



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**  
**MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**DAIANA DE JESUS MOREIRA**

**ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DOS SUJEITOS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO E  
QUALIDADE DO CUIDADO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:  
EXPERIÊNCIAS DE USUÁRIOS DE FORTALEZA-CEARÁ**

**FORTALEZA**

**2014**

DAIANA DE JESUS MOREIRA

ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DOS SUJEITOS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO E  
QUALIDADE DO CUIDADO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:  
EXPERIÊNCIAS DE USUÁRIOS DE FORTALEZA-CEARÁ

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Ambiente e Saúde.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Lúcia Magalhães Bosi

**FORTALEZA**

**2014**

DAIANA DE JESUS MOREIRA

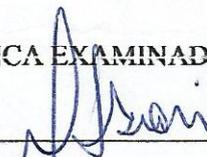
ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DOS SUJEITOS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO E  
QUALIDADE DO CUIDADO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:  
EXPERIÊNCIAS DE USUÁRIOS DE FORTALEZA-CEARÁ

Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em Saúde  
Coletiva da Universidade Federal do  
Ceará como requisito parcial para  
obtenção do Título de Mestre em Saúde  
Pública. Área de concentração: Políticas,  
Ambiente e Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Lúcia  
Magalhães Bosi

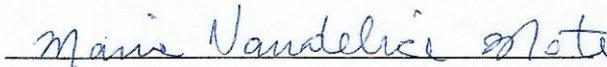
Aprovada em: 28/08/2014

BANCA EXAMINADORA



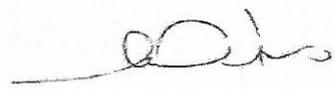
---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Lúcia Magalhães Bosi  
Universidade Federal do Ceará (UFC)



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Vaudelice Mota  
Universidade Federal do Ceará (UFC)



---

Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté  
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

“A saúde é o movimento de luta pela vida,  
pela condição de ser sujeito em suas trilhas,  
autor de seus percursos” (ver autor)

## RESUMO

A rede de cuidados em saúde mental resulta da interação do sujeito com seu território e serviços ofertados. Ela também se constitui de diversos arranjos e modos como o sujeito se conecta, caminha na busca da produção de atenção ao seu sofrimento. Por isso, a análise e compreensão do modo como estes serviços estão interagindo, a qualidade do cuidado para a constituição de uma rede de atenção aos usuários são fundamentais para a ampliação e qualificação do acesso e do atendimento a essa população. Destarte, este trabalho objetiva compreender, a partir dos itinerários terapêuticos de sujeitos em sofrimento psíquico, como se revela a qualidade do cuidado, nas dimensões integralidade e humanização, na Rede de Atenção Psicossocial em suas interfaces com a articulação em rede no município de Fortaleza-Ceará. Trata-se de uma pesquisa orientada pelo enfoque qualitativo, alinhado à vertente crítico-interpretativa, desenvolvida por meio de análise de prontuários, observação sistemática e entrevistas narrativas com usuários (e seus familiares) em três serviços da Rede de Atenção Psicossocial de Fortaleza-CE. A categorização do material empírico levou a três temas centrais: a) Itinerários terapêuticos; b) Qualidade do cuidado; c) (Des) articulação em rede. Os resultados apontaram a diversidade de concepções e terapêuticas de cuidado do sofrimento psíquico, com ênfase no modelo hospitalocêntrico; as categorias humanização e integralidade enquanto dimensões que desvelam a qualidade do cuidado, em seus aspectos formais, qualitativos e relacionais presentes nas práticas dos profissionais e modos de cuidar e; a necessidade da mudança do modelo de cuidado em dispositivos isolados para a articulação em rede, com vistas à garantia da qualidade do cuidado. Conclui-se que somente uma rede pautada pela qualidade do cuidado, com seu potencial de construção coletiva de itinerários terapêuticos, é capaz de fazer face à complexidade das demandas e de garantir resolutividade e a promoção de autonomia e cidadania às pessoas com sofrimento psíquico.

**Palavras-chaves:** Saúde Mental. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. Serviços de saúde mental.

## ABSTRACT

The mental health care network results from the interaction of the subject with territory and offered services. It also provides various arrangements and ways how the subject connects, goes in search to producing of attention his suffering. Therefore, the analysis and understanding of how these services are interacting, the quality of care for the constitution of care network to users are critical to the expansion and qualification of access and care to this population. Thus, this work aims to understand, from therapeutic itineraries of individuals in psychological distress, as it reveals the quality of care in the integrality and humanization dimensions, the Network for Psychosocial Care in their interfaces with the networking in Fortaleza-Ceará. This is a qualitative research approach, aligned to the critical-interpretive perspective, developed through analysis of medical records, systematic observation and narrative interviews with users and their families of the three services of Psychosocial Care Network of Fortaleza-CE. The categorization of the empirical material led to three central themes: a) therapeutic itineraries; b) Quality of care and; c) (Dis) networking. The results indicate the diversity of concepts and therapeutic care of psychological distress, with an emphasis on hospital-centered model; the humanization and integrality dimensions as categories that reveal the quality of care in their formal, qualitative and relational aspects present in the practices and ways to care for and; the need for change in individual care for networking, with a view to ensuring the quality of care devices model. It is concluded that only network guided by quality of care, with its potential for collective construction of therapeutic itineraries is able to cope with the complex demands and ensure resolution and the promotion of autonomy and citizenship for people with psychological distress.

**Keywords:** Mental Health. Health Care Quality, Access, and Evaluation. Mental Health Services.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Bosch- O Carro de feno.....	24
Figura 2 – Contenção física no século XIX.....	25
Figura 3 –Razões para a admissão no Asilo para lunáticos em 1864 a 1889.....	25
Figura 4- Quarto de uma instituição psiquiátrica após o fechamento desta.....	32
Figura 5 - Rede de Atenção Psicossocial em articulação com o território.....	42
Figura 5- Estrutura piramidal dos níveis de atenção à saúde.....	62
Figura 6 - A estrutura operacional das redes de atenção à saúde.....	63
Figura 7 – Rede de atenção à saúde mental.....	64
Figura 8 – Componentes da Rede de Atenção Psicossocial.....	66
Figura 9 - Divisão das Secretarias Executivas Regionais do município de Fortaleza.....	87
Figura 10 – Bairros e limites da Secretaria Executiva Regional III – Fortaleza (CE).....	88
Figura 11 - Rede de significados.....	105
Figura 12 – Cartão de marcação de consultas de um usuário no CAPS.....	136

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	Associação Americana de Psiquiatria
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CE	Ceará
CID	Código Internacional de Doenças,
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais
GETA	Grupo de Estudo dos Transtornos Afetivos
HEMOCE	Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará
HSMM	Hospital de Saúde Mental de Messejana
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPC	Instituto de Psiquiatria do Ceará
IT	Itinerário Terapêutico
LAPQS	Laboratório de Avaliação e Pesquisa Qualitativa em Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PROAPP	Programa de Apoio ao Paciente Psicótico
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SER	Secretaria Executiva Regional
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SPA	Serviço de Pronto-atendimento
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
<b>2.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>19</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>19</b>
<b>3 DA LOUCURA AO SOFRIMENTO PSÍQUICO.....</b>	<b>20</b>
<b>4 AVALIAÇÃO QUALITATIVA EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO.....</b>	<b>47</b>
<b>5 QUALIDADE DO CUIDADO E SUA MULTIDIMENSIONALIDADE.....</b>	<b>52</b>
<b>6 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....</b>	<b>59</b>
<b>6.1 Revisitando o modelo analítico de articulação em rede .....</b>	<b>65</b>
<b>7 DISCUTINDO O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO NA SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>69</b>
<b>8 DELINEAMENTO METODOLÓGICO.....</b>	<b>82</b>
<b>8.1 Pesquisa qualitativa em saúde.....</b>	<b>82</b>
<b>8.2 Cenário de estudo.....</b>	<b>83</b>
<b>8.3 Sujeitos da pesquisa.....</b>	<b>90</b>
<b>8.4 Técnicas de obtenção das informações.....</b>	<b>92</b>
<b>8.5 Processamento e interpretação do material empírico.....</b>	<b>97</b>
<b>8.6 Considerações éticas do estudo.....</b>	<b>100</b>
<b>9 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>102</b>
<b>9.1 Itinerários terapêuticos.....</b>	<b>103</b>
<b>9.1.1 Experiência de sofrimento psíquico.....</b>	<b>103</b>
<b>9.1.2 Concepções de saúde/doença mental.....</b>	<b>107</b>
<b>9.1.3 Construção da demanda e trajetórias nas buscas de cuidados.....</b>	<b>111</b>
<b>9.2. Qualidade do cuidado.....</b>	<b>126</b>

<b>9.2.1 Humanização.....</b>	<b>134</b>
<b>9.2.2 Integralidade.....</b>	<b>139</b>
<b>9.3 (Des) articulação em rede.....</b>	<b>144</b>
<b>9.3 1. Conectividade.....</b>	<b>144</b>
<b>9.3 2. Integração.....</b>	<b>148</b>
<b>9.3.3.Normatividades.....</b>	<b>150</b>
<b>9.3.4. Subjetividades.....</b>	<b>153</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>155</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>162</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>176</b>
<b>APÊNDICE A - Revisão da literatura científica nacional e internacional.....</b>	<b>176</b>
<b>APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	<b>177</b>
<b>APÊNDICE C – Roteiro de entrevista.....</b>	<b>178</b>
<b>APÊNDICE D – Instrumento de coleta de dados dos prontuários.....</b>	<b>179</b>
<b>APÊNDICE E - Caracterização dos usuários entrevistados.....</b>	<b>180</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>184</b>
<b>ANEXO A- Parecer do comitê de ética e pesquisa.....</b>	<b>184</b>
<b>ANEXO B –Faltam médico e remédio no Caps.....</b>	<b>186</b>
<b>ANEXO C - Pacientes chegam a esperar, em média, 31 horas para serem atendidos no Hospital de Saúde Mental.....</b>	<b>188</b>
<b>ANEXO D- EM CINCO ANOS Triplicam licenças por uso de drogas.....</b>	<b>190</b>
<b>ANEXO E- FLUXOGRAMA RECEPÇÃO DO CAPS.....</b>	<b>192</b>
<b>ANEXO F- FLUXOGRAMA- ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....</b>	<b>193</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este projeto<sup>1</sup> tem por objetivo compreender, com base nas experiências de usuários, trabalhadores e gestores, como e em que medida nas práticas implementadas pela Rede de Atenção Psicossocial de Fortaleza se revela a qualidade do cuidado, nas dimensões integralidade e humanização, em suas interfaces com a articulação em rede, em uma compreensão ampliada de desinstitucionalização.

Aqui nossa contribuição tem como foco as experiências de usuários de distintos dispositivos da Rede a partir de seus itinerários terapêuticos, dentro da perspectiva da avaliação qualitativa de serviços e programas de saúde.

A escolha deste tema justifica-se em distintos níveis: pessoal, social, institucional e científico (CAMPOS, 2004) e como concorda Minayo (2013), a escolha de um tema não emerge espontaneamente, surge de interesses e circunstâncias socialmente condicionados, frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos.

Meu interesse<sup>2</sup> pelo campo da Saúde Coletiva vem desde a graduação de Psicologia nesta mesma universidade quando ao ler Campos (2000) senti-me convocada, já que para ele todas as profissões de saúde, as nucleadas na clínica ou na reabilitação ou no cuidado, todas, em alguma medida, deveriam incorporar em sua formação e em sua prática elementos da saúde coletiva.

Assim, fui bolsista da primeira turma do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde- PET SAÚDE e participei da pesquisa *Atuação Psicológica nos Centros de Atenção Psicossocial de Fortaleza: Um Diagnóstico Situacional* que perguntava como tem sido conduzida, em termos teóricos, técnicos e éticos, a clínica psicológica nos Centros de Atenção Psicossocial.

Neste momento ainda visava os profissionais e as práticas dos serviços de saúde isoladamente. O resultado deste estudo e minha prática clínica profissional em um serviço público de saúde me instigaram a conhecer as experiências dos usuários, pois estes me

---

<sup>1</sup> Esta investigação insere-se no projeto de pesquisa intitulado Qualidade, Integralidade e Humanização na Rede de Atenção Psicossocial: estudo avaliativo multidimensional apoiado pelos editais Chamada Universal MCTI/CNPQ 14/2012 e PPSUS - Programa Pesquisa para o SUS - FUNCAP - Chamada 07/2013, desenvolvidos pelo Laboratório de Avaliação e Pesquisa Qualitativa em Saúde (LAPQS) da Universidade Federal do Ceará.

<sup>2</sup> Ao longo do texto usaremos o pronome nós, pois partimos do pressuposto que o conhecimento não é uma coisa que as pessoas possuem em suas cabeças, e sim algo que constroem juntas, mas aqui peço licença para narrar a experiência da autora.

narravam os diversos lugares em que foram buscar ajuda para seu sofrimento antes de vir a mim, como psicóloga. Além disso, algumas pessoas de minha vizinhança com um familiar nesta situação perguntavam-me para onde os encaminhar quando as tentativas já realizadas não eram suficientes.

Como trata Minayo (2013), nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema da vida prática e assim foi para mim ao buscar ajuda para um paciente que teve uma crise psicótica em uma sexta-feira à noite. A família não sabia para onde levá-lo, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que funciona 24 horas só atende pacientes no fim de semana que já tivessem dado entrada no serviço até às 16h da sexta-feira, o plano de saúde que ele possui não cobre o serviço de ambulância para deslocá-lo ao hospital de saúde mental, a ambulância psiquiátrica do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) estava inoperante e para o transporte na ambulância geral precisava de escolta policial.

Esta situação angustiou-me pelo distanciamento entre o Sistema Único de Saúde (SUS) legal, instituído como sistema público universal para todos os brasileiros, garantindo a saúde como direito de todos e dever do Estado e o SUS real. Enquanto o primeiro preconiza a integralidade da assistência e a existência de uma rede de atenção psicossocial proposta para facilitar o acesso da população aos serviços de atenção psicossocial (BRASIL, 1990), o SUS real apresenta dificuldades de concretização de como a rede deveria funcionar, exemplificada na vivência descrita acima.

Decidi que eu precisava transformar esta inquietação em compreensão da materialidade do cuidado e contribuições para a melhoria da qualidade da atenção em saúde mental, em busca da aproximação deste SUS desejado por nós.

No nível social, trazemos o exemplo das falas retiradas de um reportagem de jornal<sup>3</sup> sobre as dificuldades vivenciadas por pacientes dos serviços de saúde mental de Fortaleza:

*“Sem terem a quem recorrer, pacientes precisam peregrinar pelas unidades de saúde em busca de uma receita”.*

*(...) “O cenário da saúde mental de Fortaleza é desolador.*

*(...) Muitos pacientes, mesmo em crise, se arriscam peregrinando pelas unidades em busca de atendimento.*

*(...) “Não estamos atendendo, porque não tem médico. Volte no fim de abril”. (...)*

*“Uma senhora precisa de remédio para controlar ansiedade e sono. Ontem, ela*

<sup>3</sup> DIÁRIO DO NORDESTE. Faltam médicos e remédios nos CAPS. Disponível em: <http://diariodonordeste.globo.com/materia.asp?codigo=1250022> Acesso em 04 abril 2013. ANEXO B

*estava no Caps do Bom Jardim já encaminhada da Messejana, mas teve de ir embora sem conseguir ser atendida”.*

(...) “Um senhor com diagnóstico de síndrome do pânico estava apreensivo porque o medicamento está prestes a acabar, e *conta que já foi em Caps de praticamente todas as regionais.*” (Grifo nosso)

Nesta realidade perguntamo-nos que qualidade de (des)cuidado é esta (des) encontrada na Rede de Atenção Psicossocial em Fortaleza que se revela no itinerário de um(a) usuário(a) que percorre todos os CAPS, e/ou diferentes serviços em busca de cuidados em saúde, como exemplificado acima?

Dados epidemiológicos de transtornos mentais também são alarmantes. A Organização Mundial de Saúde aponta que estes, juntamente às condições não transmissíveis, representam 59% do total de óbitos no mundo, ocupam cinco posições no *ranking* das 10 principais causas de incapacidade no mundo, totalizando 12% da carga global de doenças<sup>4</sup>. O número de casos de depressão, por exemplo, é um ponto preocupante porque se estima que até o ano 2020 ela só será superada pelas doenças cardíacas, com isso os impactos pessoais, sociais e econômicos serão significativos.

Atualmente, no mundo, mais de 400 milhões de pessoas são acometidas por distúrbios mentais ou comportamentais e, em virtude do envelhecimento populacional e do agravamento dos problemas sociais, há probabilidade de o número de diagnósticos ser ainda maior. Esse progressivo aumento na carga de doenças irá gerar um custo substancial em termos de sofrimento, incapacidade e perda econômica. Segundo estimativas, uma em quatro famílias tem pelo menos um membro que sofre um transtorno mental ou comportamental. (OMS, 2001, 2003, 2008, 2011).

No Brasil, dados do Ministério da Saúde estimam que 3% da população necessita de cuidados contínuos em saúde mental, ou seja, são diagnosticados com transtornos mentais severos persistentes, 10 a 15% de atendimento eventual para transtornos leves e moderados ou comuns e 80% apresentam algum sofrimento psíquico com tendência à remissão espontânea (BRASIL, 2003).

Em Fortaleza, a taxa média<sup>5</sup> de hospitalizações dos anos 2000 a 2010 para transtornos mentais foi de 399 para homens e 210,9, para mulheres, ocupando o 6<sup>a</sup> e 9<sup>a</sup> lugar, respectivamente, entre as principais causas de hospitalizações (FORTALEZA, 2011) e nos

---

<sup>4</sup> Carga global de doenças representa a diferença entre o estado real de saúde de uma população e um estado ideal de envelhecimento saudável sem incapacidade.

<sup>5</sup> Taxa por 100.000.

últimos cinco anos, o número de internações compulsórias<sup>6</sup> mais que triplicou: passou de 24 pacientes em 2006, para 74, em 2012. Neste mesmo período, observa-se que o número de internações involuntárias duplicou: passou de 601, em 2006, para 1.145, em 2012. Enquanto isso, as internações voluntárias tiveram uma queda de 35,62%: eram 1.468 pacientes, em 2006, caindo para 945, em 2012. Já a quantidade de internações ficou estável: foram registradas 2.093, em 2006, e 2.396 em 2012, o que representa crescimento de 14,47%<sup>7</sup>.

Do ponto de vista institucional, várias são as justificativas. Em 2011, o SUS passou a operar sob a lógica de Redes de Atenção à Saúde e dentre estas, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi escolhida como uma das redes prioritárias (BRASIL, 2012).

Em um estudo realizado por Gregório et al (2012) com especialistas de diferentes regiões sobre o que consideravam mais relevante em pesquisa para a saúde mental para os próximos 10 anos, a avaliação do sistema de serviços de cuidados de saúde mental apareceu como uma das prioridades de investimento. Neste contexto contemporâneo, a exigência de avaliação é premente quando críticas a este serviço, produzidas no seio da própria Reforma Psiquiátrica, arriscam deslegitimar os serviços substitutivos ao manicômio, enfraquecendo o movimento de invenção de novos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde mental (CAMPOS ET AL, 2008).

A construção de rede de atenção para os usuários com sofrimento psíquico implica uma complexa trama tecida entre diferentes serviços e estratégias de saúde. Por isso, a análise e compreensão do modo como estes serviços estão interagindo, a qualidade do cuidado para a constituição de uma rede de atenção aos usuários são fundamentais para a ampliação e qualificação do acesso e do atendimento a essa população. (TEDESCO e SOUZA, 2009)

Considerando os diversos dispositivos da RAPS estratégicos da reforma dos cuidados em saúde mental no Brasil -configurando-se simbólica e numericamente como a

---

<sup>6</sup> A lei 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, em seu Art. 6º Parágrafo único considera os seguintes tipos de internação psiquiátrica: I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça. (BRASIL, 2001)

<sup>7</sup> DIÁRIO DO NORDESTE. **Internações compulsórias em hospital psiquiátrico triplicam**. Disponível em <<http://diariodonordeste.globo.com/materia.asp?codigo=1234705>> Acesso 20 fevereiro 2013

grande aposta do Movimento de Reforma Psiquiátrica Nacional –, e considerando a aproximação entre a saúde coletiva e a saúde mental uma necessidade para a constituição de um campo interdisciplinar de saberes e práticas, julgamos investigações como a nossa potencialmente geradoras de subsídios para a Reforma Psiquiátrica Brasileira e, ao mesmo tempo, propulsora de um novo território de pesquisa no âmbito das políticas públicas e da avaliação de serviços de saúde.

Aliada a estas questões, a preocupação sobre como e em que momento as pessoas procuram ajuda para resolver suas demandas ou problemas de saúde, tem estado cada vez mais presente em estudos sobre planejamento, organização e avaliação de serviços assistenciais de saúde, com o intuito de auxiliar a escolha de estratégias adequadas que garantam acesso aos usuários, em momento oportuno e de forma contínua. (CABRAL ET AL, 2011).

No plano da produção do conhecimento, constatamos as lacunas existentes na literatura<sup>8</sup> sobre esses dispositivos, em especial, em uma abordagem em rede, nos planos regional, nacional e internacional sobre a temática desta pesquisa. Examinando as bases bibliográficas com os descritores *saúde mental, pesquisa qualitativa, integralidade, humanização e avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, itinerário*, de maneira isolada, percebemos que há centenas e, em certas combinações, milhares de artigos nas bases de dados LILACS, MEDLINE, PUBMED, SCIELO e PEPSIC, por nós consultada na fase exploratória deste estudo. Entretanto, ao cruzarmos os descritores entre si, verificamos que há poucos artigos de saúde mental que se utilizam da pesquisa qualitativa para avaliar os cuidados nas dimensões da integralidade e humanização do cuidado, indicando a hegemonia de pesquisas avaliativas com métodos quantitativos, o que realça a importância deste projeto no que concerne ao avanço do conhecimento sobre Modelos de Avaliação no campo científico.

