) e Hecker (hebefrenia) e acrescentou a forma paranoide (KAPLAN *et al.*, 1997). A esse segundo agrupamento Kraepelin denominou de *Dementia Praecox* (KRAEPELIN, 1989), cujos portadores seguiriam um curso de lenta deterioração mental. O autor acreditava que, subjacente à sintomatologia, existia uma etiologia orgânica, possivelmente uma alteração anatômica, sem, contudo, jamais tê-la demonstrado.

Mais tarde, em 1911, Eugen Bleuler, outro psiquiatra alemão, propôs um novo nome para esse grupo de enfermidades. Buscava assim, representar a cisão das funções mentais que ocorria em blocos isolados nos pacientes que apresentavam essas doenças. Daí a junção de duas palavras de origem grega, “esquizo”, que significa divisão, e “frenia”, designando espírito, mente. Dessa maneira, surgiu um conceito-chave na psiquiatria moderna: o de esquizofrenia (MURRAY *et al.*, 1997).

A esquizofrenia é um distúrbio psicótico grave que ocorre em todas as populações e culturas. Entre os sintomas característicos estão os transtornos na forma e no conteúdo do pensamento, as alucinações, o retraimento afetivo e o afastamento social. A prevalência é cerca de 1% durante a vida. Acomete preferencialmente adultos jovens, na idade educacional ou início da vida profissional. Ao comprometer os anos de vida mais produtivos, impõe imensa carga aos portadores e familiares que se traduz nos elevados custos emocionais, sociais e financeiro, bem como em suas rotinas domésticas e em forma de doença física (KAPLAN *et al.*; 1997; LOUZÃ-NETO e ELKIS, 1999;

KOGA e FUREGATO, 2002). Alguns conflitos familiares emergentes surgem sob forma de culpa e de dificuldades para o enfrentamento da situação vivencial a exemplo do isolamento social, da sobrecarga financeira, da dificuldade no relacionamento com o doente e desconhecimento da doença (KOGA e FUREGATO, 2002).

Quatro grupos de sintomas definem a esquizofrenia: positivos, negativos, afetivos e déficits cognitivos. Os sintomas positivos, também chamados sintomas produtivos, incluem os delírios e as alucinações, que são os sintomas psicóticos mais tradicionais. Os sintomas negativos englobam o retraimento social, a perda ou diminuição da vontade e a perda do interesse pelo contato com outras pessoas. Entre os sintomas afetivos estão a depressão e a euforia, podendo se acompanhar por delírios de grandeza. Os déficits cognitivos na esquizofrenia incluem uma diminuição na atenção e uma deterioração gradativa do intelecto (ANDREASEN *et al.*, 1982; ALEMAN, 1999).

A contribuição de estudos epidemiológicos, genéticos e das neurociências tem alargado a compreensão da origem da esquizofrenia. Todavia, malgrado o avanço das pesquisas, a causa continua desconhecida ou imprecisa. São aventadas hipóteses de causalidade multifatorial, nas quais fatores ambientais (como interações familiares ou agentes infecciosos) e genéticos (as dotações genéticas de cada indivíduo) participariam da sua gênese. A verdade, possivelmente, estaria em alguma combinação desses fatores, ambientais e genéticos, mas nenhum modelo coerente de interação foi proposto. Há evidências mais recentes de alterações na fisiologia cerebral com possíveis implicações na forma de apresentação, na resposta ao tratamento e na evolução da doença. Estas descobertas são estimulantes para a pesquisa de novas drogas empregadas no tratamento da esquizofrenia.

A distribuição e prevalência de esquizofrenia em diferentes culturas conferem importância no planejamento das políticas de saúde e provisão de cuidados. A prevalência da esquizofrenia varia de 0,5 a 1,5%, com taxas médias em torno de 1%. A incidência anual fica entre 0,5 a 5 por 10.000 pessoas. A idade mais frequente de apresentação do primeiro surto varia entre 15 e 20 anos em homens e entre 20 e 25 entre mulheres. Essas características estão presentes em diferentes culturas,

apontando para um papel mais importante da determinação biológica sobre a determinação sociocultural (KAPLAN *et al.*, 1997).

Existe uma sazonalidade de nascimentos em pacientes com esquizofrenia, com o aumento do número de nascimentos de esquizofrênicos durante o final do inverno e começo da primavera no hemisfério norte, enquanto no hemisfério sul tal aumento se registraria entre os meses de julho e setembro (BOYD *et al.*, 1986; KAPLAN *et al.*, 1997; MESSIAS *et al.*, 2000). O dado aponta para a possibilidade de que algum fator ambiental, mais presente em determinadas épocas do ano, possa agir no feto de modo a aumentar a possibilidade de esquizofrenia. Entre os possíveis implicados citam-se a temperatura, a dieta e agentes infecciosos. Também têm sido levantadas hipóteses de contribuição viral na etiologia da esquizofrenia, relacionando uma infecção materna, particularmente por influenza, com um risco aumentado (SQUIRES, 1997; IWAHASHI *et al.*, 1998; WESTERGAARD *et al.*, 1999). Há também um risco aumentado para esquizofrenia em pessoas que vivem nas camadas inferiores da escala social. Postula-se que isso tanto pode ser devido a um aumento no risco de esquizofrenia naqueles passando pelas dificuldades de viver em camadas menos favorecidas - hipótese da causação social, quanto pelo fato de que pessoas com esquizofrenia tendam a cair na escala social devido a dificuldades de emprego causadas pelos sintomas - hipótese da mobilidade descendente (BROMET *et al.*, 1995; KAPLAN *et al.*, 1997).

Os estudos de neuroimagem têm demonstrado alterações cerebrais globais localizadas em cérebros de pessoas com esquizofrenia, de modo a apontar diferenças neurológicas e a possível localização cortical de determinados sintomas. Exemplificando, comparados com controles saudáveis pessoas com esquizofrenia possuem volume ventricular cerebral aumentado.

Famílias de pacientes com esquizofrenia apresentam um maior risco para a doença. Isso implica um possível componente genético na sua origem. O risco de esquizofrenia em família de pacientes é de 6.5%, comparado com 0,5% em parentes de pessoas sem esquizofrenia. Enquanto a prevalência de esquizofrenia na população geral é cerca de 1%, em irmãos de pacientes sobe para 8%, em pessoas com um dos pais esquizofrênico para 12%, naqueles com os dois pais esquizofrênicos sobe para 40% e com um irmão gêmeo idêntico com esquizofrenia para 50%. As interações

ambientais responderiam pelos 50% restantes de riscos nos indivíduos com a mesma carga genética. Aumento da incidência de esquizofrenia em famílias de pacientes esquizofrênicos, contudo, não significa que esse aumento se dê exclusivamente às custas da determinação genética (KAPLAN *et al.*, 1997).

Do ponto de vista clínico, KURT SCHNEIDER (1968) definiu os sintomas da esquizofrenia como sendo de primeira e segunda ordem. Os primeiros possuíam um alto valor para o diagnóstico, a exemplo da sonorização do pensamento, audição de vozes que dialogam entre si, vivências de influência corporal, etc. Os sintomas de segunda ordem tinham menor valor para o diagnóstico, sendo exemplos outros erros sensoriais, intuição delirante, abulia, disposições de ânimo depressivas e maníacas, entre outros. Já Bleuler dividiu os sintomas em fundamentais e acessórios. Os primeiros estariam sempre presentes e compreenderiam o autismo, a ambivalência, defeito na associação de ideias e afetividade embotada (os quatro “A” de Bleuler). Os acessórios poderiam estar ou não presentes e faziam parte da clínica de outros distúrbios mentais, sendo exemplos os delírios, alucinações, sintomas catatônicos, alterações da linguagem.

A Classificação Internacional de Doenças (CID) e o Manual e Estatística das Doenças Mentais (APA, 2000) nas suas versões atuais – décima e quarta, respectivamente, fornecem diretrizes e critérios precisos e confiáveis para o diagnóstico da esquizofrenia. Evitam a discussão etiológica e valorizam os sintomas de primeira ordem de Schneider. Todavia, os sistemas classificatórios divergem quanto à presença de sintomas, o tempo em que estes se manifestam, o nível do funcionamento social e a recuperação. Com exceção do não reconhecimento do tipo simples pela DSM IV, observa-se uma grande equivalência nas descrições para os diferentes subtipos pelos dois sistemas de classificação das doenças.

A CID-10 reconhece sete sub-divisões da esquizofrenia: paranoide, hebefrênica, catatônica, indiferenciada, depressão pós-esquizofrênica, residual e simples (CID-10, 1995). O DSM IV registra cinco desses subtipos, não incluindo as formas simples e depressão pós-psicótica (APA, 2000).

Outros sistemas classificatórios em esquizofrenia foram propostos por autores como Liddle, Carpenter e Crow, este último dividindo a esquizofrenia em Tipo I e II,

caracterizados por predominância de sintomas positivos ou negativos. Mais tarde, Andreasen demonstrou serem eles um continuum (ANDREASEN *et al.*, 1982).

O curso clínico da esquizofrenia pode ser dividido em três fases: prodrômica, ativa (o surto psicótico) e latente. O início da doença se apresenta com sintomas negativos - retraimento social, falta de motivação, etc. Posteriormente, o paciente passa a desenvolver o sistema delirante, com as alucinações surgindo em geral no final desse período de desenvolvimento do delírio, bem como as alterações do comportamento devido aos delírios e às alucinações. Em geral, esse surto se resolve com o tratamento inicial, e a partir daí, o paciente deverá ser seguido para que os próximos surtos sejam detectados precocemente.

O prognóstico da esquizofrenia em longo prazo é incerto. Kraepelin acreditava em um curso deteriorante e progressivo - uma marcha inexorável para o abismo; já Bleuler admitia recuperação parcial. Hoje, acredita-se que um percentual importante dos pacientes jamais terá outro surto semelhante (cerca 20%), enquanto outros irão desenvolver sintomas crônicos que poderão interferir de maneira significativa na vida familiar e profissional do paciente (cerca de 60%) e os demais terão um curso intermediário (CIOMPI, 1988).

O abuso e a dependência de substância psicoativa são a condição psiquiátrica comórbida mais prevalente associada à esquizofrenia. Atingem taxas de 27% nos últimos seis meses e 60% ao longo de toda a vida (FOWLER, 1998). Mais de três quartos dos pacientes esquizofrênicos fumam. De 30 a 50% dos pacientes esquizofrênicos podem reunir critérios diagnósticos para abuso ou dependência de álcool. As duas outras substâncias mais usadas são *cannabis* (15 a 25%) e cocaína (5 a 10%). A condição comórbida é indicador de mal prognóstico (KAPLAN *et al.*, 1997). A depressão também é comorbidade importante, que pode ser proeminente após o surto psicótico principal.

Algumas características podem ajudar a distinguir a história natural da doença em termos de prognóstico. Considera-se de bom prognóstico os quadros de início agudo, com fatores precipitantes, personalidade pré-mórbida com boa adaptação, pessoas casadas, com história familiar positiva para transtorno afetivo e rara para esquizofrênico ao passo que o mau prognóstico ocorreria nas evoluções insidiosas, sem fator desencadeante claro, nos solteiros e com provável história familiar de

esquizofrenia. A evolução e o prognóstico são influenciados pelo diagnóstico precoce, a instalação imediata do tratamento e a forma como ele é conduzido já no primeiro episódio (ASSIS, VILLARES e BRESSAN, 2008).

A esquizofrenia pode requerer seguimento e tratamento por toda a vida, visto que compromete várias funções mentais e traz alterações progressivas no desempenho social e familiar na grande maioria dos casos (LOUZÃ-NETO e ELKIS, 1999). O objetivo do tratamento é controlar os sintomas, reabilitar o indivíduo para a sua vida e evitar novos episódios. As medicações antipsicóticas são absolutamente necessárias para controlar o episódio agudo e evitar novas crises. Observa-se, contudo, nem sempre esse intento é logrado, o que faz das reinternações um problema para os pacientes. Dentre as causas identificadas para essa ocorrência, CASTRO, em dissertação de mestrado de 2009, mencionou a falta de suporte familiar e social, a não adesão ao tratamento, a falta de medicação na rede, a interrupção do tratamento, a falta de médico e as recaídas clínicas. Segundo a autora, o modelo hospitalocêntrico continua muito arraigado à assistência e se torna o depósito, para pacientes e familiares, da resolução de todas as dificuldades - somáticas, psíquicas e sociais. O hospital é um só tempo percebido como asilo e alívio. A autora acima citada mapeou 2040 internações em hospital psiquiátrico do interior de São Paulo, nos anos 2006-2007 e encontrou 681 reinternações (34%), das quais 27% eram de esquizofrênicos e 23% bipolares. Dentre as causas de reinternação foram identificadas o abandono de tratamento de forma isolada (em 47% dos casos, mais em homens) ou associada (19%, como por exemplo a falta de suporte familiar), falha no tratamento (21% dos casos, mais mulheres). Metade da amostra tinha menos de 50 anos, 61,4% eram do sexo masculino, os solteiros, separados e viúvos somavam 72,2% (CASTRO, 2009).

Os antipsicóticos têm sido a base do tratamento da esquizofrenia desde a sua descoberta no início dos anos 50 do século passado e um dos maiores responsáveis, já naquela época, pelo esvaziamento dos hospitais psiquiátricos, uma vez que promoveram em muitos casos condição de convívio familiar. Estruturalmente, antipsicóticos ou neurolépticos são um grupo heterogêneo de drogas psicoativas. São geralmente utilizados na fase aguda do tratamento, na terapia de manutenção e na prevenção da recidiva da esquizofrenia em longo prazo. Inicialmente, o principal

mecanismo de ação proposto para essa classe de medicamentos era o bloqueio de receptores dopaminérgicos, mas desenvolvimentos posteriores e a criação de antipsicóticos atípicos trouxeram dúvidas sobre o papel da dopamina na origem da psicose. Novos tratamentos medicamentosos vêm sendo desenvolvidos, como os neurolépticos atípicos, hoje um uso cada vez maior em função do seu perfil de ação e da melhor tolerabilidade, o que alarga a aderência ao tratamento.

No tratamento da esquizofrenia, as medicações antipsicóticas são fundamentais, mas não suficientes (ASSIS, VILLARES e BRESSAN, 2008). Muitas intervenções têm trazido mudanças para uma melhor compreensão da relação paciente-família-sociedade, minimizando assim o impacto dos sintomas na qualidade de vida dos pacientes (BUSTILO *et al.*, 1999; LOUZÃ-NETO e ELKIS, 1999). Dentre muitas abordagens, portadores de esquizofrenia estão se beneficiando do treinamento de habilidades que se veem comprometidas com a progressão da doença; das terapias de família, nas quais se pode trabalhar o conceito de emoções expressas, correlacionadas com as recaídas e pioras dos sintomas propiciadas quando um padrão distorcido na comunicação intrafamiliar se utiliza da intrusão, crítica acentuada e falta de limites inter-pessoais; de diferentes abordagens psicoterapêuticas, como a terapia cognitivo-comportamental (TCC); e da psicoeducação familiar (PEF). Esta última é definida como um conjunto de intervenções sistemáticas didático-psicoterapêuticas adequadas para ensinar aos membros da família sobre a doença do paciente, os tratamentos disponíveis, capacitá-los para o desenvolvimento de aptidões e habilidades, prevenir recorrências e buscar uma convivência familiar harmônica, com redução do nível das emoções expressas e da sobrecarga familiar (RABOVSKY *et al.*, 2006). Programas de PEF geraram as bases para importantes *guidelines*, como por exemplo, *Schizophrenia Patient Outcomes Research Team - PORT*, *National Alliance for the Mentally Ill-NAMI*, *American Psychiatric Association-APA* (DIXON, 1999; DIXON *et al.*, 2000; MURRAY-SWANK, 2004; FALLOON, 2004; PITSCHEL-WALZ *et al.*, 2006). Os autores também enfatizaram que programas de PEF deveriam ser rotineiramente oferecidos a todos os pacientes com esquizofrenia e seus familiares. Segundo McFARLANE *et al.*, 1995, a redução das hospitalizações e de outros serviços justificam os custos com a intervenção. Infelizmente, o uso rotineiro de PEF é limitado por barreiras interpostas pelos

pacientes ou familiares, terapeutas, gerentes ou ainda oriundas das políticas de Saúde Mental.

Portanto, não se pode conceber o tratamento da esquizofrenia sem o reconhecimento da importância desses dois componentes principais: a psicofarmacologia e a reabilitação psicossocial. A reabilitação deve ser pensada desde a primeira intervenção pelos profissionais de saúde, no sentido de preparar o caminho para que a pessoa esquizofrênica tenha condições para restabelecer uma vida com qualidade e com o mínimo possível de interferência nos sintomas (ASSIS, VILLARES e BRESSAN, 2008).

“É preciso conciliar o conhecimento técnico à arte da clínica. A partir do momento em que se faz um bom diagnóstico começam os desafios, pois é necessário estabelecer um projeto terapêutico que leve em conta as peculiaridades de cada portador de esquizofrenia, e que seja factível” (Bressan, *apud* SHIRAKAWA, 2007, p.9).

Uma das tarefas mais importantes com as quais o terapeuta se depara no tratamento do paciente esquizofrênico diz respeito à adesão ao tratamento. Complexa e multifacetada, a aderência na esquizofrenia assume dimensões ainda maiores pela própria doença levando a falhas no tratamento (ATTUX, 2007). Metade dos pacientes com esquizofrenia não adere de forma completa (MUESER e McGURK, 2004). Falhas em comparecer às consultas, recusa de internação, relutância em iniciar treinamentos, abandono prematuro, não seguimento das orientações médicas, etc., são exemplos de não aderência (KAMPMAN e LEHTINEM, 1990).

Com a política de desospitalização, cerca de 30% dos esquizofrênicos estão na Atenção Básica (KENDRICK *et al.*, 2000). Eles consultam os serviços duas vezes mais que os não esquizofrênicos, têm a saúde mais vulnerável e taxas de mortalidade mais altas. As taxas de mortalidade em esquizofrenia são o dobro daquelas verificadas na população em geral, tanto por suicídio e quanto acidentes, enquanto que as de causas naturais moderadamente altas. Estudos de associação mostraram que suicídio é ainda a maior causa de morte prematuras por esquizofrenia (BROWN, 1997). Esquizofrênicos têm o dobro da incidência de doenças cardiovasculares e respiratórias, fumam mais e têm dietas mais pobres que a população em geral

(KENDRICK,1996; BROWN *et al.*, 1999). Aumentar a expectativa de vida de pacientes esquizofrênicos deveria ser prioridade dos serviços psiquiátricos (MORTENSEN e JUEL, 1990, 1993).

Diante de problemática tão complexa e instigante como a esquizofrenia, há que se identificar e conjugar todos os esforços de terapeutas, familiares, homens públicos e da sociedade como um todo, a fim de tornar esses esforços capazes de assegurar a pesquisa, o cuidado, a reinserção social e queda das posturas estigmatizantes. Iniciativas como o Projeto Esquizofrenia (PROJESQ) da Universidade Federal de São Paulo e a criação de associações como a ABRE (Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia) são exemplos de como se pode contribuir no enfrentamento dos desafios.

2.6. O ESTIGMA NA DOENÇA MENTAL

Desde há muito, estigma, preconceito, estereótipo, confinamento e exclusão perpassam a história do portador de doença mental e as formas de como a sociedade lida com eles. FOUCAULT (1997) mencionava que já no século VII, no mundo árabe, existiam hospitais destinados aos loucos e que talvez isso explique ser a Espanha a porta de entrada destes na Europa, em 1407, na cidade de Valência, onde os doentes e os mendigos eram recolhidos e atendidos de forma cristã. No século XVII, no período que antecedeu o internamento da marginalidade nos antigos hospitais gerais, a loucura já começava a sofrer processo seletivo de discriminação e a perda da pujança simbólica que desfrutava no renascimento – não desqualificada, positivada como um lugar fundamental da enunciação da verdade. Progressivamente, foi segregada e isolada para a periferia, onde antes estavam os leprosos e sífilíticos, inserindo a loucura no espaço simbólico da morte, o seu lugar social.

Ainda no século XVII, o louco é absorvido numa massa indiferenciada, onde cabia tudo aquilo que se opunha à racionalidade político-econômica, possibilitando manipulação moral e ideológica. A internação, portanto, no dizer de Foucault, é uma criação institucional própria ao século XVII e assume um sentido inteiramente

diferente da prisão na Idade Média, evento decisivo que rompe e modifica o sentido anteriormente reservado ao internamento.

“A loucura agora é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho e da impossibilidade de integrar-se ao grupo, modificando o seu sentido drasticamente. Nasce, assim, uma nova sensibilidade em relação à loucura, na qual esta é *arrancada* de sua liberdade imaginária tão presente na Renascença e se vê *reclusa* pelo internamento e ligada à Razão e às regras da moral” (VIEIRA, 2007, p.11).

Foucault admitia a problematização herdada da confusão entre a percepção clássica da loucura e a noção de que a ciência positiva do final do século XVIII liberta o louco desse confinamento e que interna, no mesmo espaço, o enfermo, o libertino, a prostituta, o imbecil e o insano, sem fazer distinção entre os grupos. É a era clássica tratando a todos de forma uniforme. Somente no final do século XVIII e principalmente a partir do século XIX essa confusão entre criminosos e loucos provocaria espantos (VIEIRA, 2007).

No final do século XVIII, Pinel desacorrenta os doentes mentais e inaugura um campo asilar puro. Embora mais humanizado, ainda é espaço de exclusão, lugar de correção da razão perdida (FOUCAULT, 1997). Esse pensamento é posteriormente modificado por Freud, quando admite que o delírio é uma forma de dar sentido a uma experiência psíquica.

A história da loucura contada por Foucault “não é gloriosa, não se relaciona a conquistas do progresso e nem a começos puros e fundadores de uma moral que encontrou finalmente a sua forma superior”. Ao invés disso, liga-se aos “começos baixos, indecorosos e sangrentos que nascem de batalhas incessantes nas quais, um dos componentes, através de uma força, dominação, ato de violência, vence e apaga os sentidos que o componente derrotado possuía” (VIEIRA, 2007, p.11).

A primeira e última palavra sobre estigma pertencem aos portadores de transtornos mentais. Para situá-lo e compreendê-lo, perspectivas históricas são importantes, mas seria um erro considerar o estigma um mero problema histórico ou imputá-lo aos médicos e sua prática, unicamente. Apesar dos avanços científicos, o estigma ainda não acabou. Ele desempenha um papel negativo em todas as fases da doença mental – apresentação, diagnóstico, tratamento e resultados. Admitindo isto

como verdade, é intrigante que esta condição tenha recebido tão pouca atenção na literatura médica. A escassez de publicações até a década de 70 foi insuficiente para modificar o imaginário coletivo e as práticas voltadas para aqueles que vivem situação de sofrimento intenso (BYRNE, 2001).

O estigma é marca da desgraça ou descrédito que define uma pessoa entre as demais e, embora sem consenso, as definições diferem na amplitude das experiências que as descrevem. Está mais relacionado com o contexto do que com a aparência de um indivíduo. Continua sendo poderoso atributo em todas as relações sociais, tornou-se um marcador para o negativo da experiência. A experiência do estigma se revela por culpa, isolamento, exclusão social, estereótipos, discriminação. A resposta adaptativa é o encobrimento da doença, a vergonha, a recusa em saber mais sobre o problema e partilhar a situação com terapeutas e com o grupo. Na vigência do sigilo, os recursos sociais não são disponibilizados, ensejando a cronificação, atitude esta que é o contrário do que se observa com as doenças físicas (BYRNE, 2000 e 2001).

As situações aqui referidas também se aplicam aos familiares de portadores de doença mental: além dos problemas relacionados ao cuidado por parte do cuidador, as intervenções familiares também falham em reportar a vasta gama de questões e preocupações que causam impacto naqueles que cuidam de parentes com doenças mentais, como o estigma de ter um doente mental na família. Advém daí, potencialmente, contribuição significativa para a subutilização de serviços baseados na família por parte de parentes de indivíduos com esquizofrenia (DIXON *et al.*, 2001; GRANVILLE *et al.*, 2005).

Muitas evidências dão suporte ao conceito de estereótipo na doença mental. Entre elas, aquelas que consideram o doente mental como assassino maníaco, indulgente, libidinoso, patético, bobo, desonesto que se esconde sob o rótulo da doença ou a proteção dos médicos. Dentre os fatores que influenciam o julgamento das posturas estigmatizantes estão: ser do sexo masculino, ter aparência desleixada, estar em surto, ser pobre, ser crônico, necessitar de medicamentos para ficar bem e ser percebido como agressivo, violento ou criminoso (BYRNE, 1997).

Em parte, o estigma deriva de associações espúrias. O rótulo da doença mental muda a percepção do observador, mesmo na ausência de comportamentos anormais (PINER e KAHLE, 1984). Inúmeros fatores estão implicados na construção do

estigma. Dentre eles, citam-se a maneira de como o paciente se apresenta (talvez na discinesia tardia se encontre a forma mais severa) e o local dos serviços utilizados (hospitais, serviços específicos para doentes mentais como ambulatórios de esquizofrenia, programas de esquizofrenia, etc.). A demanda por serviços não médicos ou de atenção geral pode ser uma explicação plausível para se evitar a associação entre estigma e local de atendimento (BYRNE, 1997).