No trabalho realizado por Cabral (2011) e em nossa pesquisa percebemos que as investigações sobre itinerários terapêuticos são relativamente recentes e apesar de sua potencialidade para a compreensão do comportamento em relação ao cuidado em saúde e ao uso de serviços, não tem expressão conhecida no Brasil. Encontramos apenas cinco trabalhos, dentre artigos, dissertações e livros, que abordam usuários com sofrimento psíquico, restringindo-se a estudar a percepção do paciente/familiar sobre a doença e os locais de busca para o tratamento.

---

<sup>8</sup> No APÊNDICE A encontra-se um detalhamento do levantamento realizado nas bases referidas.

Assim, toda esta complexidade narrada no início concernente a trajetórias em busca de cuidado, que aqui denominamos *itinerário terapêutico*, conceito adiante aprofundado, somada à situação epidemiológica e as lacunas na literatura definiram o objeto de estudo desta pesquisa transitando dos dispositivos isolados para articulação em rede. Sendo assim, a presente pesquisa expande os objetos anteriores, tanto no que concerne ao cenário, quanto ao segmento contemplado, abrangendo distintos dispositivos no contexto de uma compreensão da qualidade do cuidado voltada à rede de atenção psicossocial em saúde mental de Fortaleza.

Tendo em vista todo o contexto apresentado, elegemos como questão norteadora: como se revela a qualidade do cuidado dispensado à população da Rede de Atenção Psicossocial, nas dimensões integralidade e humanização, nos seus itinerários terapêuticos, em suas interfaces com a articulação em rede?

Para respondermos a esta pergunta construímos uma problematização no corpo teórico-metodológico deste projeto desdobradas nos tópicos seguintes: marco conceitual, contemplando a trajetória da loucura e a saúde mental no contexto do SUS; avaliação qualitativa do cuidado em saúde mental na perspectiva do usuário, nas dimensões analíticas integralidade e humanização; rede de atenção psicossocial e o modelo analítico da articulação em rede.

Após, o detalhamento da metodologia adotada neste estudo. Em seguida, apresentamos os resultados e a discussão da pesquisa, a partir da rede interpretativa estabelecida e suas dimensões analíticas.

Por fim, trazemos as considerações finais desta investigação, com reflexões, contribuições e limites da pesquisa.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Compreender, a partir dos itinerários terapêuticos de sujeitos em sofrimento psíquico, como se revela a qualidade do cuidado, nas dimensões integralidade e humanização, na Rede de Atenção Psicossocial em suas interfaces com a articulação em rede no município de Fortaleza-Ceará.

### **2.2 Objetivos específicos**

Descrever os itinerários terapêuticos percorridos pelos usuários em busca da resolução de seu sofrimento psíquico.

Compreender as experiências dos usuários acerca da qualidade do cuidado relacionado às dimensões integralidade e humanização.

Identificar nos itinerários terapêuticos percorridos elementos que desvelem aspectos da (des) articulação em rede.

### 3 DA LOUCURA AO SOFRIMENTO PSÍQUICO

Escolhemos iniciar o referencial teórico desta dissertação relatando a trajetória da saúde mental nos diversos contextos- histórico- político- culturais e religiosos, haja vista o termo trajetória indicar o caminho percorrido por um corpo em movimento<sup>9</sup> e a saúde mental ser um campo de conhecimento e atuação em constante movimento, histórico e culturalmente constituído e um conceito polissêmico, intersetorial e transdisciplinar.

Anunciamos desde já entendermos saúde mental como um conceito polissêmico, tal qual outros discutidos nos capítulos seguintes, não como um fenômeno semântico em que uma palavra se estende de um sentido primitivo a vários outros, ou como a existência de vários sinônimos para uma mesma ideia<sup>10</sup>, mas como a propriedade que uma palavra possui, numa dada época, de representar várias ideias diferentes (LALANDE, 1996).

Além disso, concordamos com Amarante (1998) ao sugerir que enfoquemos tais mudanças teóricas, epistemológicas e de atuação como um processo, e não como momentos históricos específicos e conceber a periodização desse movimento como sendo constituída por trajetórias e não por acontecimentos causais. Este argumento fundamenta-se no reconhecimento de que a concepção de trajetórias permite uma “visualização de percursos, de caminhos que, muitas vezes, se entrecruzam, se sobrepõem” (p.88), sendo relevante tal compreensão para o entendimento dos itinerários percorridos pelos sujeitos para a resolução de seu sofrimento psíquico, foco desta investigação.

Como fruto disso, tivemos diversos discursos a respeito deste termo, alguns ainda presentes em novas velhas práticas. Enquanto plano teórico, saúde mental não é apenas “decompor” o sofrimento psíquico em seus elementos de base para, a partir daí, compreendê-los, classificá-los, estudá-los e tratá-los e muitas são as disciplinas que atravessam esse caminho, como a psiquiatria, a neurologia e as neurociências, a psicologia, a psicanálise, a fisiologia, a antropologia, a sociologia, a história, a saúde coletiva, para citar estas, bem como o discurso religioso, ético, moral, ideológico (AMARANTE, 2007).

Ressalto desde já não termos pretensão de abranger as inúmeras abordagens decorrentes desses referenciais e reconhecermos que nenhuma delas, isoladamente, abarca essa realidade ou detém a verdade, pois, como nos alerta Laing (1963, apud Amarante, 2007),

---

<sup>9</sup> Houaiss, 2009.

<sup>10</sup> Tal conceito é chamado pelos linguistas contemporâneos de polilexia.

um mesmo objeto focalizado de diferentes pontos de vista, tal como as imagens de figura e fundo, produz teorias e ações inteiramente diversas. Assim, a forma inicial de vermos a saúde mental determina todas as nossas relações subseqüentes a ela, incluindo seu itinerário terapêutico, conforme relataremos no capítulo teórico que lhe cabe.

A técnica, o saber científico, a normatividade, a especialização dos saberes, enfim, os diversos dispositivos que operam por meio das instituições, ocultam, para Gadamer (2006), as questões vitais sobre a saúde e a doença, as quais dizem da tensão presente em nossa civilização fundamentada pelos ditames da ciência. Esta detém o saber sobre a doença, que é perturbação, perigo, algo com o qual se tem de lidar. A doença nesse contexto é tida como objeto, e como tal opera uma resistência à sua inserção nos acontecimentos da vida; é captada por uma objetivação que permite uma sujeição ao conhecimento nas práticas de saúde.

No entanto, a doença se auto-objetiva, revelando-se como um “lançar-se contra”, o “importuno”. O autor se refere à imprevisibilidade, ao mistério presente no caráter oculto da saúde: a ideia de que esta não se declara por si mesma. Ou seja, a saúde não pode ser de todo mensurada, submetida a padrões genéricos, a não ser até certo ponto; há uma medida natural que as coisas carregam em si: “Se não se pode medir verdadeiramente a saúde é por ela ser um estado da adequação interna e da conformidade com si próprio, que não pode ser superado por um outro controle” (Gadamer, 2006, p. 114).

É essa harmonia não manifesta, esse caráter ocultado, que ensejamos enfatizar na reflexão ética acerca dos modos de cuidar do sofrimento psíquico, entendendo a saúde mental também como uma expressão do ritmo da vida, de um equilíbrio que sempre volta a se estabilizar, como na concepção de Gadamer (2006).

Ao tomarmos o horizonte do segredo da saúde, não temos a pretensão de desvelá-lo, mas a motivação para reconhecê-lo e evidenciar sua relevância na intenção ética de estabelecer um compromisso com a desconstrução de dispositivos e técnicas que, durante muito tempo, legitimaram (e ainda legitimam) práticas excludentes, institucionalizantes e opressoras de pessoas em condição de sofrimento e adoecimento mental.

Na Grécia pré-socrática (Pessotti, 1995), o sofrimento psíquico era um castigo dos deuses irritados com a *hybris* dos homens. Em Homero, a *Atê* turva temporariamente a razão, fazendo da loucura um estado de desrazão. A paranoia resultava de dois tipos de possessão: pelas deusas Mania ou Lissa. Por ser obra de Zeus, o homem não é responsável por sua

loucura, e nenhum estigma é-lhe acarretado. A terapia era o misterioso *pharmakon*, que reinseria o sujeito em seu grupo social.

Nos textos trágicos, a loucura resulta da impossibilidade de escolha individual nos conflitos entre paixões, lealdades e deveres impostos pelo destino.

Nas obras de Eurípedes a loucura se psicologiza, e tanto a sua etiologia quanto os quadros clínicos são atribuídos às consequências das emoções na vida dos homens. O modelo mítico-teológico da antiguidade é substituído por uma visão racionalista das contradições, limitações e fraquezas humanas.

Com Hipócrates, o “pai da medicina”, a loucura - a perda da razão ou do controle emocional - é entendida como um efeito do desarranjo na natureza orgânica do homem. Sua etiologia deve ser buscada nas disfunções humorais. Tal concepção afasta definitivamente a influência divina na loucura. Essas ideias, que revelam uma visão organicista do distúrbio, terão profunda influência na medicina nos séculos XVIII e XIX.

Até então, predominava a visão da integralidade, o corpo e mente são unos e a saúde é o equilíbrio entre corpo/mente, interno/externo.

Já Platão lança uma visão completamente nova da *psyché*, ao considerá-la como composta de três almas: uma racional, o *logos*, uma afetivo-espiritual e uma terceira que seria apetitiva. Para este pensador, a loucura atestaria o desarranjo no equilíbrio das três componentes da *psychê*, fazendo com que a parte racional, o *logos*, perdesse o controle, chamando de aberração mental tal desarmonia, cujos eixos classificatórios são delírio místico, obsessividade, devaneio e sexualidade. Logo, torna-se possível aqui estudar a mente como dimensão independente.

Galeno descreve a epilepsia e a histeria e afirma que os estados mentais doentios podem ser tratados através de ações sobre o corpo, e se pergunta: “como o médico poderá explicar a loucura se a alma for imortal?” (SAMPAIO, 1998, p.25)

Paulatinamente o direito romano introduz no mesmo período a incapacidade civil e a inimputabilidade penal para os que não gozam de saúde mental perfeita. Aquela traz consigo a curatela, cabendo ao curador, geralmente um parente próximo, a administração dos bens materiais e a decisão sobre tratamento da doença mental. Neste sentido, verifica-se um processo de destituição da cidadania instituída pelo Estado de direito. Atualmente, tal prática encontra-se ainda no Código Civil<sup>11</sup> e Código Penal Brasileiro<sup>12,13</sup> trazendo embutida a noção de periculosidade e incapacidade do louco.

---

<sup>11</sup> Código Civil. Parte Especial. Capítulo 2. Seção I Dos Interditos. Art. 1.767. Estão sujeitos à curatela: I – aqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para os atos da vida

A visão medieval da loucura está intimamente associada, ou mesmo identificada, à possessão demoníaca, os doentes mentais tornam-se hereges, bruxas endemoniadas. Esta perspectiva ganha espaço à medida que a hegemonia do cristianismo se impõe, ou seja, os comportamentos já não são mais desígnios dos deuses, mas do demônio. O discurso não é mais voltado para a loucura em si, mas para “demonismo”, qualquer pessoa que fala algo estranho ou desconexo está com o demônio, modelo ainda presente nos ritos afro-brasileiros, espiritismo, religiões neopentecostais.

Nos séculos XV e XVI o peso das explicações religiosas em relação à loucura começa a perder terreno, na medida em que o estudo da medicina, fortemente influenciado pelo retorno das ideias de Galeno, passa a considerar componentes psicológicas na loucura, o que propicia o aparecimento da noção de alienado.

Na Era Clássica, não podemos deixar de trazer como referência Foucault (2010) e seu livro *História da Loucura: na idade clássica*, para compreender a saúde mental relacionada ao projeto de sociedade emergente nesta época ao historiar criticamente as condições que possibilitaram a constituição dos saberes sobre a loucura e seu silenciamento sob a tutela da razão, que a transforma em doença mental.

Na Renascença, os loucos tinham uma existência errante. As cidades os afugentavam para fora de seus muros, deixando-os correr para os campos distantes ou os confiando a grupos de mercadores e peregrinos em busca de milagres, surgindo daí a figura mítica da nau dos loucos vagando indefinidamente pelos rios.

Com o desaparecimento da lepra, os leprosários, locais utilizados para banir da esfera pública o convívio com os inválidos, dão lugar a outros tipos de doença, como a loucura e as doenças venéreas, marcadas pelo caráter excludente.

---

civil. II – aqueles que, por outra causa duradoura, não puderem exprimir a sua vontade. III – os deficientes mentais, os ébrios habituais e os viciados em tóxicos. IV – os excepcionais sem completo desenvolvimento mental. V – os prodígios. Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm)> Acesso 13/02/2012.

<sup>12</sup> Código Penal do Brasil. Parte Geral. Título III. Da Imputabilidade Penal. Inimputáveis. Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm) Acesso: 13/02/2012.

<sup>13</sup> O artigo 41, prevê que um condenado a quem sobrevém doença mental deve ser recolhido à hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou a estabelecimento adequado. Os art. 96 a 99 discorrem também sobre o recolhimento do doente à instituição capaz, porém dando à ação caráter de medida de segurança, pois não sendo senhor de suas faculdades mentais, ele ainda representaria uma ameaça à sociedade, não havendo garantias de que ele não cometa o crime novamente. Para uma discussão mais aprofundada sobre o assunto, recomenda-se o artigo PERES, M. F. T. e NERY FILHO, A. A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. **História, Ciências, Saúde**. Rio de Janeiro, vol. 9(2), p.335-55, maio-ago. 2002.

Na literatura, poetizada nas obras *Elogio à loucura* de Erasmo, *Dom Quixote* de Cervantes, para citar estas e na iconografia, a loucura é representada por figuras monstruosas, meio gente, meio bicho, como os quadros de Jerônimo Bosch e de Brueghel.



Bosch - O carro de feno

Com Descartes, a loucura se situará ao lado do sonho e de todas as formas de erro, emergindo como impossibilidade de pensamento.

Concomitante a tal processo, os loucos começam a ser aprisionados nos asilos juntamente com os criminosos, “vagabundos”, pobres, prostitutas, doentes, que se avolumam nos centros urbanos em virtude das mudanças provocadas pela Revolução Industrial, no século XVIII.

Em um primeiro momento, foram recolhidos em instituições que eram um misto de casa de correção, de caridade e hospedaria, um espaço onde imperava a lógica do depósito para os “inadaptados ao convívio social” (AMARANTE, 1998).

Assim, os hospitais não nasceram como instituições médicas, mas sim como instituições religiosas que ofereciam assistência filantrópica e humanitária aos pobres e necessitados, tendo também um papel de repressão, pois acolhia também os para lá encaminhados pela autoridade real ou judiciária.

Desse modo, a loucura estava mais associada a defeitos morais do que a perfis de uma nosografia psicopatológica.

Contudo, os ideais da Revolução Francesa trarão uma nova relação com a loucura. Uma destas transformações aconteceu com a instituição hospitalar. Indo ao encontro do lema Igualdade, Liberdade e Fraternidade, vários internos foram libertos, outras instituições assistenciais foram criadas pelo estado republicano e o hospital “foi transformado na instituição médica por excelência” (AMARANTE, 2007, p. 25), tornando-se um espaço de exame, de tratamento e de reprodução do saber médico.

Imerso nesse momento histórico, Philippe Pinel, ao trazer a loucura para o campo médico, funda a psiquiatria, como campo da medicina moderna e propõe: uma nosografia ao conferir à loucura o estatuto de alienação mental, diferenciando-a da ociosidade; uma relação específica entre o médico e o doente, onde o primeiro dizia a verdade da doença pelo saber que tinha dela e poderia submetê-la pelo poder que sua vontade exercia sobre o doente; um lugar, o manicômio, onde a medicina podia descobrir a verdade da doença, afastando tudo o que podia mascará-la, confundi-la ou dar-lhe formas bizarras.

Pinel defendia ainda que as causas da alienação mental estavam presentes no meio social; os loucos, embora liberados das correntes, deveriam ser submetidos a um regime de completo isolamento para serem tratados adequadamente, já que a alienação mental estava associada a uma desarmonia da mente, falta de controle das vontades, incapacidade de discernimento entre o certo e o errado, logo, à periculosidade, trazendo ainda consequências atuais de atitude social de medo e discriminação para com as pessoas rotuladas como tais.

Outros teóricos corroboraram com Pinel, como constatamos em tais citações de Kraepelin (1988, p.22, apud Amarante, 2007) e Esquirol, respectivamente: “todo alienado constitui de algum modo um perigo para seus próximos, porém em especial para si mesmo.” (...) “O isolamento é frequentemente uma necessidade urgente e absoluta, tanto para a segurança do próprio enfermo como da família, assim como para a tranqüilidade pública (...)”.

Nasce assim a institucionalização como imperativo fundamental para o tratamento das doenças mentais.

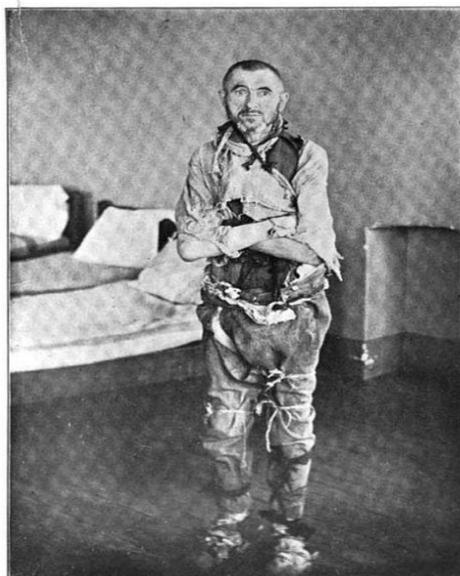


PLATE 11. Self-decorated manic patient.

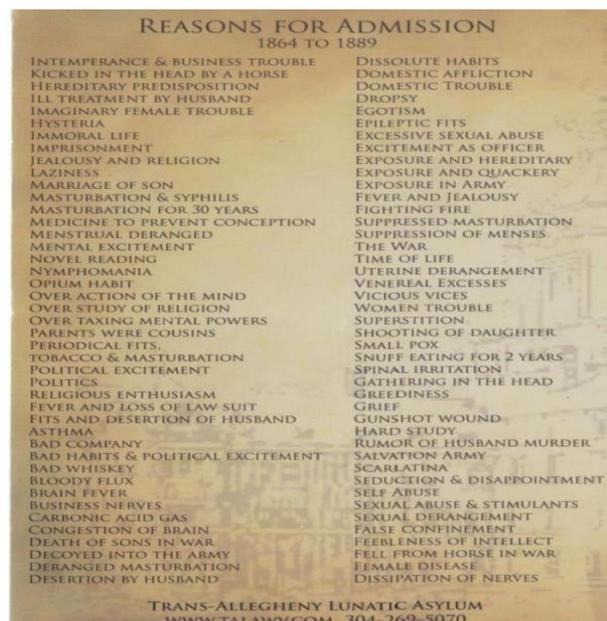


Figura 2 – Contenção física no século XIX

Figura 3 – Razões para a admissão no Asilo para lunáticos

Diniz (2013) no censo realizado nos 26 Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico existentes no Brasil constatou que temos 3989 pessoas morando nestes locais e destas 741 pessoas já deveriam estar em liberdade, 606 indivíduos internados há mais tempo do que a pena máxima em abstrato para a infração cometida e 18 estão presas há mais de 30 anos, tempo máximo previsto no Código Penal, um dos quais é um senhor que ficou preso 53 anos por furto de comida. A lei brasileira diz que esses pacientes podem ficar nos manicômios por tempo indeterminado se não tiverem um laudo atestando que não representam mais perigo e como há atraso na realização do exame tais violações acontecem.

No Mutirão Carcerário, realizado no Ceará, pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) em agosto de 2013, foram encontradas seis pessoas internadas que já tiveram declaradas extintas as suas punibilidades, sendo um deles com o maior tempo de encarceramento do país, desde a década de 60, quando deveria ter sido solto em 1989, porém permanecem recolhidas devido ao abandono dos familiares, acrescido ainda ao fato da ausência de uma instituição hospitalar própria para abrigá-los. A Secretaria Municipal e a Estadual de Saúde alegam não ter vagas nos serviços de saúde, em especial as residências terapêuticas, para essas pessoas<sup>14</sup>.

No levantamento bibliográfico da autora citada antes, ela verificou que não há evidências científicas na literatura internacional que sustentem a periculosidade de um indivíduo como uma condição vinculada à classificação psiquiátrica para o sofrimento mental e pelo resultado do censo foi visto não haver periculosidade inerente aos diagnósticos psiquiátricos e nem este é determinante para a infração penal cometida. Diniz defende que a ausência de tratamento de saúde, o abandono de redes sociais de cuidado e proteção, a carência de políticas sociais eficazes para essa população possam ser fatores desencadeantes do ato infracional, haja vista, essa é uma população majoritariamente masculina, negra, de baixa escolaridade e com periférica inserção no mundo do trabalho.

Tal lógica assemelha-se também ao preconizado na atual Política Nacional sobre Drogas, através do programa Crack, é possível vencer<sup>15</sup> (2011-2014), para o tratamento dos usuários nas comunidades terapêuticas e a internação compulsória, com o mesmo argumento de afastar os pacientes do convívio social para evitar o consumo da droga e que estes representam um sério perigo à sociedade ao associar o elevado número de crimes ao uso de tais substâncias.

---

<sup>14</sup> DIÁRIO DO NORDESTE. THAYS LAVOR. **Seis pessoas continuam presas mesmo com as penas extintas.** Disponível em <http://diariodonordeste.globo.com/materia.asp?codigo=1313710> Acesso 03 setembro 2013

<sup>15</sup> Mais informações sobre o programa no sítio <http://www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/home>.

Apesar de não serem objetos de estudo de nossa pesquisa, quisemos trazer esses dados para mostrar que a institucionalização, preconceitos e a correlação do louco com a periculosidade e a má qualidade do cuidado para com estes não ficaram para trás com Pinel e os hospitais psiquiátricos e que nas narrativas dos sujeitos que pesquisamos encontramos longos períodos de internação.