Nos anos 70, o interesse dos psiquiatras pelo tema estigma esteve bastante diminuído, operando-se uma mudança na década seguinte (BYRNE, 2001). No final dos anos oitenta e subsequentes, as iniciativas da Associação Psiquiátrica Americana (1989) com a campanha “Superar o Estigma” e do Royal College of Psychiatrist, com “*Changing minds: every family in the land's to reduced the stigma of mental illness*”, lançada em 1998, colocaram o tema em evidência, com sinalização de correção da lacuna na literatura. Todavia, a questão parece pouco explorada, sobretudo no âmbito dos serviços alternativos em saúde mental. Muitos dos esforços dirigidos à mudança das formas de cuidado e estratégias de inclusão social de doentes mentais buscam garantir um novo lugar na sociedade para essas pessoas (NUNES e TORRENTÉ, 2009).

Goffman, 1988, *apud* NUNES e TORRENTÉ, 2009, p.3, elucida três dimensões do processo de estigmatização: 1. A produção da identidade estigmatizada leva à tendência de tomar o todo pela parte - a pessoa pelo defeito, a família pelo seu doente, produzindo o efeito contágio do estigma, a desqualificação e desumanização do estigmatizado, a introjeção da imagem depreciada e a necessidade de criar espaços de exclusão e isolamento; 2) O processo é pautado em valores ou atributos contextual e relacionalmente atribuídos ou interpretados; 3) Propicia os processos de contra-ação ao estigma desenvolvidos pelos estigmatizados ou do seu relacionamento, configurando caráter político, socializador, experiencial, relativizador. A redução da pessoa ao seu traço estigmatizado legitima vários tipos de discriminação, por meio dos quais, muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida.

Para MANSOURI e DOWELL, 1989, a estigmatização é o processo no qual uma condição ou aspecto de um indivíduo é um atributo ligado a uma dimensão invasiva da personalidade desse indivíduo. Seria um outro termo para preconceito

com base em estereótipos negativos. PORTER (1998) chamava a atenção para o fato de se encarar a doença mental como um defeito moral, constituindo o que ele denominou de mácula da loucura. Essa deturpação também se estendeu a outras condições, a exemplo de considerar os portadores de hanseníase como impuros e socialmente mortos. Exemplificando essa deturpação, esse autor, no mesmo trabalho, cita o médico americano Benjamin Rush que considerava a negritude como doença semelhante à lepra. Em textos médicos, nas artes e no imaginário popular, os doentes mentais foram (e continuam sendo) retratados como selvagens, “lunáticos” e bestiais.

Embora não se possa atribuir apenas aos médicos a responsabilidade por deturpações, preconceitos e estigmas, boa parcela disso lhes cabe. Um exemplo é quando tentam negociar álibis médicos com os pacientes, desqualificando sintomas mentais ou abrigando-os como alterações somáticas, minorando assim a gravidade das doenças para fazê-las mais assimiláveis ou provocar menos resistências. Não haveria grande mérito em desestigmatizar a doença mental meramente reclassificando-a como orgânica; ou negá-la, como nas propostas da antipsiquiatria; ou ainda glamourizá-la, como aconteceu à tuberculose, emprestando-lhe uma aura romântica, a exemplo de “A Dama das Camélias”, de Dumas.

O estigma já existia muito antes da psiquiatria, embora, em muitos casos, a instituição psiquiatria não tenha ajudado a reduzir os estereótipos ou práticas discriminatórias (BYRNE, 2000). Trabalhos fornecem inúmeras evidências acerca de preconceitos e estigmas com o doente mental e são argumentos para que se adotem práticas menos excludentes. LEVENSON e OLDBRISH, em publicação de 1993, relataram que pacientes esquizofrênicos tinham contra-indicação para serem transplantados em dois terços dos transplantes renais. Empregadores do Reino Unido tinham mais intolerância a empregar esquizofrênicos do que depressivos e alcoolistas (MANNING e WHITE, 1995). CRISP *et al.* (2000) realizaram um estudo junto a uma população de adultos ingleses, com o objetivo de identificar suas percepções sobre os doentes mentais, cujos dados iriam subsidiar uma campanha para combate à estigmatização. Do total de 2679 sujeitos elegíveis, 1737 participaram da pesquisa, respondendo um questionário postado. Os resultados foram agrupados em oito categorias temáticas, correlacionando-as com sete enfermidades. As categorias definidas foram: 1) Perigosos para os outros; 2) Imprevisíveis; 3) Difíceis de

abordar; 4) Sentimento de que são diferentes; 5) Culpados pelos transtornos; 6) Incapazes de auto-ajuda; 7) Não melhoram se tratados; 8) Nunca se recuperam. As doenças incluíam esquizofrenia, alcoolismo, dependência de outras drogas, depressão severa, pânico, desordem alimentar e demência. O conjunto das respostas permitiu uma leitura prevalentemente negativa e indiscriminada sobre os doentes, de onde advém potencial contribuição para o isolamento, estresses e dificuldades no emprego. Esquizofrenia obteve altos escores em quase todas as categorias, excetuando-se “culpados pelo transtorno” e “incapazes de se auto-ajudarem”. O julgamento preconceituoso declinava com a idade dos participantes e muitos dentre os que se recusaram a participar o fizeram depois de se inteirarem de que a pesquisa se destinava a avaliar estigmas e preconceitos. Metade dos inquiridos conhecia alguma pessoa com doença mental. A campanha contra o estigma deveria levar em conta as diferenças de opinião sobre os transtornos estudados.

A mídia já foi definida como a grande fonte que fornece às pessoas informações sobre o mundo e eventos políticos e sociais, refletindo também visões dentro da profissão médica, algumas delas responsáveis por rotular desvios, uma vez que também tem se mostrado importante fonte de informação sobre as doenças mentais. É possível se fazer uma equivalência dos conteúdos da mídia com as categorias definidas pela escala CAMI (atitudes da comunidade sobre a doença mental), desenvolvida por Taylor e Dear em 1981, no Reino Unido: autoritarismo, benevolência, destrutividade social e ideologização da saúde mental (BYRNE, 2001). Em trabalho de 1997, BYRNE identificou na mídia exemplos de estereótipos da doença mental, correlacionando-os com títulos das matérias, fontes, datas e conteúdos expressos. Entre os estereótipos foram mencionados comicidade, extravagância, livre expressão maníaca, pobre mente demoníaca. Esse autor discorreu ainda sobre as consequências dos estigmas psiquiátricos e as medidas dos resultados. Assim, no plano individual, identificou a negação dos sintomas, a não construção de um referencial psiquiátrico e abuso de drogas. Na apresentação, a recusa dos doentes em serem internados, a não adesão ao tratamento, abuso de substância; no diagnóstico, auto-estigmatização, vergonha, rejeição antecipada, baixa auto-estima; e depois de diagnosticados/rotulados, vitimização, perda do emprego, evasão da escola, discriminação quando contratavam serviços. O autor afirma ainda

que no processo de educação, construção de grupos de suporte e disseminação das informações poderia estar a saída para produzir impacto na correção da percepção pública.

NUNES e TORRENTÉ (2009) examinaram os processos de estigmatização e modalidades de violência vividas por portadores de transtornos mentais através de um estudo qualitativo com usuários (entrevistas individuais), familiares e profissionais (grupos focais) em cinco CAPS em cidades do nordeste do Brasil. Familiares e pacientes relataram exemplos de desqualificação, apreensões, constrangimentos, humilhações, negligência e agressões físicas, nos ambientes sociais e terapêuticos, com fins de dominação, exploração e opressão. Os profissionais referiram que pessoas que sofrem de transtornos mentais permanecem como alvo de preconceitos arraigados e naturalizados na cultura. Principal consequência: manutenção do isolamento, atitude excludente manifestada por reações discriminatórias que se apresentam como rejeição, indiferença, agressividade física ou verbal. Esse estudo em muitos aspectos corrobora os achados de pesquisa feita no Reino Unido segundo a qual apenas 13% das pessoas com doença mental crônica estão empregadas contra 35% dos portadores de necessidades especiais, em geral, em trabalhos mal remunerados e sem estabilidade (ROULSTONE, 1998).

Sociólogos e antropólogos têm contribuído para explicar a natureza dos preconceitos e estereótipos num trabalho complementar às perspectivas pessoais, históricas e psiquiátricas. O prejuízo contra a doença mental tem paralelo no racismo e discriminação social. O desafio de enfrentamento é maior quando da coincidência do transtorno mental e etnias minoritárias. A sua real dimensão continua problemática: pessoas prejudicadas tendem a minimizar essas atitudes e os comportamentos dão menos possibilidades de estudos em ambientes reais. Se não há consenso sobre quais instrumentos se prestam para medir estigma, sabe-se, por outro lado, que a opinião pública, ao revelar suas crenças, sentimentos estereótipos e medos sobre os transtornos mentais, fornecem dados de inquestionável valor para compreendê-lo e reduzi-lo.

Segundo READ e LAW (1999), a propagação do modelo médico tende a perpetuar o estigma, ao permitir que informações sobre genes e desequilíbrio químico deem ao doente a crença de ausência de controle e responsabilidades sobre

seus atos. Para os autores, as medidas de sucesso no tratamento psiquiátrico devem se estender além da ocupação dos neurotransmissores e deve incluir indicadores de qualidade devida, de saúde física e psicológica dentro de um contexto social o mais amplo.

Na Doença Mental, os estereótipos não se restringem apenas aos pacientes: também se estendem aos terapeutas. O termo estereótipo foi cunhado por Didot e Hermam em 1798 para descrever a impressão de cópias a partir de um modelo. Por seu sentido de imutabilidade, no início do Século XX, o termo começou a ser usado para definir a imagem popular sobre uma categoria (Walter, 1989, *apud* DUBUGRAS, p.2, s/d).

Os estereótipos auxiliam as pessoas na simplificação de suas categorias, justificando hostilidades e, às vezes, servindo para projetar conflitos pessoais. Sharpley, 1986, *apud* DUBUGRAS, p.3, s/d) examinou as concepções populares a respeito de profissionais de saúde mental e sistematizou-as assim: a) Os psiquiatras são loucos (“você é muito normal para ser um psiquiatra”); b) No processo de treinamento e na prática médica os psiquiatras se tornam loucos (“não se torne um psiquiatra, você acabará louco”); c) Você deve ser louco para querer ser psiquiatra. Considerar os psiquiatras loucos pode refletir a ideia de que a doença mental é contagiosa ou ainda representar uma defesa contra a possibilidade da sua própria loucura, desqualificando aquele que poderá diagnosticar a sua enfermidade.

As informações difundidas nos meios de comunicação de massa podem ser as únicas referências para pessoas que tem pouco ou nenhum contato com a doença mental e com os tratamentos psiquiátricos. Representações negativas podem gerar ou aumentar o preconceito contra os pacientes e a resistência à procura pela assistência médica e dificultar a adesão a um tratamento. A indústria cinematográfica influi, mas também reflete a cultura popular. Dessa forma, pode revelar expectativas da população sobre essa especialidade médica. O psiquiatra tem sido caracterizado de forma estereotipada no cinema. Pode ser caracterizado como onipotente, progressivo, misericordioso ou inútil, reacionário e destrutivo, podendo estar bem longe da realidade da profissão. SCHNEIDER (1977 e 1987) identificou três estereótipos, nomeando-os de Dr. Dippy, Dr. Wonderful e Dr. Evil. Em “A representação do psiquiatra no cinema: o silêncio dos inocentes”, DUBUGRAS (s/d) esboça o perfil

dessas figuras. Afirma que o Dr. Dippy aparece em comédias e é mais louco ou tolo que seus pacientes. Usa uma terapêutica bizarra e inofensiva. Seus pacientes são figuras cômicas, excêntricas, na maioria das vezes não são realmente doentes ou, apesar de sua condição, são mais espertos que o doutor. Dr. Wonderful é o retrato idealizado da profissão. Mostra-se caloroso, humano, modesto e cuidadoso. Está à disposição de seus pacientes a qualquer lugar e hora. É extremamente habilidoso para improvisar quando necessita, "surgindo com uma manobra ou interpretação apropriada, muitas vezes não ortodoxa" (DUBUGRAS, s/d, p.8). Sua terapêutica preferida é a "cura pela fala" (p.8). Busca um evento traumático do passado, produzindo a cura instantânea do paciente. Tratamentos como ECT, lobotomia e medicação pesada não fazem parte de sua clínica. Dr. Evil está presente em dramas, filmes de horror e suspense, usa seus pacientes em planos para provocar o mal no mundo ou a profissão para conquistar vantagens pessoais. Todos os subtipos do Doutor Evil utilizam internação involuntária, experimentações, eletroconvulsoterapia (ECT), lobotomia, medicação pesada e hipnose, para manipular, oprimir e castigar seus pacientes.

Estereótipos e temas semelhantes aos do cinema foram identificados nas histórias em quadrinhos. O psiquiatra é o principal objeto de deboche, aparecendo como inútil, ambicioso, cruel, sedutor ou louco (BYRNE, 1997).

Os efeitos de novas práticas de saúde mental sobre a vida dos usuários não são suficientemente conhecidos, o que gera dificuldades na definição de quais dimensões relacionadas aos usuários devam ser concentrados os maiores esforços para a superação de preconceitos e estigmas. A sistematização de relatos de estigmatização sob formas de violência pode servir como acompanhamento de ações com vistas à mitigação do estigma e mapeamento de situações que negam essas ações (NUNES e TORRENTÉ, 2009). Muitas são as contribuições sobre quais os focos para se trabalhar a solução dos problemas gerados pelo estigma. BYRNE (2001) resumizou-as nas categorias de protesto, educação e contato. Destas, a educação parece ser a que mostra melhores resultados, quando centrada nas angústias do grupo-alvo e no aprofundamento do conhecimento sobre a doença. Como intervenção, as medidas educativas parecem ser o ponto de partida. Publicações provocam discussões no âmbito profissional e as que se dirigem à imprensa leiga aumentam o público leitor, e

em igual direção, o poder de disseminação e reflexão crítica. O mesmo autor, em outro trabalho, enfatiza que nas estratégias de psicoeducação estão o direcionamento a públicos-alvo cujas atitudes se pretende alterar, objetivando a redução dos medos e ressignificando as experiências e crenças nucleares (BYRNE, 2000).

3. OBJETIVOS

3.1. GERAL: AVALIAR AS POSSIBILIDADES E IMPASSES DO ACOLHIMENTO E TRATAMENTO DE PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS NA ATENÇÃO BÁSICA.

3.2. ESPECÍFICOS:

3.2.1. Conhecer a visão dos gestores e terapeutas acerca do melhor tratamento a ser dispensado aos portadores de esquizofrenia;

3.2.2. Identificar vantagens e desvantagens da condução do tratamento de pacientes esquizofrênicos na Atenção Básica;

3.2.3. Analisar em que medida gestores e terapeutas acreditam no preparo da Atenção Básica para acolher e tratar pacientes esquizofrênicos;

3.2.4. Identificar, na visão dos terapeutas, que práticas deverão ser incorporadas aos seus desempenhos com pacientes esquizofrênicos em atendimento da Atenção Básica;

3.2.5. Configurar a história do adoecimento em pacientes portadores de esquizofrenia e o percurso realizado na busca do atendimento das suas demandas.

4. METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Em face dos objetivos definidos para a pesquisa, optou-se por um estudo de metodologia quali-quantitativa. Para MINAYO (1993), a metodologia qualitativa:

“... se preocupa com um nível de realidade... que não pode ser quantificado e trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização das variáveis” (MINAYO, 1994, p. 21-22).

A mesma autora também dá sustentação à escolha do componente qualitativo do desenho deste trabalho quando afirma que ele se aplica ao estudo da história, das soluções, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os homens fazem a respeito de como vivem, sentem, pensam (MINAYO, 2006).

O componente quantitativo tratou da descrição em detalhes do padrão de ocorrência dos eventos observados, permitindo abordar e mensurar as opiniões, reações e atitudes do universo constituído pelos entrevistados.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo se desenvolveu em Fortaleza, capital do Estado do Ceará, que conta hoje com cerca de 2,5 milhões de habitantes (IBGE, 2009). O município está estruturado em seis regionais, as quais contam com suas Secretarias Executivas Regionais (SER), uma para cada Regional. Há 92 UBS. A escolha das três UBS da VI SER para locais do estudo levou em conta o fato de que elas recebem Apoio Matricial, têm o apoio de um NASF e dão facilidade de acesso ao pesquisador. O CSF Dr. João Hipólito conta com cinco equipes de Saúde da Família completas e tem

na sua área 15 mil habitantes. A UBS Dr. Melo Jaborandi tem quatro equipes, três delas completas, atendendo 50 mil habitantes da área. O CSF de Messejana funciona anexo à Coordenação de Saúde da VI Regional, tem três equipes completas para uma abrangência de 80 mil habitantes, o que permite uma cobertura de apenas 20%. As visitas domiciliares se deram dentro das mesmas áreas de abrangência, uma vez identificados os usuários de cada uma das três UBS.

4.3 PERÍODO DA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

A pesquisa de campo ocorreu de junho de 2009 a maio de 2010, depois de observadas as etapas de avaliação do projeto pelos Comitês de Ética da Faculdade de Saúde Pública da USP e da Escola de Saúde Pública do Ceará e do Exame de Qualificação do projeto junto à Faculdade de Saúde Pública da USP.

4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Levando-se em conta os indivíduos sociais que têm uma vinculação mais significativa para o problema a ser trabalhado, foram definidos quatro grupos de amostragem:

4.4.1. Gestores responsáveis pelo gerenciamento na Atenção Básica na Regional VI e das três UBS escolhidas, aqui denominadas UBS I, II e III - foram escolhidos três gestores da Coordenação da Regional VI e dois das UBS, dentre os que tinham exercício naqueles locais. A escolha se deu de maneira aleatória e com a aceitação dos participantes expressa na assinatura do termo de consentimento. Compuseram a amostra uma psicopedagoga, uma psicóloga, uma assistente social, uma farmacêutica e uma odontóloga;

4.4.2. Terapeutas das três UBS - foram escolhidos 33 profissionais dentre os que trabalhavam naquelas Unidades, novamente se observando o caráter aleatório para a

escolha e voluntário para a participação. Procurou-se assegurar uma representação ampla desses profissionais. Compuseram a amostra seis enfermeiros, cinco médicos, três assistentes sociais, dois dentistas, um psicólogo, dois educadores físico, um fisioterapeuta, um fonoaudiólogo, um técnico de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, oito ACS e dois técnicos administrativos.

4.4.3. Pacientes – foram identificados três pacientes, um por UBS na área de abrangência delimitada, em acompanhamento na Unidade com diagnóstico de esquizofrenia e indicados por ACS. A escolha do ACS como informante-chave se deu por ser ele a pessoa que mais conhecia o território e por ausência de registros nas UBS que permitissem identificação de portador de esquizofrenia.

4.4.4. Familiares – dos respectivos pacientes identificados.

4.5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

4.5.1. Pacientes – ser portador de doença mental grave com paradigma na esquizofrenia em qualquer das suas formas, viver ou ter contato regular com pelo menos um membro da família, consentir em participar do estudo (ou por meio do seu representante legal);

4.5.2. Familiares - residir com o parente portador da doença, aceitar a participação no estudo e ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);

4.5.3. Gestores e terapeutas - aceitar participar do estudo, trabalhar em UBS ou Coordenação Regional selecionada e ter compromisso voluntário, expresso na assinatura do TCLE. Inicialmente pensou-se incluir entre os gestores de saúde aqueles ocupantes da alta gerência, como secretário municipal de saúde, coordenador municipal de saúde e coordenador da Atenção Básica. Essa decisão foi abandonada em função de identificação de possível viés “sujeito posição”, identificado na

discussão levantada por ORLANDI (2009, p.49). A autora afirma que os sujeitos são intercambiáveis e só têm acesso a parte do que dizem, o que os torna materialmente divididos desde a sua constituição (sujeito de e sujeito à); e que, ao passar da noção psicológica do sujeito coincidente consigo mesmo para o sujeito “posição”, é retirado deste o acesso direto à exterioridade (interdiscurso) do que o constitui, não mais exercitando a forma de subjetividade mas um “lugar” que ocupa para ser sujeito do que diz.

4.6. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS:

4.6.1. Roteiro de entrevistas – foi elaborado um roteiro constante de cinco perguntas aplicadas tanto aos gestores como aos terapeutas. Procurava-se avaliar, através das percepções dos sujeitos, quais as condições ideais para tratar o doente mental grave (paradigma na esquizofrenia), a pertinência do tratamento se realizar na Atenção Básica, as vantagens e desvantagens do atendimento na Atenção Básica e o preparo dos terapeutas para o atendimento desses pacientes. Para os terapeutas acrescentou-se uma sexta pergunta que procurava saber que questões outras deveriam ser consideradas por eles para realizar um trabalho efetivo com pacientes portadores de esquizofrenia na Atenção Básica (Anexos V e VI).

4.6.2. Roteiro para entrevista semi-estruturada com pacientes e familiares, com pontos de ancoragem no DSM IV (Anexo VII).

4.7. COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

4.7.1. Dados das entrevistas com gestores e terapeutas – as entrevistas foram agendadas após a identificação dos sujeitos de interesse na Coordenação de Saúde da VI Regional e nas três UBS, de acordo com a disponibilidade dos participantes e do pesquisador; foram conduzidas pelo pesquisador na própria UBS ou na sede da Coordenação Regional e realizadas individualmente, em local privado. Trinta e quatro entrevistas foram gravadas e transcritas, uma foi realizada por telefone e três

foram anotadas manualmente, por falha no equipamento de gravação. Por defeito na transcrição, uma trigésima nona foi descartada. Levando-se em conta a grande quantidade de discursos recolhidos nas entrevistas foi feita a opção pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo-DSC (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003). Trata-se de estratégia metodológica que permite a organização e a tabulação de dados quali-quantitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos, fundamentada na teoria da Representação Social e seus pressupostos sociológicos. A proposta consiste basicamente em analisar o material verbal coletado, extraído de cada um dos depoimentos. Os depoimentos compõem a matéria prima, sob a forma de um ou vários discursos-síntese escritos na primeira pessoa do singular, expediente que visa expressar o pensamento de uma coletividade como se esta fosse o emissor de um discurso. A técnica parte da seleção de cada resposta individual a uma dada questão formulada, as Expressões-chave, que são os trechos mais significativos destas respostas. Às Expressões-chave correspondem as Ideias Centrais que são a síntese do conteúdo discursivo manifestado nas Expressões-chave. O material das Expressões-chave das Ideias Centrais gera discursos-síntese na primeira pessoa do singular - os DSC, onde o pensamento de um grupo ou coletividade aparece como se fosse um discurso individual (LEFÈVRE, 2003). O roteiro para entrevistas com gestores e terapeutas foi testado previamente, utilizando dois técnicos de UBS diferentes daquelas onde a pesquisa seria conduzida. Não foi necessário ajuste na estrutura da entrevista.

4.7.2. Entrevistas com pacientes e familiares - foram precedidas da explicação dos objetivos da pesquisa e da assinatura do TCLE por um membro da família do(a) paciente. Os dados foram coletados em três entrevistas realizadas nos domicílios utilizando um roteiro semi-estruturado, configurando histórias de vida (HV), aqui entendidas como entrevistas em profundidade, com o pesquisador constantemente interagindo com o(s) informante(s) e pondo em movimento a história de vida. A principal função da história de vida é retratar as experiências vivenciadas por pessoas ou grupos, conforme observa BIASOLI-ALVES e DIAS DA SILVA (1992). As entrevistas tinham uma cronologia própria, com avanços e recuos. Segundo Farias, *apud* PAULILO, 1999, p.141), as entrevistas de história de vida trabalham com

memória e, portanto, com seletividade, o que permite ao entrevistado aprofundar determinados assuntos e afastar outros da discussão. Para HAGUETTE (1997) a história de vida é aquela capaz de dar sentido à noção de processo mais do que qualquer outra técnica, exceto talvez a observação participante. Isso requer uma compreensão íntima da vida de outros, o que permite que os temas abordados sejam estudados do ponto de vista de quem os vivencia, com suas suposições, seus mundos, suas pressões e constrangimentos. A princípio as entrevistas realizadas tinham um curso livre e foram sequenciadas por indagações cujas respostas poderiam dar ao pesquisador uma compreensão mais extensa dos casos, com a configuração da história, tratamento da doença pregressa e atual, dados das séries corporal, sociofamiliar e educacional, vínculos parentais, etc. Também tinham ancoragem definida no sistema classificatório DSM-IV para se chegar ao diagnóstico do(a) paciente. Os relatos foram anotados esquematicamente e posteriormente reescritos de maneira livre, tal qual apareceram. Os conteúdos do material assim obtidos foram objeto de leitura atenta para que pudesse se identificar as ideias e encadeá-las, agrupando-as em uma ordem cronológica, gerando, posteriormente, a redação final tal qual aparece na configuração dos relatos de casos. Procurou-se dar enfoque na doença e no percurso do paciente e da família na busca pela atenção à saúde. Para se eleger os três casos relatados foram feitas oito entrevistas, das quais cinco descartadas por terem os pacientes diagnósticos diferentes de esquizofrenia. Mesmo não se confirmando a hipótese de esquizofrenia em um dos casos optou-se por mantê-lo, por se tratar de transtorno mental grave, com rica problemática e equívocos na condução. Não houve pré-teste para essas entrevistas.