Além disso, esses dados nos dão pistas de que o cuidado de usuários com sofrimento psíquico muitas vezes restringe-se a um único dispositivo e ainda permeia o imaginário das pessoas leigas, profissionais da saúde, da justiça e gestores ser o hospital psiquiátrico única alternativa para atenção aos casos de transtorno psiquiátrico grave, desvelando desde já a desarticulação da rede de atenção psicossocial e seus desafios em atender demandas tão complexas.

Voltando ao percurso histórico, para Foucault, o discurso da psiquiatria se constituiu um monólogo da razão sobre a loucura ao afirmar que desta doença conhecia o bastante para saber que o louco não pode exercer sobre ela e em relação a ela nenhum direito. “Sua loucura, nossa ciência permite que a chamemos doença e daí em diante, nós médicos estamos qualificados para intervir e diagnosticar uma loucura que lhe impede de ser doente com os outros: você será então um doente mental” (1979, p. 127, apud ALBUQUERQUE JUNIOR ET AL, 2008, p.311).

Consoante tal pensamento, para Castel (1991) esta nova ciência, ao diferenciar o louco do cidadão comum, do criminoso e do miserável, emerge como resposta a uma problemática social nascente com o sistema capitalista ao deslocar a questão política do problema para outra “puramente” técnica: “com a medicina, a loucura passou a ser administrável” (p. 19).

Outros hospitais psiquiátricos foram criados e novas classificações nosográficas vieram com Esquirol (1772-1840), Kraepelin (1856-1926), Karl Jaspers (1883-1969), Eugen Bleuler, entre outros.

Destes, o segundo autor consolidou o modelo monocausal em Psicopatologia, trazendo a classificação, ainda hoje aceita, por etiologia suposta e evolução dos quadros. O Código Internacional de Doenças (CID), já em sua décima revisão, e o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM), na quinta edição, os inventários de

personalidade e os questionários epidemiológicos de morbidade psiquiátrica mais usados, são todos herdeiros diretos das concepções kraepelinianas. (SAMPAIO, 1998)

Portanto, um dos desdobramentos da síntese alienista foi o que investiu na busca da causalidade biológica para compreensão do processo saúde-doença com expressão moral ou comportamental e na investigação do lugar onde esta se alojava.

Essa perspectiva vem ocupando o pensamento psiquiátrico desde o século XIX até nossos dias. No século XXI, o cérebro é um órgão fundamental na representação de pessoa que atravessa a cultura ocidental moderna. Ele possui uma posição hierarquicamente superior a outros órgãos do corpo humano, e, de certa forma, ao corpo ele mesmo.

Além disso, a noção de mente aparece, em um certo conjunto de representações, como um epifenômeno do cérebro, uma consequência da atividade neuronal. Uma ideia bastante divulgada hoje é a de que cada indivíduo se confundiria com o seu cérebro. Aquilo que somos e sentimos seria um produto direto dessa complexa rede de aproximadamente 100 bilhões de neurônios.

Para Azize (2010), temos um novo *cogito*, não mais com a forma *penso, logo existo*, mas sim uma espécie de *existo porque tenho um cérebro que pensa*. Com isso, um vocabulário relacionado às “novas ciências do cérebro” – neurônios, neurotransmissores, sinapses, serotonina, etc. – começa a fazer parte do acervo semântico do qual o público lança mão em seu cotidiano para falar dos mais variados temas que dizem respeito ao comportamento e sentimentos humanos.

Em uma curta entrevista à revista *Veja*, o fisiologista e neurocientista Erik Kandel, que recebeu o prêmio Nobel de medicina em 2000, afirma que já existem, por exemplo, estudiosos analisando imagens cerebrais de pessoas com distúrbios mentais, para detectar possíveis anormalidades e descobrir como elas são revertidas com a psicoterapia. (Revista *Veja*, edição 2147, ano 43, n.2, como parte da reportagem “A conquista da memória”, p.78-87.)

Para Andreasen (2005, apud Azize, 2010) estaríamos na “era de ouro da neurociência”, e o projeto para o século XXI seria encontrar uma “penicilina para a doença mental”, ou seja, da insônia à inteligência, da ‘depressão’ à ‘ansiedade’ em suas várias manifestações, novas e velhas questões têm etiologia, cura ou debate ligados ao cérebro e aos neurotransmissores e o marketing dos laboratórios farmacêuticos tem uma influência central nessa mudança de perspectiva.

Ao estabelecer uma correlação direta entre os fenômenos físicos e epifenomenais que acontecem no cérebro, ou seja, reduzindo a esfera do ‘mental’ ou ‘psicológico’ a uma consequência física da rede neuronal, dilui-se aquilo que conhecemos como o dualismo mente/corpo, herança do pensamento cartesiano, em nome de uma perspectiva cerebralista da pessoa. Se nós somos o nosso cérebro, todas as capacidades humanas, para o bem e para o mal, estão relacionadas a este órgão, e não a qualquer estrutura de caráter metafísico.

Outra consequência é à medida em que as hipóteses psicológicas deram espaço para as fisiológicas, as pessoas que antes temiam buscar atendimento psicológico e/ou psiquiátrico com receio de ser consideradas loucas, passaram a descrever o que sentiam e buscar a explicação para tal no cérebro (TURATO, 2003), como vamos mostrar no capítulo referente aos resultados na subcategoria A2. *Concepções da saúde/doença mental* (p.113).

Sem negar ou diminuir a importância dessas descobertas, dos fármacos que tem contribuído para o retorno do sujeito ao espaço social, salientamos que essas ferramentas não respondem a todas as necessidades vividas por este, exemplificada nos resultados da categoria B) *Qualidade do cuidado* (p.133).

Nesta incursão adentramos na história para compreender os nexos entre o processo saúde-doença mental e os modos de cuidado historicamente utilizados no enfrentamento da loucura. Este desdobramento tem repercussões enraizadas culturalmente, com construções quanto à forma de conceber os sujeitos em sofrimento psíquico na atualidade, modelando a fruição de novas formas de cuidado.

Com o passar dos anos, a ineficácia do tratamento asilar, a dificuldade em estabelecer os limites entre a loucura e a sanidade, as denúncias de violência contra os internos puseram em xeque a psiquiatria vigente. O isolamento trouxe consequências danosas e passa a ser o caminho para a cronicidade e estigma.

Uma primeira tentativa de retomar a instituição psiquiátrica como lugar terapêutico veio com a organização das colônias de alienados, construídas em grandes áreas agrícolas nas quais os alienados submetiam-se ao trabalho terapêutico.

Ainda no século XIX, no Brasil, o Imperador Pedro II fundou um hospital de alienados, o Hospício Pedro II, um anexo do Hospital da Santa Casa de Misericórdia, para abrigar os loucos trancados nos quartos de suas famílias, os que andavam livremente pela cidade e os que habitavam neste hospital. Era intenção da sociedade daquela época organizar, disciplinar e normalizar a cidade em busca de salubridade.

Sobre a relação entre ciência e assistência psiquiátrica, quando da criação e inauguração do hospício (1841 e 1852), a ciência psiquiátrica brasileira ainda não se

constituíra enquanto tal. Isso só iria ocorrer paulatinamente, a partir de um alargamento do campo de possibilidades de participação da medicina nos projetos relativos à assistência à população.

As primeiras colônias brasileiras foram criadas logo após a proclamação da República, continuando sua expansão no século seguinte por todo o país, difundindo o modelo asilar.

A Liga Brasileira de Higiene Mental foi fundada em 1923, por Riedel, com o objetivo de prestar assistência ao doente mental. Esse objetivo inicial, entretanto, foi sendo alterado e as metas da liga passaram a enfatizar a profilaxia e a educação de indivíduos, transferindo a preocupação da cura para prevenção, o que teria sido um avanço não fosse essa preocupação pautada nas ideologias eugênicas.

Sob essa perspectiva, a Psiquiatria pretendia exercer controle sob as problemáticas pelo ordenamento do espaço urbano. Tinha autoridade para punir e banir os desajustados. Buscaram combater o alcoolismo, o jogo, a prostituição e o crime. A doença mental era sinônimo de criminalidade, fazendo-se assim o pareamento entre louco e periculosidade, sempre com base na teoria da degenerescência (ORNELLAS, 1997)

À medida que a falta de remédios específicos para os enfermos psiquiátricos continuava, o processo de degradação da assistência psiquiátrica pública no Brasil, seguindo o resto do mundo, se aprofundava. A degradação só poderia ser detida com a descoberta de fármacos psicotrópicos, que possibilitaram o efetivo enfrentamento das enfermidades mentais. Foi a revolução psicofarmacológica. À penicilina, que tratava efetivamente a sífilis, acrescentaram-se os neurolépticos e os antidepressivos, que transformavam os portadores das grandes psicoses em pacientes ambulatoriais (ORNELLAS, 1997).

Mas tal avanço implicou outro problema: a assistência psiquiátrica pública se dividiu em duas: a assistência patrocinada pelo Estado e aquela mantida pela previdência social pública, que se multiplicou movida única ou predominantemente pela busca de lucro.

O doente mental se transformou em uma fonte inesgotável de lucro para empresários que viviam dessa condição, a hospitalização foi priorizada unicamente porque era mais lucrativa para quem a promovia. Exemplo disso é que os Hospícios estavam com lotação muito acima da sua capacidade, como o Juqueri, em São Paulo, com quase 15 mil pessoas, ou o São Pedro, em Porto Alegre, com 3.200 internos, quando as vagas eram 1.700.

Esse fato se refletiu na assistência pública direta, uma vez que se transformou em paradigma terapêutico na consciência social e na ideologia de muitos terapeutas. Deu-se também o fenômeno de transferência de pacientes desospitalizados na rede pública para serem

internados em serviços credenciados pela previdência social pública. Essa situação foi muito agravada pela instituição da ditadura militar e pelo avanço ideológico neoliberalista (ORNELLAS, 1997).

Para termos uma ideia, em 1941, o Brasil possuía 62 hospitais psiquiátricos, sendo 23 públicos e 39 privados, representando 19,3% dos leitos. Em 1961, este número sobe para 135, destes, 54 eram hospitais públicos e 81 privados. Enquanto os leitos privados tiveram um aumento de 24,9%, os leitos públicos sofreram uma redução de 75,1%.

Atualmente, em Fortaleza das seis instituições credenciadas que tínhamos, temos ainda duas, o Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo e a Instituição Espírita Nosso Lar.

A partir da II Guerra Mundial, configura-se um amplo campo de questionamento dos valores vigentes, de discussões sobre as desigualdades sociais e acirramento da luta por políticas sociais mais amplas. As conquistas sociais repercutem também na saúde, agora como um direito, cabendo ao Estado gerenciar e responsabilizar-se por esta. A medicina de caráter exclusivamente curativo, já não responde às necessidades, deve-se antecipar às causas da doença e promover a saúde.

No campo da assistência psiquiátrica, a grande quantidade de soldados com distúrbios mentais e a ineficiência do hospital psiquiátrico em resolver tal demanda, o desperdício de mão-de-obra tão necessária para a reconstrução dos países devastados e a constatação da desumanidade do tratamento nestes lugares, evocaram experiências de



“reformas psiquiátricas” (AMARANTE, 2007)

Figura 4- Foto de um quarto de manicômio.

Birman & Costa (1994) apontam, primeiramente, para o desenvolvimento de um processo de crítica à ineficiência da instituição asilar, que conduz ao resgate da ‘função curativa’ do manicômio através da reforma da instituição psiquiátrica. Este período é marcado pelas grandes Reformas Asilares<sup>16</sup> iniciadas com as experiências das Comunidades Terapêuticas (Inglaterra) e com o movimento de Psicoterapia Institucional (França) - nas

<sup>16</sup> Para maiores informações sobre as características de cada uma das reformas psiquiátricas citadas, recomendamos o livro Saúde Mental e Atenção Psicossocial, do Paulo Amarante, no qual este detalha também as potencialidades e limitações para o avanço de um cuidado integral, humanizado, de qualidade, como defendemos.

quais a lógica do tratamento baseia-se, respectivamente, no conceito de reeducação social ou aprendizagem ao vivo (‘pedagogia social’) e na concepção de que a doença está na instituição e, portanto, é a instituição como corpo vivo quem deverá ser ‘tratada’.

Num segundo momento, o que se observa é a ampliação do dispositivo psiquiátrico para as comunidades, para o espaço público, tendo como meta a prevenção e a promoção da saúde mental. Parece haver uma superação das reformas restritas ao espaço hospitalar, entretanto acompanhada de uma projeção difusa da terapêutica e do saber psiquiátrico para o corpo social – fato este que traz consigo implicações políticas e ideológicas bastante problemáticas no campo da assistência. Representam este movimento de reforma do modelo psiquiátrico, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva nos Estados Unidos e a Psiquiatria de Setor na França.

As mesmas condições que estruturam o surgimento e a consolidação da Psiquiatria Institucional são as que tornam propício o projeto da Psiquiatria de Setor e da Psiquiatria Comunitária. Em ambas, a estratégia utilizada visa a promoção da saúde mental entendida como processo de adaptação social.

A Antropologia Médica também potencializou uma nova perspectiva sobre a origem e o desenvolvimento das doenças mentais, uma vez que compartilhou a ideia de que a evolução das doenças não constitui realidade objetiva e inquestionável, mas sobrevém de acordo com o sujeito, com o grupo sociocultural e os significados que lhe são atribuídos pela sociedade e pelos próprios profissionais. Ainda que a *doença* seja referência para se pensar *saúde*, o enfoque antropológico retira o foco da doença e o situa na pessoa que sofre (OLIVEIRA, 2008).

Deve-se reconhecer as contribuições da Antipsiquiatria, pois para Foucault (2010), a mesma tem o mérito de trazer um novo olhar sobre a experiência da loucura. Esta é entendida por ele como “tudo aquilo que coloca em questão o papel do psiquiatra como o encarregado de produzir a verdade da doença no espaço hospitalar” (p. 311). Além disso, enfatizou a interdependência social da elaboração coletiva da experiência e das identidades de grupos e indivíduos. A ideia de que a saúde mental do indivíduo dependia, além dela mesma, de suas relações com o outro e com o mundo também trouxe aportes significativos para a área (OLIVEIRA, 2008).

Definição e pressupostos suscitam múltiplas interpretações e, se observarmos as diferentes experiências que tem usado o termo Reforma Psiquiátrica para se legitimarem,

podemos perceber que tantas serão as versões quantas sejam as experiências concretas que foram ou estejam sendo desenvolvidas nos diferentes lugares.

Não obstante o Movimento Humanista, a Antropologia Médica e a Antipsiquiatria tenham representado grandes contribuições para uma concepção mais ampliada de saúde mental, foi apenas com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, na década de 1980, contemporânea ao Movimento Sanitarista, que houve uma preocupação em modificar os modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde mental como um todo, defendendo os seguintes aspectos: os direitos dos pacientes psiquiátricos; a equidade na oferta dos serviços; o protagonismo dos usuários; e a autonomia dos profissionais dos serviços de saúde nos processos da gestão e na produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

Paulo Amarante situa o “Início do movimento da reforma psiquiátrica” entre os anos de 1978 e 1980. No seu modo de ver, “[...] o movimento da reforma psiquiátrica brasileira tem como estopim o episódio que fica conhecido como a Crise da DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental). (AMARANTE, 1995, p. 51). Em abril de 1978, um episódio de denúncia de falta de condições humanas e de trabalho, no então já denominado Centro Psiquiátrico Pedro II, o velho hospício do Engenho de Dentro, resultou em apoios políticos e notícias na imprensa. Os principais pontos de denúncia e reivindicação eram: péssimas condições de trabalho, falta de garantias trabalhistas, ameaças a profissionais e pacientes, agressões, estupros, trabalho escravo.

Com a derrocada da ditadura, criaram-se condições para uma reação mais eficaz. Era o início da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

A década de 1980 foi marcada por intenso processo de mudanças relacionadas às práticas de cuidado em saúde mental, envolvendo o questionamento dos conceitos instituídos e a constituição de novos referenciais teóricos e políticos no contexto da reforma psiquiátrica. Nesse sentido, Costa-Rosa et al (2003) apontam para configuração de um novo paradigma de atenção psicossocial, substitutivo ao modelo iatrogênico e cronificador do manicômio, tendo como estratégia de transformação a desinstitucionalização dos saberes e práticas psiquiátricas, compreendidas como um processo histórico e social de apropriação da loucura e do seu mandato social de tutela, controle, segregação.

Paralelo a este movimento, ganhou força o que Serpa Jr (1998) chama de psiquiatria biológica, um campo de pesquisa com o objetivo de descobrir o correlato biológico das desordens psiquiátricas a fim de estabelecer sua etiologia, terapia e diagnóstico. Esse panorama fica evidente, a partir dos anos 50, com a criação do Manual de Diagnóstico e

Estatística dos Transtornos Mentais- DSM- pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) como alternativa à Classificação Internacional das Doenças (CID).

A primeira versão do DSM baseava-se numa compreensão “psicossocial” da doença mental, concebida como uma reação a problemas da vida e situações de dificuldade individuais. Em 1968, é publicado o DSM-II e as diferentes formas de sofrimento psíquico passam a ser compreendidas como níveis de desorganização psicológica do indivíduo, com forte influência da psicanálise, sendo a maioria das doenças classificadas como neurose.

Já o DSM-III vai ser caracterizado como um manual descritivo e atóxico, baseado em princípios de testabilidade e verificação em que cada transtorno passa a ser identificado por critérios acessíveis à observação e mensuração empírica, atendendo às pressões dos seguradores, planos de saúde, laboratórios farmacêuticos para o estabelecimento de diagnósticos corretos e tratamentos de menor tempo e custo.

Esta visão fiscalista da doença mental trouxe como consequência a redução da importância do diálogo com o paciente e a preocupação com seu contexto psicossocial. Em 1994, a APA publica o DSM-IV mantendo os mesmos parâmetros classificatórios, pautado por critérios e hierarquia diagnósticos e no sistema multiaxial de avaliação. Sai o termo transtorno mental orgânico para evitar a falsa ideia de que outros transtornos mentais não teriam uma base biológica.

Em 2013, foi apresentado o DSM-V com a inclusão de novos transtornos e já chega com rejeição e críticas de diversas partes de que neste há uma tendência da psiquiatria a transformar comportamentos e experiências do cotidiano em patologias mentais, como birra infantil, tensão pré-menstrual e tristeza justificada pela perda de entes queridos, agora classificados como Transtorno Disruptivo de Desregulação do Humor, Transtorno Disfórico Pré-Menstrual e Transtorno Depressivo Maior, respectivamente.

A padronização dos procedimentos diagnósticos possibilitou que o DSM fosse disseminado pelo mundo, pois permite que pesquisadores de diferentes orientações teóricas e ambientes culturais cheguem a um mesmo diagnóstico, levando à globalização da psiquiatria norte-americana. Junto a isto, houve a superespecificação das categorias diagnósticas e produção de novos psicofármacos, o aumento do número de pessoas que em algum momento da vida se encaixam nessa categorização foi tamanho que se tornaram exceção as pessoas que não entram em nenhum diagnóstico. O impacto foi tanto que em 1990, o presidente americano George Bush proclamou a Lei Pública 101-58 declarando os anos 90 “a década do cérebro”, baseado nas despesas acima de 136 bilhões gastas com os transtornos mentais.

A partir daí, o médico deve orientar seu raciocínio clínico exclusivamente pela semelhança das descrições de um grupo de sinais e sintomas que o paciente apresenta na entrevista, o que acarretou uma descontextualização do modo de subjetivação do paciente, no qual o médico é quem conhece sua doença e tratamentos, produzindo uma desimplicação do sujeito em relação ao seu sofrimento e este deixa de ser pensado como uma narrativa ligada a uma história singular, cabendo à medicina e aos remédios universais eliminá-lo. Essa mudança faz com que a população recorra a consumos de medicamentos, hospitais, serviços de saúde mental, reconfigurando seu itinerário terapêutico ao monopólio biomédico, conforme relatado em algumas narrativas ouvidas por nós, presentes na categoria A (p.117).

A partir desse ideal de saúde propagado pela indústria médica-farmacêutica qualquer sinal de sofrimento é visto como ultrajante, devendo ser aniquilado, qualquer diferença em relação ao ideal é vista como desvio da perfeição, devendo ser corrigida sob anestesia e supressão da angústia, é o que chamamos de medicalização da saúde (MARTINS, 2009).

Em o *Nascimento da medicina social*, Foucault (1990) aponta os efeitos da medicalização da vida e do espaço social, no qual os doentes tendem a perder “direito sobre seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem” (p.96).

Novas definições são usadas no campo da Psiquiatria como transtorno mental (em português e espanhol), desordem mental (em inglês) e portadores de transtornos mentais pela legislação brasileira.

Entendem-se como transtornos mentais e comportamentais, conforme escrito no CID-10 e DSM-V, condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento.

Uma incidência de comportamento anormal ou um curto período de anormalidade do estado afetivo não significa em si mesmo a presença de distúrbio mental ou de comportamento. Para serem categorizadas como transtornos, é preciso que essas anormalidades sejam sustentadas ou recorrentes e que resultem em certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal em uma ou mais esferas da vida (OMS, 2001).

Amarante (2007) tece uma crítica a tais termos ao considerar que estes remetem a uma pessoa transtornada, em desordem, uma não-ordem, que carrega um fardo enorme. Daí o campo da saúde mental e atenção psicossocial preferir o termo sujeitos “em” sofrimento psíquico, conferindo ênfase à experiência vivida do sujeito, aproximando-se assim da

realidade de todos os indivíduos, uma vez que todos estão sujeitos a ter algum tipo de sofrimento psíquico em uma época de sua vida.

O objetivo passa então a ser promover a saúde mental, preparando a população e profissionais da saúde para lidar com o sofrimento psíquico, e não apenas com a doença mental (CABRAL ET AL, 2000).