4.8. ASPECTOS ÉTICOS

As pesquisas requerem ética em sua realização, e desta forma acataram-se as recomendações da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que dispõe sobre os referenciais da bioética como não maleficência, autonomia, beneficência e justiça; bem como os direitos e deveres referentes à comunidade científica, sujeitos da pesquisa e do Estado (BRASIL, 1996).

Os sujeitos assinaram o TCLE que disserta sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos e benefícios e houve o esclarecimento quanto à participação voluntária e direito em retirar-se da pesquisa no momento em que desejassem. Mesmo sem interdição, os pacientes examinados tiveram seus TCLE referendados pelos seus familiares. Foi solicitada a assinatura do gestor municipal da saúde no Termo de Anuência visto que o estudo se desenvolveu em unidades de saúde do Município.

O projeto foi submetido e aprovado para realização pelos Comitês de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e da Escola Pública de Saúde do Ceará, tendo esta instância emitido o parecer consubstanciado CEP/ESP protocolado sob o No. 119/2008, de 2 de abril de 2008.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente serão apresentados os três relatos de caso construídos a partir do material coletado nas três entrevistas em profundidade. Cada relato é seguido de comentários acerca dos principais achados, considerações diagnósticas e críticas ao modelo de atenção dispensada; em seguida, são mostrados os resultados obtidos nas entrevistas com gestores e terapeutas, às quais foi aplicada a metodologia do DSC.

5.1. RELATOS DE CASO (NARRATIVAS DO PESQUISADOR)

5.1.1. Caso I:

Paulo é ACS da UBS I. Ao tomar conhecimento do meu interesse em entrevistar pacientes portadores de esquizofrenia acompanhados pelas ESF, indicou uma senhora residente na área em que ele atuava e que apresentava quadro psíquico severo que o preocupava muito. Prontificou-se a ir comigo à residência da paciente. Eram 09h30min horas quando lá chegamos. Situada em rua com calçamento, em subúrbio com um entorno pobre e protegida por um muro alto, encontrei uma casa de tijolo, com cerca de quatro cômodos, de aparência muito pobre, manutenção descuidada, móveis escassos e rotos. Adentramos na casa e encontramos a paciente, Dona Luiza, que veio nos receber. Além dela encontravam-se naquele momento um filho de cerca de 40 anos, mostrando sinais de embriaguês, e três netos menores. Dona Luiza reconheceu o ACS Paulo, tratou-o com cordialidade, também extensiva a mim, mas me confundiu com outra pessoa. Indagou se eu viera lhe trazer as pedras e o dinheiro (sic). Neste primeiro contato, ainda de pé, pude observar que ela mostrava um discurso bastante desarticulado e parecia não avaliar corretamente o que ocorria ao seu redor. Expliquei a finalidade da visita. O filho nos encaminhou para uma casinha no fundo do terreno, onde outro irmão, hoje uma espécie de cuidador da mãe, poderia nos receber, ou a esposa deste. Essa outra casa estava encravada no quintal da casa de Dona Luiza. Também pequena, mas com melhor aspecto, era guarnecida

com aparelhos eletro-eletrônicos, discos, jarro com flores artificiais, estampas de santos e quadros nas paredes, dois sofás (provavelmente onde dormiam o casal e a única filha, já que não havia quarto visível). Vizinho à casa encontrava-se o “escritório” de Dona Luiza, onde ela realizava trabalhos espirituais. Estava fechado com cadeado. Na ausência das pessoas indicadas para conversar conosco, recebeu-nos Eliane, de 18 anos, neta de Dona Luiza e filha do cuidador, ausente no momento. Ela interrompeu os trabalhos que fazia na cozinha e veio nos atender com solicitude. Era uma jovem de aspecto tranquilo, atenta, expressava-se em termos claros, apropriados. O ACS me apresentou a ela como um médico que estava fazendo uma pesquisa sobre o tratamento das doenças mentais na Atenção Básica e que eu gostaria de ter algumas informações sobre a doença da sua avó. Convidou-nos a sentar, disse que seus pais poderiam dar as informações, mas estavam ausentes e logo chegariam. Enquanto aguardávamos, passou a adiantar que a doença da avó começou de modo abrupto, há quase dois meses. Antes ela era lúcida, encarregava-se dos afazeres domésticos e tinha atividades no centro pegado à sua casa, onde recebia clientes e trabalhava com entidades; que era muito comunicativa, tinha amizades e resolvia a maior parte dos problemas da sua família, que são muitos. De repente, a avó deixou de conhecer as pessoas, não mais chamava os filhos nem os netos pelos nomes. No início da doença não dormia à noite, ficava “fazendo coisas”, trabalhos domésticos. Disse que a família estava muito preocupada e que o Centro de Saúde ao qual recorreram ainda não tinha acenado com uma solução para o caso. Neste momento, chega Dilberto, filho de Dona Luiza, que logo se integrou à conversa. Cumprimentou o ACS de maneira bastante amigável, identificou-o como velho amigo. relatei novamente o objetivo da visita, mencionando o caráter voluntário de concordar com a entrevista, no que aquiesceu. Ratificou as declarações da filha Eliane e acrescentou que estão vivendo um grande problema, pois, de repente, sua mãe tornou-se irritada, briguenta, dizendo nomes feios, descompondo as pessoas. Não soube informar nenhuma circunstância grave ou preocupante que possa ser tomada como desencadeante. Dizia recordar apenas que no dia anterior às mudanças do comportamento estivera por muito tempo com uma cliente no seu “centro”. Afirmou, no que foi acompanhado por Eliane, que é possível que alguma coisa tenha acontecido lá que a impressionou e deixou-a assim. Talvez um espírito tenha

incorporado e não mais saído, diziam. Por terem referência na Atenção Básica por meio do CSF que os visita, a família procurou uma consulta com o médico que já atende a paciente por hipertensão e glicemia alta. Mas o doutor está sem agenda e não se dispôs a examiná-la, diz o filho. A família gostaria de ter certeza de que doença Dona Luísa sofre e qual o tratamento adequado para ser iniciado logo. Até agora, nem uma coisa nem outra foi feita. Segundo informa Dilberto, sua mãe tem 71 anos, é uma “batalhadora” que criou sozinha sete filhos depois que o marido a abandonou, todos menores de idade, há mais de 30 anos. O marido ainda vive, mas não tem contato com os familiares. Sua mãe trabalhava numa indústria de produtos defensivos agrícolas, da qual se aposentou. Estudou pouco. Relata que a vida da mãe é muito complicada pela família desestruturada que tem, que lhe causa muito sofrimento. O filho que primeiro nos recebeu é homicida, já cumpriu pena na prisão e vive bêbado. Atualmente está sendo investigado por suspeita de ter abusado da própria filha, menor de idade. Outra filha de Dona Luísa é dependente de drogas e frequentemente furta pertences e dinheiro de casa para comprar pedras de *crack*. Por causa dela, as coisas em casa vivem trancadas.

Dona Luísa foi convidada a se integrar ao grupo. Deambulava sem dificuldade, mostrava-se com aparência limpa, usava uns brincos que colocou há muitos dias e não se separa deles. Suas vestes são adequadas. Apesar de afável, não colaborava com o exame, estava bastante desatenta. Chamava a atenção o discurso totalmente desconexo, desorganizado, não sabendo finalizá-lo, não conseguindo responder nenhuma pergunta de modo coerente. No entanto, dentro dessa incoerência, parecia sustentar um diálogo com suas falas ininteligíveis. Seus familiares afirmavam que às vezes fala sozinha, como se ouvisse e visse pessoas irreais, talvez espíritos (sic). Também mencionaram crises de choro, raras, e episódios de agressividade verbal dirigida a uma das netas, no caso aquela que possivelmente sofrera abuso. Relataram que Dona Luísa estava dormindo bem, alimentava-se bem e cuidando da higiene. Mesmo com todo esse comportamento estranho, era ela quem fazia a comida da casa e lavava a louça. Levada por um amigo, frequentava atualmente um centro espírita (já o frequentava antes da doença), aonde se conduzia da mesma maneira que em casa. Na semana anterior visitou a mãe, com 92 anos, e lá também não foi diferente. Quer sair à feira para comprar coisas, mas se atrapalha toda, com dinheiro e com as

compras. Indaguei do filho sobre o que mais ele acha da doença de Dona Luísa. Além da hipótese do “encosto”, ele acredita não ser doença mental, pode ser Alzheimer, como a doença da sua sogra. Já a neta acha que isto é sim um transtorno mental e dos graves, e que toda a família está afetada. Estão aguardando a visita do médico da equipe de Saúde da Família e, enquanto ele não vem, “o jeito é esperar”. O filho me traz um saco de remédios que sua mãe toma para que eu os examine. Encontro um anti-hipertensivo (hidroclorotiazida) e um hipoglicemiante (metformina), prescritos pelo seu médico do Centro de Saúde. Encontro também diclofenaco, um antiinflamatório, mas não sabem se ela toma nem qual é o seu uso. Causou surpresa a descoberta de uma receita médica dispensada em hospital terciário há mais de um mês (Haldol e Fenegan). O primeiro medicamento não é encontrado em casa, mas uma anotação na receita indica que ele foi despachado no hospital; do segundo há algumas caixas intactas. Pergunto como foi esse atendimento. O filho só soube que um “conhecido” levou sua mãe para essa consulta, mas não sabe o que foi dito nem orientado. Só que não deu os remédios à paciente porque eles poderiam fazer mal, afirma. Tampouco sabe explicar como desapareceu um dos remédios fornecidos. A neta diz que não tomou conhecimento da tal consulta. No final da entrevista, a pedido da família, somos instados a dar uma opinião sobre o caso. O ACS reforça que seria muito importante que eu dissesse alguma coisa, visto que há muito o CSF foi contatado e não houve uma resposta (inclusive me identifica como do *staff* do Posto, o que poderia deixar os familiares mais tranquilos). Comentei que entendia a preocupação deles com o problema grave que estavam enfrentando; que concordava com eles que era muito importante uma definição do quadro e de como tratá-lo; que também entendia a confiança que eles depositavam nos técnicos do CSF e por isso deveriam insistir nesta referência; e se não fossem atendidos deveriam se mobilizar para outros serviços em face da gravidade do caso; e que, nesse momento, uma pessoa mais disponível e interessada dentro da família deveria se encarregar de conduzir as articulações. Sugeri que o ACS Paulo levasse o relato do caso ao Dr. Alfredo, da Atenção Básica e que já atende a Dona Luísa, no sentido de que ele pudesse intervir o mais breve no caso, elucidar o diagnóstico, talvez solicitar exames para excluir causas orgânicas e assim permitir que o tratamento fosse conduzido. O ACS se prontificou a fazer o contato e eu deixei um número de telefone a ser

repassado ao Dr. Alfredo, caso ele decidisse me ligar. O filho afirma que tem receio de conseguir um exame que possa “acusar um problema sério na cabeça da mãe” por medo de que seus irmãos achem que ele quer interditá-la para ficar com o dinheiro dela.

Comentários:

O caso expõe fragilidades e desencontros no trato com a saúde. Apesar da gravidade que o caso relatado expõe, em quase dois meses não havia um diagnóstico médico ou encaminhamento adequado para a solução do problema. A construção da referência na Atenção Básica parece ser um ponto positivo: tratam o ACS com cordialidade e esperam de maneira paciente o atendimento pelo médico que já acompanhava a paciente. No entanto, a superlotação das agendas/insuficiência de técnicos inviabiliza a atenção adequada. A paciente fora encaminhada para um hospital terciário sem o esgotamento de instâncias mais plausíveis; ou sem que a família tivesse pleno conhecimento desse atendimento. Não houve encaminhamento da Atenção Terciária para outro nível de atenção nem agendado o retorno da paciente. O cuidador não dá a medicação prescrita pelo médico por achar que atrapalharia. Um dos medicamentos desapareceu, o que potencialmente poderá trazer riscos na utilização indevida por outro sujeito. O ACS é impotente para ajudar. As possíveis causas para o caso continuam não trabalhadas ou discutidas por pessoa mais especializada. Finalmente, numa família de estrutura tão caótica, com problemas de drogas, possível abuso de menor pelo próprio pai, homicídio e etilismo, impunha-se um diagnóstico da saúde mental do grupo que já deveria ter provocado intervenções. A Lei da Reforma da Saúde Mental prevê situações como essa, nos seus dispositivos, como passível de ser trabalhada pelas equipes do Matriciamento.

O diagnóstico de esquizofrenia possivelmente não pode ser fechado neste momento. Falam a favor da hipótese o discurso e o comportamento desorganizados e a disfunção sócio-ocupacional. Sem dúvida, trata-se de uma situação psicótica bastante grave, reclamando intervenção. Falam contra a hipótese diagnóstica de esquizofrenia o aparecimento tardio (aos 71 anos) em personalidade sem antecedentes mórbidos, ausência de pródromos, tempo curto da doença, ausência de

sintomas negativos, ideação persecutória. Possíveis alucinações auditivas ou visuais não estão suficientemente caracterizadas. O quadro abrupto fala contra doença demencial do tipo Alzheimer, hipótese que é levantada pelos familiares pelo precedente encontrado em pessoa do relacionamento, mas não descartam outra patologia orgânica, como um processo expansivo. É possível que as manifestações exibidas correspondam a um quadro psicótico desintegrativo ou inespecífico (289.9, da DSM-IV), quando, ao falharem os mecanismos de defesa diante de situações vitais carregadas de sofrimento, o indivíduo busque a alienação como resposta. Mesmo na impossibilidade de vir a ser uma psicose esquizofrênica o relato foi mantido, pela riqueza dos mecanismos e situações evidenciados.

5.1.2. Caso II

Márcio é ACS lotado no CSF II e me falou que vem atendendo a uma família na qual há uma adolescente com sérios problemas mentais. Residem muito próximo ao CSF e se prontificou a me acompanhar numa visita para uma entrevista com o grupo familiar. Ele já havia comunicado a ideia da visita aos familiares que acenaram positivamente. Ao chegarmos a casa, fomos recebidos pelos genitores da paciente (Sr. Francisco e Dona Mira) de maneira cordial. Adentramos no terraço da casa e convidaram-nos a sentar. Mostravam-se afáveis, eram pessoas simples e denotavam escolaridade baixa. Residiam numa casa simples de tijolo, piso cimentado, telhada, situada em rua asfaltada de um bairro da periferia da cidade. Tinha 4 ou 5 cômodos e um quintal. Dispunha de água encanada, banheiro, TV, rádio, máquina de lavar roupa, geladeira, fogão a gás. Ao serem informados que gostaríamos também de entrevistar a filha, portadora de doença, esta foi chamada e se integrou ao grupo - éramos agora cinco. O chefe da família é cozinheiro, trabalha numa lanchonete e a esposa cuida dos afazeres domésticos. Há dois irmãos mais velhos que trabalham, a filha mais nova estuda e outra deixou a casa. Claudilene, a paciente, é uma jovem de 15 anos, solteira, não estuda, não trabalha, frequenta igreja evangélica de maneira irregular e sem compromisso. Tem pele clara, traja *short* e blusa de malha, sandálias de borracha, tem os cabelos ondulados presos num coque desalinhado. Fisicamente

tem traços feios, está emagrecida, a pele do rosto avermelhada pela acne. Encobre um dos olhos com a mão, fita-nos com o outro. Assume postura cabisbaixa. Não se comunica adequadamente com as palavras, ri muito - riso pueril, desconfiado, olha para a mãe como a se reabastecer de confiança. Os pais afirmam que a doença se manifestou há cerca de dois anos, quando, sem causa aparente, passou a se comportar de maneira agressiva, destruindo os objetos domésticos de maior valor, chorando, falando que queria um namorado, que queria casar e que ninguém iria se interessar por ela, falas essas que eram repetidas à exaustão. É a penúltima de uma série de cinco filhos, entre 26 e 12 anos. Nasceu de parto normal, a termo e em maternidade. Foi uma criança sem comemorativos de doença, mas sempre muito calma e isolada, às voltas com suas bonecas e outros brinquedos, sem interação com crianças da sua idade. Frequentava escola, logo a abandonando sob a alegativa de que ninguém gostava dela e não a aceitava. Não aprendeu a ler nem a escrever. Relata a mãe que certa vez uma “macumbeira” predisse que a filha não passaria dos 10 anos e foi com muito alívio que a viu sobreviver à predição. Menstruou aos 13 anos, em ocorrência normal, visto ter sido preparada pela mãe. A relação com os irmãos desenvolvia-se em clima amigável, entrecortado por brigas, sem maior importância. Era muito afeiçoada à irmã imediatamente mais velha, espécie de referência e que a estimulava e acolhia. Os contatos externos eram bastante limitados, sempre na tônica de que não gostavam dela, chamavam-na de doida, diziam que era feia. Havia uma amiga mais próxima, da qual se afastou porque estendeu a esta o pensamento generalizado de que ninguém a aceitava. Além do mais, essa amiga era bonita, namorava, tinha tudo que ela não tinha. Ao tempo da eclosão da doença, a irmã mais velha fugira de casa para morar com uma meia-irmã, filha do casamento anterior do seu pai. A mãe se indaga se esse fato não pode estar relacionado com o adoecimento de Claudilene, fazendo disso um fator desencadeante. Hoje, ajuda muito pouco em casa, executando alguns trabalhos domésticos como lavar a louça e limpar a casa. Já cuidou mais da aparência, colocava pintura, esmalte nas unhas, mas hoje é relaxada, não investe na imagem, mesmo se achando feia. Evita se olhar no espelho pela insatisfação com o que ele reflete. Não gosta do seu corpo, acha-se sem quadris, sem nádegas e sem peito (sic). Inveja a irmã mais nova por ter formas mais bem definidas. Seus passatempos são muito restritos: ouvir música, fantasiar vida com artistas, jogos

eletrônicos na TV. Vai aos cultos, mas não interage. Recusa fazer refeições junto com os membros da família, não se alimenta a contento e não respeita horas das refeições. Costuma dormir tarde, vendo TV ou esperando que a mãe termine os trabalhos domésticos. A família entende tratar-se de um caso de doença mental e se culpa por não ter buscado auxílio médico antes. Como são bastante religiosos-evangélicos, confiaram-se apenas à providência divina (sic). Com a ajuda do ACS, marcaram atendimento num CAPS-i no mês de março para atendimento em maio, posteriormente re-agendado para agosto. Exceto a visita no ACS, não recebe orientação de qualquer outro profissional de saúde nem utiliza medicamentos.

A participação de Claudilene na entrevista é bastante limitada. Responde às indagações com riso pueril, às vezes dá respostas curtas ou evasivas, seguidamente precisando da confirmação da mãe. Usa argumentos sem elaboração, do tipo “é porque é” ou “não sei”. Hoje já não mostra a agressividade e destrutividade de tempos atrás. Desorientada no tempo e no espaço, desatenta. Não há relato nem indícios de alterações da senso-percepção. Aparência algo descuidada, não estabelece contato visual adequado, oblitera um olho com uma das mãos e frequentemente mostra-se cabisbaixa. Tem déficit de memória. Está consciente, sem alteração do sensorio. O pensamento apresenta-se regredido, desorganizado, concreto, refletindo essas características no discurso e no comportamento. O afeto é inapropriado, sem modulação adequada para diferentes situações. Exibe funcionamento intelectual rebaixado. Na conação, mostra registros de agressividade, destrutividade, isolamento social. A família denota interesse em ajudar, mas as convicções religiosas parecem interferir (retardar) na busca do cuidado que se esperaria.

Comentários:

O quadro tem compatibilidade com esquizofrenia desorganizada ou hebefrênica (295.10, DSM-IV) instalada há cerca de dois anos em personalidade pré-morbida marcada pela ausência de interações sociais e com preferência pela vida solitária. Esse subtipo acomete pacientes muito jovens e chama a atenção pela desorganização do discurso e comportamento. Apesar de morarem a uma quadra do CSF, o único contato se faz através do ACS, pessoa que goza de simpatia junto à família. Crenças

religiosas retardaram a busca do cuidado médico. Quando se faz o agendamento para serviço de atenção em saúde mental, esse é postergado em pelo menos cinco meses. Percebe-se ainda a tolerância das pessoas em conviver com as enfermidades, o imobilismo, a aceitação tácita das situações sem indignação ou revolta. Falha o serviço em não acenar com presteza à demanda existente. Falha a família em abdicar das prerrogativas cidadãs dos seus direitos à saúde e deveres do Estado. Como consequência, perde-se a oportunidade do diagnóstico e intervenções precoces no caso, com potenciais prejuízos na evolução e no prognóstico.

5.1.3. Caso III

Cleusa, ACS da UBS III, ao saber do meu interesse em entrevistar paciente portador de doença mental grave comunicou-me que na sua área de abrangência havia uma família com duas moças nessa condição, atualmente objeto de estudo e cuidados por parte dos técnicos do NASF da sua Unidade. Dirigimo-nos a pé da sede da UBS à residência da mencionada família, distante cerca de cinco quadras. No momento em que lá chegamos, encontramos ainda na rua uma senhora que reconheceu a ACS, cumprimentou-a com simpatia, abriu a grade da frente da casa que estava fechada com cadeado e nos encaminhou ao interior da residência. A ACS apresentou-nos à Dona Petra, chefe da família, a quem relatamos o objetivo da visita. Esta senhora, juntamente com duas filhas, habita uma casa alugada, feita de tijolos, piso cerâmico e forrada de telha, em rua com calçamento. O imóvel tem aparência simples e bem cuidada, com cerca de cinco cômodos, incluindo um banheiro no seu interior. Dispõem de água encanada e luz elétrica, tem telefone celular. Guarnecem a casa móveis igualmente simples, geladeira, fogão e dois aparelhos de televisão, um em cada quarto, onde dormem as filhas. A chefe da família dispôs-se a colaborar conosco e assinou o TCLE. Passou a narrar que tem duas filhas com problemas mentais graves, doentes praticamente desde o nascimento. Hoje a mais velha, Alice, tem 23 anos e a mais nova, Juna, 21. Há uma terceira filha de 22 anos, casada desde os 15 e morando afastada com o marido e um enteado. Dona Petra relata que a família morava em cidade do interior próxima à capital. Há 20 anos separou-se do

marido, alcoologista que a abandonou com três filhas pequenas, a mais nova nos cueiros. Como não tinha como se sustentar - até hoje nunca teve emprego formal e sempre cuidou da casa - e sem ajuda do esposo, foi acolhida pelo sogro e ajudada pelos seus irmãos. O marido desapareceu, mudou-se para São Paulo e posteriormente a Justiça o localizou e obrigou-o a dar uma pequena pensão, hoje de R\$ 280,00, que cobre o aluguel da casa. Complementa a renda familiar com a aposentadoria por invalidez da Alice, a filha mais velha, e o auxílio da bolsa-família concedido pelo governo federal. Indagada sobre os antecedentes pessoais e familiares, dona Petra afirma que as gestações foram normais, fez pré-natal em todas as gravidezes e pariu em maternidade, partos normais e a termo. Já no primeiro ano de vida tanto a filha mais velha como a mais nova passaram a apresentar convulsões, de frequência semanal e afebris. Não havia relato de epilepsia na família; no entanto, menciona que tem comemorativos de dois casos de doenças mentais graves em um irmão e uma tia, ambos contando com inúmeras internações psiquiátricas e hoje, mais velhos, com quadro mental melhor compensado. As filhas doentes passaram a receber tratamento com neuropediatra em hospital terciário da Capital, que as medicava com um anticonvulsivante (Gardenal). As crises convulsivas diminuíram, mas tinham pelo menos uma por mês. Toda a ambiência da informante e das filhas, durante os primeiros anos destas, se passou em um município próximo à Fortaleza. Na idade escolar foram mandadas para escola, onde não ficaram: a mais nova porque não aprendia e a mais velha porque se afastava do contato com os colegas, pois achava que eles implicavam com ela. Abandonaram a escola (a irmã do meio prosseguiu) e viviam trancadas, reclusas em casa, com a mãe se sentindo tal qual as filhas também prisioneiras. Na idade respectivamente de 10 e 12 anos, passaram a frequentar, em horário integral, CAPS de uma cidade vizinha. A Prefeitura do município cuidava de apanhá-las no domicílio pela manhã, de segunda a sexta-feira, retornando-as à casa ao final do dia. Foi um período relativamente tranquilo, com assistência integral: médico, psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo. As crises convulsivas ainda continuavam, malgrado o uso dos anticonvulsivantes. Nesse momento da entrevista as duas filhas saem cada qual do seu quarto e se dirigem à cozinha onde tomam o café da manhã. A manhã já está adiantada (10:30h) e a mãe explica que elas dormem tarde vendo TV e por isso acordam tarde. As moças nos