Outro entendimento vem da inclusão, pela OMS (2003), dos distúrbios mentais como condição crônica. Esta é definida como problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo por um período de vários anos ou décadas. Vistas sob essa perspectiva, as “condições crônicas” abarcam uma categoria extremamente vasta de agravos, a saber: doenças transmissíveis e não transmissíveis e incapacidades estruturais.

As condições crônicas apresentam um ponto em comum: elas exigem cuidado contínuo e prolongado. Contudo, condição crônica não é similar ao conceito de doença crônica. Esta associa-se a uma patologia, à doença propriamente dita, em um nível temporal, de permanência. Já condição crônica, remete aos aspectos sociais, familiares de enfrentamento que a cronicidade traz.

Esta conceituação tem consequências importantes para nosso estudo, pois esse cuidado continuado é, via de regra, produzido e gerenciado pela família e as redes tecidas por elas, instaurando no cotidiano modos nem sempre fáceis de convívio, daí também a inclusão dos familiares como sujeitos da pesquisa (PINHEIRO ET AL, 2011).

Portanto, o tratamento para os sujeitos que apresentam condições crônicas não termina nem começa na porta do serviço de saúde. Precisa se estender para além dos limites da clínica e permear o ambiente doméstico e de trabalho dos pacientes. Além disso, as comunidades, muitas vezes, podem preencher uma lacuna nos serviços de saúde que não são fornecidos por um sistema de saúde organizado, quando da busca, por exemplo, de recursos (não oficiais” de cura).

Reiteramos, em nosso estudo, frente a diversidade de denominações utilizadas para “o louco”, a preferência por identificá-los como *peças em sofrimento psíquico*. Em primeiro lugar porque, como já dissemos anteriormente, tomar a pessoa, e não a doença, como ponto de partida enriquece a compreensão do que a motiva a procurar ajuda e, portanto, permite um cuidado que se adapta à diversidade de todas as pessoas e, ao mesmo tempo, dá conta da integralidade de cada um. As pessoas procuram cuidado porque sofrem, e não porque tem uma doença. Muitos dos que sofrem e procuram atendimento, podem se enquadrar em alguns dos vários diagnósticos psiquiátricos, mas dificilmente este explica todo seu sofrimento.

Ao trazer esta trajetória histórica vamos ao encontro do pensamento de Duarte (1994) para o qual um debate entre as categorias é útil para colocar em questão o estatuto do sofrimento e da pessoa na cultura ocidental e rever as possibilidades heurísticas dessa discussão, para análise da organização do vasto e complexo aparelho institucional armado em torno das terapêuticas psicológicas, psiquiátricas e médico- psiquiátricas.

Ao deparar-se com essa amplidão de atribuições endereçadas ao termo saúde mental, tem-se em conta que, tanto ao falar em saúde quanto em uma saúde mental, pisa-se em um terreno delicado, perpassado pela cultura, pela história dos movimentos sociais, pelos limites do individual e do coletivo, pelo contexto político, pelos anseios de uma época, pelo desenvolvimento científico, pelas relações de poder.

Vê-se a importância da discussão sobre a definição de saúde mental já que, como escreve Caponi (2003):

aceitar um determinado conceito ou idéia de saúde implica escolher certas intervenções efetivas sobre o corpo e a vida dos sujeitos individuais, e implica, ao mesmo tempo, uma redefinição deste espaço onde se exerce o controle administrativo da saúde dos indivíduos, entendidos como grupo humano, como população (p. 61).

Por fim, entendemos que a saúde e a doença devem ser compreendidas como processo, pois estão vinculadas a situações singulares e complexas da existência humana, que, por sua vez, tem um caráter dinâmico, de poucas certezas. Isto nos remete a biografias, culturas, histórias, a sujeitos sociais concretos, com suas trajetórias e mundos subjetivos, que são muito mais do que sintomas, resultados obtidos em escalas padronizáveis, mais do que possa dar conta uma ou outra concepção teórica. (DALMOLIN,2006)

Retornando ao processo histórico de organização dos serviços de atenção psicossocial, inicialmente, a Reforma Psiquiátrica buscou denunciar os maus-tratos e a desumanização dos pacientes psiquiátricos, sendo o hospício comparado aos campos de concentração de guerra. Anos depois, a reforma psiquiátrica, de fato, representou um processo político e social complexo, baseado em críticas ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico (VASCONCELOS, 1997). Sua principal proposta era alvitrar um novo modelo de atenção em saúde mental denominado *modelo psicossocial*. Tal modelo tem como principais características a percepção integral do sujeito, a interdisciplinaridade de profissionais e um trabalho territorial com vistas à desinstitucionalização. Como já dissemos, esse período foi marcado pela denúncia da violência nos manicômios, da mercantilização da loucura e da hegemonia de uma rede privada de assistência (MENEZES; YASUI, 2009).

Sobre a Reforma Psiquiátrica, Amarante (2007) assinala que sua efetivação pode ocorrer com base em quatro dimensões interconectadas. A dimensão *teórico-conceitual* representa um conjunto de teorias e conceitos, cuja superação do foco na doença e no diagnóstico favoreça novas abordagens de cuidado em saúde mental. A dimensão *jurídica-política* vincula-se às questões de cidadania e direitos humanos, amparadas por legislações relacionadas ao campo da saúde mental. A dimensão *técnico-assistencial* refere-se ao uso de tecnologias e de modelos de atenção pautados em práticas de acolhimento, escuta e horizontalização das relações. A dimensão *sociocultural*, por sua vez, diz respeito à inauguração de espaços sociais para a loucura por meio da reinserção psicossocial.

A principal influência da Reforma Psiquiátrica no Brasil adveio da Psiquiatria Democrática Italiana de Basaglia. As ideias basaglianas chegaram ao Brasil de maneira mais contundente na década de 1980, concomitantemente ao advento do SUS.

A criação do SUS, fruto da Reforma Sanitária brasileira, representava um descontentamento em relação ao sistema de saúde previdenciário de cunho médico-assistencialista ditatorial. A tentativa de implantação da Reforma Sanitária surgiu do movimento sanitário, liderado por trabalhadores e intelectuais, que buscava o direito universal à saúde e a criação de um sistema único de saúde que estivesse sob a responsabilidade do Estado. Tais questões foram fortemente abordadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, conferindo destaque ao pacto federativo descentralizado e à democratização da saúde no Brasil (BRASIL, 2006).

Inspirado na referida Conferência, o SUS trouxe ao debate às seguintes questões: a busca por uma concepção mais ampliada da saúde; a saúde como direito e dever do Estado; a instituição de serviços, perpassados pelo princípio da universalidade, integralidade, descentralização e hierarquização dos níveis de atenção; e a valorização da participação popular e do controle social dos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2006). As influências da Reforma Psiquiátrica, somadas aos novos preceitos e ações do SUS, culminaram com a tentativa de reorientação do modelo de atenção em saúde mental no Brasil.

No ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional e intensa mobilização do Movimento de Luta Antimanicomial, a Lei Paulo Delgado foi sancionada no País, redirecionando a assistência em saúde mental por via da oferta de cuidados em serviços de base comunitária e de proteção aos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Logo em seguida, na conjuntura da promulgação da Lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, a política de saúde mental se alinhou às diretrizes da

reforma psiquiátrica, ganhando maior sustentação e visibilidade, ao propor a desinstitucionalização de pessoas com longos períodos de internação psiquiátrica. Esse processo ganhou grande impulso em 2002, por intermédio de uma série de normatizações do Ministério da Saúde, que instituiu mecanismos para a redução responsável de leitos psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Nesta mesma perspectiva, a Carta de Ottawa (OMS, 1986) preconizou a promoção da saúde como um processo que capacita as pessoas a atuarem na melhoria da qualidade de vida, compreendendo maior participação no processo saúde-doença, não se restringindo ao enfoque estritamente biológico. De acordo com a OMS, para que a saúde seja promovida, é necessário envolver as comunidades locais na identificação dos problemas relacionados à saúde para explanarem prioridades no desenvolvimento de soluções adequadas as suas realidades, culturalmente aceitáveis, com os recursos disponíveis localmente, implicando uma perspectiva de conscientização e participação social.

A participação comunitária passa a ser entendida como um dos elementos essenciais para promover saúde e possibilitar práticas inovadoras em saúde mental. A educação, os movimentos populares e as políticas públicas podem potencializar a participação nessa acepção (VIEIRA, 2008). De modo a garantir os princípios da participação comunitária no campo da saúde mental, setores da saúde pública e dos direitos humanos concentraram esforços para estabelecer redes substitutivas com base territorial, cujo projeto implica a integração dos usuários às suas famílias e à comunidade.

Essa proposta está em consonância com a dinâmica de descentralização das ações e dos serviços de saúde aludida na Constituição Federal de 1988 (artigos 1º e 204), nas Leis Orgânicas de Saúde (Lei nº. 8.080/90 e Lei nº. 8.142/90) e nas Normas Operacionais do SUS, refletindo na esfera dos interesses dos cidadãos, inclusive daqueles em sofrimento psíquico (CORREIA; LIMA; ALVES, 2007).

A atual política nacional de saúde pretende estimular a corresponsabilidade da sociedade e do Estado na oferta do tratamento humanizado, estruturado de acordo com os princípios da territorialidade e da integralidade do cuidado, sendo a internação psiquiátrica o último recurso terapêutico a ser adotado (CORREIA; LIMA; ALVES, 2007). Os seus princípios objetivam:

- (1) implementar uma política de promoção de direitos em saúde mental comprometida com as necessidades da população, seguindo o ideário da reforma psiquiátrica;

- (2) conceber o campo de ação em saúde mental de forma ampla, estimulando práticas que possibilitem maior humanização e acolhimento dos serviços de saúde e dos espaços públicos em geral;
- (3) promover a integralidade das ações de saúde mental em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica como eixo da rede de serviços de saúde em geral e dos serviços específicos de saúde mental;
- (4) promover cuidados de saúde mental no plano comunitário, por meio de ações e atividades contínuas de educação popular em saúde junto à população;
- (5) favorecer a universalidade de acesso aos serviços de saúde; e
- (6) incentivar a organização social e política da população, sobretudo de usuários e familiares dos serviços de saúde mental, na discussão do funcionamento e avaliação dos serviços de saúde. Trata-se de avançar na conquista da inclusão social, de modo que o controle social tenha papel determinante na estruturação e implementação da política de saúde mental.

As mudanças mais expressivas no tocante à assistência em saúde mental começaram a materializar-se, principalmente, com a criação do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, considerado referência na rede substitutiva ao hospital psiquiátrico (BRASIL, 2005).

Substitutiva na medida em que são práticas que visam outros tipos de objetos e formas de cuidar, bem como operadoras de outras perspectivas de normatividades sociais, históricas e imaginárias, como diz Feuerwerker e Merhy (2008) em um estudo sobre medicalização e substitutividade.

Os CAPS são dispositivos destinados a acolher os usuários com transtornos mentais, de modo a facilitar sua autonomia e integração familiar e social no território.

Entende-se por *território* não apenas um recorte de uma área geográfica, mas também um espaço físico, simbólico e cultural, onde se desenvolvem as interações e o cotidiano de usuários e familiares (BRASIL, 2004).

O território é formado, essencialmente, pelas pessoas que nele circulam, incluindo seus cenários: os equipamentos de saúde, a igreja, a escola, o trabalho etc. Isso significa que é fundamental organizar uma rede de atenção em saúde mental que esteja articulada com os cenários de cada território adstrito. Portanto, os CAPS devem assumir seu papel estratégico na tessitura dessas redes.

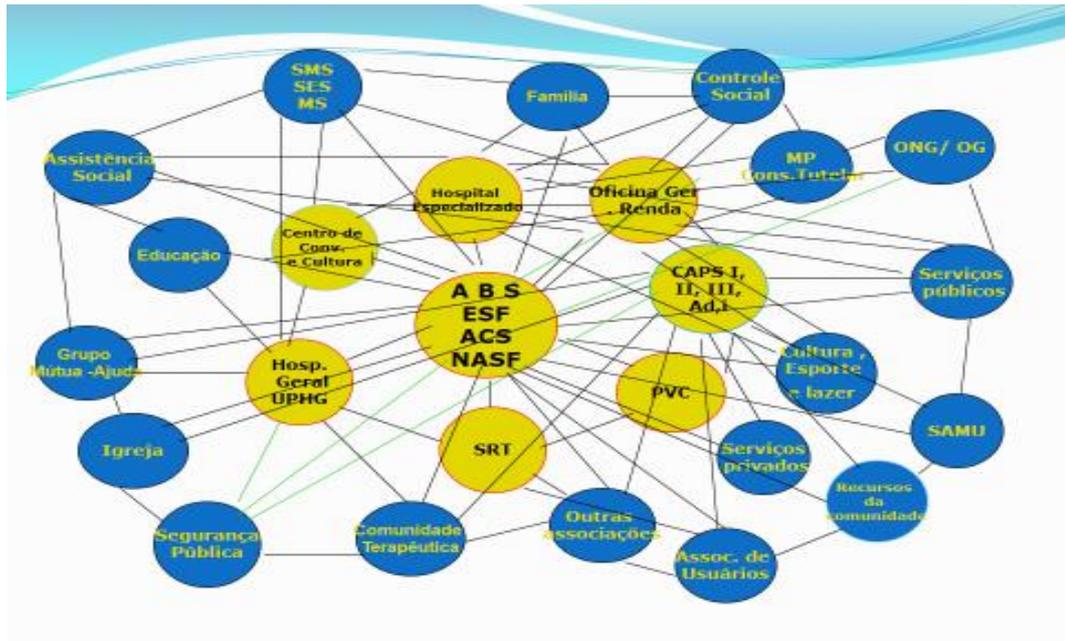


Figura 5 - Rede de Atenção Psicossocial em articulação com o território

A articulação com a atenção básica também é essencial para garantir o acolhimento e a entrada do usuário na rede de saúde mental. Em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, concluiu-se que 51% das equipes de Saúde da Família realizavam algum atendimento em saúde mental, porém nem todos os profissionais tinham capacitação ou treinamento para lidar com esta demanda (BRASIL, 2004).

Nesse ínterim, foram criados diversos dispositivos que compuseram a rede de saúde mental, como os que se seguem.

- Unidade Básica de Saúde (UBS) – composta de uma equipe multiprofissional de saúde mental integrada à equipe geral da unidade, sendo a porta de entrada para o usuário na rede. As equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) são compostas por profissionais especializados que atuam nas UBS, cujo objetivo principal é garantir continuidade e a integralidade da atenção, além da coordenação da assistência, dentro do próprio sistema, com enfoque na prevenção e na promoção da saúde. Ressalta-se que o Ministério da Saúde recomenda a inclusão de pelo menos um profissional da saúde mental (psiquiatra, terapeuta ocupacional ou psicólogo) para compor a equipe do NASF (BRASIL, 2009a).

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) - serviço de saúde mental destinado a atender indivíduos com transtornos mentais graves e persistentes, por meio da execução do projeto terapêutico e da reabilitação psicossocial. Atualmente, já existem três modalidades de CAPS (Geral; Álcool e Drogas; e Infantil).

- Hospital-Dia em Saúde Mental (HD) – serviço de atenção intensiva ambulatorial para usuários em situação de crise, sem excluí-los do convívio familiar e social. A ideia é substituir a internação hospitalar, sendo referência tanto para os serviços de emergência psiquiátrica quanto para as enfermarias de saúde mental dos Hospitais Gerais.

- Hospital Geral - inclusão do serviço de Emergência Psiquiátrica no Pronto-Socorro do Hospital Geral, entendida como parte do processo de integração do usuário de serviços de saúde mental à sociedade. Objetiva uma internação temporária com direito a um acompanhante-participante.

- Centro de Convivência e Cooperativas (CECCO) – espaço destinado à promoção da saúde e integração à sociedade de pessoas discriminadas por meio das atividades de oficinas de arte, artesanato, lazer, passeios e práticas orientais.

- Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs)- espaços físicos intermediários que funcionam como casas para o usuário crônico do hospital psiquiátrico de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), que denote ausência de suporte social e familiar, precisando reaprender as atividades cotidianas e sociais para viver em comunidade.

- Consultório de Rua (CR) – é composto por uma equipe de profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando estratégias para promoção de acesso e vinculação de pessoas em situação de rua, com grave vulnerabilidade social e com maior dificuldade de adesão ao tratamento. Mediante o trabalho no território, visa a acolher e ofertar cuidados básicos de saúde; ofertar/motivar para tratamento a agravos relacionados ao consumo de drogas; orientar sobre direitos e políticas públicas em geral e mediar o acesso a estas políticas (BRASIL, 2012).

- Estratégias de desinstitucionalização – são constituídas por iniciativas de cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, como a utilização do Programa de Volta para Casa (auxílio reabilitação para pessoas egressas de internação psiquiátrica) e as ações de geração de trabalho e renda. O hospital psiquiátrico pode ser acionado apenas nas regiões onde o processo de implantação e expansão da rede de saúde mental ainda não se mostra suficiente. Essas regiões devem priorizar os serviços substitutivos para dar continuidade à redução dos leitos em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2012).

Apesar desse processo de mudança, há de se reconhecer que ainda há um hiato entre o discurso oficial do SUS e as práticas assistenciais no campo da saúde mental, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios nos diferentes níveis de atenção, discutido adiante nos resultados das três categorias empíricas (p.107).

Cabe salientar que, embora seja de suma importância, o principal desafio não está na modernização do sistema, mas na profunda mudança das relações e das interações, as quais incluem profissionais, usuários, família e sociedade, implicando novas formas de cuidado e interação (NICÁCIO; CAMPOS, 2004). Trata-se, portanto, de um processo singular, conflitivo, contextualizado e multidimensional que implica os participantes como agentes da transformação (ROTELLI et al., 1990).

Diante do exposto, conclui-se que práticas pautadas na reforma psiquiátrica implicam: conhecer o contexto e a história das pessoas para pensar projetos de vida; gerar novos modos de interação pautados no cuidado enquanto abertura ao outro; aceitar as tensões inerentes aos processos; suscitar desinstitucionalização por desconstrução, de modo a criar um novo lugar social para a loucura mediante a participação comunitária, fortalecendo os atores envolvidos.

## SAÚDE MENTAL

**RUBEM ALVES**

Fui convidado a fazer uma preleção sobre saúde mental. Os que me convidaram supuseram que eu, na qualidade de psicanalista, deveria ser um especialista no assunto. E eu também pensei. Tanto que aceitei. Mas foi só parar para pensar para me arrepender. Percebi que nada sabia. Eu me explico.

Comecei o meu pensamento fazendo uma lista das pessoas que, do meu ponto de vista, tiveram uma vida mental rica e excitante, pessoas cujos livros e obras são alimento para a minha alma. Nietzsche, Fernando Pessoa, van Gogh, Wittgenstein, Cecília Meireles, Maikóvski. E logo me assustei. Nietzsche ficou louco. Fernando Pessoa era dado à bebida. van Gogh se matou. Wittgenstein se alegrou ao saber que iria morrer em breve: não suportava mais viver com tanta angústia. Cecília Meireles sofria de uma suave depressão crônica. Maiakóvski suicidou.

Essas eram pessoas lúcidas e profundas que continuarão a ser pão para os vivos muito depois de nós termos sido completamente esquecidos.

Mas será que tinham saúde mental? Saúde mental, essa condição em que as idéias se comportam bem, sempre iguais, previsíveis, sem surpresas, obedientes ao comando do dever, todas as coisas nos seus lugares, como soldados em ordem unida, jamais permitindo que o corpo falte ao trabalho, ou que faça algo inesperado, nem é preciso dar uma volta ao mundo num barco a vela, basta fazer o que fez a Shirley Valentine (se ainda não viu, veja o filme!), ou ter um amor proibido ou, mais perigoso que tudo isso, que tenha a coragem de pensar o que nunca pensou. Pensar é coisa muito perigosa...

Não, saúde mental elas não tinham. Eram lúcidas demais para isso. Elas sabiam que o mundo é controlado pelos loucos e idiotas de gravata. Sendo donos do poder, os loucos passam a ser os protótipos da saúde mental. É claro que nenhuma mamãe consciente quererá que o seu filho seja como van Gogh ou Maiakóvski. O desejável é que seja executivo de grande empresa, na pior das hipóteses funcionário do Banco do Brasil ou da CPFL. Preferível ser elefante ou tartaruga a ser borboleta ou condor. Claro que nenhum dos nomes que citei sobreviveria aos testes psicológicos a que teria de se submeter se fosse pedir emprego. Mas nunca ouvi falar de político que tivesse stress ou depressão, com excessão do Suplicy. Andam sempre fortes e certos de si mesmos, em passeatas pelas ruas da cidade, distribuindo sorrisos e certezas.

Sinto que meus pensamentos podem parecer pensamentos de louco e por isso apresso-me aos devidos esclarecimentos.

Nós somos muito parecidos com computadores. O funcionamento dos computadores, como todo mundo sabe, requer a interação de duas partes. Uma delas se chama hardware, literalmente coisa dura e a outra se denomina software, coisa mole. A hardware é constituída por todas as coisas sólidas com que o aparelho é feito. A software é constituída por entidades espirituais - símbolos, que formam os programas e são gravados nos disquetes.

Nós também temos um hardware e um software. O hardware são os nervos, o cérebro, os neurônios, tudo aquilo que compõe o sistema nervoso. O software é constituído por uma série de programas que ficam gravados na memória. Do mesmo jeito como nos computadores, o que fica na memória são símbolos, entidades levíssimas, dir-se-ia mesmo espirituais, sendo que o programa mais importante é linguagem.

Um computador pode enlouquecer por defeitos no hardware ou por defeitos no software. Nós também. Quando o nosso hardware fica louco há que se chamar psiquiatras e neurologistas, que virão com suas poções químicas e bisturis consertar o que se estragou. Quando o problema está no software, entretanto, poções e bisturis não funcionam. Não se conserta um programa com chave de fenda. Porque o software é feito de símbolos, somente símbolos podem entrar dentro dele. Assim, para se lidar com o software há que se fazer uso de símbolos. Por isso, quem trata das perturbações do software humano nunca se vale de recursos físicos para tal. Suas ferramentas são palavras, e eles podem ser poetas, humoristas, palhaços, escritores, gurus, amigos e até mesmo psicanalistas.

Acontece, entretanto, que esse computador que é o corpo humano tem uma peculiaridade que o diferencia dos outros: o seu hardware, o corpo, é sensível às coisas que o seu software produz. Pois não é isso que acontece conosco? Ouvimos uma música e choramos. Lemos os poemas eróticos do Drummond e o corpo fica excitado.

Imagine um aparelho de som. Imagine que o toca-discos e acessórios, o software, tenha a capacidade de ouvir a música que ele toca, e de se comover. Imagine mais, que a beleza é tão grande que o hardware não a comporta, e se arreventa de emoção! Pois foi isso que aconteceu com aquelas pessoas que citei, no princípio: a música que saía do seu software era tão bonita que o seu hardware não suportou.

A beleza pode fazer mal à saúde mental. Sábias, portanto, são as empresas estatais, que têm retratos dos governadores e presidentes espalhados por todos os lados: eles estão lá para exorcizar a beleza e para produzir o suave estado de insensibilidade necessário ao bom trabalho.

Dadas essas reflexões científicas sobre a saúde mental, vai aqui uma receita que, se seguida à risca, garantirá que ninguém será afetado pelas perturbações que afetaram os senhores que citei no início, evitando assim o triste fim que tiveram.

Opte por um software modesto. Evite as coisas belas e comoventes. Cuidado com a música. Brahms e Mahler são especialmente perigosos. Já o roque pode ser tomado à vontade, sem contra indicações. Quanto às leituras, evite aquelas que fazem pensar. Há uma vasta literatura especializada em impedir o pensamento. Se há livros do Dr. Lair Ribeiro, por que arriscar-se a ler Saramago? Os jornais têm o mesmo efeito. Devem ser lidos diariamente. Como eles publicam diariamente sempre a mesma coisa com nomes e caras diferentes, fica garantido que o nosso software pensará sempre coisas iguais. A saúde mental é um estômago que entra em convulsão sempre que lhe é servido um prato diferente. Por isso que as pessoas de boa saúde mental têm sempre as mesmas ideias. Essa cotidiana ingestão do banal é condição necessária para a produção da dormência da inteligência ligada à saúde mental. E, aos domingos, não se esqueça do Sílvio Santos e do Gugu Liberato.

Seguindo esta receita você terá uma vida tranquila, embora banal. Mas como você cultivou a insensibilidade, você não perceberá o quão banal ela é. E, ao invés de ter o fim que tiveram os senhores que mencionei, você se aposentará para, então, realizar os seus sonhos. Infelizmente, entretanto, quando chegar tal momento, você já não mais saberá como eles eram.

(Provavelmente escrito em 1994)

#### 4 AVALIAÇÃO QUALITATIVA EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO

A avaliação dita formal (SCRIVEN, 1967) que nos interessa nesta pesquisa, dotada de procedimentos sistemáticos, teve um rápido desenvolvimento inicial em 1960-1970, mas apenas em 1980 experimentou um amadurecimento que a torna hoje uma disciplina ou transdisciplina emergente (WORTHEN et al., 2004).

Consoante GUBA e LINCOLN (1989), autores seminais no âmbito da avaliação qualitativa, podemos destacar o surgimento de quatro estágios da avaliação que envolve diferentes perspectivas com aportes epistemológicos distintos, entendendo que, a despeito das rupturas, tais vertentes coexistem na atualidade:

- Avaliação de 1ª geração (1910-1940): baseia-se na mensuração de resultados e na técnica, avaliando desempenho e produtividade.
- Avaliação de 2ª geração (1940-1960): fundamenta-se na identificação e descrição de como os programas atingem resultados.
- Avaliação de 3ª geração (1960-1990): na qual a finalidade é julgar o mérito do programa, mantendo, ainda, as funções anteriores de técnica e descrição, baseando-se em referenciais externos.
- Avaliação de 4ª geração (anos 90): configura-se como processo de negociação com todos os atores envolvidos, valorizando as diferentes percepções.

Os autores identificam alguns problemas dessas três primeiras gerações, entre eles a tendência à supremacia do ponto de vista gerencial nos processos avaliativos; a incapacidade em acomodar o pluralismo de atores e projetos envolvidos em torno de qualquer programa; a hegemonia do paradigma positivista, desconsiderando o contexto da avaliação, assim como a priorização e a legitimação dos métodos quantitativos e a crença numa verdade única.

Considerando a periodização acima, esta pesquisa<sup>17</sup> conflui para os preceitos e procura contribuir para a avaliação de 4ª geração, visto que busca não apenas melhorar a gestão dos programas e as práticas assistenciais, mas também possibilitar a democratização dos dispositivos de saúde mental, contribuir para a transparência dos processos e gerar aprendizado que fortaleça indivíduos e grupos. Desse modo, nossa intenção não é apenas focalizar os objetivos da avaliação ou as técnicas, mas especialmente as pessoas que as

---

<sup>17</sup> Como este estudo se trata de uma pesquisa com contornos avaliativos, ressalva-se que *pesquisa* e *avaliação* são marcos com peculiaridades distintas, mas que se aproximam em alguns aspectos. A pesquisa tendo como principal objetivo gerar conhecimento através do uso de métodos e evidências, sem necessariamente emitir um juízo de valor ou contribuir na tomada de decisões, como no caso da avaliação.

realizam e os mecanismos e relações que estabelecem ao praticá-las, compreendendo a avaliação como uma prática social complexa (BOSI; UCHIMURA, 2006).

No Brasil, a avaliação dos programas e serviços de saúde teve maior visibilidade em 1990 (HARTZ, 1997), principalmente em dois momentos: (1) com o advento da Constituição de 1988, a qual ampliou os direitos civis dos cidadãos; e (2) no contexto das leis orgânicas de saúde, que colocaram o SUS nas três esferas do Governo (FURTADO, 2006).

O projeto social do SUS de ampliação dos serviços suscitou questionamentos sobre a qualidade dos serviços prestados e convocou a avaliação como instrumento na busca de respostas (NOVAES, 2000). Ressalta-se, porém, que o crescimento pelo interesse em avaliação no Brasil deu-se, sobretudo, nas universidades e no terceiro setor (FURTADO, 2006).

Diante dessa nova conjuntura, a avaliação tornou-se uma estratégia para verificar alguns aspectos de qualidade desejáveis nos serviços de saúde, tais como: a efetividade, a eficácia, a eficiência, a equidade, a qualidade técnico-científica, a acessibilidade, a adequação e a aceitação dos programas (VUORI, 1991). Contudo, tanto o termo *avaliação* quanto o termo *qualidade* são polissêmicos e, dada a sua complexidade, alguns autores o empregam com diferentes significados, cabendo, portanto, demarcá-lo.

Dentre algumas definições, destaca-se a de Worthen et al. (2004), ao destacar que avaliação é a determinação do valor ou mérito de um objeto de avaliação. Os autores complementam que avaliação é a identificação, o esclarecimento e a aplicação de critérios defensáveis para determinar valor, qualidade, utilidade, eficácia ou importância do objeto. Percebe-se, portanto, que a avaliação se caracteriza pelo seu julgamento de valor a partir da utilização de técnicas e métodos científicos.

De acordo com Scriven (1967), a avaliação pode ser uma abordagem somativa ou formativa. A primeira é realizada ao final de um programa e busca dar aos responsáveis pela tomada de decisões e aos consumidores potenciais julgamentos de valor ou mérito do programa, visando encerrá-lo, mantê-lo ou expandi-lo. A segunda se desenvolve no decorrer do desenvolvimento do programa e propõe dar informações úteis para a melhoria do programa, possibilitando a compreensão do grupo-alvo e de suas necessidades.

Ayres (2001, 2008) ressalta que a avaliação formativa implica reconhecer os *projetos de felicidade* que justificam e elucidam a realização do cuidado que se quer julgar, voltando-se para a dimensão subjetiva da qualidade. Assim, a avaliação de ações de saúde não deve ter como base a condição, estado, forma ou função a serem promovidos, evitados, corrigidos ou recuperados em si mesmos, os chamados êxitos técnicos conferidos pela dimensão

instrumental da avaliação. O fundamento da dimensão prática da avaliação é a validade da resposta dada pela ação de saúde à demanda posta pelo usuário dessa ação conforme seu projeto de felicidade.

No que concerne ao termo qualidade, este pode ser tomado como desfecho da avaliação dos programas de saúde e possui distintos sentidos no plano epistemológico e metodológico. Bosi e Uchimura (2006) destacam dois aspectos da qualidade: a multidimensionalidade intrínseca, que implica a diversidade de abordagens e combinações metodológicas da qualidade, e a multidimensionalidade extrínseca, que se refere à variação da qualidade de acordo com a posição ou interesse de grupos ou atores sociais.

Durante muito tempo e predominantemente até a atualidade, tais abordagens da avaliação destinam-se a verificar o êxito técnico dos serviços e programas (AYRES, 2001) a partir de padrões e normas preestabelecidos, limitando-se à quantificação dos elementos formais de uma intervenção. Bosi e Uchimura (2006) fazem uma justaposição dessa avaliação normativa à concepção de avaliação da qualidade formal.

A avaliação da qualidade formal, de espólio positivista, não faz parte desta pesquisa, visto que a natureza do nosso objeto de estudo o situa na esfera da subjetividade, nas experiências, nas expectativas e nos projetos de vida dos usuários a que servem tais programas. Nesse sentido, o enfoque na dimensão subjetiva da qualidade é análogo à denominada avaliação qualitativa dos programas e serviços de saúde (BOSI; UCHIMURA, 2007).

A avaliação qualitativa deseja compreender os significados que os atores atribuem às dimensões do programa ou como se realizam no cotidiano as ações em interface com os discursos ou concepções sobre tais ações (DESLANDES; GOMES, 2004). Esta estará sempre presente quando o avaliador desejar compreender como se dá na prática e no cotidiano, a interface entre a realização das ações do programa, em nossa pesquisa a RAPS, e os discursos/concepções dos usuários sobre estas ações (PATTON, 2004, APUD DESLANDES, 2008, P.73).

Nesse processo de empoderamento e participação há um ganho de reflexão crítica em todos os envolvidos. Para Mercado (2006), os principais propósitos de uma avaliação devem ser 1) criticar certas posturas ideológicas tradicionais; 2) gerar novos conhecimentos e; 3) medir o impacto das intervenções na saúde.

No campo da saúde mental a avaliação esteve historicamente atrelada a uma prática individualizante que atribuía ao louco valores estigmatizantes como os de incapacidade, irresponsabilidade, periculosidade, inferioridade, irracionalidade (AMARANTE, TORRE,

2007). Segundo ele, a transição paradigmática vivida pela crise dos modelos de intervenção no campo da saúde mental demanda que os processos de avaliação possam romper com a hegemonia do paradigma médico-psicológico dominante tornando-se capazes de operacionalizar novos modos de avaliar a produção de subjetividades.

A avaliação da desinstitucionalização tem sido realizada principalmente a partir de indicadores baseados na relação entre a abertura de unidades de caráter substitutivo, como os Centros de Atenção Psicossocial e o fechamento de leitos de hospitais psiquiátricos. Apesar de os números nos mostrarem o andamento estrutural do processo, eles não evidenciam a maneira como é realizado o cuidado a esses usuários no contexto de vida em família/sociedade e no cotidiano das práticas de saúde. Essa perspectiva é importante para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios partem da superação de um paradigma de atenção centrada na doença e caminham para a atenção baseada na promoção da saúde, onde assumem importância os conceitos de integralidade e cuidado (MARTINS, PINHEIRO, 2009, p. 95).

Bosi e Uchimura (2007) afirmam que a avaliação qualitativa busca desvendar o universo simbólico dos atores em sua complexidade e profundidade, materializado nas relações intersubjetivas estabelecidas em determinadas práticas em saúde. Neste sentido, a utilização da avaliação qualitativa nos serviços de saúde mental está em consonância com o plano discursivo e prático de suas ações, visto que um cuidado em saúde mental implica inevitavelmente a utilização de tecnologias leves<sup>18</sup>.

Assim, as experiências em geral, especialmente a dos usuários, e as avaliações com foco nas dimensões da qualidade do cuidado passam a ser valorizadas teoricamente como produto de vários saberes e práticas que se somam dialogicamente na produção de ações interativas e reflexivas (PINHEIRO, MARTINS, 2011)

Com base na micropolítica da produção do cuidado, entendida como ação cotidiana de cada sujeito na defesa dos direitos do seu trabalho na saúde, o privilégio é dado ao sujeito como o centro das ações e serviços de saúde, uma vez que o cuidado hoje está sendo ressignificado e passa a ter o sentido de acolhimento, respeito e encontro (FRANCO; MERHY, 2008).

Outra contribuição ao nosso estudo vem da experiência dos estudos organizados por Pinheiro e Martins (2011) sobre integralidade e avaliação na atenção básica que construíram

---

<sup>18</sup> São três os níveis tecnológicos na atenção em saúde, segundo Merhy (2006): leve (tecnologias ou modos relacionais de agir na produção dos atos de saúde, ou seja, em intervenções pautadas nos relacionamentos interpessoais dos atores envolvidos), leve-duro (saberes tecnológicos clínicos e epidemiológicos) e duro (equipamentos, medicamentos e máquinas).

desenhos para avaliação em saúde, a partir do estudo sobre experiência de adoecimento e as contribuições dos estudos sobre itinerários terapêuticos e trajetórias assistenciais como ferramentas metodológicas traçadas a serem utilizadas na Rede de Atenção Psicossocial.

Há, portanto, uma integração entre o objeto de estudo desta pesquisa e o método utilizado no campo da avaliação qualitativa, explicitando sua intrincada relação com as dimensões de integralidade e humanização do cuidado nos serviços de saúde mental.

## 5 QUALIDADE DO CUIDADO E SUA MULTIDIMENSIONALIDADE

Há aqui um mistério, e esse é um aspecto da medicina que tem sido esquecido por muitas pessoas, médicos e pacientes. Uma vez identificada a natureza da enfermidade e a notícia transmitida ao paciente, aconteciam várias outras coisas. Primeiro, o médico assumia a responsabilidade pelo desfecho, fosse ele o melhor ou o pior. E talvez mais importante que tudo, ele se tornava um arrimo. Tornar-se um arrimo significava passar aos fatos, o que o médico fazia: ele podia não ter muito na sua maleta preta e não ter poções mágicas para servir e certamente nada que pudesse colocar ou tirar de um computador, porém ele tinha sua presença e aí estava a diferença. Sir William Osler costumava ensinar que isso poderia fazer toda a diferença do mundo, caso o médico entendesse o que estava ocorrendo ao seu paciente e usasse essa compreensão e se tornasse disponível ao mesmo tempo como uma fonte de esperança e força, esses atos de habilidade profissional poderiam melhorar a situação. Eu acredito nessas coisas, mesmo que não as compreenda bem.” (CECIL, 1984, pp. 38-39, apud RIOS, 2009 p.40)

Constata-se nos últimos anos, um aumento significativo na produção de trabalhos científicos que abordam o cuidado em saúde e a humanização das práticas assistenciais. Este aumento reflete as transformações que vêm se efetivando no campo da saúde com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, seus princípios e diretrizes (BALLARIN ET AL, 2010).

Historicamente, no campo da saúde é possível constatar que o ato de cuidar, entendido como eixo norteador da assistência aos indivíduos, sofreu inúmeras modificações. Em seu sentido etimológico, a palavra cuidar, de origem latina, está frequentemente associada ao verbo “cogitare” cujos significados são: pensar, supor e imaginar. Já o verbo “cogitare”, originado do vocábulo “co-agitare”, assume o significado de “agitação de pensamento”, “revolver no espírito” ou “tornar a pensar em alguma coisa”. Ainda em relação ao termo cuidar, verifica-se sua aproximação com o vocábulo latino “cura-re”, cujo sentido associa-se a ideia de “tratar de”; “pôr o cuidado em”.

Na área da saúde mental, as questões do cuidado e do cuidar têm sido um campo fértil de preocupações e investigações, pois as demandas existentes nos serviços e programas de saúde mental se tornaram complexas. A reorientação da assistência avançou de um modelo hospitalocêntrico para um modelo de atenção extra-hospitalar, fazendo emergir um novo cenário que possibilitou a constituição de tecnologias psicossociais interdisciplinares. Sua implantação vem acontecendo gradualmente, considerando-se as perspectivas da Reforma Sanitária, da Reforma Psiquiátrica, do movimento de Reabilitação Psicossocial e da desinstitucionalização do doente mental.

Este arcabouço de mudanças conceitual e de práticas tem criado novas formas de pensar, tratar e cuidar em saúde mental que envolve a estruturação de uma rede de serviços e cuidados que envolve usuários, familiares, trabalhadores, gestores e comunidade.

Desse modo, elegemos a integralidade e a humanização enquanto dimensões que desvelam a qualidade do cuidado, em sua dimensão qualitativa, relacional, aprofundadas nesta pesquisa.

O termo integralidade é plural, multidimensional, associando a dimensão técnica à ético-política e admite o embate de muitas vozes sociais, sendo este um elemento essencial (PINHEIRO; GUIZARDI, 2005). O termo *integralidade* inspirou lutas do Movimento Sanitarista na década de 1980, e constitui hoje princípio doutrinário e diretriz do SUS<sup>19</sup>. Entretanto, apesar dos avanços inegáveis na construção do SUS no Brasil, a integralidade ainda não se concretizou plenamente no cotidiano dos serviços de saúde, persistindo como um desafio, notadamente no que concerne à saúde mental.

Tal dimensão se caracteriza pela assimilação das práticas preventivas e assistenciais para aumentar o seu nível de resolutividade e capacidade de atendimento às demandas específicas, compreendendo que o homem é um ser integral e deve ser atendido por um sistema integrado (BRASIL, 2000).

A importância da integralidade na reorientação do modelo assistencial pretendida no SUS refere-se ao confronto incisivo às racionalidades hegemônicas no sistema, a saber: a) o reducionismo e fragmentação das práticas; b) a objetivação dos sujeitos e; c) o enfoque na doença e na intervenção curativa (ALVES, 2005). O mesmo autor afirma que:

Integrar ações preventivas, promocionais e assistenciais; integrar profissionais em equipes interdisciplinares e multiprofissionais para uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde e intervenções mais efetivas; integrar partes de um organismo vivo, dilacerado e objetivizado pelo olhar reducionista da biomedicina, e reconhecer nele um sujeito, um semelhante a mim mesmo; nisto implica a assimilação do princípio da integralidade em prol da reorientação do modelo assistencial (p. 5).

Para uma compreensão mais ampla da integralidade, Mattos (2003) propôs três conjuntos de sentidos que incluem atitudes dos profissionais de saúde visando a compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um usuário apresenta; modos de organizar os serviços de saúde e o plano das políticas de saúde.

A integralidade na prática, enquanto manifestação do cuidado, refere-se à necessidade de se oferecer uma resposta ao sofrimento, não se reduzindo a ações verticais de combate à doença, reconhecendo a intersubjetividade que se dá na negociação da definição dos projetos terapêuticos. Daí dever ser um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, expresso na forma como estes respondem às pessoas que os procuram.

---

<sup>19</sup> O texto constitucional não utiliza a expressão integralidade, ele traz “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem o prejuízo dos serviços assistenciais” (Brasil, 1988, art 198), mas o termo integralidade tem sido utilizado correntemente para designar tal diretriz.

Contudo, para o mesmo autor além das respostas às necessidades diretamente ligadas à doença ou sofrimento presente, o sentido maior da integralidade é buscar compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que uma pessoa apresenta.

Segundo Pinheiro e Guizardi (2005), a integralidade é qualificada como um dispositivo político, de crítica de saberes e poderes instituídos, resultando na permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, considerando aspectos objetivos, subjetivos, individuais e coletivos (PINHEIRO, 2001). Neste sentido, ela é compreendida como um modo de organizar as práticas que habilitam os sujeitos a engendrar novos arranjos sociais e institucionais em saúde através da produção de relações e significados (PINHEIRO; GUIZARDI, 2005).

Gomes e Pinheiro (2005) exprimem que a integralidade, constituída como objetivo da atenção à saúde, tem como ênfase considerar e integrar a voz do usuário como sujeito biopsicossocial a ser atendido e respeitado em suas necessidades e intenções. A integralidade do cuidado, demandada por parte de cada usuário, perpassa todo o sistema de saúde, pois “não há integralidade radical sem a possibilidade de transversalidade. A integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede.” (CECÍLIO; MERHY, 2003, p. 199).

A produção do cuidado não deve ser responsabilidade apenas da equipe de um serviço de saúde, mas precisa ser compreendida plenamente, perpassando pelos diversos serviços de saúde e níveis de atenção que compõem a rede (MERHY, 2006). O simples encaminhamento de um serviço para outro, sem continuidade ou comunicação, não significa que houve um trabalho integral e corresponsável.

No campo da saúde mental, observamos ainda uma predominância na *doença mental* como objeto de trabalho, na qual profissionais supervalorizam o diagnóstico e a prescrição de medicamentos, como encontramos em muitos usuários pesquisados, conforme a mesma categoria que intitula este capítulo (p.133). Ayres (2001) exprime, entretanto, que o cuidado deve se expandir para a totalidade, visto que cuidar de alguém significa mais do que formar um objeto e intervir sobre ele, mas construir projetos e sustentar uma relação. Para tal, é necessário que os profissionais e sociedade mais ampla possam lidar com as diferentes expressões de sofrimento psíquico sem preconceitos, abandonando a concepção de *cura* e adotando a ideiação de *cuidado* (AMARANTE, 2007).