percebem e nos cumprimentam, a mais nova com abraços e beijos, a mais velha menos efusiva. Ficam comendo próximo ao grupo formado. Explicamos que somos da área da saúde e estávamos ali para conhecê-las melhor e entrevistá-las. Tratam a ACS com carinho. Dona Petra prossegue no seu relato. Diz que apesar de assistidas no CAPS elas não desenvolviam habilidades, a mais velha por retraimento e medo de se relacionar e a mais nova por limitações intelectivas sérias. No entanto, o serviço considerou que elas tinham tido progresso e propuseram alta, a fim de gerar vaga para pessoas mais comprometidas. A mãe concorda que elas estavam melhor. Foram encaminhadas para continuar o tratamento em um serviço de atenção infanto-juvenil de um hospital psiquiátrico terciário não muito distante do seu domicílio. O tratamento para ambas consistia de medicamentos anticonvulsivantes e neurolépticos para as alterações da conduta e do comportamento. Aos 15 anos a filha do meio se casou, deixando a mãe sozinha nos cuidados de casa e das filhas. Ainda neste meio tempo a mãe passou a conviver com um companheiro, senhor de mais de 70 anos, a princípio um pai para todas (sic). Solicitamos que descrevesse o comportamento das filhas nessa época. Diz que brigavam muito entre si e não se relacionavam com estranhos. A mais velha era mais calada e a mais nova mais irritada e agressiva. Há quatro anos aconteceu uma “tragédia”: o padrasto molestou Alice, a filha mais velha, e em razão disso tiveram que se mudar para Fortaleza. O autor do delito conseguiu fugir e ficou impune. Dona Petra se emociona e chora ao falar desse assunto. Diz que é depressiva e que precisa de tratamento. Já a filha, que presenciou o relato e era protagonista da história, fica indiferente. Envolver as moças na entrevista. São obesas, com dentes ausentes ou mal conservados. Trajam *short* e blusa, calçam sandálias de borracha. Permanecem comendo enquanto assistem à entrevista. Procuro investigar seus pensamentos, sentimentos, afetividade, socialização. Juna, a mais nova, mostra acentuada pobreza conceitual, não se comunica adequadamente, exibe um riso pueril, expressões afetivas bizarras (agarra, beija, abraça); não fornece explicações quando solicitada, o pensamento situa-se em um nível concreto, com afirmações do tipo “é porque é”, além de pararrespostas. Todavia, faz breves incursões pelo mundo da TV e das novelas, fornecendo dados sobre histórias e personagens dos folhetins. Hoje mais calma, tem ainda explosões de raiva, com agressividade. A mais velha denota melhor capacidade intelectual. Mantém-se arredia, tem discurso mais elaborado,

porém refletindo desorganização do pensamento. Menciona com alegria uma viagem que fez a São Paulo em visita ao pai e diz não queria mais voltar. Idealiza a irmã casada. Tem desejos de casar e de ter filhos, que esbarram nas suas limitações e sofre com isso. Nas vivências fantasiosas imagina que se relaciona com os personagens da TV, o que supre sua ausência de contatos com pessoas a quem atribui animosidade e rechaço. Permanecem sentadas e ouvindo, quase sem intervir. A mãe informa que elas não brincam entre si nem com outras pessoas, o lazer é ver televisão. Estão convertidas à religião evangélica, mas só a mãe vai com frequência aos cultos e quando sai deixa-as trancadas. Lamenta uma breve interrupção no tratamento das filhas logo depois que o esposo as abandonou. Talvez isso tenha agravado o estado delas, questiona. O seu desejo de mãe é vê-las num colégio, fazendo amizades, fazendo atividades. Não têm influência para namoro (sic), mas a filha mais velha diz que gostaria de se casar. A mãe não se preocupa com envolvimento sexuais porque ela não se relaciona com ninguém. Tem ciclos menstruais regulares e se preocupa com a higiene pessoal. Já a mais nova há três anos não menstrua, talvez por causa dos remédios, lhe disse um médico. Avalia positivamente os serviços de saúde que utilizou e o interesse dos profissionais médicos, praticamente com quem conviveu. Realça no momento a participação da ACS, a quem se refere como “um anjo das nossas vidas” que ajuda na renovação das receitas, agenda as consultas e leva-as ao médico.

Comentários:

O relato sugere que a demanda pelos cuidados de saúde parece ter sido atendida. Na tenra idade, Alice e Juna foram atendidas por serviço de neurologia em hospital de ensino, acompanhadas e medicadas por especialistas. Na escola foram admitidas sem segregação, embora não esteja claro que tipo de estimulação receberam, nem se foi trabalhada a evasão escolar. Mais tarde, o CAPS da cidade do interior vizinha à que moravam presta um relevante serviço, acolhendo-as, oferecendo transporte diariamente, atenção multiprofissional e medicamentos. Com o desligamento, em face de melhoras nos seus estados, foram atendidas em serviço infanto-juvenil de hospital-escola terciário. Há indícios neste caso de que tenha ocorrido uma possível

limitação no atendimento, visto que ele estava centrado no médico psiquiatra e tendo o medicamento como único recurso. Tampouco foi quebrada a possibilidade de dar tratamento diferenciado às duas, absorvidas numa única identidade. Ao atingir a maioridade, a mais velha é transferida para outro serviço - um CAPS infantil. Para facilitar a vida da mãe, a irmã mais nova a acompanha. As mesmas características do antigo CAPS mais uma vez se repetem: tratamento focado no médico e no medicamento, e as pacientes unificadas em uma mesma abordagem. O trabalho do ACS, pela importância e reconhecimento, mais uma vez ganha o relevo mostrado nos estudos de casos anteriores. Vê-se a estima da família - é abraçada, a mãe se refere como “o anjo das nossas vidas”; faz a intermediação entre os relacionamentos pacientes-recursos (CAPS, UBS); agenda consultas, visitas do NASF, busca medicamentos. O Núcleo mostra atendimento de clínica ampliada, identificando diferentes demandas, com agendamento clínico, de odontologia, de nutricionista, acenando para a introdução de terapêuticas ressocializantes, quebrando o modelo de atenção centrado exclusivamente no médico. Também merece registro a construção de uma rede solidária que engloba vizinhos e igreja.

Do ponto de vista clínico-diagnóstico, as jovens são portadoras de epilepsia associada a transtorno cérebro orgânico com retardo mental. A mais nova funciona num nível mental mais comprometido, compatível com o grau de idiotia. A mais velha tem um retardo mental moderado com melhor capacidade de abstração, associado a quadro psicótico compatível com esquizofrenia indiferenciada (295.90 do DSM-IV), expresso na incoerência do discurso, desorganização do comportamento, afeto embotado e rígido, dificuldade de formar e manter vínculos, de se individuar, traços paranoides de funcionamento (as pessoas não gostam dela). Talvez agora, com o trabalho efetivo do ACS e a interferência do NASF, tenha a oportunidade de receber uma atenção individualizada que explore possíveis potenciais e rompa com a díade que formou com a irmã.

Os três casos partilham alguns aspectos comuns. São pacientes portadores de transtornos mentais sérios. A Atenção Básica falhou ao deixar escapar a oportunidade de construir a singularidade dos sujeitos, de praticar a clínica ampliada e de fazer o apoio familiar que os três casos requerem. Técnicos da ESF empenham-

se, com suas atuais ações, em reverter situações que poderiam ter sido mais bem trabalhadas. Chama a atenção a importância do papel do ACS e o reconhecimento do seu trabalho.

5.2. ENTREVISTAS COM GESTORES E TERAPEUTAS

Constituíram material de análise trinta e oito entrevistas, realizadas individualmente pelo pesquisador, seguindo um roteiro previamente construído, aplicadas nas três UBS escolhidas para a coleta dos dados (aqui designadas UBS I, II e III) e na Coordenação Regional de Saúde, anexa a uma das UBS e metodologicamente a ela agregada. Dezesseis sujeitos eram da UBS I, seis da UBS II e dezesseis da UBS III. As entrevistas foram precedidas por pré-teste, sem necessidade de ajuste posterior. A distribuição dos sujeitos entrevistados segundo a função que desempenhavam é mostrada na Figura 1 abaixo:

Figura 1: Distribuição dos 38 entrevistados segundo a profissão. Fortaleza, 2009/2010.

Conforme mencionado em outra parte deste trabalho, o roteiro das entrevistas continha cinco perguntas aplicadas aos gestores e seis aos terapeutas (Anexos V e VI, respectivamente). Foram identificadas nos discursos-respostas em cada uma das questões as expressões-chave, ideias centrais que eles continham e em seguida foram feitas as categorizações das falas. Os dados resultantes das análises alimentaram o software quali-quantitativo do Discurso do Sujeito Coletivo, pergunta a pergunta. Conforme já referido, o DSC é “uma estratégia metodológica que, utilizando uma estratégia discursiva, visa tornar mais clara uma dada representação social, bem como o conjunto das representações que conforma um dado imaginário” (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003, p.19). Em seguida foi construído o DSC por cada uma das categorias identificadas em todas as questões. Os resultados e discussões que se seguem refletem os dados coletados nas entrevistas individuais realizadas com os 38 sujeitos que compuseram a amostra, colocados na seguinte ordem: 1) Questão formulada; 2) Agrupamento das falas nas diversas categorias identificadas; 3) Distribuição das frequências das categorias por profissionais frente à questão formulada; 4) Discursos coletivos construídos a partir das falas; 5) Comentários sobre os discursos com tentativa de confrontá-los com achados da literatura. Em uma situação foram feitos recortes das falas individuais que formaram os discursos coletivos, identificados por tipo de profissional.

1ª. QUESTÃO:

- Qual o melhor tratamento que deveria ser dispensado aos portadores de doença mental grave como, por exemplo, os pacientes esquizofrênicos?

A análise das respostas a essa primeira pergunta permitiu identificar nove categorias que estão relacionadas no quadro abaixo:

Quadro 1 - Categorias de análise dos discursos de gestores e terapeutas frente à questão “Qual o melhor tratamento que deveria ser dispensado aos portadores de doença mental grave como os pacientes esquizofrênicos?” Fortaleza, 2009/2010.

CATEGORIAS DE ANÁLISE DA 1ª. QUESTÃO
A- A Atenção Básica não está preparada ou capacitada para esse atendimento.
B- Depende da complexidade de cada caso.
C- Com humanização, acolhimento, atenção integral, medicamento, compreensão, sem rejeição, sem preconceito, com escuta qualificada e promovendo a reinserção

social do paciente.
D- Na Atenção Básica com o apoio/retaguarda dos CAPS e NASFs.
E- Os CAPS estão despreparados para o atendimento.
F- Onde houvesse especialista.
G- No hospital.
H- Fora do hospital.
I- Não existe atendimento bom em nenhum lugar.

Na distribuição quantitativa, as respostas por categorias (Quadro I) apareceram de acordo com a figura abaixo:

Figura 2- Distribuição das frequências por categorias de análise frente à questão “Qual o melhor tratamento que deveria ser dispensado aos portadores de doença mental grave como, por exemplo, os pacientes esquizofrênicos?” Fortaleza, 2009/2010

São mencionados a seguir os diferentes DSC construídos por cada categoria identificada na questão 1, quadro 1, mostradas na página anterior.

DSC A- A Atenção Básica não está preparada ou capacitada para esse atendimento.

“Os profissionais da Atenção Básica não estão preparados hoje para fazer o atendimento de casos de saúde mental grave como a esquizofrenia, talvez nem consigam fazer o diagnóstico. Poderiam atuar como coadjuvantes, ou proporcionar momentos de discussão, de participar de grupos, num trabalho conjunto. Na UBS não há estrutura adequada para este atendimento, o profissional necessita a ajuda de um especialista, do apoio do matriciamento. Por não saber lidar com os casos, fazem encaminhamento para os CAPS, instâncias melhor aparelhadas. Há casos em que os médicos não se sentem ainda capazes o suficiente para assumir esse tipo de paciente por conta da sobrecarga de trabalho. Também falta às unidades de saúde, diferentemente dos CAPS, a estrutura para fazer esse

tipo de acompanhamento. Não há medicamentos. A Atenção Básica não comporta mais essa demanda”.

DSC B- Depende da complexidade de cada caso.

“Cada caso é um caso, respeitados os níveis de atuação de cada serviço diante da complexidade da demanda. Há pacientes estabilizados e que prescindem do CAPS. O paciente com esquizofrenia não é somente do CAPS, mas também da Atenção Básica e de todo o sistema, como qualquer outro, sem distinção. O melhor tratamento é o mais amplo possível, não só o do SUS, mas utilizando todos os recursos disponíveis que cada estágio ou momento que a doença apresentar, até mesmo hospitalização, quando estritamente necessária, por tempo curto. Além de se conhecer a gravidade da esquizofrenia, deve-se considerar que o tratamento pode ser conjugado com terapia comunitária, beneficiar-se de um matriciamento, evitar o uso de medicamentos ou da institucionalização. Levar em conta o contexto psicossocial e não apenas atribuir um rótulo para alguém que será medicado. Portanto, vários locais se prestam a este tipo de atendimento, que deveria ser feito por equipe multidisciplinar que visse o paciente como um todo e tivesse condição de planejar e orientar o melhor para o paciente. Um paciente grave deveria ser tratado no hospital, e uma vez compensado, ou seja, fora de crise aguda, poderia ser acompanhado num posto ou no CAPS”.

DSC C- Com humanização, acolhimento, atenção integral, medicamento, compreensão, sem rejeição, sem preconceito, com escuta e reinserção social.

“O melhor tratamento seria aquele que fosse acima de tudo humanizado, sem internações, envolvendo a família da forma mais ampla possível, pois às vezes as necessidades da família são mais urgentes ou críticas do que a dos pacientes. Teria que se utilizar de estratégias que promovessem o mais amplamente possível a queda dos preconceitos, trabalhar o medo das pessoas, o preconceito das próprias famílias que segregam, separam e isolam os pacientes como num presídio. Esse tratamento sempre irá associar os medicamentos com as melhoras práticas para melhor inserção social possível deste paciente, pois a evolução dos casos pode ser trabalhosa, excludente e incapacitante. Os profissionais podiam fazer atividades de grupo, ter um projeto terapêutico, ver o ambiente em que eles vivem, a família, o que é que existe na família desse paciente, trabalhar o lado positivo. Os quadros agudos poderiam ser separados dos que já têm certo controle. Os quadros agudos talvez terão que recorrer à emergência especializada. Fora disso, esse paciente, se tivesse condição, receberia cuidados familiares na própria residência, não sendo necessário retirá-lo do seu local. Mas quando se pensa em pacientes agitados, agressivos, tem que ter uma estrutura de retaguarda, uma emergência, um CAPS ou um hospital psiquiátrico até que se tirasse o paciente desse quadro agudo. Ao sair da situação crítica, teria que se oferecer toda uma estrutura ambulatorial para envolver a família, com acompanhamento mais próximo desse paciente. Ainda estamos muito na medicalização e de poucas ações terapêuticas que poderiam garantir uma qualidade de vida melhor. Quando o paciente se recusa a vir ao posto, a equipe teria que fazer o deslocamento. É necessário investir mais em ações de arte, de cultura, de terapia ocupacional, de micro-crédito, de tratar essas pessoas mais como sujeito, de dar um *status* diferenciado daquele que é dependente só do medicamento e que vai pro CAPS ou pro hospital pra receber medicação. Uma libertação no sentido de uma autonomia maior dessa pessoa como sujeito e não como um esquizofrênico. Muitos técnicos não têm paciência e o seu trabalho deixa a desejar. É preciso paciência, saber escutar e priorizar o atendimento ao doente mental, com atenção multidisciplinar que envolva profissionais da área psiquiátrica e de outras áreas necessárias no momento. Um tratamento assim, direcionado, não aprisionando, infundia segurança e atenção, sem o paciente se sentir acuado como algumas vezes se vê. Outras questões têm que ser contempladas, como ter para onde encaminhar os pacientes através da construção de um bom sistema de referência, ter um gerenciamento eficaz da unidade de saúde. Independente do lugar onde os pacientes serão tratados, seja na Atenção Básica, em clínicas, hospitais gerais ou até em hospital psiquiátrico, é preciso contar com profissionais competentes e um meio para a família também ser atendida juntamente com o paciente”

DSC D- Na Atenção Básica com o apoio/retaguarda dos CAPS e NASFs.

“Possivelmente o médico da Atenção Básica, o médico da família, com uma certa orientação, pudesse ver mais frequentemente esses pacientes, desempenhando um papel mais importante desde que fossem orientados. A porta de entrada pode ser a Unidade Básica, mas se é um paciente que precisa de atendimento especializado, ele precisa ser encaminhado para um local de referência mesmo que depois o suporte fique na Unidade Básica, mas tendo esse elo entre a unidade e um local especializado. Talvez o NASF, com a vinda dos psicólogos, de um psiquiatra, pudesse dar à Atenção Básica condição de atendimento de casos graves. Observa-se que o atendimento desses pacientes na Atenção Básica tende a crescer, embora no momento esteja apenas começando. É preciso evitar as internações, evitando encaminhar para o hospital e para os especialistas tudo que é paciente. Mesmo com os pacientes graves poderia se tentar evitar interná-los, só em último caso. E assim, a Atenção Básica e os CAPS poderiam dar conta da grande maioria, os compensados”.

DSC E- Os CAPS estão despreparados para o atendimento.

“Os CAPS não podem dar esse tipo de assistência, uma vez que estão fazendo agendamento de consulta para até seis meses. A atenção que é oferecida lá não é boa, pois vivem uma situação de estrangulamento, a clientela saturada, o número de fichas para o atendimento limitado, não sabem priorizar o atendimento. Além disso, os CAPS também podem separar, segregar”.

DSC F- Onde houvesse especialista.

“O melhor atendimento para os doentes mentais graves seria com o especialista ou hospital-dia. Os pacientes mais graves poderão ser mais bem atendidos nos CAPS ou em uma Unidade de referência. O paciente mental grave não é tratado na Unidade Básica, só os casos mais leves. Geralmente os graves são encaminhados aos CAPS. No matriciamento em saúde mental, com apoio do pessoal do CAPS, geralmente vem um psiquiatra e um psicólogo para ajudar o médico na parte medicamentosa e noutras em que a Atenção Básica não tem treinamento pra tratar o paciente mental. Os pacientes são captados no atendimento geral ou vêm por indicação de alguém da família ou por intermédio dos agentes de saúde. Deveria ser oferecido um ambiente adequado, num centro de saúde especializado. Causa temor a ideia de misturar o paciente com transtorno mental com a multidão que é assistida nos postos. Em um ambiente especializado ele vai se sentir mais seguro. No caso dos pacientes compensados, a doença mental é como outra qualquer, como uma doença do coração, do estômago, então pode ser tratada em vários locais, nos hospitais de referência ou na Atenção Básica. Já nas crises seria um pouco diferente, pelas características próprias da doença, dificuldades na concentração, na socialização, etc. Daí talvez devesse levar os pacientes nessas condições para um lugar especializado. Os CAPS estão bem, têm autonomia para fazer esses tratamentos”.

DSC G- No hospital.

“O paciente em crise deve ser acompanhado no hospital-dia, onde tem uma melhor assistência, ou através dos CAPS. Os mais graves iriam para o hospital psiquiátrico, embora com todas as críticas que se faz a ele”.

DSC H - Fora do hospital.

“Pelo modelo teórico concebido, os CAPS seriam a melhor referência para o tratamento dos doentes mentais graves, juntamente com os Hospitais-Dia e todo o aparato social do movimento antimanicomial. O tratamento deveria ficar fora da instituição (hospital). Mesmo para os pacientes graves poderia se tentar evitar interná-los, só em último caso. Observa-se que, com a reforma psiquiátrica já houve mudanças, porque antes os doentes mentais ficavam enclausurados, e têm

melhorado com o tratamento nos CAPS, sendo este o caminho. Pode ser pensado um atendimento que conjugue acompanhamento ambulatorial na Atenção Básica com acompanhamento dos CAPS, um serviço de base comunitária e qualidade, contanto que se evite o tratamento hospitalar pois há muitas queixas de que ele separa e isola o doente da família”.

DSC I- Não existe atendimento bom em nenhum lugar.

“Primeiro, é preciso entender que paciente mental grave é aquele que oferece riscos, para si próprio ou para os outros. Os CAPS e os manicômios não oferecem bons serviços. Os hospitais, parece, não têm como lidar com o paciente, suas famílias e todos os problemas. Deveria ter a função de acolher, apoiar, mas nem sempre é isso que se vê. O ambulatório também tem falhas, os pacientes não se vinculam. A problemática é muito difícil e ainda se busca uma saída. No Ceará a assistência à saúde tem se mostrado muito precária, nos hospitais, centros de saúde... Os governantes deveriam investir mais na saúde, que não pode esperar, pois muitas vezes ou atende ou morre. Portanto, não existe esse lugar ideal, hoje. A situação é muito complexa, seria necessário mais gente para atender e de mais estrutura nos serviços. Infelizmente, a Prefeitura Municipal de Fortaleza ou o Governo do Estado não contam com um serviço de porte para o atendimento que se deseja”.

Comentários:

A questão formulada tinha característica aberta a fim de identificar, na percepção dos entrevistados, como tratar hoje o doente mental grave e de detectar possíveis contribuições relacionadas aos movimentos da reforma psiquiátrica. Em cerca da metade das respostas dos entrevistados mais do que o lugar desta atenção interessava a maneira como os pacientes seriam tratados, o que compreendia o acolhimento de qualidade, humanização da atenção, de promoção da reinserção, atenção integral, dispensação de medicamentos, atitudes sem rejeição ou preconceito (Quadro 1, p.92 e Fig.2, p.93). O discurso apareceu mais nos gestores do que nos terapeutas (Fig.3, p.97) e entre estes, foi mais uma preocupação dos enfermeiros do que dos médicos (Fig.4, p.97). Há uma vasta literatura já mencionada na formulação do referencial teórico deste trabalho que se reporta aos estigmas e preconceitos na doença mental (MANSOURI, 1989; BYRNE, 1997 e 2001; CRISP, 2000; NUNES *et al.*, 2009) e destaca a humanização da atenção (CAPRARA e FRANCO, 1999; BRASIL 2004a,b,c,d; DESLANDES, 2004; BENEVIDES e PASSOS, 2005). A segunda resposta mais mencionada nesta questão indicava que o local para tratamento dependeria de diferentes situações dentro desse espectro de gravidade (23,68% de todas as respostas). Por um número significativo de respostas tanto de gerentes como de terapeutas a Atenção Básica ou os CAPS não se prestavam como *locus* para esse atendimento (21,05%), com enfermeiros e médicos partilhando essa

visão mais do que os ACS (Fig. 4, p.97). Foram pouco mencionadas as respostas que indicavam ser o hospital o lugar onde tratar ou não os pacientes.

Figura 3- Distribuição das frequências por categorias de análise por gerentes e terapeutas frente à questão “Qual o melhor tratamento que deveria ser dispensado aos portadores de doença mental grave como os pacientes esquizofrênicos?” Fortaleza, 2009/2010.

Figura 4- Distribuição das frequências por categorias de análise por médicos, enfermeiros e ACS frente à questão “Qual o melhor tratamento que deveria ser dispensado aos portadores de doença mental grave como, por exemplo, os pacientes esquizofrênicos?” Fortaleza, 2009/2010.

2ª. QUESTÃO:

- Portadores de doença mental grave como os esquizofrênicos podem ser atendidos na Atenção Básica?

A análise das respostas à segunda pergunta gerou sete categorias mostradas abaixo:

Quadro 2- Categorias de análises dos discursos de gestores e terapeutas frente à indagação “Portadores de doença mental grave como os esquizofrênicos podem ser atendidos na Atenção Básica?”. Fortaleza, 2009/2010.

CATEGORIAS DE ANÁLISE DA 2ª. QUESTÃO
A- Os CAPS estão mais bem aparelhados para atender pacientes mentais graves.
B- Sim, se houver investimento/condições: profissionais preparados, supervisão, medicamentos, capacitação, matriciamento, retaguarda do CAPS/NAPS.
C- A Atenção Básica pode tratar casos leves, fora de crise, compensados, acolher o sujeito, dialogar com outros níveis de atenção, fazer detecção precoce dos casos.
D- A Atenção Básica não oferece condições: falta estrutura, remédios, pessoal, treinamentos, retaguarda, vencer preconceitos, escuta de qualidade, capacitação, sobrecarga de trabalho, sem sistema de referência.
E- Seria o ideal, pela falência do hospital e sobrecarga dos CAPS, o matriciamento poderia dar condição para esse atendimento.
F- Pacientes graves têm que ir para os hospitais.
G- Há pacientes que não querem ser tratados na Atenção Básica.