Leatt et al. (2000) apontam dez critérios que precisam ser considerados nas práticas avaliativas que versam sobre a integralidade. Para que os usuários possam se assegurar de um sistema integrado de serviços, é necessário: não precisar repetir sua história em cada atendimento; não precisar se submeter a repetições inúteis de exames; não ser a única fonte de

informação para que o profissional conheça a sua história de utilização de serviços, procedimentos e medicamentos; não se restringir a um nível de atenção inadequado por incapacidade de atendimento em outro nível; dispor 24 horas de acesso a um provedor de serviços ligado à atenção primária; receber informação clara e precisa sobre a qualidade da assistência e resultados esperados das opções terapêuticas, permitindo-lhe fazer escolhas esclarecidas; ter acesso fácil e oportuno aos diversos exames e profissionais; dispor de tempo suficiente nas consultas do primeiro nível de atenção; ser rotineiramente contatado para prevenir complicações de problemas crônicos; e receber apoio domiciliar e treinamento em autocuidado que maximize a autonomia.

Hartz e Contandriopoulos (2004) situam a integralidade como eixo importante na avaliação dos serviços e programas de saúde, estruturados como redes assistenciais interorganizacionais das dimensões clínicas, funcionais, normativas e sistêmicas em sua operacionalização.

Destacamos ainda as palavras de Cecílio (2006) para o qual universalidade, integralidade e equidade da atenção constituem um conceito tríplice, entrelaçado com forte poder de expressar o ideário da Reforma Sanitária Brasileira, pois não há integralidade e equidade possíveis sem a universalidade do acesso garantido.

Ante o exposto, visualizamos uma interconexão intrínseca da integralidade com o conceito de humanização (BOSI; UCHIMURA, 2006), visto que, para a consecução do princípio da integralidade, está a necessidade da humanização dos serviços prestados e das ações realizadas na esfera do SUS.

Constata-se nos últimos anos, um aumento significativo na produção de trabalhos científicos que abordam o cuidado em saúde e a humanização das práticas assistenciais. Este aumento reflete as transformações que vêm se efetivando no campo da saúde com a criação do SUS, seus princípios e diretrizes.

Na área da saúde mental, nosso campo mais imediato de experiência, as questões do cuidado e do cuidar têm sido um campo fértil de preocupações e investigações, pois as demandas existentes nos serviços e programas de saúde mental se tornaram complexas com a reorientação da assistência que avançou de um modelo hospitalocêntrico para um modelo de atenção extra-hospitalar, fazendo emergir um novo cenário que possibilitou a constituição de tecnologias psicossociais interdisciplinares.

Sua implantação vem acontecendo gradualmente, considerando-se as perspectivas da Reforma Sanitária, da Reforma Psiquiátrica, do movimento de Reabilitação Psicossocial e da desinstitucionalização do doente mental. Como já explicitado, este arcabouço de mudanças

conceitual e de práticas, tem criado novas formas de pensar, tratar e cuidar em saúde mental que envolve a estruturação de uma rede de serviços e cuidados que envolve usuários, familiares, os trabalhadores, gestores e comunidade.

A humanização tem raízes no *humanismo* que, por sua vez, objetivava conferir destaque à liberdade, à razão e aos direitos humanos, opondo-se às demasias do cristianismo e da Igreja católica. O humanismo emergiu no Renascimento e se consagrou no Iluminismo, retirando a religião do controle do conhecimento mediante o surgimento do método científico. Os pensadores críticos da Modernidade, entretanto, apontam que a radicalização da racionalidade levou ao antropocentrismo, ao absolutismo da ciência e da técnica e à depreciação da subjetividade e das emoções (MINAYO, 2006). Destarte, o humanismo do século XXI visa a restituir o equilíbrio entre a razão e o sentimento para que se possa humanizar e responsabilizar o fazer científico. No setor da saúde, esse novo humanismo introduziu discursos, ações e uma política nacional por intermédio do termo humanização, significando um movimento constitutivo do cuidado e da valorização da intersubjetividade nas relações dos diversos atores que compõem a rede de saúde, por assim dizer, gestores, profissionais e usuários.

Na área da Saúde surgiram várias iniciativas com o nome de humanização. Com a luta antimanicomial e do movimento feminista pela humanização do parto e nascimento, começaram a ganhar volume. Desde então, vários hospitais, predominantemente do setor público, começaram a desenvolver ações que chamavam de “humanizadoras”. Inicialmente, eram ações que tornavam o ambiente hospitalar mais afável: atividades lúdicas, lazer, entretenimento ou arte, melhorias na aparência física dos serviços. Não chegavam a abalar ou modificar substancialmente a organização do trabalho ou o modo de gestão, tampouco a vida das pessoas, mas faziam o papel de válvulas de escape para diminuir o sofrimento que o ambiente hospitalar provoca em pacientes e trabalhadores.

Pouco a pouco, a ideia foi ganhando consistência, resultando alterações de rotina, por exemplo, visita livre, acompanhante, dieta personalizada.

Atualmente, sob vários olhares, a Humanização pode ser compreendida como: princípio de conduta de base humanista e ética; movimento contra a violência institucional na área da Saúde; política pública para a atenção e gestão no SUS; metodologia auxiliar para a gestão participativa e; tecnologia do cuidado na assistência à saúde (RIOS, 2009)

Consoante Bosi e Uchimura (2006), a humanização se refere “Ao plano das relações intersubjetivas que se processam nas práticas sociais, aqui referidas ao campo da saúde e,

mais especificamente, ao plano dos programas no setor, tendo como seu fundamento a capacidade de simbolização e construção de sentidos em relação. (p. 99)”.

No campo da saúde mental, o termo humanização oferece dois sentidos que se complementam. O primeiro refere-se à humanização, como a eliminação da violência decorrente dos maus-tratos sofridos por pacientes internados em hospitais psiquiátricos e manicômios. Este conceito anda paralelo à batalha pelos direitos humanos, à luta antimanicomial e às ideias iniciais da Reforma Psiquiátrica. O segundo sentido relaciona-se à capacidade de oferecer um atendimento de qualidade articulado com as tecnologias comunicacionais e relacionais.

Sobre humanização, Caprara, Lins e Franco (2006) entendem um tipo de interação do cuidador com o usuário em que haja uma comunicação mais aberta, a fim de favorecer melhor qualidade da assistência prestada. Complementando esse eixo de debate, Trad (2006) acrescenta ser necessário reconhecer as necessidades dos usuários através da tríade acolhimento, vínculo e autonomia, onde o encontro entre trabalhador de saúde e usuário deve focalizar o uso das tecnologias leves.

Para Rios (2009), a humanização reconhece o campo das subjetividades como instância fundamental para a melhor compreensão dos problemas e para a busca de soluções compartilhadas. Participação, autonomia, responsabilidade e atitude solidária são valores que caracterizam esse modo de fazer saúde que resulta, ao final, em mais qualidade na atenção e melhores condições de trabalho. Sua essência é a aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional.

Em 2003, foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão do SUS. Entre suas diretrizes gerais, destacamos: gestão participativa; grupos de trabalho de humanização; práticas resolutivas; racionalização e adequação no uso de medicamentos; clínica ampliada (diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade nos processos de produção de saúde); sensibilização das equipes de saúde no acolhimento; adequação dos serviços à cultura local; participação dos trabalhadores em colegiados gestores nas unidades de saúde; implantação de sistema de comunicação e informação; incentivo e valorização do trabalho em equipe e da educação permanente (RIOS, 2009).

Tais eixos e diretrizes buscam: reduzir as filas e o tempo de espera, melhorando a acessibilidade com um atendimento resolutivo e acolhedor; produzir responsabilização territorial e referência profissional; possibilitar informação aos usuários nas unidades básicas, garantindo os direitos do código dos usuários do SUS e o acompanhamento de pessoas de sua

rede social; promover uma gestão participativa de trabalhadores e usuários nas unidades básicas; e agenciar educação permanente aos trabalhadores (RIOS, 2009).

Merhy (2005, p.10) aponta ainda algumas características para haver um cuidado integral e humanizado:

Relação intercessora com o mundo subjetivo do usuário e o seu modo de representar e construir necessidades de saúde; Relação acolhedora que inclua o usuário como sujeito de saberes e práticas no campo das ações de saúde; Relação acolhedora com o usuário que permita produzir vínculos e responsabilizações entre todos que estão implicados com os atos de saúde; Relação que permita articulação de saberes para compor as valises tecnológicas e os projetos de intervenções em saúde do modo mais amplo possível; Relação que possibilita o encontro dos núcleos profissionais a partir do mundo do usuário como lógica capturante das outras lógicas, e não ao contrário; Relação que se compromete com a finalidade dos atos de saúde como efetivos para a qualificação do viver individual e coletivo; Relação que se orienta pela aposta no agenciamento de sujeitos morais implicados com a defesa da vida individual e coletiva; Relação de inclusão cidadã, que opera na construção de autonomias e não de clones no campo da produção dos sujeitos sociais; entre outras”.

Essa abordagem nos permite concluir que é só no universo relacional que se pode produzir o “cuidado que cuida” e este está situado, em relação ao processo de trabalho em saúde, no espaço das tecnologias leves.

Ante todas as características elencadas sobre humanização e integralidade, aplicamos tais dimensões com a intenção de compreender o modo como se revela a qualidade do cuidado dispensado à população da Rede de Atenção Psicossocial, nos seus itinerários terapêuticos.

Entendemos que as práticas avaliativas no campo da saúde mental devem enfatizar a qualidade do cuidado, assim como o resgate e a preservação da cidadania da pessoa em sofrimento psíquico, com vistas a alcançar o ideário da Reforma Psiquiátrica.

#### A fábula de Higinio

Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma idéia inspirada. Tomou um pouco de barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter. Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado. Quando, porém Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome. Enquanto Júpiter e o Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da terra. Originou-se então uma discussão generalizada. De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa: "Você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte dessa criatura. Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer. Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver. E uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada Homem, isto é, feita de húmus, que significa terra fértil" (BOFF, 2000, p.46)

## 6 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Deram-me uma caneca de mate e, logo em seguida, ainda dia claro, atiram-me sobre um colchão de capim com uma manta pobre, muito conhecida de toda a nossa pobreza e miséria. (Lima Barreto)<sup>20</sup>

Historicamente podemos identificar o uso do termo *rede*, no Brasil, já na década de 1960, fazendo referência ao conjunto de instituições de saúde com características semelhantes (rede hospitalar, rede básica) (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008). Nessa época, falava-se de rede para defender a necessidade de desconcentração geográfica dos serviços de saúde, situação que ainda mantinha grande número de pessoas sem assistência. É a partir da década de 1970 que, no âmbito da saúde, “rede” passa a designar uma disposição de serviços de saúde complementares entre si, tendo o caráter de um sistema organizado e controlado (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008). A partir desse momento, a preocupação desloca-se da mera existência do conjunto de serviços para um modo de funcionamento peculiar, de serviços articulados e complementares.

A noção de rede mantém sua pertinência ao longo dos anos, sendo observada, quando da criação do SUS, a adoção da hierarquização como princípio organizativo. A lei 8.080 especifica que a descentralização político-administrativa deveria dar-se através da regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (BRASIL, 1990). Esse princípio se estabeleceu através da divisão do sistema de saúde em três níveis de complexidade: atenção primária, ou básica; atenção secundária ou de média complexidade; e atenção terciária, ou de alta complexidade.

Santos e Andrade (2011) identificam que rede enquanto “rede de serviços” preconiza a integração dos serviços de modo racional, podendo ocorrer em uma organização por níveis de atenção, ciclos de vida, especialidade ou outros critérios. Os autores identificam o uso do termo rede enquanto “linha de cuidados”, significando a disponibilidade e acesso às tecnologias necessárias para a terapia de um agravo qualquer de forma sequencial e contínua. Por fim, apontam ainda a concepção de “rede interfederativa”, que se refere à necessidade de interlocução entre os diferentes entes federativos que compõem o SUS.

Segundo a hierarquização em níveis de complexidade da atenção, o contato inicial com a rede deveria acontecer, prioritariamente, através do nível primário, que seria

---

<sup>20</sup> Escritor brasileiro (1881-1922). Com problemas decorrentes do alcoolismo, Lima foi internado, contra a sua vontade, no Hospício Nacional dos Alienados, no Rio de Janeiro. A partir de amargas experiências, ele escreveu o "Diário do Hospício", cujo fragmento é citado acima.

responsável pelas atividades de promoção e prevenção, e das intervenções curativas que exigiriam baixa densidade tecnológica. Apenas os problemas de saúde que não pudessem ser resolvidos nesse nível seriam encaminhados aos níveis seguintes, de média e alta densidade tecnológica, centrados prioritariamente na cura e reabilitação (CAMPOS et al., 2009). Dessa forma, os níveis de atenção eram organizados pela antecipação do nível tecnológico exigido no atendimento a graus variados da evolução das doenças. Estabeleceu-se, portanto, uma estrutura piramidal, com a base constituindo a atenção primária, a atenção secundária no nível



intermediário, e no topo a atenção terciária.

Figura 5- Estrutura piramidal dos níveis de atenção à saúde

Desde a declaração de Alma-Ata, em 1978, vários países adotaram a atenção primária como orientadora de seus sistemas de saúde. Nesse sentido, torna-se não apenas a “porta de entrada”, mas um centro reordenador do modelo assistencial e ponto de partida para a integralidade do cuidado (MERHY; QUEIROZ, 1993).

A preocupação com a melhoria da articulação entre os serviços, tornando-os capazes de responder de forma mais inteligente e eficiente às condições agudas e crônicas, gerou a portaria 4.279 do Ministério da Saúde, que define e estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no Brasil:

As Redes de Atenção à Saúde são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010c, p.7)

O atributo principal das RASs é a busca pela integralidade do cuidado através da eficiente integração dos serviços, o que geraria consequências positivas para a gestão do cuidado, o financiamento, a alocação dos profissionais e a divisão de responsabilidades (MENDES, 2011). Também é salientada a modificação da lógica linear entre os níveis de atenção criando linhas transversais, mas mantendo a atenção primária como o centro organizador de toda a rede.

Inserida na lógica das RASs, a saúde mental seria uma rede temática (RT), incluindo serviços de nível secundário e terciário, porém com a regulação através da atenção primária, regulação pela qual estariam submetidas também as outras RTs possíveis. Além disso, a “RT saúde mental” manteria contato com outras redes temáticas também através de diversos sistemas logísticos (transporte em saúde, prontuário clínico comum, etc.) e sistemas de apoio (apoio diagnóstico, assistência farmacêutica, sistemas de informação).

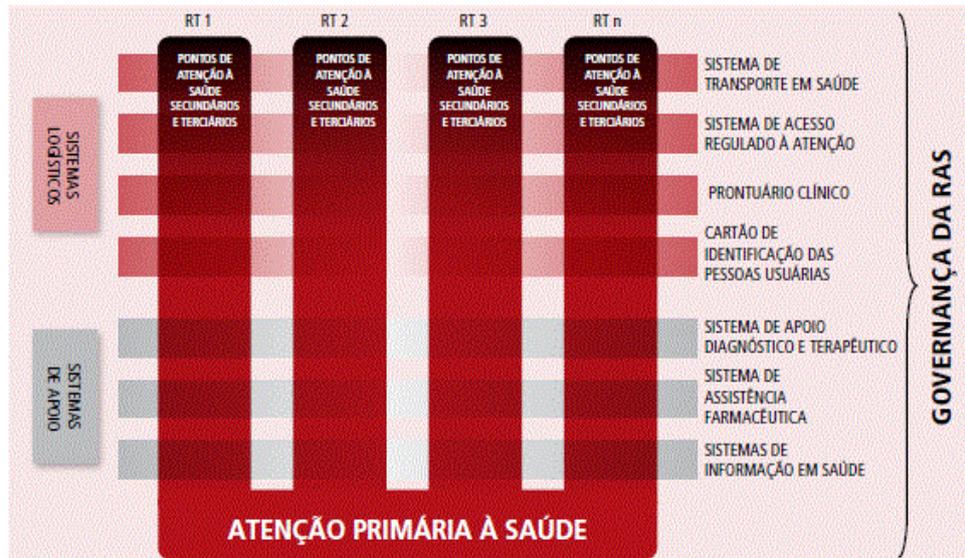


Figura 6 - A estrutura operacional das redes de atenção à saúde

O termo “rede de atenção à saúde mental” é utilizado em publicações do Ministério da Saúde com bastante frequência (BRASIL, 1992; 2002; 2004; 2005; 2007; 2011), sendo exposto no *Relatório de Gestão 2003 – 2006: saúde mental no SUS* que

a expansão, a consolidação e a qualificação da rede de atenção à saúde mental, sobretudo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), foram **objetivos principais** das ações e normatizações do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2007, p.11, grifos nossos)

O relatório *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil* indica:

A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Esta rede é maior, no entanto, do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município. Uma rede se conforma na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades. A rede de atenção à saúde mental do SUS define-se assim como de base comunitária. É, portanto fundamental para a construção desta rede a presença de um movimento permanente, direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005 p.25)



Figura 7 – Rede de atenção à saúde mental

Vale ressaltar que nesse desenho inicial do Ministério da Saúde, não mais encontramos o hospital psiquiátrico como partícipe da rede, ainda que na realidade da maioria dos estados, e Ceará é um deles, como mostraremos nos itinerários terapêuticos percorridos pelos usuários entrevistados (p.107), constate-se significativa presença desse serviço.

Posterior à publicação da Portaria 4.279, que cria formalmente as RAS, houve também a criação legal da Rede de Atenção Psicossocial por meio da Portaria 3.088 do Ministério da Saúde, no ano de 2011. A proposta fundamenta-se na “criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS” (BRASIL, 2011).

Essa rede teria como objetivos: facilitar o acesso da população aos serviços de atenção psicossocial; promover a vinculação das pessoas com transtorno mental aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção coexistentes na rede. Além do mais, no Decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei 8.080/1990, o oferecimento de serviços de Atenção Psicossocial será condição obrigatória para a constituição de uma Região de Saúde.

A referida portaria prevê os seguintes dispositivos/serviços como integrantes da RAPS:

I - **Atenção Básica em Saúde**, que inclui as unidades básicas de saúde, assim como consultórios de rua e centros de convivência;

II - **Atenção Psicossocial Especializada**, que engloba as diferentes modalidades de CAPS;

III - **Atenção de Urgência e Emergência**, composta pelos pontos de atenção do SAMU, assim como o acolhimento de urgência realizado pelos CAPS III;

IV - **Atenção Residencial de Caráter Transitório**, que inclui comunidades terapêuticas, assim como unidades de acolhimento provisório para usuários de álcool e outras drogas;

V - **Atenção Hospitalar**, compreendendo enfermarias especializadas e leitos de internação em hospitais gerais;

VI - **Estratégias de Desinstitucionalização**, operacionalizadas por meio de residências terapêuticas destinadas a egressos de longa permanência dos hospitais psiquiátricos;

VI - **Reabilitação Psicossocial**, que abrange as cooperativas sociais e outros espaços de geração de trabalho e renda.



Figura 8 – Componentes da Rede de Atenção Psicossocial

Com a Política de Saúde Mental a Rede de Atenção Psicossocial foi escolhida como uma das redes prioritárias. Tal status proporcionou possibilidade de maior investimento e a criação de novas modalidades de serviços.

Contudo, a atenção psicossocial pensada como uma Rede deverá ter seu trabalho desenvolvido vislumbrando a responsabilização pelo usuário, cujo marco inicial está alicerçado no princípio da integralidade. Tal responsabilização envolve não apenas a existência de pontos de atenção para dar conta da situação de saúde apresentada, mas de pontos de movimento desse mesmo usuário na Raps (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011)

Na direção do que diz Vilaça (2011) acerca das RAS, nas Raps, a noção de hierarquia é substituída pela de poliarquia, na qual se pode percorrer o cuidado por caminhos diferentes. Assim, ainda que a atenção básica deva ser ordenadora da Rede, por meio de relações horizontais entre os pontos de atenção e como centro de comunicação, cada um dos serviços deve ter desenvolvidos seus Projetos Terapêuticos Psicossociais ou conjunto de atos assistenciais resolutivos da dimensão psicossocial em questão, com base na avaliação de risco psicossocial, que engloba a dimensão clínica, mas também social, econômica, ambiental e afetiva, em um olhar integral.

Na perspectiva de uma Raps, deve-se operar centrado nas necessidades dos usuários, e não mais na oferta de serviços, o que geralmente limita o acesso.

Portanto, a Rede deve estar preparada para redesenhar seu projeto terapêutico, ou seja, para ir além do encaminhamento. É nessa perspectiva de movimento da pessoa atendida na Raps que a ideia de linha de cuidado pode ser articulada para garantir fluxos assistenciais seguros ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde (FRANCO e MAGALHÃES Jr, 2004).

Diante do exposto, interessou-nos compreender o que se constrói *entre* esses dispositivos, pois percebemos a necessidade de delimitar como espaço de investigação não apenas uma única instituição, mas o próprio espaço virtual da Rede de Atenção Psicossocial, incluindo-se aí suas relações com o hospital psiquiátrico e outros espaços que se desvelaram significativos no decorrer da pesquisa.

### 6.1 Revisitando o modelo analítico de articulação em rede

A ciência expressa nossas interrogações frente a um mundo mais complexo e mais inesperado do que poderia imaginar a ciência clássica. Tivemos, pois, que abandonar a tranquila quietude de já ter decifrado o mundo. (PRIGOGINE, 1989, p. 51<sup>21</sup>)

Inicialmente, torna-se digno de menção o fato de o termo *rede* não se constituir de uso exclusivo do campo da saúde, acabando por expressar uma variedade de acepções circundantes tanto no imaginário social como nos diversos campos disciplinares da ciência moderna, como princípio organizativo, explicativo, constitutivo ou analítico de vários fenômenos, o que nos permite considerá-la um *transconceito* (AMARAL, 2013). Nessa direção, o dicionário Aurélio de língua portuguesa, por exemplo, faz alusão a 18 definições de *rede*, muitas delas relacionadas com a noção de entrelaçamento, articulação e conexão entre partes, aspectos valorizados em muitos dos sentidos que a palavra assume no âmbito da saúde.