Figura 5 - Distribuição das frequências das categorias de análise frente à questão “Portadores de doença mental grave como os esquizofrênicos podem ser atendidos na Atenção Básica?” Fortaleza, 2009/2010.

Foram construídos os seguintes DSC para as diferentes categorias de análise identificadas nas respostas à segunda questão (ver Quadro 2, p.98):

DSC A- Os CAPS estão mais bem aparelhados para atender pacientes mentais graves.

“A saúde mental cresceu e ficou mais sensível. Antes era a internação, tirar as pessoas do seu meio e agora a política está voltando essas pessoas para o meio e aí vem o fortalecimento dos CAPS, que são importantes porque os pacientes não poderiam sair dos hospitais diretamente para as unidades de saúde. Alguns casos têm que ser atendidos lá mesmo nos CAPS, com profissionais da especialidade e essas pessoas precisam de ações específicas, que a Atenção Básica não consegue dar. Aliás, o paciente mental grave é do CAPS, do hospital mental, ele não é da Atenção Básica. É para os CAPS que se encaminham os pacientes mais graves. Já as questões de emergência são mais críticas e que exigem uma atenção mais especializada ainda. Os profissionais da Atenção Básica não têm muito conhecimento de psiquiatria porque não se faz a psiquiatria no dia-a-dia, apenas intervenções básicas, a maioria relacionada com medicação. Quando se depara com um paciente de risco, fica difícil, muito difícil. Outra complicação surge pelo grande número de clientes, o volume de trabalho e procedimentos nos cuidados clínicos que normalmente existem na Atenção Básica”.

DSC B- Sim, se houver investimento ou condições: profissionais preparados, medicamentos, supervisão, capacitação, matriciamento, retaguarda do CAPS/NAPS.

“Para melhor e maior atendimento na Atenção Básica seria necessário um preparo dos profissionais, disponibilizar medicação além do apoio dos CAPS. O matriciamento poderia ser uma resposta para essa fragilidade da Atenção Básica no tratamento dos doentes mentais graves. Uma potencial vantagem seria não afastar os doentes das suas famílias e dos seus contextos, dos seus vínculos, que em geral já são muito frágeis e escassos, evitando que se formassem relações deturpadas do doente com os seus círculos. Deveria se evitar as ações individuais e privilegiar as coletivas. É possível que o médico de família, com uma certa orientação e acompanhamento sistemático do paciente tivesse um papel mais importante. Ainda há um distanciamento muito grande entre Saúde Mental e Atenção Básica, muito estigma, pouco conhecimento, há uma lacuna a ser preenchida no campo da compreensão desse paciente dentro da Atenção Básica. Apesar do matriciamento nascente, é necessária uma capacitação mais aprofundada, mais treinamentos, principalmente para os médicos, mas não só eles, também os enfermeiros, a equipe completa, ensinando como lidar, abordar, agir num momento de crise. As capacitações em Saúde Mental como um todo são insatisfatórias. E independente do nível de atuação tem que ter o empenho dos profissionais, a qualidade do atendimento, o número adequado de técnicos, o interesse das pessoas que atendem. Na prática, essas condições necessárias ao atendimento ligado apenas à vertente “mental” não estão presentes nas Unidades Básicas, o que poderá muito bem ser suprido com treinamentos e experiência e os NASFs poderiam contribuir muito. É preciso ainda ter um espaço maior, suporte de pessoal, reforma física das unidades, aparelhos, treinamentos, a fim de permitir a prática da clínica ampliada que alarga a compreensão do doente para além dos limites da saúde mental. Mas “muita água ainda vai rolar” até chegarmos a uma situação no mínimo razoável”.

DSC C- A Atenção Básica pode tratar casos leves, fora de crise, compensados, acolher o sujeito, dialogar com outros níveis de atenção, fazer detecção precoce dos casos.

“A Atenção Básica pode acolher doente mental grave enquanto sujeito que adoece de tuberculose, pega uma gripe, engravida, tem hipertensão, enfim, pode fazer toda a interlocução entre diferentes setores dentro da própria saúde primária, secundária e terciária. O matriciamento pode ajudar nesta interlocução com os diversos setores. Quanto a dar uma resolubilidade para a doença mental, caso se faça um recorte da doença mental no todo que é o sujeito, a Atenção Básica não está preparada, nesse momento para tal. Pode desenvolver algumas ações, como ajudar num diagnóstico, no atendimento de alguns casos. O ACS pode detectar um caso no início, permitindo o diagnóstico e o tratado precoces, evitando o agravamento do quadro. Na Atenção Básica os transtornos mentais que mais se vê são os leves, mas devido a fatores sociais e familiares eles são numerosos. Só uma pequena

parcela de pacientes mentais pode ser tratada na Atenção Básica hoje, justamente aqueles pacientes mais compensados, com diagnóstico já feito, medicação instituída, que pudessem se beneficiar de algumas abordagens psicossociais, repetição das medicações e tratamento de outras intercorrências clínicas, e com o suporte do NASF. Poderia ter um dia específico para atender os pacientes com transtorno mental, que já viriam com encaminhamento do especialista, com a medicação indicada e que aqui teria um suporte, não aprofundado. A falta da retaguarda do especialista dificultaria muito essas ações. Mesmo sendo esquizofrênico e estando em acompanhamento pela ESF poderiam ser evitadas hospitalizações ou construído referências. Os postos de saúde possibilitam a atenção domiciliar, o profissional e às vezes toda a equipe se deslocam até a casa do paciente, criando-se assim uma função de suporte, trabalhando as relações com a família, fazendo o acolhimento e atendimento como um todo. Assim, o doente mental grave não seria diferente de qualquer outro doente com outro tipo de problema. Esse tipo de atendimento permite também a construção do vínculo, da confiança, o atendimento sistemático. Por tudo isso, existe sim, um espaço para o doente mental na Atenção Básica, observadas algumas situações como estarem fora de crise, sem agitação ou agressividade”.

DSC D- A Atenção Básica não oferece condições: falta estrutura, remédios, pessoal, treinamento, retaguarda, escuta de qualidade, capacitação, há sobrecarga de trabalho, não há sistema de referência e precisa vencer preconceitos.

“Falta à Atenção Básica estrutura, remédio, pessoal, treinamento, suporte, aparato institucional, retaguarda, apoio teórico e técnico, etc., sem o que o atendimento pecaria pela qualidade ou até mesmo se tornaria inviável. Os funcionários necessitam informações e conhecimento teórico de como receber, de como entender o problema dos pacientes, de trabalhar o medo. Essa aquisição teórica permitiria entender o que é uma esquizofrenia e aclarar o potencial que o esquizofrênico tem, desmistificando ao mesmo tempo o medo. É uma construção trabalhosa, demorada, não é possível neste momento, o que leva a Atenção Básica, por desaparelhamento, a encaminhar quase todos os que chegam aqui com problemas mentais. No máximo, pode repetir as receitas daqueles que já vêm triados. Ainda estamos distante do ideal, do paciente esquizofrênico poder estar dentro das Unidades Básicas sem despertar medo. Ele ainda é visto como uma pessoa estranha, que não é dali, não é daquele lugar. Outra dificuldade é que geralmente os Postos de Saúde não têm condição de espaço físico para pacientes com esse perfil. Mesmo fora do quadro agudo os postos da Atenção Básica teriam que contar com uma estrutura ambulatorial capaz de acolher a família, permitindo um acompanhamento mais próximo desse paciente. Apesar de capacitações curtas, o matriciamento propriamente dito ainda não se fez e assim não é justo, agendar uma consulta, o paciente vir aqui e pegar uma ficha e receber uma receita. Só receita serve? E às vezes nem isso leva, porque nem todo médico fica à vontade para receitar psicotrópico, teria que acolhê-lo, fazer a escuta. Por características próprias, esses pacientes demandam muito tempo da atenção, os profissionais têm que conversar muito com eles e há muitos outros atendimentos para fazer, sobrecarregando as agendas, não sendo bom unificar os atendimentos. O atendimento até poderia se fazer se houvesse uma referência no caso do profissional não souber se conduzir. A falta de experiência, hoje, elege outros locais como melhor equipados como os CAPS, pela vocação e conhecimentos dos técnicos. Por tudo isso, as condições hoje para atendimento de doente mental na Atenção Básica não são as ideais, são um pouco precárias e isso está muito distante de ser alcançado”.

DSC E- Seria o ideal, pela falência do Hospital e sobrecarga dos CAPS, o matriciamento poderia dar condição para esse atendimento.

“A Atenção Básica deveria ser um lugar ótimo para oferecer esse tratamento, mesmo porque o hospital não é mais hoje o recurso habitual para todo e qualquer tipo de tratamento. Os CAPS, na atenção secundária, não dão conta da demanda, estão inchados, com uma fila de espera de 2-3 meses e cerca de 8% de doentes mentais severos necessitam cuidados permanentes. As fragilidades da Atenção Básica para o tratamento específico da doença mental poderiam ser compensadas pela capacidade dos seus técnicos em apoiar as ações, usar terapias de grupos e abordagens sociais”.

DSC F- Pacientes graves têm que ir para os Hospitais.

“Pacientes em crises agudas têm que ser encaminhados para o pronto atendimento do Hospital Psiquiátrico, retornando à Atenção Básica depois de tratado o episódio, com acompanhamento em casa, permitindo que o agente de saúde, por conhecê-lo, possa desenvolver um contato melhor, checar a medicação e apoiar a família”.

DSC G- Há pacientes que não querem ser tratados na Atenção Básica.

“Afora os problemas específicos da Atenção Básica que dificultam ou impedem o tratamento de doentes mentais graves neste nível, também há os que não querem ser tratado nas UBASF, famílias que não se interessam pelo tratamento ou não o aceitam”.

Comentários:

A maioria das respostas (68,42%) sinalizou que a Atenção Básica não oferece condições para tratar doentes mentais graves (categoria D da segunda questão), sendo apontadas nos discursos várias dificuldades como a falta estrutura, de medicamentos, de pessoal treinado, de retaguarda, de escuta de qualidade, além da sobrecarga de trabalho e ausência de um sistema de referência. Este é o pensamento unânime dos médicos e de no mínimo de sessenta por cento dos enfermeiros, ACS e gerentes (Figuras 6 e 7, p.102). Essa categoria guarda proximidade com outra identificada em resposta à primeira questão (Categoria A, Quadro 1, p.92) quando a análise dos discursos permitiu o entendimento de que “A Atenção Básica não está preparada ou capacitada para esse atendimento”. Cerca da metade dos entrevistados acha que a Atenção Básica se prestaria a este atendimento caso fossem feitos investimentos como profissionais preparados, medicamentos, supervisão, retaguarda do CAPS/NAPS, etc., ou poderia atender doenças mentais leves. Por oportuno, mencione-se que o reconhecimento de que a Atenção Básica não oferece condições para tratar doentes mentais graves contraria o modelo de assistência em saúde mental criado pela Lei No. 10.216 que prevê para a Atenção Básica, além do seu papel de promoção e prevenção, também o de poder identificar, tratar casos de transtornos mentais, encaminhando aos serviços especializados os casos que não consigam tratar. O documento “Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil” (ABP, 2006) reforça esse entendimento. Ademais, atente-se para a recomendação da Organização Pan-Americana de Saúde (PAHO, 2002) sobre a redução dos custos quando os tratamentos são realizados na Atenção Básica.

Figura 6- Distribuição das frequências das categorias de análise por gerentes e terapeutas frente à questão “Portadores de doença mental grave como os esquizofrênicos podem ser atendidos na Atenção Básica?”. Fortaleza, 2009/2010.

Figura 7- Distribuição das frequências das categorias e por médicos, enfermeiros e ACS frente a questão “Portadores de doença mental grave como os esquizofrênicos podem ser atendidos na Atenção Básica?”. Fortaleza, 2009/2010.

3ª QUESTÃO:

- Que benefícios você identifica caso o atendimento ao portador de doença mental grave pudesse ser oferecido na Atenção Básica?

Analisando-se as respostas à terceira pergunta chegou-se à construção de dez categorias, conforme se vê no quadro abaixo:

Quadro 3- Categorias de análise dos discursos de gestores e terapeutas frente à indagação “Que benefícios você identifica caso o atendimento ao portador de doença mental grave pudesse ser oferecido na Atenção Básica?” Fortaleza, 2009/2010.

CATEGORIAS DE ANÁLISE DA 3ª. QUESTÃO
A- Acolhimento, melhor atenção, proximidade serviço-domicílio, possibilidade de melhor vínculo com a equipe, atenção integral, humanizada.
B- Poder receber retaguarda/supervisão dos CAPS e NASF.
C- Desenvolver ações pontuais, em casos leves e moderados.
D- Permitir a escuta, a confiança, o desabafo.
E- Para o atendimento é preciso assegurar retaguarda e investimentos (insumos, infra-estrutura, pessoal)
F- Permitir individualizar o sujeito.
G- Reduzir os preconceitos.
H- Dar oportunidade para diagnóstico precoce e prevenção.
I- Permitir o atendimento ampliado.
J- Outros níveis de atenção oferecem melhores resultados.

Figura 8- Distribuição das frequências das categorias frente a questão “Que benefícios você identifica caso o atendimento do portador de doença mental grave pudesse ser oferecido na Atenção Básica?” Fortaleza, 2009/2010.

Os DSC que se seguem foram construídos a partir da identificação das falas que compõem as dez categorias de análise da terceira questão (Quadro 3, p.105):

DSC A- Acolhimento de qualidade, melhor atenção, proximidade serviço-domicílio, possibilidade de melhor vínculo com a equipe, atenção integral e humanizada.

“É um ganho para o paciente principalmente, pelo acesso ao tratamento mais próximo da sua casa, acolhimento mais humanizado e multidisciplinar, poder se vincular a uma equipe a quem recorrerá quando houvesse problema, ter a visita do ACS que acompanharia a tomada da medicação. Poderia trabalhar e apoiar a família visto ser ela parte integrante do tratamento. Um acompanhamento desse porte levaria a uma melhor qualidade de vida, sem barreiras, o paciente criaria um vínculo com a equipe de saúde da família, com o NASF que também está se inserindo no território. Vínculos nos processos terapêuticos com responsabilidade têm mais sucesso e permitem a quebra do modelo centrado unicamente no médico e na medicação, dando oportunidade de outros olhares e saberes se unirem para pegar uma clínica mais ampliada, numa relação mais próxima com a família e o grupo, com a comunidade, numa abrangência regional, setorial. Hoje se observa que os CAPS e os hospitais estão assoberbados. Sendo assim, a referência para esse atendimento não seria necessariamente o CAPS, o que eliminaria as distâncias, facilitaria os deslocamentos e evitaria gastos em famílias geralmente carentes de recursos financeiros. Neste nível de atenção é mais fácil entender a pessoa do doente. Algumas práticas mostram que o tratamento do doente mental crônico é um tratamento diferente. Além da parte medicamentosa, do acompanhamento médico, ele é acompanhado por outros especialistas, que lhe indicam trabalhos manuais, esportes, lazer e outras modalidades. Não falta demanda para esse tipo de atendimento. O trabalho poderia dar o suporte para se evitar as internações e desafogar os CAPS. Mas o tratamento terá que ter características sérias, não se limitando somente a dar receita azul, mas estabelecer confiança, o melhor conhecimento da realidade da pessoa, seu ambiente e sua família, tudo isso podendo favorecer as bases para compreender melhor os casos e oferecer uma ajuda de qualidade e até poder identificar outros doentes na família que não foram buscar ajuda nos posto”.

DSC B- Poder receber retaguarda/supervisão dos CAPS e NASF.

“A Atenção Básica hoje tenta se aproximar dos profissionais dos CAPS para que as equipes se sintam mais seguras nas suas ações. O matriciamento do Ministério da Saúde em oito unidades vem ajudando alguns técnicos, seja o ACS, o médico, o enfermeiro e o próprio coordenador”.

DSC C- Desenvolver ações pontuais, em casos leves e moderados.

“As ações da Atenção Básica são muito pontuais, como ações terapêuticas em grupos de auto-estima, de terapia comunitária, de massoterapia e outras práticas integrativas que fortalecem o vínculo. Dentro da Atenção Básica, se todo profissional tivesse o aparato técnico e “terceira visão”, ele teria condição de desconstruir o preconceito que vem da dificuldade de lidar com o que não se conhece. Também conseguiria ajudar não só o paciente com esquizofrenia leve, mas também a outros, socializar esses pacientes, não engessá-los, desconstruir os preconceitos. Todavia, esta prática encontra-se bastante limitada tanto profissional como institucionalmente”.

DSC D- Permitir a escuta, a confiança, o desabafo.

“Permitir que o paciente pudesse ter um espaço que muitas vezes ele não tem na consulta do médico, fazer a prevenção da doença por meio das intervenções da enfermeira, usufruir o espaço da escuta que muitas vezes até ajuda na melhora dos problemas de saúde. O trabalho, apesar de incipiente, tem encontrado em determinadas áreas um desprendimento e um desejo de alguns técnicos de trabalhar a saúde mental melhor do que se trabalha hoje”.

DSC E – Para o atendimento é preciso assegurar retaguarda e investimentos (insumos, infraestrutura, pessoal, etc.).

“O sujeito tem que ser tratado de uma forma decente independente da sua doença, quer seja Síndrome de Down ou esquizofrenia. As equipes têm que diferenciá-los nas suas demandas particulares, caso a caso, e não por ser de um grupo com uma doença específica. Se forem atendidas ou criadas melhores condições de infraestrutura, farmácia com estoques de medicamentos para os casos necessários, pessoal capacitado, atualizado, em número adequado e com interesse para o trabalho a ser desenvolvido, a Atenção Básica parece o lugar ideal para essa prática. Mesmo considerando os pacientes graves, a socialização pode se acontecer, quando se oferecem condições. Com a retaguarda do CAPS, se poderia dar uma atenção a esse paciente, intervindo logo que surjam os primeiros sintomas, um diagnóstico precoce, de estar perto da família, de ter um acesso mais facilitado. A Atenção Básica poderia até fazer esse tratamento desde o início se tivesse medicamentos, treinamento, supervisão adequada, incentivos, mas não é isso que se observa. No caso da Atenção Básica estar aparelhada, capacitada para esse tipo de atendimento, poder descobrir a doença bem no começo, isto seria extremamente importante. Se existisse um plano terapêutico, com objetivos bem definidos, com avaliação sistemática, com certeza este paciente teria uma boa resposta e se beneficiaria, sim, do tratamento na Atenção Básica. A hospitalização pode ser vista como o atestado da falência do sistema ou da falta da atenção inicial no nível básico”.

DSC F- Permitir individualizar o sujeito.

“As vantagens estariam em poder fazer uma maior aproximação com o paciente, conhecê-lo melhor. A Atenção Básica é o lugar onde pacientes e profissionais podem estar mais juntos, mais próximos, até do ponto de vista físico, com o encurtamento das distâncias. Pode se dar uma troca mais informal, o acesso é muito melhor, a identidade do doente e da sua família pode ser mais bem construída e trabalhada. Em geral este paciente tem dificuldades sérias com a sua identidade, com os seus papéis, seus relacionamentos. Por outro lado, a organização das equipes pode dispor de visitantes domiciliares, dos ACS até técnicos especializados, que poderão dar informações mais detalhadas e precisas como age o paciente e a família no seu dia-a-dia. Com o tratamento mais individualizado os pacientes iam se sentir mais gente”.

DSC G- Reduzir os preconceitos.

“Trabalhar os preconceitos vai depender dos profissionais. Acolhendo os pacientes na Atenção Básica eles iam sair das instituições hospitalares, iam deixar de ficar presos dentro de casa – sabe-se que hoje acontece de muitos pacientes ficarem em cárceres privados pelo medo da família em expô-los. A segregação/exclusão torna-os mais doentes ainda. Romper com essa condição traz melhoras para as suas vidas, melhorando-lhes a qualidade. O paciente só vai ao CAPS porque tem problema mental, e isso reforça o preconceito. A Atenção Básica humaniza mais a relação, concretiza o acesso, tira do paciente o peso de se sentir um doente mental e que precisa de atendimento somente num lugar bem distante, bem cheio de pessoas que também são doente mental. Talvez a coisa mais importante seja ele ser aceito pelas pessoas em relação ao seu problema, não ficar isolado e convivendo só com os doentes mentais. Aí será bom ele e outros saberem que doença mental não é contagiosa, não precisa ser isolada. Enquanto isso, o hospital destroi os vínculos, não integra”.

DSC H- Dar oportunidade para diagnóstico precoce e prevenção.

“A Atenção Básica propicia uma detecção mais cedo do problema se realmente for efetiva e atuante. A família normalmente repassaria as informações das alterações que esse paciente está apresentando ao ACS de saúde ou ao médico do PSF, permitindo intervenção e evitando com que se chegue até a crise. Na ausência desse mecanismo o paciente tem mais chances de surtar. Em geral, isso acontece com populações pobres, e cabe à sociedade se preocupar como é dispendioso para eles

se locomoverem até um serviço muitas vezes distante das suas casas. Desconhece-se se os CAPS dispõem da política de vale transporte para ajudar as famílias e pacientes”.

DSC I- Permite o atendimento ampliado.

“A saúde tem que horizontalizar mais o atendimento ao doente mental grave dando o acesso que é assegurado aos hipertensos, às pessoas com diferentes patologias crônicas; e que eles sejam entendidos como um paciente como outro que pudesse transitar com mais tranquilidade dentro da Atenção Básica. Os CAPS consultam e dão a medicação, na Atenção Básica não dispõe de remédios. A ausência dos medicamentos permite a prática de outros recursos terapêuticos, com o entendimento que tratamento não só o medicamento”.

DSC J - Outros níveis de atenção oferecem melhores resultados.

“O tratamento de doente mental grave não deveria ficar na Atenção Básica, teria que ser mesmo com o especialista. A repetição da medicação a pedido da família até que é possível, mas um acompanhamento mesmo não. Mesmo assegurando a capacitação dos técnicos, a Atenção Básica não tem estrutura. Nos dias em que a Unidade está cheia e se encontra uma pessoa descompensada, aí se instala a complicação. Outras atividades afora o tratamento médico ou medicamentoso, a cargo de profissionais outros como assistente social, psicólogo, professor de educação física, de teatro, etc., essas coisas ficam inviabilizadas pela carência habitual desses profissionais na Atenção Básica. Benefício mesmo só o acolhimento e às vezes uma receita para comprar os remédios”.

Comentários:

De acordo com o Quadro 3, p.105, os temas mais lembrados estão relacionados com os aspectos humanísticos, Categoria “A”, com 68,42%, aparecendo mais nos discursos dos enfermeiros (em 100%) do que dos médicos e ACS. Esta resposta tem aproximação com o que foi respondido na Categoria “C” da primeira questão (p.92). A resposta que se segue em importância é “a necessidade de se assegurar retaguarda e investimentos, como insumos, infra-estrutura, pessoal, etc., para que a Atenção Básica possa oferecer uma atenção integral” (Categoria “E”, 34,21%). A redução dos preconceitos foi a terceira resposta mais lembrada sobre os benefícios que adviriam caso o atendimento ao portador de doença mental grave pudesse ser oferecido na Atenção Básica (23,68% das respostas), já tendo aparecido anteriormente em discursos-respostas na segunda questão. Não foram contemplados nos discursos médicos a flexibilidade da Atenção Básica poder se articular com os CAPS e NAPS para receber treinamento nem a menção aos benefícios de se trabalhar o preconceito. Dois importantes pontos - permitir a clínica ampliada e individualizar o sujeito, que aparecem no referencial teórico em ONOCKO, 2001, KATON *et al.*, 1995, Freeman *et al.*, *apud* LESTER *et al.*, 2004, entre outros, tiveram baixos índices

de respostas (13,16% e 7,89%). Infere-se, a partir dessas respostas, a subutilização do potencial para se trabalhar a subjetividade dos sujeitos na Atenção Básica.

Figura 9- Distribuição das frequências das categorias de análise por gerentes e terapeutas frente à questão “Que benefícios você identifica caso o atendimento do portador de doença mental grave pudesse ser oferecido na Atenção Básica?” Fortaleza, 2009/2010.

Figura 10- Distribuição das frequências das categorias de análise por médicos, enfermeiros e ACS frente à questão “Que benefícios você identifica caso o atendimento do portador de doença mental grave pudesse ser oferecido na Atenção Básica?”Fortaleza, 2009/2010.

4ª. QUESTÃO:

– *Quais os possíveis obstáculos ou desvantagens no atendimento de portadores de doença mental grave na Atenção Básica?*

Analisando-se as respostas da quarta questão chegou-se a nove categorias que estão listadas no quadro que se segue:

Quadro 4- Categorias dos discursos de gestores e terapeutas frente à indagação “Quais os possíveis obstáculos ou desvantagens no atendimento de portadores de doença mental grave na Atenção Básica?” Fortaleza, 2009/2010.

CATEGORIAS DE ANÁLISE DA 4ª. QUESTÃO
A- Outras demandas da Atenção Básica.
B- Falta de formação, base teórica e qualificação dos profissionais para um tratamento efetivo.
C- Características próprias da doença.
D- Falta de compromisso profissional.
E- Falta de pessoal, insumos ou infra-estrutura.
F- Não há desvantagem.
G- Atitudes preconceituosas.
H- Ausência de um sistema de referência.
I- Falta de especialista.