Este subtópico sustenta-se no modelo analítico de articulação em rede desenvolvido por Amaral (2013) para analisar a Rede de Atenção Psicossocial de Fortaleza-Ceará a partir da perspectiva dos trabalhadores. Já o nosso trabalho revisita tal modelo com o intuito de identificar nos itinerários terapêuticos percorridos pelos usuários, elementos que desvelam aspectos da (des) articulação dessa mesma rede.

Para a construção deste trabalho, o autor realizou um levantamento dos distintos usos metafóricos e analíticos do termo *rede*, resumido a seguir. No campo da sociologia e

---

<sup>21</sup> PRIGOGINE, I. Entrevista. In: **Ideias contemporâneas** – entrevistas do Le Monde. São Paulo: Ática, 1989.

antropologia, merece destaque Georg Simmel (1858-1918), considerado o primeiro autor a utilizar o termo para explicar o modo de vida emergente nas metrópoles; Jacob Moreno, na década de 30 com o uso sistemático de redes para o estudo de pequenos grupos e; John Barnes, que defendia rede como categoria analítica fundamental para explicar a vida em sociedade.

Em Milton Santos temos o uso de redes para explicar uma nova constituição do espaço-tempo social. Manuel Castells traz a centralidade das redes no novo paradigma da informação. Nas ciências da computação, dispositivos se conectam em rede para o compartilhamento de informações.

Partindo das formulações dos autores encontrados, Amaral (2013) propõe uma definição do conceito de rede como

estado de relação entre elementos, produzido e organizado a partir de uma racionalidade central, ou independente desta, possuindo sempre diferentes vetores normativos. A rede pode se constituir, portanto, a partir de um desígnio franco, deliberado, e apriorístico, que provoca uma aproximação entre elementos, mas agrega sempre, simultaneamente, várias intencionalidades parciais, convergentes ou antagônicas, podendo prescindir de um objetivo central. Isso decorre da natureza de cada elemento da rede, que assim como suas inter-relações, podem ser extremamente variados, exigindo serem compreendidos em suas singularidades. (p. 32)

Dessa definição conceitual o autor produziu uma aproximação ao plano empírico materializado na análise da RAPS, como apresentado anteriormente, em um modelo configurado em cinco dimensões constitutivas, a saber: unidades mínimas da rede; conectividade; integração; normatividades e subjetividade.

A primeira tarefa para a realização da análise é determinar qual a unidade mínima da rede, a qual pode ser serviços, atores, dispositivos, ações, equipes, usuários, para citar estes. Para fins deste trabalho, optamos por conferir um zoom nos serviços de saúde. A seguir, mapear os pontos fixos a partir dos quais se estabelecem as conexões da rede, cuja descrição encontra-se na metodologia. Após isto, explicitar qual a proposta de cuidado, suas zonas de ação e responsabilidades de cada um deles. Por último, avaliar o acesso a cada uma das unidades mínimas estudadas.

A segunda dimensão permite avaliar quais os tipos de relações acontecem entre cada serviço, com quais objetivos, sob que condições e expectativas elas são realizadas, rupturas e produção de novas conexões e os efeitos da conectividade.

Cientes de que um único serviço de saúde não é capaz de resolver todas as demandas de saúde a ele dirigidas, temos uma gama de serviços com responsabilidades e objetos de

trabalho demarcados e a integração entre estes faz-se mister para uma qualidade integral do cuidado ao sujeito que sofre, no nosso caso.

A análise da dimensão de integração ocorre através da avaliação da coerência entre o objetivo e a natureza do objeto da rede por parte de suas unidades; avaliação da continuidade e complementaridade nas intervenções dos distintos serviços.

As redes de saúde possuem um conjunto de valores, metas ou imagens ideais que orientam a conformação das redes, para que possam exercer algum tipo de controle em relação às práticas executadas. A quarta dimensão, normatividades, propõe-se a identificar a existência de diretrizes formais referentes à rede e ao seu objeto, como protocolos clínicos e/ou linhas-guia; a presença de diretrizes não formalizadas expressas nos critérios de entrada, saída, encaminhamento; códigos comuns de comunicação e produção de linhas de cuidados de casos complexos ou atípicos.

A última dimensão, subjetividade, atravessa todas as anteriores, haja vista a criação, modificação dos processos envolvidos na rede serem produzidas por humanos. Daí a importância de identificar protagonismos, interesses, sentidos, valores e vínculos afetivos de grupos, indivíduos que perpassam aspectos das demais dimensões.

Diante da apresentação do modelo analítico que nos aproximamos, salientamos não foi objeto do nosso estudo analisar a rede de atenção psicossocial, mas sim compreender, a partir dos itinerários terapêuticos dos sujeitos em sofrimento psíquico, como se revela a qualidade do cuidado, em sua interface com a articulação em rede.

#### Modelo analítico-conceitual de redes (AMARAL, 2013)

### **1- Unidades mínimas**

- 1.1 Determinação da unidade mínima da rede
- 1.2 Mapeamento dos pontos fixos
- 1.3 Identificação da proposta de cuidado de cada unidade mínima
- 1.4 Identificação da responsabilidade de cada unidade
- 1.5 Avaliação do acesso a cada unidade

### **2- Conectividade**

- 2.1 Identificação e descrição das modalidades de relações existentes na rede
- 2.2 Qualificação das relações
- 2.3 Avaliação da capacidade de criar novas conexões e fluxos
- 2.4 Análise dos efeitos da conectividade

### **3- Integração**

#### 3.1 Avaliação da coerência:

a) Identificar congruências ou divergências a respeito do objetivo e a natureza do objeto da rede por parte de suas unidades

#### 3.2 Avaliação da continuidade e complementaridade:

a) Identificar a manutenção do vínculo ou referência a um profissional, equipe ou serviço

b) Identificar a produção de linha de cuidado com diferentes serviços

c) Identificar a articulação de ações de promoção, prevenção e recuperação

d) Identificar a existência de complementaridade nas intervenções de diferentes serviços

### **4- Normatividades**

#### 4.1 Identificar a existência de diretrizes formais referentes à rede e ao seu objeto

a) Avaliar em cada unidade mínima a adesão a protocolos clínicos

b) Avaliar em cada unidade mínima a adesão a linhas-guia

#### 4.2 Identificar em cada unidade mínima diretrizes não formalizadas

a) Identificar os critérios de entrada

b) Identificar os critérios de alta/saída

c) Identificar os critérios de escolha dos locais de encaminhamento

d) Investigar a coerência entre os critérios das diferentes unidades mínimas

#### 4.3 Identificar a presença de códigos comuns de comunicação

#### 4.4 Identificar a produção de linhas de cuidados na gestão de casos complexos ou atípicos.

### **5. Subjetividade**

5.1 identificar protagonismos, interesses, sentidos, valores e vínculos afetivos de grupos, indivíduos que perpassam aspectos das demais dimensões.

## 6 DISCUTINDO O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO NA SAÚDE MENTAL

“...a trajetória não é apenas um modo de ir.  
A trajetória somos nós mesmos.  
Em matéria de viver, nunca se pode chegar antes”.  
(Clarisse Lispector)

Conforme exposto no capítulo anterior, compreendemos que a rede de cuidados em saúde mental resulta da interação do sujeito com seu território e serviços ofertados. Ela também se constitui de diversos arranjos e modos como o sujeito se conecta, caminha na busca da produção de atenção às suas necessidades materiais e subjetivas.

Compreendemos ainda que a doença faz parte da existência do sujeito. Assim, pensar em itinerários terapêuticos no modelo de atenção psicossocial implica o entrelaçamento dos serviços de saúde com a vida social nos espaços do território, apontando a importância da descoberta e consideração dos diversos arranjos e estratégias na busca de atendimento em saúde mental.

Uma das temáticas mais importantes nos estudos antropológicos da saúde diz respeito ao conceito de *experiência*, que se refere basicamente à forma pela qual os indivíduos situam-se perante ou assumem a situação de doença como algo a ser suportado ou enfrentado, conhecido e experimentado, rejeitado ou incorporado à identidade (RABELO ET AL, 1999).

Em uma perspectiva fenomenológica, a experiência não se reduz ao modelo dicotômico que contrapõe sujeito e objeto. Antes, devemos buscar seu fundamento na vivência pré-reflexiva do sujeito interessando-os sobre como os sujeitos trazem consigo o social e cultural, enquanto fundo não representado de seus projetos, ações, sentimentos.

Logo, não podemos reduzir a experiência da doença a uma determinação biológica, tomá-la como efeito da cultura, ou mesmo como resultado da combinação entre ambos os 'fatores', por conduzir a uma visão parcial e empobrecida dos processos de adoecimento e terapia.

Assim, para compreendermos as experiências de sofrimento psíquico dos sujeitos através de seus itinerários terapêuticos, assumimos a postura fenomenológica iniciada por Husserl de valorizar as pessoas no seu mundo da vida, no qual os sujeitos se descobrem como seres em comunidades, em que o próprio sujeito é o ponto principal da construção desse saber de mundo, ou seja, do *Lebenswelt*, como relata Pizzi:

[...] evidencia que o sujeito, enquanto tal, tem um mundo ao seu redor e a ele pertence- como os demais seres -, não necessitando recorrer à ciência experimental para afirmar com certeza disso. Não se trata, portanto, do mundo na atitude natural, na qual os interesses teóricos e práticos são dirigidos a ente (ou fenômenos) do mundo, mas é o mundo histórico-cultural concreto, das vivências cotidianas com seus usos e costumes, saberes e valores, ante os quais se encontra a imagem do mundo elaborada pelas ciências (2006, p. 63).

Dessa forma, como o *Lebenswelt*, valorizamos o mundo socio-histórico-político-cultural de cada um, dando a devida importância desse mundo para cada pessoa para buscarmos, como já dito, compreender as distintas maneiras que estes experienciam o sofrimento psíquico.

Aqui, vale ressaltar, o conceito de experiência conforme usado por Husserl não confere uma conotação meramente empírica, mas remete às mais diversas experiências vivenciadas no mundo da vida, sejam elas: culturais, linguísticas, religiosas, dentre outras. Com isso, estão como a compor uma colcha de retalhos de todo o mundo circundante pré-dado<sup>22</sup>.

Cada um, como sujeito de experiências possíveis, tem as suas experiências, os seus aspectos [das coisas], as suas conexões de percepção, as mudanças de validade, as suas correções etc., e cada grupo particular de relacionamento tem, por sua vez, os seus aspectos comuns etc. Se compreendemos como as coisas da sua experiência aquilo que para cada um é a cada vez válido, o que é visto por ele, e experienciado no ver como simplesmente existente e existente assim, então cada um tem, em rigor, as coisas da sua experiência. (HUSSERL, 2012, p. 134).

Husserl tematiza esse mundo da vida como o mundo da práxis humana, que ao se apresentar à consciência como experiência do cotidiano comum tem realmente valor para o homem. Dessa experiência cotidiana de sofrimento psíquico, presente na comunidade, portanto, a saúde coletiva poderá fazer uso como premissa levantando questionamentos a partir do mundo que lhe é dado como solo de pesquisa, pois como homens, nós pesquisadores, estamos inseridos em um contexto histórico, cultural e desse utilizamos as suas atividades já realizadas nesse solo pré-dado. Como também, para qualquer pessoa esse mundo se dá e a partir dele elas podem nortear seu pensar e seu agir através daquilo que lhe interessa na certeza de um viver em um mundo real:

---

<sup>22</sup> Pizzi (2006) trabalha na perspectiva de descrição de quatro mundos em Husserl: “o mundo da vida circundante, o mundo da vida concreto, o mundo da vida originário e o mundo da vida primordial”. Segundo ele, Husserl fala de distintos mundos, “em outras palavras, um entrelaçamento de diversos mundos reunidos em um mundo universal para todos. No fundo, as indagações a respeito do conceito de *Lebenswelt* sugerem uma diversidade de mundos, motivo pelo qual se poderia falar não somente de mundo da vida, mas de alguns vários mundos. Esse é o filão de onde se extrai a possibilidade de discorrer e justificar aspectos como o multiculturalismo e multireligioso e, inclusive, a âmbitos como o multiétnico, o multipartidário, etc., do mundo de hoje”. (pp. 71-72).

O mundo da vida é – na presentificação do que ficou repetidamente dito –, para nós, que nele vivemos despertos, existindo sempre já de antemão, o “solo” para toda práxis, tanto teórica quanto extrateórica. Para nós, que somos despertos, sujeitos continuamente e de algum modo praticamente interessados, o mundo é pré-dado como horizonte, não por uma vez, ocasionalmente, mas sempre e necessariamente como campo universal de toda a práxis efetiva e possível. A vida é permanentemente viver na certeza do mundo. Viver desperto é ser desperto para o mundo, ser constante e atualmente “consciente” do mundo e de si mesmo como vivendo no mundo vivenciando efetivamente, realizando efetivamente a certeza do ser do mundo. (HUSSERL, 2012, p 116).

Partindo do interesse explicitado de compreendermos as experiências dos sujeitos a partir do mundo da vida, é que elegemos para tal fim, darmos voz aos mesmos, os melhores interlocutores para narrarem este solo.

De acordo com Corin et al (1993, apud Reinaldo, 2003), a decisão de procurar certas formas de tratamento e os modos como os sujeitos vão se comportar em relação à terapêutica adotada depende, em grande parte, dos significados associados à experiência da doença mental, os quais são construções culturais herdadas e utilizadas em situações de aflição e remetem diretamente a um mundo compartilhado de práticas, crenças e valores.

Na lida com a enfermidade<sup>23</sup>, o doente e aqueles que estão envolvidos na situação (como familiares, amigos, vizinhos e terapeutas) formulam, (re) produzem e transmitem um conjunto de soluções, caminhos a serem percorridos de acordo com o universo sociocultural do qual fazem parte.

Nesse sentido, a enfermidade é um evento que exige das pessoas envolvidas, ações que permitam reconduzir a vida cotidiana dentro de pressupostos aceitos, visto que a doença como ruptura de um fluxo cotidiano, é uma ameaça súbita a um mundo tomado como suposto.

Portanto, a apreensão de suas variadas formas é passo fundamental para, por um lado, aprofundarmos o debate sobre o modelo assistencial em saúde e, por outro, analisarmos como se estabelece a interação desse sistema com os indivíduos que o utilizam. De acordo com Pinheiro e Martins (2011), a ação deste serviço pelo usuário é facilitada/condicionada e/ou emancipada por fatores intersubjetivos e objetivos gerados nas tensões inevitáveis entre o mundo das organizações estruturadas, das instituições sociais, da imaginação criativa e das emoções interiores.

---

<sup>23</sup> Aqui ainda estamos usando a palavra enfermidade para explicar o referencial teórico do itinerário terapêutico, o qual é utilizado nos estudos para diversos tipos de doença, não entendendo, necessariamente, o sofrimento psíquico como uma enfermidade, como defendido no terceiro capítulo.

Para se compreender a dinâmica das redes de interação intersubjetivas na promoção da saúde e na busca ou oferta por cuidados deve-se levar em conta a dimensão microsociológica das instituições primárias, a saber: a família, os vizinhos, as interações com os profissionais de saúde e outras.

De antemão, assinalamos que conhecer o itinerário terapêutico de um indivíduo não se limita a identificar a disponibilidade de serviços de saúde, seus modelos explicativos ou a sua utilização, tais elementos são considerados insuficientes para a compreensão do processo de escolha, pois consoante Rabelo et al (1999), escolher é refletir se há uma consciência das possibilidades que estejam ao alcance e sejam acessíveis aos indivíduos.

Diante desta contextualização preliminar, cabe-nos situar o que concebemos como itinerário terapêutico, como este é constituído historicamente no campo e os possíveis termos empregados para analisar tal dimensão.

De acordo com o dicionário Houaiss (2009) itinerário vem do Latim *itinerarius*, “relato de uma viagem”, de *iter*, “jornada”, derivado de *ire*, “ir”. O mesmo pode ser:

Um adjetivo; 1) relativo às estradas, aos caminhos; 2) indicativo da distância de um lugar a outro (diz-se de medida) – ou um substantivo masculino; 3) descrição de viagem (expedição militar, missão de exploração, peregrinação); 4) caminho a seguir, ou seguido, para ir de um lugar a outro; 5) indicação de todas as estações que se encontram no trajeto de uma estrada de ferro; 6) prece em intenção de quem parte em viagem (2009: p. 452).

Já o termo terapêutico vem do grego *therapeutikós, ê, ón*, que se refere ao cuidado e tratamento de doenças.

Na revisão de literatura sobre itinerário terapêutico realizado por Rabelo et al (1999) constatou-se que esta, especialmente os estudos socioantropológicos, tem como principal objetivo interpretar os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento, já que estes encontram diferentes maneiras de resolver os seus problemas de saúde, possibilitadas por uma variedade de serviços terapêuticos, no sentido geral do termo, e estes ainda desenvolvem diferentes métodos e premissas para explicar as aflições dos pacientes.

A conceituação mais usada vem ainda dos mesmos autores, para os quais a ideia de itinerário terapêutico remete a uma ação humana em uma “cadeia de eventos sucessivos que formam uma unidade”, como “resultado de um determinado curso de ações, uma ação realizada ou o estado de coisas provocado por ela”. Designa um “conjunto de planos,

estratégias e projetos voltados para um objeto preconcebido” (p.133), aqui no caso, o tratamento do sofrimento psíquico.

Pinheiro e Martins (2011, p.188) nos trazem outra definição:

trajetórias de busca, produção e gerenciamento do cuidado para saúde, empreendidas por pessoas e famílias seguindo uma lógica própria, tecida nas múltiplas redes para o cuidado em saúde, de sustentação e de apoio, que possam lhes dar certa sustentabilidade na experiência de adoecimento. Comporta, também, como os serviços de saúde produzem e disponibilizam cuidados, segundo sua própria lógica, e atendem, em certo modo e medida, às necessidades de saúde dessas pessoas e famílias.

Os primeiros trabalhos sobre itinerário terapêutico foram elaborados no âmbito de uma concepção tradicionalmente conhecida como comportamento do enfermo (*illness behaviour*), termo criado por Mechanic & Volkart em 1960. Na década de 50, pesquisas como a desses autores tinham a concepção de que os indivíduos comportavam-se como produtores e consumidores dos serviços de saúde avaliando suas escolhas com base no custo-benefício, tratando-se, pois, de um modelo utilitarista e racionalista.

Na década de 60, estudos americanos realizados com grupos sociais, como judeus, italianos, verificaram que estes assumiam o papel de enfermos de modos diferentes e objetivavam identificar os fatores culturais e/ou elementos cognitivos que determinam a pouca ou alta utilização dos serviços de saúde, especialmente profissional, e os aspectos cognitivos dos pacientes referentes ao processo de tratamento.

A partir da década de 70, os trabalhos etnográficos desenvolvidos realçaram então os aspectos cognitivos e interativos envolvidos no processo de escolha e tratamento de saúde. Exemplo disto veio de Dingwall (1976, apud Rabelo et al, 1999) para o qual o indivíduo procura tratamento em um serviço terapêutico quando atribui relevância a algum distúrbio biológico que afete a sua interpretação de normalidade.

Freidson, em um estudo de 1988, estabelecendo uma distinção entre processos biológicos e as respostas sociais para este processo, desenvolveu a ideia de um sistema pluralístico de valores para dar conta das diversas definições de “doença”. Segundo ele, a doença deve ser vista como um desvio social e ser analisada pelo sistema leigo de referência, isto é, pelo corpo de conhecimentos, crenças e ações, através do qual ela é definida pelos diversos grupos sociais. Pela compreensão deste sistema é que podemos entender o processo de escolha de tratamento, pois, ao ser socialmente definido como enfermo, o indivíduo desencadeia uma sequência de práticas destinadas a uma solução terapêutica. Freidson chama este processo *career of illness*, que Alves (1993) traduziu como “itinerário terapêutico”. Por

este itinerário, os indivíduos podem ter experiências com as várias agências de tratamento, ficando, assim, legitimados a assumirem um papel de enfermos.

Os trabalhos desenvolvidos pelo Grupo de Harvard e, em particular, pelos professores Arthur Kleinman e Byron Good, que se situam entre os principais representantes da corrente interpretativa em antropologia médica, fornecem os elementos-chave de um quadro teórico e metodológico para análise dos fatores culturais que intervêm no campo da saúde (RABELO et al, 1999; UCHÔA e VIDAL, 1994; ALVES, 2003)

Esses trabalhos ressaltam a importância de considerar que as desordens, sejam elas orgânicas ou psicológicas, só nos são acessíveis por meio da mediação cultural; “a desordem é sempre interpretada pelo doente, pelo médico e pelas famílias” (Kleinman & Good, 1985, apud UCHÔA E VIDAL, 1994, p.500).

A distinção paradigmática estabelecida por Eisenberg em 1977, entre a “doença processo” (disease) e a “doença experiência” (illness) é o elemento-chave desse grupo de estudos. A “doença processo” (disease) refere-se às anormalidades de estrutura ou funcionamento de órgãos ou sistemas, e a “doença experiência” (illness), à experiência subjetiva do mal-estar sentido pelo doente. Nessa perspectiva, a experiência da doença não é vista como simples reflexo do processo patológico no sentido biomédico do termo. Considera-se que ela conjuga normas, valores e expectativas, tanto individuais como coletivas, e se expressa em formas específicas de pensar e agir.

Kleinman na década de 80, inspirando-se em Geertz, afirma que a cultura fornece modelos “de” e “para” os comportamentos humanos relativos à saúde e à doença. Segundo o primeiro autor, todas as atividades de cuidados em saúde são respostas socialmente organizadas frente às doenças e podem ser estudadas como um sistema cultural: *health care system*, que aponta para uma articulação sistêmica entre diferentes elementos ligados à saúde, doença e cuidados com a saúde, tais como: experiência dos sintomas, modelos específicos de conduta do doente, decisões concernentes a tratamento, práticas terapêuticas e avaliação de resultados. Cada setor veiculando crenças e normas de conduta específicas e legitimando diferentes alternativas terapêuticas.

Para isso, elaborou o conceito de “modelo explicativo” (explanatory model) divididos em profissional, *folk* e popular para estudar os traços cognitivos e os problemas de comunicação associados às atividades de saúde.