Figura 11 - Distribuição das frequências das categorias frente à questão “Quais os possíveis obstáculos ou desvantagens no atendimento de portadores de doença mental grave na Atenção Básica?” Fortaleza, 2009/2010.

Os seguintes DSC foram construídos com o material identificado nas falas que originaram nove categorias da quarta questão (Quadro 4, p.107):

DSC A – As outras demandas da Atenção Básica

“Os CAPS hoje têm uma grande demanda, estão sobrecarregados e daqui a pouco não vão dar conta ou já não estão dando conta da grande demanda. Idealmente, essa clientela poderia ser encaminhada para a Atenção Básica, o que está um pouco longe de acontecer, apesar de algum investimento do setor público em capacitação e no matriciamento. Mas, pela própria demanda de outros procedimentos próprios da Atenção Básica, que é muito grande, isto acaba sendo um problema para o atendimento de paciente com doença mental. A dificuldade maior seria, portanto a demanda das unidades. Além dos recursos físicos, que podem até ser considerados secundários, também é importante a falta de pessoal para o atendimento, de gente treinada, de gente segura, e da construção de uma boa retaguarda para auxiliar nos casos mais difíceis e poder avaliar os serviços. A Atenção Básica até dá conta de casos leves, com as terapias comunitárias, com a escuta qualificativa, que já se faz. Igualmente é difícil imaginar que um paciente esquizofrênico possa aguardar tranquilamente o seu atendimento junto com os outros pacientes, em geral numerosos, para serem atendidos. Agora, deveria ter um acolhimento melhor”.

DSC B – Falta de formação, base teórica e qualificação dos profissionais

“Tratar hipertensos e diabéticos, gestantes e recém nascidos, para a Atenção Básica é uma prioridade. Essas demandas absorvem muito as equipes no seu dia-a-dia, e para estas patologias há uma formação técnica específica. Para tratar casos graves de esquizofrenia são necessários tanto a formação dos técnicos como uma estrutura melhor para poder acolher e um aparato profissional mais capacitado dentro da Atenção Básica. Para dar esse tipo de atenção com qualidade, deveria se tentar fazer o matriciamento, levá-lo para as Unidades de Saúde. A parte teórica dá embasamento aos profissionais do que seja a doença e pode assim desmistificar preconceitos. Há ainda despreparo para que se possa fazer o acolhimento do paciente como um todo, há uma tendência a dividi-lo por especialidades e patologias. Como é que você vai tratar uma mulher grávida no pré-natal e ela tem um problema de saúde mental? O pré-natal dela é diferente do pré-natal de uma outra pessoa da Atenção Básica? Para essas questões talvez não haja resposta. O desafio seria como construir isso de uma maneira mais humanizada. A falta de capacitação e prática dos profissionais para atender os pacientes da saúde mental se faz sentir nas dificuldades e inseguranças no atendimento. Além do mais os pacientes psiquiátricos requerem uma atenção diferenciada, um tempo de acompanhamento, uma escuta qualificada. E há muitos técnicos que não têm conhecimento de como agir numa crise, numa agitação. Na falta de qualificação do profissional, como descobrir as maneiras de se portar em relação ao paciente? Ao se chegar à casa de um esquizofrênico em crise, muitos nem entram e vão embora. O NASF está entrando, mas ainda é uma presença muito tímida, embora seja uma esperança. Há relato de um bom trabalho já estar acontecendo, mas parece que é só começando. Há despreparo do pessoal, das equipes, mas existe ainda a falta de organização e de uma mentalidade nas estruturas da saúde para vir a fazer este tipo de trabalho. O ACS tem que saber encaminhar, reconhecer quando o caso é para a Atenção Básica ou para referenciar. O médico e a enfermeira também deveriam saber, a enfermeira vai muito à área. Muitas vezes os médicos nem se dão conta das necessidades dos pacientes, isto por falta de conhecimento. A recusa de prescrição dos médicos deve ser em razão do desconhecimento, pois muitos deles são bons profissionais e gostariam de ajudar”.

DSC C- As características próprias da doença

“Uma das preocupações no trato com a doença mental é procurar estabilizar os quadros que se apresentam de forma grave. A doença vai gerando comprometimentos cada vez maiores. Com as internações repetidas, a cada novo surto, esse sujeito sofre prejuízo nas suas funções e desempenhos. A busca da Atenção Básica se dá quando ele está estabilizado, mas muitas vezes mostrando um déficit cognitivo, uma deficiência motora e outros prejuízos corporais. O que poderia ter feito para evitar ou

minimizar esses resultados? Uma das estratégias seria mantê-los o tempo necessário no CAPS e daí, depois de certo tempo, levá-los para o território onde eles se sentam sujeitos, possam fazer seus exames, consultas... É possível que eles precisem do CAPS, que tomem a medicação mínima na Atenção Básica, que tenham um médico, um contato com o psiquiatra que os cuida, mas em condição de ser acompanhado na Atenção Básica desde que os profissionais também estejam desejosos disso e também tecnicamente preparados com retaguarda do CAPS. Em alguns momentos o que pode ser empecilho noutros é vantagem. Deveria ser criada esta comunicação entre Atenção Básica e retaguarda, se piorar voltaria ao CAPS, com retorno posterior, enfim, poder ir e vir, por que não? Não é este o modelo que se vê na prática. O ambiente da Atenção Básica é inadequado, aqui ele não ia se sentir bem, os outros pacientes não entendem o que é o problema de saúde mental e o convívio restrito na mesma ambiência iria se mostrar inadequado. Se não haveria obstáculo com relação aos pacientes menos graves, com os mais críticos o melhor seria mesmo pensar o hospital como esse lugar de tratamento. Existe o risco de se perder a chance de integração separando doentes mentais dos demais doentes, mas só poderia integrar com critérios”.

DSC D - Falta de compromisso profissional

“Há muita gente que está na saúde pública e que não deveria estar lá. A saída para esse impasse seria contar somente com aqueles que realmente gostassem daquilo que fazem. É necessário que os profissionais queiram absorver as informações dos treinamentos, que tenham desejo espontâneo de trabalhar com a temática, de querer ajudar essas pessoas a sair da situação de sofrimento. Quem trabalha com a Atenção Básica ou com psiquiatria é essencial gostar das pessoas”.

DSC E - Falta de pessoal, insumos ou infra-estrutura

“A maior desvantagem para a Atenção Básica poder tratar pacientes mentais graves é a falta de uma infra-estrutura adequada para esse atendimento. Os técnicos, muitas e muitas vezes, saem carregando tudo nas costas. Postos e UBASF precisam estar aparelhados. A estrutura física é deficiente, as instalações físicas são muitas vezes deficientes, não oferecem espaços individualizados que assegurem a privacidade e a tranquilidade. Faltam material, equipamentos, segurança e medicamentos, estes últimos essenciais em muitos casos. Falta profissionais, principalmente médico psiquiatra ou neurologista – especialistas mais envolvidos com o tratamento e supervisão, e também outros profissionais para o atendimento de demandas tão numerosas. Com essa carência pode se perder o grande diferencial que é fazer relações mais particulares, individualizadas. Alguns CAPS e serviços terciários dispõem de medicamentos especiais, mas aí o paciente tem que se deslocar para outro lugar para ter acesso a eles, às vezes tem que fazer outra consulta ou atendimento. As desvantagens não são do atendimento, mas principalmente da falta de estrutura, de equipamentos, como a falta de um carro pra fazer as visitas domiciliares, falta de consultórios, de medicamentos, de segurança, o que deixa a desejar no atendimento de pacientes graves, agitados. No rol das desvantagens poderia se mencionar também até a falta de receituário especial para prescrição dos remédios, porque se falta até a receita azul, o que se dirá dos remédios...”.

DSC F - Não há desvantagem

“Não existem desvantagens para o atendimento de doente mental grave na Atenção Básica”.

DSC H - Atitudes preconceituosas

“O paciente pode ter vergonha de procurar o serviço, pode achar ruim o fato do vizinho, parentes e amigos saberem que ele está fazendo tratamento mental. As famílias também podem oferecer resistências em aceitar que o seu doente se exponha ao grupo e assim passar por constrangimento no contacto com pessoas conhecidas. A sociedade em si também rejeita esse paciente, então provavelmente seria uma barreira ao atendimento na Atenção Básica. Além do preconceito dos pacientes, dos familiares e da sociedade, os profissionais também podem ter atitudes

preconceituosas, muitas vezes por despreparo e demonstradas por meio do medo no atendimento. Profissionais rotulam aquele paciente como agressivo, que pode lhe causar algum mal. Então, nem todos os profissionais sabem lidar com o paciente mental grave e por isso a Atenção Básica deve se interessar também por esta questão, para a qual pode não estar preparada”.

DSC I – A ausência de um sistema de referência.

“Um possível obstáculo para o tratamento de doente mental grave na Atenção Básica pode ser a ausência de um sistema de referência para onde encaminhar os pacientes. O número limitado de CAPS é um entrave para a não efetivação deste recurso. Torna-se impossível para o CAPS dar conta da demanda, visto que as mentais infelizmente estão se alastrando a cada dia, como o caso de uma mãe que acaba também ficando perturbada porque o filho usa droga e vai gerando transtornos mentais dentro daquela família. A falta da referência inibe o atendimento na Atenção Básica, daí ser preciso não só ampliação das instituições, mas ampliação profissional e capacitação”.

DSC J – Falta de especialista.

“Falta um profissional da área especializada, ou seja, um psiquiatra, necessário não só no CAPS, mas que também deveria integrar o NASF. Com isso iria suprir a questão da terapêutica medicamentosa, complementando o outro leque de intervenções psicossociais”.

Comentários:

Em um discurso quantitativamente importante e igualmente equilibrado nas falas dos terapeutas e gestores, as matérias relacionadas com as políticas de gestão de pessoas e programas de formação/capacitação profissional foram eleitas como as mais críticas para as limitações da Atenção Básica na oferta de um tratamento efetivo ou de qualidade. Entre os principais formadores das equipes de Saúde da Família (médicos, enfermeiros e ACS) esta marca excedeu os 80%. Estudos nacionais e estrangeiros, por exemplo, CROSLAND, 1998; CORNEY, 1999; Goldberg e Gourney, *apud* BOWER, 2002. LEWIS *et al.*, 2004; SOUZA *et al.*, 2007; LESTER *et al.*, 2007; BIRDMAN, 2007; FIGUEIREDO e ONOCKO, 2009, têm apontado tais dificuldades que muitas vezes se refletem em patologias subdiagnosticadas, baixa qualidade ou indisponibilidade dos serviços, falta de efetividade clínica. Falta de compromisso profissional, atitudes preconceituosas e ausência de um sistema de referência não foram mencionadas nos discursos dos gerentes.

Figura 12 - Distribuição das frequências das categorias de análise por gerentes e terapeutas frente à questão “Quais os possíveis obstáculos ou desvantagens no atendimento de portadores de doença mental grave na Atenção Básica”? Fortaleza, 2009/2010.

Figura 13 - Distribuição das frequências das categorias de análise por médicos, enfermeiros e ACS frente à questão “Quais os possíveis obstáculos ou desvantagens no atendimento de portadores de doença mental grave na Atenção Básica”? Fortaleza, 2009/2010.

5ª. QUESTÃO:

– Você considera que os terapeutas da Atenção Básica estão capacitados para acolher e tratar os portadores de doença mental grave neste nível de atenção?

As respostas possibilitaram a identificação de sete categorias de análise que compõem o quadro abaixo:

Quadro 5- Categorias de análise dos discursos de gestores e terapeutas frente à indagação “Você considera que os terapeutas da Atenção Básica estão capacitados para acolher e tratar os portadores de doença mental grave neste nível de atenção?” Fortaleza, 2009/2010.

CATEGORIAS DE ANÁLISE DA 5ª. QUESTÃO
A- Não, é preciso investir na capacitação dos técnicos.
B- Não, é preciso trabalhar os preconceitos e estigmas.
C- Não, os profissionais da Atenção Básica não têm condição de atender por falta de preparo.
D- Não, falta compromisso e vocação.
E- Deve aumentar a cobertura, há demanda reprimida.
F- Não, é preciso passar pelo matriciamento.
G- Não, porque as capacitações/treinamentos são superficiais.

Figura 14- Distribuição das frequências das categorias frente à questão “Você considera que os terapeutas da Atenção Básica estão capacitados para acolher e tratar de portadores de doença mental grave na Atenção Básica?”. Fortaleza, 2009/2010.

As falas-resposta na quinta questão foram analisadas e agrupadas em sete categorias e permitiram a construção dos seguintes DSC:

DSC A- Não, é preciso investir na capacitação dos técnicos

“Para assegurar o atendimento de doentes mentais na Atenção Básica é preciso haver um investimento na capacitação dos técnicos. A formação acadêmica para atender pacientes com sofrimento mental é muito incompleta, nem na Faculdade isso é visto em profundidade. Isso vale para a enfermagem e para a medicina. A saúde mental já vem fazendo o matriciamento que é uma educação permanente. O treinamento iniciado pelo Ministério da Saúde no Município de Fortaleza veio muito focado na medicação, da consulta conjunta, em coisas práticas, dando um mínimo de aparato para os técnicos, mas os resultados vão depender muito de cada um, de cada técnico, de como cada um se enlaça com a sua escolha, se você gosta muito do que se faz, se aquilo é puro desejo não é escopo. Há pessoas preocupadas com esta capacitação, com os treinamentos, mas o processo não pode se restringir a capacitar um só técnico, todos têm que se capacitar. Nesse processo de capacitação para um novo modelo de atenção também tem que se preocupar com a família, as comunidades. É preciso um grande investimento para formar bons técnicos, despertar interesses e trabalhar preconceitos, atualizá-los nas melhores abordagens para fazerem esta tão desejada inserção social, inclusão social, com redução das incapacidades e melhor ajustamento na família e consigo mesmo. Não têm valor as capacitações de quarenta horas para lidar com trabalho desta natureza: elas pouco ou nada acrescentam. É preciso aprofundá-las, o processo está longe de ser o ideal. Está a caminho, mas ainda não chegou para a maioria, a grande maioria não recebeu treinamento nenhum. Enfim, capacitação é o que falta, mas principalmente voltada para o atendimento dos pacientes graves, já que os outros casos há soluções em curso. A construção dessa bagagem teórica e prática passa por vivências, experiências, atender um grande número de casos. O saber só se constroi fazendo, vendo as coisas acontecerem na realidade do trabalho. Este treinamento poderia ser nos CAPS onde estão quase todos os problemas e as terapias diversas. Uma semana num CAPS poderia dar um bom treinamento, com supervisão, discutindo e vendo os casos. Iniciativas como essa poderiam preencher a lacuna na formação e capacitação que hoje se observa”.

DSC B – Não, é necessário trabalhar os preconceitos e os estigmas.

“A doença mental sempre sofreu de certa visão preconceituosa, da sociedade e também dos profissionais, talvez nestes gerada pelo desconhecimento. O medo do doente mental e da doença é muito grande e é perceptível em quase todos os profissionais. O preconceito precisaria ser trabalhado na unidade de saúde com todos que a fazem. Quando entra uma pessoa diferente para atendimento já se cria o estigma - aquele ali é esquizofrênico, aquele outro é louco. O convívio social é complicado, muitas vezes quando você aproxima grupos surge a vergonha, a receio de se expor uma situação que é só sua ou da sua família para o grupo, com os vizinhos. Apesar de já se vir trabalhando o estigma em vários contextos como o da opção sexual e mesmo na saúde mental, essa questão, embora não abertamente, ainda existe com pacientes e familiares, estes últimos não raro expressos nas atitudes protetoras. Poderá se criar uma dificuldade quando surge um problema que leva à busca do cuidado na unidade de saúde onde se encontra “um monte de gente” que mora no mesmo bairro. Para evitar constrangimento, muitos preferem não ir lá, ou ir a outro local em que os pacientes e familiares fiquem mais protegidos. Essa espécie de preconceito funciona como um entrave para o atendimento. Mas é evidente que não é ocultando as verdades, deixando de falar dos problemas que eles vão desaparecer ou influenciar na redução dos estigmas e preconceitos. O preconceito pode estar na raiz da dificuldade dos técnicos trabalharem melhor as questões da saúde mental, de se interessarem pelo tema, não terem se atualizado ou familiarizado com estas questões. Saber lidar com o paciente mental, que não deveria ser visto como especial, mas como um todo, com o seu meio, identificando inclusive até que ponto ele é vítima de preconceito dentro dessa família e do lugar que mora. Nem todos estão com vontade de ouvir ou entender o que as pessoas estão trazendo. Para evitar essas posturas é preciso que os técnicos desmistifiquem os preconceitos, saibam demonstrar interesse pelo paciente, estimulem-nos à suas famílias, tenham postura, além, de ter um bom preparo, com embasamento teórico sobre o que seja a doença e que sejam criadas condições de permeabilidade às informações e

conhecimentos. O preconceito não fica limitado só à doença mental. Hoje só o que se vê é preconceito: contra o gordo, o velho, o magro, o de cor... São muitos os tabus e preconceitos e para vencê-los necessita-se de todo um trabalho para desmistificar a doença mental, inserir o paciente socialmente, o que na realidade ainda não aconteceu”.

DSC C – Não, os profissionais da Atenção Básica não têm condição de atender por falta de preparo.

“De uma maneira geral, os profissionais da Atenção Básica receberam capacitação dos NASF para habilitá-los a esse atendimento. Mas eles não estão preparados para esta missão. A ideia não é transformar todo médico generalista em um psiquiatra. Mas, salvo exceções, os conhecimentos e habilidades para tratar as questões da saúde mental no tocante às mais graves, não existem. Os profissionais precisam de melhor preparo, de melhor suporte, melhor supervisão, estender mais a cobertura na Atenção Básica, hoje deficiente. O despreparo inclui a incapacidade de detectar o problema, manusear e dar uma continuidade, uma seqüência. Até existe boa vontade, mas não existe o conhecimento daquela área, a destreza, a habilidade. Em resumo, os técnicos não estão preparados, pelo menos a maioria. Pode até ser que alguém, ou porque tem um doente mental na família ou já trabalhou em serviço com atendimento para esses casos saiba alguma coisa, que não se assustem com o atendimento. Mas esses casos são poucos. Falta conhecimento teórico associado à prática. É fato que eles estão passando pelo matriciamento, mas é tudo tão rápido que se questiona se de fato acrescentam e supram uma deficiência da base curricular da graduação. Talvez o médico possa usufruir melhor, pelos conhecimentos sobre a medicação”.

DSC D – Falta compromisso e vocação

“Um obstáculo ao atendimento de doente mental grave na Atenção Básica é a falta de vocação do técnico para o atendimento. Quando se depara com um profissional, por exemplo um médico, que manifesta tendência para tal, ótimo para ele, mas a maioria não tem esse interesse. Mas nem todo mundo tem vontade de ouvir ou não quer entender o que as pessoas tão trazendo. De uma maneira geral, eu acho que falta uma maior identificação com o trabalho. Teria que respeitar as tendências, as vocações de cada um. Eu acho que há despreparo para este atendimento em todos os níveis dos profissionais. De uma maneira geral, eu acho que falta uma maior identificação com o trabalho. Na ausência dessa tendência ou vocação, o caminho mais fácil para eles é rejeitar o paciente e encaminhá-lo. As pessoas (os técnicos), além de capacitadas têm que gostar daquilo que fazem, poder mostrar a delicadeza das suas atitudes, as suas tendências, terem a chance de aprender a gostar, quem sabe vencendo os preconceitos, que são muitos”.

DSC E – Aumentar a cobertura, há uma demanda reprimida.

“Nós estamos longe desse dia devido até a cobertura da estratégia da saúde da família, falta muito, muito mesmo pra gente chegar atender os pacientes. A cobertura do PSF é muito ineficiente, alguns são apenas de 11%, e o paciente pra não chegar a ser grave tem que primeiro ser trabalhar dentro das equipes de saúde da família”.

DSC F- Não, deveriam passar pelo matriciamento.

“O apoio matricial para os profissionais que atendem doentes mentais graves na Atenção Básica seria muito importante, desde que feito com responsabilidade. Aos poucos o matriciamento consegue quebrar dificuldades, construir essa ponte. As pessoas, na discussão dos casos, estão se abrindo e já se começa a construir uma relação mais tranquila. Alguns casos de matriciamento já iniciados na Atenção Básica têm mostrado aos profissionais que eles têm competência e podem ter segurança pra atender na Atenção Básica. O matriciamento poderá dar essa condição. Quem sabe quando todas as

equipes passarem pelo processo a Atenção Básica adquira a condição de dizer que pode tratar adequadamente todos os pacientes que a procuram...”

DSC G - Não, porque as capacitações e treinamentos são superficiais.

“Observa-se que os profissionais da Atenção Básica receberam algum preparo, mas como um todo este é insatisfatório, insuficiente. O matriciamento oferecido é muito rápido e não se sabe ao certo se realmente acrescenta. Os treinamentos ou cursos de pós-graduação dão apenas uma formação que se poderia chamar de "janelinha". Tem características vagas, ainda muito distantes daquilo que a realidade requer”.

Comentários:

As respostas mostram, na sua expressiva maioria, que os entrevistados consideram que os terapeutas da Atenção Básica não estão capacitados para acolher e tratar de portadores de doença mental grave, sendo necessários investimentos na capacitação, preparação técnica e supervisão. Essa tem se mostrado uma percepção recorrente entre os entrevistados, notadamente entre os terapeutas, aparecendo com frequência alta não só na questão em foco, mas em outras (Questão 1, 2 e 4). Algumas das categorias identificadas guardam proximidade entre si, mostrando algumas sutilezas que as diferenciam: a Categoria “A” (investir na capacitação dos técnicos) questiona a própria formação da graduação, da falta de investimentos na capacitação e o direcionamento que essa capacitação recebe; a Categoria “C” (os profissionais da Atenção Básica não têm condição de atender por falta de preparo) remete ao desencontro teoria e prática; a categoria “F” (os técnicos deveriam passar pelo matriciamento) enfatiza a importância desta ferramenta; enquanto a Categoria “G” (as capacitações e treinamentos são superficiais) enfoca a natureza vaga, insatisfatória e superficial dos treinamentos. Outras respostas ressaltam a necessidade de se trabalhar os preconceitos e a falta de cobertura (leia-se insuficiência de pessoal e recursos materiais) para que se dê essa capacidade de acolhimento e de tratamento, já objeto de discussão.

Figura 15- Distribuição das frequências das categorias de análise por gerentes e terapeutas frente à questão “Você considera que os terapeutas da Atenção Básica estão capacitados para acolher e tratar de portadores de doença mental grave na Atenção Básica?” Fortaleza, 2009/2010.

Figura 16- Distribuição das frequências das categorias de análise por médicos, enfermeiros e ACS frente à questão “Você considera que os técnicos da Atenção Básica estão capacitados para acolher e tratar de portadores de doença mental grave na Atenção Básica?” Fortaleza, 2009-2010.

6ª. QUESTÃO:

– *Que outras questões os terapeutas da Atenção Básica deverão considerar no tratamento dos portadores de doença mental grave na Atenção Básica?*

Esta pergunta foi respondida apenas pelos terapeutas (n=33). O objetivo era conhecer as percepções que refletissem os anseios dos terapeutas na busca de conhecimentos, do alargamento dos horizontes e das práticas, superação de obstáculos, etc., para o exercício profissional proposto, ou que referendassem a satisfação com as aquisições feitas ou práticas dispensadas. Foram identificadas dez categorias conforme se vê no quadro abaixo:

Quadro 6- Categorias dos discursos de gestores e terapeutas frente à indagação “Que outras questões os terapeutas da Atenção Básica deverão considerar no tratamento dos portadores de doença mental grave na Atenção Básica?” Fortaleza, 2009/2010.

CATEGORIAS DE ANÁLISE DA 6ª. QUESTÃO
A- A construção do sujeito e a direção do tratamento.
B- Escuta de qualidade, acolhimento e atenção humanizada.
C- Ter perfil para o atendimento, gostar de atender, querer ajudar.
D- Reverter o preconceitos e estigmas, buscar convívio sem preconceito.
E- Suporte técnico, capacitação, treinamento, reciclagem, preparar para o trabalho em equipe, estrutura adequada.
F- A inserção social do paciente.
G- Estratégias para receber a grande demanda reprimida.
H- Separar o doente mental dos demais, por dia ou área de atendimento.
I- Aumentar o número de profissionais e recursos.
J- Saber se defender sem agredir.

Figura 17- Distribuição das frequências das categorias de análise frente à questão “Que outras questões os terapeutas da Atenção Básica deverão considerar no tratamento dos portadores de doença mental grave na Atenção Básica?” Fortaleza, 2009/2010

Os seguintes discursos foram conformados pelas falas em resposta à sexta questão após serem agrupados em dez categorias:

DSC A – A construção do sujeito e a direção do tratamento.

“Pensar esse sujeito, a construção desse sujeito, como trabalhar a direção de tratamento, seja psicose ou de neurose, trabalhar o matriciamento. Os técnicos deverão ser capazes de reconhecer qual o melhor tratamento disponível para o paciente naquele momento, que outros níveis poderão melhor contribuir naquele momento, evitando posturas de onipotência ou preconceituosa. Também não deixar faltar a medicação quando está é parte indispensável do tratamento, pelo menos para aqueles de baixo poder aquisitivo, geralmente a realidade da clientela da Atenção Básica. Deverá valorizar e respeitar o ser humano, entender o paciente, e principalmente o cuidador, a família que sofre junto, muitas vezes mais que o paciente. Deverá entender que o paciente é diferente, as suas necessidades, acolhê-lo numa perspectiva de humanização, que é importante em qualquer situação ou no trato com qualquer profissional. Também tentar entender aqueles paciente como portadores de uma patologia como outra qualquer e que por isso não podem ser excluídos, têm que ser acolhidos com as suas doenças e diferenças. Buscar a construção de uma atenção global, que passa por estimulação de múltiplos campos, como o da arte, dos esportes, do trabalho, da produção de coisas bonitas e de tudo aquilo que ajuda na recuperação”.

DSC B – Escuta de qualidade, acolhimento e atenção humanizada.

“Os pacientes estão sedentos de uma escuta de qualquer um, seja o porteiro e ou outro técnico. A escuta clínica não se faz só lendo, tem que estar com quem a faz de alguma forma porque antes de você pertencer à academia, a escuta clínica é para você, pode até refiná-la, mas se ela não está para você não vai estar nunca. Tem que trabalhar muito para poder escutar o que vem do outro, não um dia, dois dias. Os pacientes mentais levam um tempo maior para se consultarem do que um paciente normal. Por isso, a exemplo do que já ocorre com o dia do hipertenso e do diabete só pra isso, talvez devesse se criar o dia do paciente mental. Não é que se esteja marginalizando aquele paciente, mas se criando um dia para atendê-lo, porque não é a mesma coisa dos outros pacientes, você conversa mais, ele lhe pergunta muito mais coisas, ele demora mais e você... Para atender esse paciente junto com os outros, não dá certo. A qualidade e os objetivos da escuta vão diferir de categoria para categoria. Em comum, deverá haver o acolhimento de boa qualidade, preparo do profissional para atender a pessoa. Os técnicos hoje já sabem fazer as reuniões, conduzir os grupos, mas necessitam reforço da teoria e da ética para lidar com a pessoa doente, com mais tolerância. O acolhimento é a melhor coisa que deveria existir dentro do profissional”.

DSC C – Ter perfil para o atendimento, gostar de atender, querer atender.

“Para trabalhar na saúde pública tem que gostar do que se faz, o que nem sempre é fácil. A partir do momento que você coloca na mesa a loucura seja a loucura da própria casa da gente e dá nome as coisas, fica mais fácil discutir a saúde pública, a saúde mental. Tem que ter a vontade de querer ajudar, determinação de trabalhar com esta clientela, poder mostrar a delicadeza das suas atitudes, ter a chance de aprender a gostar, quem sabe vencendo os preconceitos, que são muitos. Coisas estão acontecendo, sempre tem alguém precisando e alguém ajudando, mas precisa melhorar como um todo”.

DSC D – Reverter os preconceitos e estigmas, buscar convívio sem preconceito.

“É preciso respeitar a individualidade, é necessário muito trabalho para conseguir esse objetivo com o qual se conviverá de alguma forma. Se a pessoa tem em si alguma coisa de homofóbico em relação àquele outro é porque existe algo nela que traz conflito. Essa questões se tornam menos importantes quando são discutidas, possibilitando que os preconceitos se dissipem. As pessoas vão falando, falando e o que é falado ganha um outro tom, ameniza e minimiza os excessos. Com a

revisão dos preconceitos, procura-se superá-los. É preciso quebrar o jeito de olhar o doente e a doença mental, desconstruir crenças, preconceitos. Muitas coisas podem ser feitas. Uma das mais importantes é a humanização da atenção. Atitude humanizada é atitude sem preconceito. As pessoas que prestam o atendimento ao portador de doença mental têm que se dar conta de que estão lidando com outro tipo de realidade, têm que aprender a entender, dar atenção diferenciada. E essa aceitação pode ser trabalhada. O fato de serem técnicos não os faz diferentes dos outros, também têm preconceito e isso não pode deixar que atrapalhe o tratamento. Tem que haver o reconhecimento quando tratam o paciente de modo diferente, às vezes isolando-o ou fugindo dele. O ideal seria ter atitude sem medo, com demonstração de interesse, estimulando paciente e família e de incentivo à luta contra o preconceito, a segregação do doente mental pela sociedade. Essas atitudes de enfrentamento deveriam ocorrer paralelamente à boa capacitação. Infelizmente nem todos se interessam em tratar de doentes mentais e por isso têm atitudes de preconceito ou de omissão, não querendo ter responsabilidades pelos atendimentos”.

DSC E – Suporte técnico, capacitação, treinamento, reciclagem, preparo para o trabalho em equipe, estrutura adequada.

“São muitas as questões a serem consideradas pelos técnicos no atendimento aos doentes mentais graves na Atenção Básica. Por exemplo, a necessidade da construção de um suporte técnico, o que não existe atualmente, ou se existe está muito no começo; habilitar as equipes, até mesmo construir equipes onde estas não existem, o que requer maior número de técnicos. Toda a equipe deveria ser treinada. Como trabalho é novo, outros problemas naturalmente vão surgindo na medida em que o serviço anda. Outra coisa importante é a adesão ao tratamento, o que pode ser feito com a motivação tanto do paciente como da família para realizar os tratamentos, examinar os problemas e demandas de uma maneira mais ampla, não deixar faltar a medicação quando esta é parte integrante do tratamento e não se interessar apenas pelo funcionamento psíquico. Tem que contar com uma equipe que dê suporte. Os casos graves são encaminhados para os CAPS por falta de capacitação dos técnicos para atender pacientes graves. Já os casos não graves poderiam ser resolvidos com terapias mesmo na Atenção Básica, sem encaminhamento para o CAPS; a dependência de diazepam pode ser interrompida ou diminuída bastante. Também é importante saber conviver e trabalhar em equipe. Necessita-se intensificar o suporte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, que propõe essa visão um pouco maior, mais teórica, mais técnica. O CAPS poderia ajudar com o matriciamento, isso já esteve bem mais distante. Poderiam ser ofertados cursos de especialização, dar condição de aprofundar o diagnóstico, treinamentos em psicofármacos. Faltam médicos capacitados e outros profissionais igualmente capacitados. O saber só se constrói fazendo. É como se fosse partir do começo, tem que se saber sobre a doença, a teoria, tem que saber como é na prática, algumas técnicas de grupo, de atendimento de família, conhecimento sobre remédios mesmo para quem não os prescreve, pois deveria se saber para que servem, como devem ser tomados e as complicações, exercitar a escuta, a gentileza e a humildade para suportar os fracassos e as dificuldades do sistema”.

DSC F – A inserção social do paciente.

“Outras ações que interessariam para um melhor atendimento seriam aquelas voltadas para a inserção social do doente mental, podendo até mesmo prepará-lo para o mercado de trabalho mesmo que informal, enfrentar as dificuldades na família e na vida de relação. Como ações dentro desse escopo da reinserção social, ações pontuais deveriam ser feitas com grupos, socializá-los mesmo, tentar fazer com que essas pessoas sejam inseridas de novo na sociedade e não fiquem à margem. O Serviço Social tem um importante papel no reconhecimento das vulnerabilidades e problemas sociais e da família”.

DSC G – Estratégias para receber a grande demanda reprimida.

“Teria que ter a cobertura total da Atenção Básica hoje inexistente. Isto é outro fator limitante. Para o sistema de Saúde da Família chegar ao que é preconizado, deveria se atender um número determinado de famílias, de visitas domiciliares, etc., mas hoje não se atinge essas metas, gera-se uma

demanda reprimida. Técnicos em número inadequado inviabilizam o atendimento. O posto de saúde tem que criar estratégias porque a gente sabe também que os pacientes não têm paciência de ficar esperando muito tempo, a demanda é muito grande”.

DSC H – Separar o doente mental dos demais, por dia ou área de atendimento.

“Uma das questões mais importantes para o acolhimento seria um ambiente mais adequado, mais reservado para que a atenção fosse só para os pacientes mentais graves naquele determinado momento de acolhimento. Fazer um acolhimento à parte já que era um tratamento diferenciado. Portanto, deve-se criar uma estrutura para atender esses pacientes, num determinado dia e não misturá-los com os outros pacientes. Aí se poderia fazer até uma política melhor de atendimento pois não dá para misturar esse paciente, não por uma questão de preconceito, mas por causa do tempo”.

DSC I – Aumentar o número de profissionais e recursos.

“As necessidades são muitas, como maior número de profissionais, mais recurso financeiro. O governo precisa investir nesse setor agora porque os transtornos mentais estão aumentando”.

DSC J – Saber se defender sem agredir.

“Ter autodomínio, saber se defender sem agredir”.

Comentários:

As temáticas ligadas às capacitações, treinamentos, supervisões e suporte técnico apareceram em mais de 78% das respostas dos terapeutas da Atenção Básica quando indagados acerca de que outras questões, além das já referidas nos discursos anteriores, eles deveriam considerar para assegurar o atendimento dos portadores de doença mental grave. Mais do que a formulação de novas contribuições, o que se viu maciçamente foi a reiteração de discursos anteriores alusivos às temáticas acima referidas, o que bem atesta, a partir dos discursos, a importância dos treinamentos e capacitações para a melhoria dos serviços, acurácia diagnóstica, resolubilidade e ampliação do escopo das ações de Saúde Mental na Atenção Básica. A construção do sujeito e a direção do tratamento foram mencionados em cerca de um terço das respostas. Chama a atenção o fato de que, ao mesmo tempo em que as práticas de reinserção social e quebra dos preconceitos sejam vistas como necessárias no trato com os portadores de doença mental, um discurso propõe o caminho inverso, ou seja, a separação entre os doentes mentais e os outros nos dias de atendimento. A necessidade de investimentos financeiros só aparece de forma mais explícita nesse conjunto de respostas. Abaixo, o relato de alguns terapeutas em resposta à sexta questão formulada:

Sujeito 2 - Psicóloga - “Pensar esse sujeito, a construção desse sujeito, como trabalhar a direção de tratamento, seja psicose ou de neurose... trabalhar o matriciamento... a gente leva muitos casos clínicos, muitos filmes porque aí a gente vai discutindo os pormenores, não é assim, a esquizofrenia não é isso, esse sujeito está dentro da esquizofrenia, como é nesse filme a relação dele com o outro, com a cultura, com o espaço físico dele, é a relação dele, esse sujeito...com isso e que em alguns pode ter um pouquinho do João, mas como João com o João, porque a gente não tem receita e não há receita, mas aquele técnico vai ter que ouvi-lo a partir daquele discurso que (ele) traz. Tem gente que já quer mostrar tudo, já chega falando da briga do marido, que ela levou chifre, o brasileiro chega já falando um monte de coisa”.

Sujeito 3 - Educador Físico - “São muitas... necessidades da construção de um suporte técnico, que não existe atualmente ou se existe está muito no começo... habilitar as equipes, até mesmo construir equipes onde estas não existem, o que se faz com mais pessoas sejam necessárias. Toda a equipe deveria ser treinada... acabar o preconceito da sociedade, das comunidades, e isso é um trabalho também para os técnicos, eles deverão estar capacitados pra lidar também com estas dúvidas estas necessidades. Como é um trabalho por assim dizer novo, outros problemas naturalmente vão surgindo na medida em que o serviço anda, é preciso estar atento a eles e procurar dar respostas”.

Sujeito 6 – Assistente Social - “Sensibilizar essas pessoas para essa causa. Como ações dentro desse escopo da reinserção social, ações pontuais deveriam ser feitas, com grupos, tentar fazer grupos com essa demanda e até mesmo pra socializá-los mesmo, tentar fazer com que essas pessoas sejam inseridas de novo na sociedade e não fique a par”.

Sujeito 22 - Fisioterapeuta- “As pessoas (os técnicos), além de capacitadas têm que gostar daquilo que fazem, poder mostrar a delicadeza das suas atitudes, as suas tendências, ter a chance de aprender a gostar, quem sabe vencendo os preconceitos, que são muitos”.

Sujeito 32 - ACS- “O treinamento, né, a capacitação. Por aqui houve uma palestra, mas o que isso representa? É muito pouco. Ninguém vai se sentir capaz com uma palestra. Quanto maior for o conhecimento do assunto, maior a facilidade para identificar o caminho d ajuda. Os cursos de capacitação deveriam ensinar como identificar os problemas psicológicos dentro de uma comunidade. Hoje tem muito estresse, depressão, que são o ponto base de vários problemas. Com conhecimento e boa vontade é possível chegar lá”.

Figura 18- Distribuição das frequências das categorias por médico, enfermeiro e ACS frente à indagação “Que outras questões os terapeutas da Atenção Básica deverão considerar no tratamento dos de portadores de doença mental grave na Atenção Básica?”. Fortaleza, 2009/2010.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reformulação global das políticas de saúde e a influência dos princípios da reforma psiquiátrica hoje conferem grande importância à Saúde Mental na Atenção Básica. Apesar desses ganhos, ainda se convive com um sistema onde tais práticas não mostram uma inserção mais nítida e operante. A presença do doente mental em sua residência hoje é uma realidade, quer pelos critérios que dificultam internações, quer pela existência de serviços extra-hospitalares. Essa perspectiva, nascida do convívio alargado do paciente portador de transtorno mental com a sua família, reforça a importância da Atenção Básica para o tratamento desses pacientes. Partindo-se desse pressuposto, procurou-se avaliar as possibilidades de acolhimento e tratamento dos pacientes portadores de esquizofrenia na Atenção Básica. Para isso formularam-se objetivos que procuraram ser alcançados por meio da análise dos discursos fornecidos nas entrevistas, utilizando-se o método do DSC.

Em resposta ao primeiro objetivo, observa-se que, dentre os discursos de maior densidade, interessava mais a maneira pela qual o paciente é tratado do que o local onde se dá a atenção, ou seja, “como tratar” é mais importante do que “onde tratar”. No entendimento do modo isso se deveria dar são mencionados o acolhimento de qualidade, a humanização da atenção, a promoção da reinserção social, a atenção integral incluindo medicamentos e as atitudes sem preconceito.

Outro discurso recorrente - e que responde ao segundo objetivo específico - não considera que os terapeutas da Atenção Básica estejam suficientemente capacitados para acolher e tratar os portadores de doença mental grave, quando muito poderia se dar nos casos leves ou compensados. As razões levantadas incluem a falta de capacitação dos terapeutas, de supervisão adequada, de estrutura física das unidades de saúde, de medicamentos e materiais, o número de técnicos, a falta de retaguarda, de escuta qualificada, além da sobrecarga de trabalho dos profissionais e ausência de um sistema de referência bem construído. Esse mesmo conjunto de razões também responde pelas desvantagens ou obstáculos para que a Atenção Básica possa tratar portadores de esquizofrenia ou doença mental grave. Já a possibilidade de construção do vínculo, da clínica ampliada e a proximidade serviço-domicílio do paciente foram

pontos positivos mencionados para o tratamento de pacientes mentais graves na Atenção Básica.

Os ecos dos movimentos da reforma psiquiátrica parecem se ouvir nos discursos que mencionam as potenciais contribuições para a melhoria da qualidade e resolubilidade dos tratamentos e na identificação de mecanismos para modificações de posturas estigmatizantes no trato com os doentes e a doença mental.

Os motivos por que os entrevistados não consideram os terapeutas preparados para atender doentes graves na Atenção Básica também aparecem em outras respostas, por um lado enfatizando a falta de preparo, de capacitação adequada e de supervisão dos terapeutas, e, por outro, a visão preconceituosa e estigmatizante não adequadamente trabalhada. Para reverter a situação deverá ser considerado, no dizer dos informantes, que fossem assegurados o suporte técnico, os treinamentos, a reciclagem, a preparação para o trabalho em equipe e uma estrutura adequada.

Apesar dessa pesquisa estar centrada na Atenção Básica isso não impediu que surgissem reiteradas referências/críticas ao atual modelo de superlotação dos CAPS, configurando para alguns o sistema “capsocêntrico” em substituição ao antigo modelo “hospitalocêntrico”. É possível que se encontrem justificativas para isso no número reduzido de unidades, insuficiência e despreparo de pessoal, mas, ao mesmo tempo, cria-se um alerta para a revisão das lições de um passado recente, quando a atenção psiquiátrica (con)centrada praticamente em um único recurso - no caso, hospitais superlotados com um modelo preponderantemente ancorado na figura do médico e tendo, muitas vezes, o medicamento como único recurso terapêutico, permitiram a instalação de uma prática iatrogênica, de alto custo e desrespeitosa à dignidade humana.

Alguns aspectos mostrados nos relatos de caso, ao reconstituírem o itinerário de pacientes e familiares na demanda por cuidados de saúde mental, ressaltam a desorganização e incomunicabilidade de algumas instâncias prestadoras de saúde - o que também pode ser compreendido como outro sinal de alerta. O modelo assistencial em Saúde Mental no Brasil tem um arcabouço teórico e um sistema legal bem construído, à espera tão-somente de que as diferentes partes que o compõem exercitem as suas competências, de maneira solidária, harmônica e dialogante a um

só tempo. Os três relatos de caso dão destaque ao Agente Comunitário de Saúde com o reconhecimento da importância do seu papel e do seu trabalho.

Os resultados da pesquisa permitem sugerir a necessidade de maior preparo dos profissionais para dar conta do desafio de tratar portadores de esquizofrenia na Atenção Básica, com ênfase no trabalho conjunto que envolva gestores, terapeutas, familiares e pacientes. Acredita-se que as contribuições para a Saúde Mental oriundas desse estudo ajudem a preencher lacunas do conhecimento observados na área e possam ser acrescidas por outras investigações em diferentes realidades e práticas da Saúde Mental na Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria. **Proposta de Diretrizes Técnicas para Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil.** Disponível em: http://www.abpbrasil.org.br/medicos/diretrizes/diretrizes_final.pdf. Acesso em: 17 de julho de 2010.

ALEMAN, A. et al. Memory impairment in schizophrenia: a meta-analysis. **Am. J. Psychiatry**, v. 159, n. 9, p.1358-1399, 1999.

ALMEIDA, E.S.; CASTRO, C.G.J.; VIEIRA, C.A.L. **Distritos sanitários: concepção e organização.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, 1998. v. 1. (Série Saúde & Cidadania)

ALMEIDA, G. H. et al. Os caminhos da integralidade da atenção: uma proposta de organização dos níveis de atenção em saúde mental. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA, 23, 2005, Belo Horizonte, MG. **Anais.** Belo Horizonte, 2005.

AMARANTE, P. **Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil:** aspectos históricos e metodológicos. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cad. Saúde Públ.**, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995.

AMARANTE, P. (Org.) **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: ENSP, 1995.

ANDRADE, L.O.M. **O programa de Saúde da Família no Ceará:** uma análise de sua estrutura e funcionamento. 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

ANDREASEN, N.C.; OLSEN, S. Negative y positive schizophrenia: definition and validation. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 39, n. 7, p. 789-794, 1982.

ANDREOLI, S.B. Serviços de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M.F.; MELLO, A.A.F.; KOHN, R. (Org.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. cap. 3, p. 85-100.

APA - American Psychiatric Association. **DSM-IV-TR Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4th ed. Washington, DC, 2000.

AQUINO, R. A. B. **O Impacto dos centros de atenção psicossocial – CAPS nas internações no Município de Fortaleza**. 2003. 87f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

ASSIS, J.C.; VILLARES, C.C.; BRESSAN, R.A. **Entre a razão e a ilusão-desmistificando a loucura**. São Paulo: Segmento Farma Editores, 2008.

ATTUX, C. Adesão ao tratamento na esquizofrenia. In: SHIRAKAWA, I. (Ed.) . **Esquizofrenia: adesão ao tratamento**. São Paulo: Lemos, 2007.

BANDEIRA, M. et al. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 56, n. 1, p. 41-47, 2007.

BAZON, M. R.; BIASOLI-ALVES, Z. M. M. A Transformação dos monitores em educadores: uma questão de desenvolvimento. **Psicol. Reflex. Crít.** v. 13; n. 1, p. 1-8, 2000.

BEZERRA JUNIOR, B.; AMARANTE, P. A Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. In: ROTELLI, F.; AMARANTE, P. **Reformas**

psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BANDEIRA, M.; FREITAS, L.C.; CARVALHO FILHO, J.G.T. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. **J. Bras. Psiquiatr**, v. 56, n. 1, p. 41-47, 2007.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

BIASOLI-ALVES, Z.M.; DIAS DA SILVA, M.H.G.F. Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. **Paidéia**, n. 2, p. 61-69, 1992.

BINDMAN, J. et al. Integration between primary and secondary services in the care of the severely mentally ill: patients' and general practitioners' views. **Br. J. Psychiatry**, v. 171, n. 2, p. 169-174, 1997.

BIRMAN, J.; COSTA, J.F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P.D.C.(Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 1994. p. 41-72.

BOYD, J.H.; PULVER, A.E.; STEWART, W. Season of birth: schizophrenia and bipolar disorder. **Schizophr. Bull.** v. 12, n. 2, p. 173-186, 1986.

BOWER, P. Primary care health workers: models of working and Evidence of effectiveness. **Br. J. Gen. Pract.**, v. 52, n. 484, p. 926-933, 2002.

BOWER, P.; SIBBALD, B. On-site mental health workers in primary care: effects on professional practice. **Cochrane Database Syst Rev**, n.3, p. CD000532, 2000.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96. Decreto n. 93. 933 de janeiro de 1987**. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 4, n. 2 supl., p. 15-25, 1996.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei 3.657, de 12 de setembro de 1989**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.exclusion.net/images/pdf/248_hagap_legge_salute_mentale_brasile.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Programa “De volta para casa”**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=20500>. Acesso em: 3 jul. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização Hospitalar**. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Manual do PNHAH**. Brasília, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: clinica ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: equipe de referência e apoio matricial. Brasília, 2004d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: OPAS, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília, DF, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Políticas de Saúde Mental**. 2006a. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mental/area.cfm?id_area=851>. Acesso em: 10 ago. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regulamento dos Pactos pela Vida e de Gestão**. Brasília, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, DF, 2007(Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 154, de 24.01.2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família** – NASF. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **IV Conferência Nacional**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1663>. Acesso em: 10 de jul. 2010.

BROMBERG, S. M. A estratégia da saúde da família numa perspectiva ambiental para a promoção da Saúde. In: TUNES, E. et al. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília, DF, 1995, 121 p.

BROMET, E.; DEW, M.; EATON, W.W. Epidemiology of psychosis with special emphasis to schizophrenia. In: TSUANG, M.T.; TOHEN, M.; ZAHNER, G. E. (Eds.). **Textbook in psychiatric epidemiology**. New York: Wiley-Liss, 1995. p. 283-300.

BROWN, B. et al. The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. **Psychol. Med.** v. 29, n. 3, p. 679-701, 1999.

BROWN, S. Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis. **Br. J. Psychiatry**, v. 171, p. 502–508, 1997.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1): 163-177, 2000.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

BUSTILO, J.R.; LAURIELLO, J.; KEITH, S.J. Schizophrenia: improving outcome. **Harv. Rev. Psychiatry**, v. 6, n. 5, p. 229-240, 1999.

BYRNE, P. Psychiatric stigma. **Br. J. Psychiatry**, v. 178, n. 3, p. 281-284, 2001.

BYRNE, P. Psychiatric stigma: past, passing and to come. **J. R. Soc. Med.** v. 90. n. 11, p. 618-621, 1997.

BYRNE, P. Stigma of mental illness and ways of diminishing it. **Adv. Psychiatr. Treat.** v. 6, n. 1, p. 65-72, 2000.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2: p. 393-403, 1999.

CAPISTRANO FILHO, D. **O programa de saúde da família**. Estudos Avançados, v. 13, n. 35, p. 89-100, 1999.

CAPRARA, A.; FRANCO, A.L.S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 3, p. 647-654, 1999.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde**: comentários à lei orgânica da saúde (Lei 8.80/90 e Lei 8.142/90). 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

CHIESA, A. M.; FRACOLLI, L. A. O trabalho dos agentes comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da promoção da saúde. **Rev. Bras. Saúde Família**, p. 42-49, 2004. Edição especial.

CID-10/Organização Mundial de Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças de Problemas Relacionados**. 2ª. edição - São Paulo; Ed. São Paulo, 1995.

CIOMPI, L. Learning from the outcome studies: Toward a comprehensive biological-psychosocial understanding of schizophrenia. **Schizophr. Res.** v. 1, n. 6, p. 373-384, 1988.

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Portaria: cria os núcleos de apoio à saúde da família** (minuta). 2007. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/files/NASF.pdf>>. Acesso em: 19 jun 2010.

CORNEY, R. H. Marriage guidance counselling in general practice. **J. R. Coll. Gen. Pract.**, v. 36, p. 424-426, 1986.

CORNEY, R. Mental health services in primary care: the overlap in professional roles **J. Mental Health**, v. 8, n. 2, p. 187-194, 1999.

CORRÊA, M. E. G. Um pouco da história... In: BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília, 1995. cap. 2, p. 33-36.

CRISP, A.H. et al. Stigmatisation of people with mental illness. **World Psychiatry**, v. 4, n. 2, p. 106-113, 2000.

CROSLAND, A.; KAI, J. They think they can talk to nurses': practice nurses' views of their roles in caring for mental health problems. **Br. J. Gen. Pract.**, v. 48, n. 432, p. 1383-1386, 1998.

DELGADO, P.G.G. et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental. In: MELLO, M.F.; MELLO, A.A.F.; KOHN, R. (Org.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. cap. 2, p. 39-79.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde Soc.**, v. 18, n.1, p. 63-74, 2009.

DIXON, L. Providing services to families of persons with schizophrenia: present and future. **J. Mental Health Policy Econ.**, v. 2, n. 1, p. 3-8, 1999.

DIXON, L.; ADAMS, C.; LUCKSTED, A. Update on family psychoeducation for schizophrenia. **Schizophr. Bull.**, v. 26, n. 1, p. 5-20, 2000.

DIXON, L. et al. Evidence-based practices for services to families of psychiatric disabilities. **Psychiatr. Serv.**, v. 52, n. 7, p. 903-910, 2001.

DOWRICK, C.; BUCHAN, I. Twelve month outcome of depression in general practice: does detection or disclosure make a difference? **BMJ**, v. 311, n. 7015, p. 1274-1276, 1995.

DUBUGRAS, M. T. B. **A representação do psiquiatra no cinema: O Silêncio dos Inocentes**. Dissertação (Mestrando)-Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Psiquiatria. São Paulo. Disponível em: <http://encipecom.metodista.br/mediawiki/images/e/ed/A_representacao_do_psiquiatra_-_Maria_Thereza.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2010

FALLOON, I. et al. Implementation of evidence-based treatment for schizophrenia disorders: two-year outcome of an international field trial of optimal treatment. **World Psychiatric**, v. 3, n. 2, p. 104-109, 2004.

FERRAZ, M. P. T. Manicômio, asilo ou hospital psiquiátrico? **Psiquiatria Hoje**, ano 22, n. 1, p. 8-9, 2000.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

FIGUEIREDO, M.D. **Saúde mental na atenção básica**: um estudo hermenêutico – narrativo sobre o Apoio Matricial na rede SUS - Campinas (SP). Dissertação (Mestrado). 2005. Pós-graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas.

FORTES, S. **Transtornos mentais na atenção primária**: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis/Rio de Janeiro, Brasil. 2004. 154 p. Tese (Doutorado). Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro.

FOUCAULT, M. **A história da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1997.

FOWLER, I.L. et al. Patterns of current and life time substance use in schizophrenia. **Schizophr. Bull.**, v. 24, n. 3, p. 443-455, 1998.

FREEDHEIN, S. B. **Por que menos sinos dobram no Ceará**: o sucesso de um programa de Agentes de Saúde Comunitários no Ceará – Brasil. 1993. 66f. Dissertação (Mestrado em Planejamento Urbano)- Massachusetts Institut of Technology, USA, 1993.

GASK, R.A. et al. Qualitative study of patients' perceptions of the quality of care for depression in general practice. **Br. J. Gen. Pract.**, v. 53, n. 489, p. 278–283, 2003.

GOMES, V.G. **Apoio matricial**: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP. Monografia (Curso de Aprimoramento em Saúde Mental). 2006. Faculdade de Ciências Médicas-UNICAMP, São Paulo.

GOYA, N. Promoção da saúde, poder local e saúde da família: estratégias para a construção de espaços locais saudáveis, democráticos e cidadãos humanamente solidários e felizes. **Sanare**, ano 4, n.1, p. 51-56, 2003.

GRANVILLE, D. N.; DIXON, L. Caregiver burden, family treatment approaches and services use in families of patients with schizophrenia. **Isr J. Psychiatry Relat. Sci**, v. 42, n. 1, p.15-22, 2005.

GUIMARÃES, J.; MEDEIROS, S.M. Contribuição ao ensino mental sob o signo da desinstitucionalização. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 97-104, 2001.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

HORDER, J. Interprofessional collaboration and interprofessional education. **Br. J. Gen. Pract.**, v. 54, n. 501, p. 243-245, 2004.

HEIDMANN, I.T.S. B.; ALMEIDA, M.C.P.; BOEHS, A. E.; WOSNY, A.M.; MONTICELLI, M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto contexto enferm.**, v.15, n.2. Florianópolis, abril/jun 2006.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Estimativas de População**. Estimativas para 1º de julho de 2009. Disponível em: <http://www1.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/estimativa.shtm>. Acesso em: 8 ago 2010.

IWAHASHI, K. et al. Positive and negative syndromes, and Borna disease virus infection in schizophrenia. **Neuropsychobiology**, v. 37, n. 2, p. 59-64, 1998.

JODELET, D. **Psicologia social: loucuras e representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005.

JORGE, M. A. S. et al. Políticas e práticas de saúde mental no Brasil. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de apoio políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 207-222.

KAMPMAN, O.; LEHTINEM, K. Compliance in psychoses. **Acta Psychiatr. Scand.**, v. 100, p. 167-175, 1990.

KANTORSKI, L. P. et al. Satisfação dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, supl.1, p. 29-35, 2009.

KATON, W. et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines: impact on depression in primary care. **JAMA**, v. 273, n. 13, p. 1026-1031, 1995.

KATON, W. et al. Adequacy and duration of antidepressant treatment in primary care. **Med Care**, v. 30, n. 1, p. 67-76, 1992.

KENDRICK, T. Cardiovascular and respiratory risk factors and symptoms among general practice patients with long-term mental illness. **Br. J. Psychiatry**, v. 139, p. 733-739, 1996.

KENDRICK, T. et al. Are specialist mental health services being targeted on the most needy patients? — The effects of setting up special services in general practice. **Br. J. Gen. Pract.**, v. 50, n. 451, p. 121–126, 2000.

KENDRICK, T.; BURNS, T.; GARLAND, C. *et al.* Are specialist mental health services being targeted on the most needy patients? — The effects of setting up special services in general practice. **British Journal of General Practice**, p. 289-290, April 2004.

KINGSLAND, J.P.; WILLIAM, R. General practice should be central to community mental health services [letter]. **BMJ**, 315: 1377, 1997.

KOGA, M.; FUREGATO, A.R.F. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. **Ciênc. Cuidado Saúde**, v. 1, n. 1, p. 75-79, 2002.

KRAEPELIN, E. **Psychiatry, a textbook for Students and Physicians**. 6 ed. Canton, MA: Science History Publications, 1989.

LAVOR, A. C. H.; LAVOR, M. C.; LAVOR, I. C. Agente comunitário de saúde: um novo profissional para novas necessidades da saúde. **SANARE**, ano 5, p. 121-128, 2004.

LEFÈVRE, A.M.C. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização “Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde-CADRHU”, São Paulo - 2002. **Saúde Soc.**, v. 12, n. 2, p. 68-75, 2003.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo**: um enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **Promoção de Saúde**- a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

LESTER, H.E.; TRITTER, J.Q.; ENGLAND, E. Satisfaction with primary care: the perspectives of people with schizophrenia. **Fam Pract.**, v. 20, n. 5, p. 508-513, 2003.

LESTER, H. et al. A cluster randomized controlled trial of patient-held medical records for people with schizophrenia receiving shared care. **Br. J. Gen. Pract.**, v. 20, p. 508-513, 2003.

LESTER, H.; GLABASBY, J.; TYLEE, A. Integrated primary mental health care: threat or opportunity in the new NHS? **Br. J. Gen. Pract.**, v. 54, n. 501, p. 285-291, 2004.

LESTER, H. et al. Cluster randomized controlled trial of the effectiveness of primary care mental health workers. **Br. J. Gen. Pract.**, v. 53, p. 197-203, 2003.

LEVENSON, J.L.; OLDBRISH, M.E. Psychosocial evaluation of organ transplant candidates. A comparative survey of process, criteria, and outcomes in heart, liver, and kidney transplantation. **Psychosomatics**, v. 34, n. 4, p. 314-323, 1993.

LEWIS, R. et al. An audit of clinical outcomes and client and referrer satisfaction with a mood and anxiety disorders unit. **J. Eval. Clin. Pract.**, v. 10, n. 4, p. 549-552, 2004.

LOUZÃ-NETO, M.R.; ELKIS, H. **Esquizofrenia: abordagem atual**. São Paulo: Lemos, 1999.

LOUZÃ NETO, M.R.; SHIRAKAWA, I. O enfoque médico atual. In: LOUZÃ NETO, M.R.; SHIRAKAWA, I; BARROS, L. **Esquizofrenia: dois enfoques complementares**. São Paulo: Lemosl, 1999. p. 13-27.

MACEDO, C.G. El contexto. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La crise de la salud pública: reflexiones el debate para**. Washington, D.C., 1992. p. 237-43.

MANNING, C.; WHITE, P.T.D. Attitudes of employers to mentally ill. **Psychiatr. Bull.**, v. 19, p. 541-543, 1995.

MANSOURI, L.; DOWELL, D.A. Perception of stigma among the long term mentally ill. **Psychosocial Rehabil. J.**, v. 13, p. 79-91, 1989.

MARI, J.J. *et al.* Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. In: MELLO, M.F.; MELLO, A.A.F.; KOHN, R. (Org.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. cap. 5, p. 129-141.

MAUKSCH, L.B.; LEAHY, D. Collaboration between primary care medicine and mental health in an HMO. **Fam. Syst. Med.**, v. 11, p. 121-135, 1993.

McFARLANE, W. R. *et al.* Multiple family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 52, p. 679-687, 1995.

MENDES, E.V. **Uma agente para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MESSIAS, E. *et al.* Epidemiology of schizophrenia in northeast Brazil. **J. Nerv Ment. Dis.**, v. 188, n. 2, p. 118-120, 2000.

MILNE, D. *et al.* What does it take to transfer training? **Am. J. Psychiatric Rehabil.**, v. 4, n. 2, p. 259-281, 2000.

MINAYO, M.C.S. (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 24. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. 80 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento à pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2006.

MORTENSEN, P.B.; JUEL, K. Mortality and causes of death in schizophrenic patients in Denmark. **Acta Psychitrica Scand.**, v. 81, p. 372-377, 1990.

MORTENSEN, P.B.; JUEL, K. Mortality and causes of death in the first admitted schizophrenic patients. **Br. J. Psychiatry**, v. 163, p. 183-189, 1993.

MUESER, K.T.; Mc GURK, S.R. Schizophrenia. **Lancet**, v. 363, p. 2063-2072, 2004.

MURRAY-SWANK, A.; DIXON, L. Family psychoeducation as an evidence-based practice. **CSN Spectrums**, v. 9, n. 12, p. 905-912, 2004.

MURRAY, R.; HILL, P.D.; MCGUFFIN, P. **The essentials of postgraduate psychiatry**. 3rd ed. New York: Cambridge University Press, 1997.

NUNES, M.; TORRENTÉ, M. Estigma e violência no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, supl.1, p. 101-108, 2009

ONOCKO-CAMPOS, R. Clínica: a palavra negada. Sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos se saúde mental. **Saúde Debate**, v. 25, n. 58, p. 98-111, 2001.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema único de Saúde. **Cad. Saúde Públ.**, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006

ORLANDI, E.P. **Análise de discurso: princípios e fundamentos**, 8. ed. Campinas,: Pontes, 2009.

PAHO- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **The crisis of public health: reflections for the debate**. Washington, D.C., 1992. (Scientific Publication, 540).

PAHO - PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Renovação da APS nas Américas** - Documento de posicionamento da OPAS/OMS. Washington, DC, 2005.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?” **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PALHA, A.P Refletindo sobre os prós e contras da reforma do modelo assistencial em Portugal. **Psiquiatria Hoje**, ano 27, n. 1, p.13-14, 2006.

PAULILO, M.A.S. A pesquisa qualitativa e a história de vida. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 2, n. 2, p.135-148, jul./dez. 1999

PINER, K; KAHLE, L. Adapting to the stigmatizing label of mental illness: foregone but not forgotten. **J. Personality Soc. Psychol.**, v. 47, p. 805-811, 1984.

PITSCHER-WALZ, G. et al. Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study. **J. Clin. Psychiatry**, v. 67, n. 3, p. 443-452, 2006.

PORTER, R. Can the stigma of mental illness be changed? **Lancet**, v. 352, n. 9133, p.1049-1050, 1998.

RABOVSKY, K.; STTOPPE, G. The role of psychoeducation in the treatment of the psychiatric inpatients. **Nervennarzt**, v. 77, n. 5, p. 538-548, 2006.

READ, J.; LAW, A. The relationship between causal beliefs and contact with users of mental health services do attitudes to the “mentally ill”. **Int. J. Soc. Psychiatry**, v. 45, p. 216-229, 1999.

RODER, V. et al. O programa terapêutico e seus cinco subprogramas. In: **Terapia integrada da esquizofrenia**. São Paulo: Lemos, 2001. cap. 2, p. 49-84,

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. **Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil**: aspectos históricos e metodológicos. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

ROULSTONE, A. **Enabling technology**: disabled people, work and new technology. Buckingham: Open University Press, 1998.

RUMMEL-KLUGE, C. et al. Psychoeducation in schizophrenia: results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria and Switzerland. **Schizophr. Bull.**, v. 32, n. 4, p. 765–775, 2006.

SAYCE, L. **From psychiatric patient to citizen: overcoming discrimination and social exclusion**. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2000.

SCHNEIDER, I. Images of the mind: psychiatry in the commercial Film. **Am. J. Psychiatry**, v. 134, n. 6, p. 613-620, 1977.

SCHNEIDER, I. The theory and practice of movie psychiatry. **Am. J. Psychiatry**, v. 144, p. 996-1002, 1987.

SCHNEIDER, K. **Psicologia clínica**. São Paulo: Mestre Jou, 1968.

SCÓZ, TMX.; FENILI, R.M. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 5 n. 2, p. 61 – 67, 2003.
Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 8 ago 2010.

SHIRAKAWA, I (Ed.). **Esquizofrenia: adesão ao tratamento**. São Paulo: Lemos, 2007.

SINGER, P. **Prevenir e curar**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

SOLOMON, P.; DRAINE, J. Subjective burden among family members of mentally ill adults: relation to stress, coping and adaptation. **Am. J. Orthopsychiatry**, v. 65, p. 419-427, 1995.

SOUZA, D. S. O desenvolvimento da estratégia da saúde da família no Rio Grande do Sul. **Bol. Saúde**, v. 17, n. 2, p.10-13, 2003.

SOUZA, A.J.F. et al. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 60, n. 4, p. 391- 395, 2007.

SQUIRES, R.F. How a poliovirus might cause schizophrenia: a commentary on Eagles' hypothesis. **Neurochem. Res.**, v. 22, n. 5, p. 647-656, 1997.

TÓFOLI, L.F.; FORTES, S. Apoio Matricial de Saúde Mental na Atenção Primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. **SANARE**, v. 6, n. 2, p. 15-23, 2005/2007.

VIEIRA, P.P. Reflexões sobre “A História da Loucura” de Michel Foucault. In: RAGO, M.; MARTINS, A.L. (Org.) **Dossiê Foucault n. 3** – dezembro 2006/março 2007. Disponível em: <<http://www.unicamp.br/~aulas/numero3.htm>>. Acesso em: 12 ago 2010.

WESTERGAARD, T. et al. Exposure to prenatal and childhood infections and the risk of schizophrenia: suggestions from a study of sibship characteristics and influenza prevalence. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 56, n. 11, p. 993-998, 1999.

WILKINSON, R.G. **Unhealthy societies**. The afflictions of inequality. London: Routledge, 1996.

WHO. World Health Organization. **Primary health care-report of the international conference on PHC**: Alma-Ata, USSR, 6-12, Sep.1978. Genebre, 1978.

WHO. World Health Organization. Carta de Ottawa. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde**: cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília, DF, 1986. p. 11-18.

WHO. World Health Organization. Division of Mental Health. **A users guide to the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)**. Geneva, 1994.

ZUSMAN, J.A. Reflexões, revoluções e reformas psiquiátricas. **Psiquiatria Hoje**, ano 24, n. 2, p. 8-16, 2002.

ANEXOS

ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GESTORES E TERAPEUTAS DA ATENÇÃO BÁSICA

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: **“Acolhimento e tratamento de portadores de esquizofrenia na Atenção Básica na visão de gestores, técnicos, familiares e pacientes”**. Este projeto objetiva compreender se é possível o tratamento de pacientes esquizofrênicos na Atenção Básica, quais fatores poderiam estar associados para facilitar ou dificultar esse tratamento. Serão ouvidos gestores, técnicos, pacientes, familiares de pacientes, pessoas essas identificadas como tendo uma relação direta com a pesquisa.

O(a) senhor(a) foi selecionado(a) por trabalhar na Atenção Básica e ter sido identificada a sua possível contribuição. Para isto, está sendo solicitado que o(a) senhor(a) responda a uma entrevista que seguirá um roteiro definido pelo pesquisador. Sua participação não é obrigatória, podendo a qualquer momento desistir de participar ou retirar seu consentimento sem necessidade de qualquer explicação ao pesquisador ou a qualquer pessoa ou instituição. Caso haja consentimento, a entrevista poderá ser gravada.

As informações obtidas durante a pesquisa serão confidenciais. Será assegurado o sigilo sobre sua participação, não sendo, portanto, necessário a sua identificação em nenhum do estudo. Do mesmo modo, não haverá riscos de nenhuma natureza ou despesas financeiras pela sua participação.

Os resultados obtidos com a pesquisa poderão ser divulgados em publicações científicas, desde que seus dados pessoais não sejam mencionados.

Qualquer dúvida, questionamento, esclarecimento ou informação sobre os aspectos éticos da pesquisa, favor entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no endereço abaixo mencionado.

Gilson Holanda Almeida – Pesquisador

Faculdade de Saúde Pública da USP

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 715

Fone: (xx11) 30617000/7717

E-mail: www.fsp.usp.br

gilsonholanda@usp.br (pesquisador)

Rua Vicente Leite, 2439/1000- Dionísio Torres - Fortaleza-Ceará-Brasil

Fone (85) 31011402 e (85) 32612896.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo de livre e espontânea vontade em participar.

Assinatura

Nome (letra legível): _____

RG nº: _____

Local e data: _____ , ____/____/____

ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA FAMILIARES E PACIENTES

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: “ **Acolhimento e tratamento de portadores de esquizofrenia na Atenção Básica na visão de gestores, terapeutas, familiares e pacientes**”. Este projeto objetiva compreender se é possível o tratamento de pacientes esquizofrênicos na Atenção Básica, quais fatores poderiam estar associados para facilitar ou dificultar esse tratamento. Serão ouvidos gestores, técnicos, pacientes, familiares de pacientes, pessoas essas identificadas como tendo uma relação direta com a pesquisa.

O(a) senhor(a) foi selecionado(a) por indicação de um Agente Comunitário de Saúde que o(a) visita e sabe da problemática de saúde pela qual vem passando. Para viabilizar sua participação no estudo está sendo solicitado que o(a) senhor(a) responda a uma entrevista que seguirá um roteiro definido pelo pesquisador. Sua participação não é obrigatória, podendo a qualquer momento desistir de participar ou retirar seu consentimento sem necessidade de qualquer explicação ao pesquisador ou a qualquer pessoa ou instituição e sem prejuízo do tratamento do seu familiar no Posto. Caso haja consentimento, a entrevista poderá ser gravada.

As informações obtidas durante a pesquisa serão confidenciais. Será assegurado o sigilo sobre sua participação, não sendo, portanto, necessário a sua identificação. Do mesmo modo, não haverá riscos de nenhuma natureza ou despesas financeiras pela sua participação.

Os resultados obtidos com a pesquisa poderão ser divulgados em publicações científicas, desde que seus dados pessoais não sejam mencionados.

Qualquer dúvida, questionamento, esclarecimento ou informação sobre os aspectos éticos da pesquisa, favor entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no endereço abaixo mencionado ou junto à Direção da sua Unidade de Saúde, que tem conhecimento desta pesquisa.

Gilson Holanda Almeida – Pesquisador

Faculdade de Saúde Pública da USP

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 715

Fone: (xx11) 30617000/7717

E-mail: www.fsp.usp.br

gilsonholanda@usp.br (pesquisador)

Rua Vicente Leite, 2439/1000- Dionísio Torres - Fortaleza-Ceará-Brasil

Fone (85) 31011402 e (85) 32612896.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo de livre e espontânea vontade em participar.

Assinatura

Nome do(a) responsável pelo(a) paciente(letra

legível): _____Endereço

RG nº: _____

Local e data: Fortaleza, ____/____/ 2010.

ANEXO III - TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR

Eu, Gilson Holanda Almeida, pesquisador responsável pelo projeto de pesquisa intitulado **“Acolhimento e tratamento de portadores de esquizofrenia na atenção básica na visão de gestores, técnicos, familiares e pacientes”**, assumo a responsabilidade de comunicar imediatamente à Faculdade de Saúde Pública da USP, toda e qualquer complicação ocorrida durante a realização do referido projeto que coloque em risco o voluntário ou bens incluídos neste trabalho de pesquisa.

Responsabilizo-me, igualmente, a acompanhar as diligências necessárias à imediata e integral assistência aos voluntários participantes ou à reposição ou restauração de bens eventualmente danificados durante a pesquisa.

Fortaleza, 10 de setembro de 2007.

Gilson Holanda Almeida – Pesquisador.

ANEXO IV - TERMO DE ANUÊNCIA

O Secretário de Saúde do Município de Fortaleza, Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade, conhece e cumprirá os requisitos da Resolução 196/96 e suas complementares, do Conselho Nacional de Saúde e autoriza e concorda com a execução do projeto de pesquisa intitulado “Acolhimento e tratamento de portadores de esquizofrenia na atenção básica na visão de gestores, técnicos, familiares e pacientes” da autoria do pesquisador Gilson Holanda Almeida sob a orientação do Prof. Dr. Fernando Lefevre, assumindo o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa na cidade de Fortaleza.

Fortaleza-Ce, 21 de fevereiro de 2008.

Luiz Odorico Monteiro de Andrade
Secretário Municipal de Saúde de Fortaleza

ANEXO V - QUESTÕES PARA ORIENTAR CONSTRUÇÃO DO ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM GESTORES

1. Qual o melhor tratamento que deveria ser dado aos portadores de doença mental grave como por exemplo os pacientes esquizofrênicos?
2. Portadores de doenças mentais graves podem ser atendidos na Atenção Básica?
3. Que vantagens ou benefícios você identifica com o atendimento dos doentes mentais graves poder ser oferecido na Atenção Básica?
4. Quais os possíveis obstáculos ou desvantagens no atendimento aos portadores de doenças mentais graves na Atenção Básica?
5. Você considera que os terapeutas da Atenção Básica estão capacitados para acolher e tratar pacientes mentais graves na Atenção Básica?

ANEXO VI - QUESTÕES PARA ORIENTAR CONSTRUÇÃO DO ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM TERAPEUTAS DA ATENÇÃO BÁSICA

1. Qual o melhor tratamento que deveria ser dado aos portadores de doença mental grave, como os pacientes esquizofrênicos?
2. Portadores de doenças mentais graves como esquizofrênicos podem ser atendidos na Atenção Básica?
3. Que vantagens ou benefícios você identifica com o atendimento dos doentes mentais graves podendo ser oferecido na Atenção Básica?
4. Quais os possíveis obstáculos ou desvantagens no atendimento aos portadores de doenças mentais graves na Atenção Básica?
5. Você considera que os terapeutas da Atenção básica estão capacitados para acolher e tratar pacientes mentais graves na Atenção Básica?
6. Que outras questões os terapeutas da Atenção Básica deverão considerar no tratamento dos portadores de doença mental grave na Atenção Básica?

**ANEXO VII - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
APLICADA AOS PACIENTES E FAMILIARES**

INICIALMENTE:

- Apresentação do entrevistador e finalidade da entrevista
- Identificação e endereço do familiar responsável pelo paciente
- Nome do paciente
- Assinatura do TCLE
- Relato livre acerca da problemática de saúde pontuado por indagações para maior clareza das falas

COMPLEMENTADO POR:

- Indagações sobre a história pré-natal e nascimento
- Série familiar
- Fases do desenvolvimento infantil e da adolescência
- Série corporal
- Escolaridade, habilidades e trabalho
- Série sociocultural e recreativa
- Aspectos da vida adulta
- Série sexual
- História da doença e tratamentos
- Construção de referências dentro do SUS
- Exame mental com diagnóstico positivo
- Diagnóstico dos potenciais de saúde.