O primeiro subsistema é formado pela medicina científica ocidental, pelas profissões paramédicas reconhecidas, ou pelos sistemas médicos tradicionais profissionalizados (chinês, ayurvédico, unãni, etc.). O segundo é composto pelos recursos 'não oficiais' da cura, como

curandeiros, rezadores, espiritualistas e outros. Já o último subsistema compreende o campo leigo da sociedade (automedicação, conselho de amigos, vizinho, assistência mútua, etc.), sendo neste que a maior parte das questões ligadas à interpretação, tratamento e cuidados com a doença são inicialmente resolvidas.

Segundo esse autor, o modelo explicativo é constituído por noções elaboradas a partir de tratamentos que foram utilizados, sendo distintos “os modelos explicativos” dos profissionais e os “modelos explicativos” utilizados pelos doentes e suas famílias.

Esses modelos se enraízam em diferentes setores do sistema médico e veiculam crenças, normas de conduta e expectativas específicas. A grande contribuição desses instrumentos analíticos é que eles permitem abordar sistematicamente, e em seus aspectos plural e dinâmico, o conjunto de valores, crenças e normas de conduta predominantes no campo da saúde. Contudo, as pesquisas tem mostrado que, geralmente, as pessoas atribuem, ao mesmo tempo, diferentes interpretações para seu sofrimento psíquico. As percepções, crenças e ações dos indivíduos são geralmente heterogêneas, complexas e ambíguas.

O modelo de análise de redes semânticas (semantic network analysis), desenvolvido por Good em 1977 e Good & DelVecchio Good, na década de 80, enfatiza a diversidade de modelos que suportam, em uma sociedade, a construção cultural dos problemas de saúde e os esforços terapêuticos para resolvê-los (UCHÔA e VIDAL, 1994).

Segundo estes cientistas, a significação dos episódios patológicos seria construída em redes de significações (semantic network illness), por meio das quais elementos cognitivos, afetivos e experienciais se articulam sobre o universo das relações sociais e das configurações culturais. Essas redes de símbolos associadas a doenças particulares em dada sociedade seriam utilizadas pelos indivíduos para interpretar o vivido, articular a experiência e exprimi-la de forma socialmente legítima.

A percepção do que é relevante e problemático, do que causa ou evita um problema, do tipo de ação que esse problema requer é, para os profissionais de saúde, determinada pelo corpo de conhecimentos biomédicos, mas, para os indivíduos de uma comunidade, é determinada pelas redes de símbolos que articulam conceitos biomédicos e culturais e determinam formas características de pensar e de agir frente a um problema de saúde específico.

O modelo de análise dos “sistemas de signos, significados e ações” elaborado por Corin et al, no fim da década de 80 e na década de 90 acrescenta diferentes elementos do contexto, tais como dinâmica social, códigos culturais centrais, conceito de pessoa, etc, que

intervêm efetivamente na identificação do que é problemático, na decisão de tratar ou não um problema e na escolha da terapêutica apropriada.

Esse modelo de análise é construído a partir de duas premissas básicas: (1) cada comunidade constrói de maneira específica o universo dos problemas de saúde destacando um sintoma, privilegiando um modo de explicação e encorajando certos tipos de reações e ações; (2) existe continuidade entre a maneira pela qual uma comunidade percebe e interpreta seus problemas de saúde e os procedimentos que ela desenvolve para resolvê-los, a partir das características socioculturais da comunidade e das condições macroscópicas de contexto (CORIN ET AL., 1990, apud UCHÔA; VIDAL, 1994).

Na revisão de literatura internacional realizada por Aduy et al (2013) em 2010, acerca das barreiras e facilitadores de acesso à atenção do ponto de vista dos usuários e profissionais de saúde foram encontradas 230 barreiras e 35 elementos facilitadores classificados em aceitabilidade, acessibilidade, contato e disponibilidade. Considerando o total das barreiras identificadas, as que apareceram com maior frequência foram: custo de medicamentos, consultas médicas e exames, temor ou vergonha ao ser atendido em um serviço de saúde, desconfiança nas equipes de saúde e no tratamento prescrito, estigma social, crenças e mitos sobre a doença.

Em relação aos 35 elementos facilitadores identificados, destacaram-se: contar com redes de apoio social, o valor atribuído à atenção de saúde para reduzir riscos e complicações, adaptação dos serviços ao paciente e programas de manejo da enfermidade, comunicação médico-paciente e qualidade da relação entre ambos, aceitação do diagnóstico, contar com lembretes para o tratamento e confiança nos tratamentos.

Como podemos perceber, muitos dos aspectos elencados acima estiveram presentes nas teorias supracitadas sobre a busca de resolução dos problemas de saúde ou sofrimento, como características socioculturais, estrutura dos serviços e características subjetivas e relacionais e estão presentes nas experiências dos sujeitos entrevistados a ser visto na categoria também referente a este capítulo (p.107).

Destacamos não ser foco do trabalho aprofundarmos o acesso aos serviços de saúde, mas este aponta elementos para a compreensão dos fatores que interferem na escolha por um determinado serviço terapêutico.

Schreber e Mendes-Gonçalves (1996, p.29) entendem as necessidades de saúde, como resultado de um carecimento “algo que o indivíduo entende que deve ser corrigido em seu atual estado sócio-vital”, podendo ser alguma alteração física ou orgânica, um sofrimento ou situações em que ele reconheça que há falta. Esse carecimento faz com que o sujeito

busque soluções, intervenções que o auxiliem a minimizá-lo. Essa busca é chamada de demanda pelos serviços e profissionais de saúde.

Sem a pretensão de aprofundarmos a discussão sobre necessidades de saúde, Arruda (2009) faz, contudo, uma releitura das hierarquia das necessidades de Maslow (fisiológica, segurança, social, estima, autorrealização) para o campo da Saúde Pública. Os usuários dos serviços públicos de saúde ao chegarem a estes, tem como objetivo que suas necessidades sejam atendidas, embora algumas dessas não sejam garantidas pelo Estado. Mesmo não tendo essas garantias básicas referidas por Maslow, ele tende em todas as tentativas de ida ao serviço chegar no topo da hierarquia- para Maslow, a autorrealização; para o sujeito, o atendimento dispensado pelo profissional ao seu sofrimento.

Os modelos explicativos predominantes no discurso biomédico para definir demandas, tanto as pautadas na racionalidade econômica, quanto na racionalidade biomédica, reduzem o sujeito ao objetificar a doença, desconsiderando os contextos em que se inserem. Pinheiro et al (2010, p.125) salientam que os problemas de saúde ao serem definidos a partir de critérios objetivos e quantificáveis, tomam as doenças como “reais necessidades de saúde” da população, portanto, os “reais “ motivos dos usuários para procurarem os serviços de saúde.

“A demanda é o pedido explícito, a “tradução de necessidades mais complexas do usuário” (CECÍLIO, 2006), em boa medida, são as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem. A demanda pode ser por consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames, mas as necessidades podem ser bem outras, como a busca de resposta para as más condições de vida que a pessoa está vivendo, a procura de um vínculo afetivo com algum profissional, a necessidade de ter maior autonomia, entre outras. Em vista disso, não podemos a priori distinguir se é uma demanda “real, falsa ou fabricada”, sendo necessárias, em qualquer caso, acolhê-las (CAMARGO JR., 2010, p.101).

Também para Arruda (1998, apud Pinheiro, 2006, p. 67) a demanda nem sempre será a expressão da necessidade, seja pelo desconhecimento das pessoas daquilo de que precisam, pela desinformação sobre a existência da solução de seus problemas, pela sua indisponibilidade de procurar os serviços ou pela ausência de oferta dos serviços desejados.

Os itinerários terapêuticos percorridos em busca de cuidados para o alívio do sofrimento psíquico nos revelam como se produz a demanda dos usuários frente a estes, e assim funcionam como um analisador da assistência que se presta. Franco & Merhy (2010) lançam a hipótese de que haja uma relação entre o modo de produção do cuidado e a construção de significados para este mesmo serviço de saúde, feita pelos usuários no exercício

cotidiano de busca por assistência, e esta parece ser uma das formas de construção da demanda: a partir da percepção do usuário e os sentidos que este vê nas práticas assistenciais e sua implicação com a produção da saúde, ou seja, a busca pelo serviço de saúde se dá através da percepção que o usuário tem do que é ofertado por esse serviço.

E essa percepção não se restringe ao plano “objetivo”, porque ela se forma a partir também, de um campo simbólico que o usuário utiliza para formar certa ideia do que o serviço tem a lhe ofertar e resolver seu problema. Exemplo disso ocorre quando o usuário vai ao serviço apenas em busca de medicação ou requisição de exames, saindo queixoso quando esta “demanda” não é atendida, como vimos nas falas do recorte do jornal trazidas na introdução deste trabalho e veremos nas falas dos usuários pesquisados, consoante a categoria qualidade do cuidado (p.133).

Cabe aqui retomar que pretendemos compreender como se revela a qualidade do cuidado nas suas dimensões integralidade e humanização. No que tange a essas dimensões, Bellato et al (2008, apud Pinheiro e Martins, 2001) concluíram que, através dos itinerários terapêuticos, os princípios da integralidade e resolutividade na atenção em saúde podem ser avaliados, evidenciando os tensionamentos resultantes das experiências de adoecimento e de buscas de cuidados em saúde por usuários e suas famílias e dos modos como os serviços de saúde podem dar respostas mais ou menos resolutivas.

Os itinerários terapêuticos são formas de reproduzir os caminhos percorridos no enfrentamento de alguma condição de saúde particular, por isso eles permitem avaliar as trajetórias trilhadas em instituições de saúde ou em locais informais de produção do cuidado, permitindo observar em quais espaços o usuário encontrou a resolução buscada, bem como apreender a produção de sentidos na experiência de adoecimento dessas pessoas e famílias. Desse modo, possibilita compreender como se deu o processo de adoecimento e a busca por cuidados, como a experiência foi interpretada pela própria pessoa e família e o significado que o evento tem em suas vidas.

Tal metodologia é aplicada com diversos fins: como prática avaliativa, que se atém principalmente à trajetória assistencial no sistema de saúde (BELLATO ET AL, 2008; PINHEIRO ET AL, 2008, 2011; TEIXEIRA JUNIOR, 2010) e/ou como instrumento de análise do cotidiano em relação a aspectos culturais, da experiência do adoecimento e dos processos de escolhas (RABELO ET AL, 1999; PINHEIRO ET AL, 2008; MÂNGIA, YASUTAKI, 2008; CABRAL ET AL, 2011).

A população de interesse dos estudos que localizamos no estado da arte é composta, principalmente, por sujeitos com doenças crônicas como diabetes mellitus, doença renal

crônica, asma e problemas psiquiátricos que necessitam de acompanhamento contínuo (CABRAL ET AL, 2011)

Partindo da inclusão pela Organização Mundial de Saúde (2003) de transtornos mentais como condição crônica discutida no capítulo três, tomamos como base a vivência dos mesmos por pessoas e famílias, e de como isso afeta suas vidas, já que estes exigem cuidado continuado e prolongado e que esse cuidado é, via de regra, produzido e gerenciado pela família e as redes para o cuidado tecidas por elas, sendo que os serviços e profissionais de saúde participam dessa experiência de modo mais pontual e em momentos específicos, particularmente naqueles em que a doença se manifesta em exacerbação de sinais e sintomas, marcando o que as pessoas denominam de “crise”.

Não obstante, em seu movimento, a condição crônica também comporta períodos de “silenciamento”, ou “normalidade”. Nesses períodos, o cuidado familiar é central, instaurando no cotidiano outros “modos de andar a vida” nem sempre fáceis.

Assim, o itinerário terapêutico é considerado por Belatto et al (2008) e Pinheiro et al (2008, 2011) uma tecnologia avaliativa em saúde centrada no usuário ao utilizar metodologias que privilegiam a compreensão das vivências e lógicas dos sujeitos e famílias em experiência de adoecimento, sofrimento psíquico e cuidado, permitindo emergir suas interpretações e sentidos tecidos nesse processo.

Este permite apreender o modo como os serviços de saúde dão/ se dão respostas resolutivas e integrais às necessidades de saúde, a partir dos sentidos atribuídos pelos participantes da pesquisa à atenção em saúde recebida em cada instituição, ou seja, permitenos compreender os sentidos da qualidade do cuidado, a partir de quem a vivencia.

Acrescentamos a escolha de dar voz como participante da pesquisa aos sujeitos em sofrimento psíquico e às famílias, pois estas tem-se apresentado como elemento central na busca, produção e gerenciamento do cuidado. Além disso, como já dissemos, as trajetórias empreendidas para que o cuidado se concretize acontecem em diferentes subsistemas de cuidado (Kleinman), nos quais este integra contextos sociais e culturais e não podem ser dissociados da experiência de adoecimento do sujeito, visualizado quando utilizamos o IT. Ao longo do texto, algumas vezes nos referimos a estes sujeitos como usuário” por este termo ser utilizado para especificar que ouvimos usuários do sistema formal SUS, trazendo a lógica destes como olhar privilegiado para compreendermos a produção e disponibilização da oferta da atenção profissional em saúde (PINHEIRO ET AL, 2011).

De acordo com Alves e Souza (1999), a família é o principal componente do cuidado dos doentes, no qual se delineiam boa parte das decisões e estratégias para se lidar com a

situação. As redes sociais também influenciam na definição do problema, se mobilizam em volta da família, do paciente e tomam iniciativas, procurando recursos, orientando e encaminhando-os de acordo com o que se apresenta e avaliam o resultado das ações terapêuticas adotadas, tendo assim, sido denominados de *management group of therapy*.

Assumindo esse foco (dos itinerários), procuramos nos afastar de uma visão egocêntrica do usuário, que o considera descolado de sua vida cotidiana fundamentalmente constituída em suas relações com outras pessoas e instituições.

Cabe ainda mencionar que outros termos além de itinerário terapêutico tem sido empregados nos estudos sobre este assunto. Belatto et al (2008) e Teixeira Junior (2010) utilizam “trajetória assistencial” para especificar os percursos empreendidos no sistema formal de saúde. Scholze e Silva (2005) usam “itinerários de cura e de cuidado” como forma de enfatizar o aspecto participativo e dinâmico de redes sociais e de familiares na produção do cuidado. Já Dalmolin traz os conceitos de circuitos e trajetos de Magnani para análise de espaços urbanos, a partir das experiências dos atores no desenrolar do cotidiano.

Os circuitos descrevem o exercício de uma determinada prática ou oferta de determinado serviço por meio de estabelecimentos, equipamentos e espaços que não mantêm entre si uma relação de contiguidade espacial, sendo reconhecido em seu conjunto pelos usuários habituais. Os trajetos são escolhas específicas dos sujeitos, fluxos recorrentes no espaço mais abrangente da cidade seguindo algum curso de preferências (primeiro, depois, em seguida...), ou de uma determinada especialidade. (2002, p.23, apud DALMOLIN, 2006, P. 46)

Contudo, preferimos usar o termo até então empregado por considerarmos que é o que melhor representa a complexidade do fenômeno em questão.

No estado da arte encontrada, os estudos pesquisados sobre itinerários terapêuticos tem utilizado a teoria de Kleinman para explicar as escolhas terapêuticas (CABRAL, ET AL, 2011). Nossa dissertação, contudo, propõe-se a ir além e se aproximar da teoria da complexidade, ao considerarmos a necessidade de ver os diferentes aspectos de um mesmo fenômeno, entendendo que o ser humano está interligado a um emaranhado de relações que não podem ser tratadas isoladamente, uma vez que se nutrem mutuamente. (MORIN, 2000; DALMOLIN, 2006)

Morin (2000) nos apresenta três princípios para o pensar complexo: o dialógico, o recursivo e o hologramático. O primeiro princípio nos convida a unir/integrar questões antagônicas – hospital psiquiátrico/serviço comunitário, medicina científica/ rezadeira, saber científico/saber popular, normal/louco...- porém indissociáveis e indispensáveis para a compreensão da realidade, com múltiplas lógicas em um caráter dialógico.

De acordo com o segundo princípio, “a sociedade é produzida pelas interações entre os indivíduos, mas uma vez produzida, retroage sobre os indivíduos e os produz” (p.205), como um círculo retroativo, uma espiral, rompendo a lógica linear de causa-efeito. Pensando assim, podemos afirmar que a pessoa em sofrimento psíquico sofre influências do meio sócio-histórico-cultural e, ao mesmo tempo, retroage sobre este, tecendo-lhes singularidades.

O usuário está sempre reinventando seus itinerários terapêuticos, a partir dos desafios que se apresentam em cada momento da organização da saúde e, também, a partir de suas redes de inserção sociais e simbólicas. Isto é, as redes de usuários em saúde não são formadas somente por indivíduos mas, sobretudo, pelo conjunto de objetos visíveis (medicamentos, dinheiro, alimentação, transporte, etc) ou invisíveis (crenças, símbolos, mitos, demandas, etc.) que contribuem na escolha do cuidado.

Por último, visamos uma totalidade hologramática em que não podemos considerar apenas a parte sem olhar o todo, nem olhar apenas o todo sem conferir a parte, pois cada indivíduo faz parte da sociedade e a traz consigo, através da cultura, linguagem, normas.

Como explica Boff (2000), a perspectiva holística não significa a somatória dos pontos de vista, mas a capacidade de ver a transversalidade. Quer dizer, a capacidade de detectar os inter-retro-relacionamentos de tudo com tudo. Nada existe justaposto ou desvinculado do todo. As partes estão no todo, e o todo, como num holograma, reflete-se em cada parte. Por essa lógica do complexo e do holístico, podemos dar conta das questões ligadas à saúde mental, em que tantas diversidades convivem num mesmo e único rótulo.

Portanto, pensar os itinerários terapêuticos com base numa construção, escolha individual/individualista do sujeito em sofrimento psíquico ou da família ou do profissional de saúde, por exemplo, não é suficiente para a compreensão do processo que se constitui em um emaranhado que se entrecruza e se entrelaça para formar a “unidade da complexidade” (MORIN, 2000, p. 188), sendo, portanto, essencial um olhar complexo para compreendermos essas teias que compõem as experiências dos sujeitos em relação, em movimento fluido, em constante ordem, desordem e reorganização.

## 8 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

### 8.1 Pesquisa qualitativa em saúde

Os classificadores de coisas, que são aqueles homens de ciência cuja ciência é só classificar, ignoram, em geral, que o classificável é infinito e portanto se não pode classificar. Mas o em que vai meu pasmo é que ignorem a existência de classificáveis incógnitos, coisas da alma e da consciência que estão nos interstícios do conhecimento (BERNARDO SOARES, 2006, p.349)<sup>24</sup>.

Para Minayo (2013) fazer ciência é trabalhar simultaneamente com teoria, método e técnicas, numa perspectiva em que esse tripé se condicione mutuamente: o modo de fazer depende do que o objeto demanda, e a resposta ao objeto depende das perguntas, dos instrumentos e das estratégias utilizadas na coleta dos dados. Em concordância, escolhemos como abordagem do fenômeno em questão, a pesquisa qualitativa em saúde pois, tal como as características do objeto no marco teórico apresentado, este assim nos demanda ao investigar as experiências subjetivas dos usuários, sendo impossível acessá-las adequadamente somente por representações numéricas (BOSI, MERCADO, 2007; BOSI, 2012)

Como também já discorrida, nossa pesquisa possui interfaces com o âmbito da Avaliação Qualitativa de Serviços de Saúde confluindo as duas com as exigências do objeto demarcado.

Defendemos existir uma relação dialética entre subjetividade e objetividade. Ao reconhecer os sujeitos como atores da realidade social, a abordagem avaliativa qualitativa destaca a subjetividade ao considerá-la como constitutiva do ser social e inerente à autocompreensão objetiva da realidade e toma como foco a experiência humana, valorizando os atores nos seus próprios contextos.

Ao mesmo tempo, esta explicita a racionalidade dos contextos e dos grupos; evidencia que todos os seres humanos planejam e projetam o futuro; e suas conclusões, apesar de não serem universalizáveis, permitem compreender contextos peculiares, produzir comparações e inferências abrangentes (MINAYO, 2008), como poetizado por Fernando Pessoa<sup>25</sup> “cada um de nós é vários, é muitos, é uma prolixidade de si mesmos. [...] Na vasta colônia do nosso ser há gente de muitas espécies, pensando e sentindo diferentemente”.

---

<sup>24</sup> PESSOA, Fernando. **O livro do desassossego**. São Paulo: Companhia das letras, 2006.

<sup>25</sup> Ibidem, p. 364.

Conforme Minayo (2008), a abordagem qualitativa, inclusive as avaliativas, contém alguns pressupostos, a saber: a) a intersubjetividade: estamos sempre em relação uns com os outros; b) a compreensão: entendemos as coisas e as realidades sociais como significativas; c) a racionalidade e a interacionalidade dos sujeitos e atores: o mundo social é constituído por ações e interações que obedecem a usos, costumes e regras e dizem respeito a meios, fins e resultados, constituídos pelos seres humanos.

Chizzotti (1991, apud Deslandes, 2008, p.72) ressalta ainda que a abordagem qualitativa tem como identidade o reconhecimento da existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e a dimensão intersubjetiva. Com isso, o autor quer dizer que as concepções, valores, crenças que são referências naquela cultura estarão presentes na tomada de decisões, nas ações concretas dos sujeitos imersos em sua vida cotidiana, não tratando-se somente de individualidades, mas de sujeitos sociais, cujas ações e os sentidos que atribuem às ações possuem estreitos vínculos com as estruturas sociais, coadunando com a nossa pesquisa porque como já explicitado a escolha dos itinerários terapêuticos pelos usuários está imersa em contextos sociais e culturais.

Diante do exposto, nossa pesquisa foi desenvolvida por meio da compreensão das experiências dos usuários e seus familiares da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com foco nos itinerários terapêuticos e da qualidade do cuidado em suas dimensões integralidade e humanização, em diálogo com os pressupostos teóricos da reforma psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde.

## **8.2 Cenário de estudo**

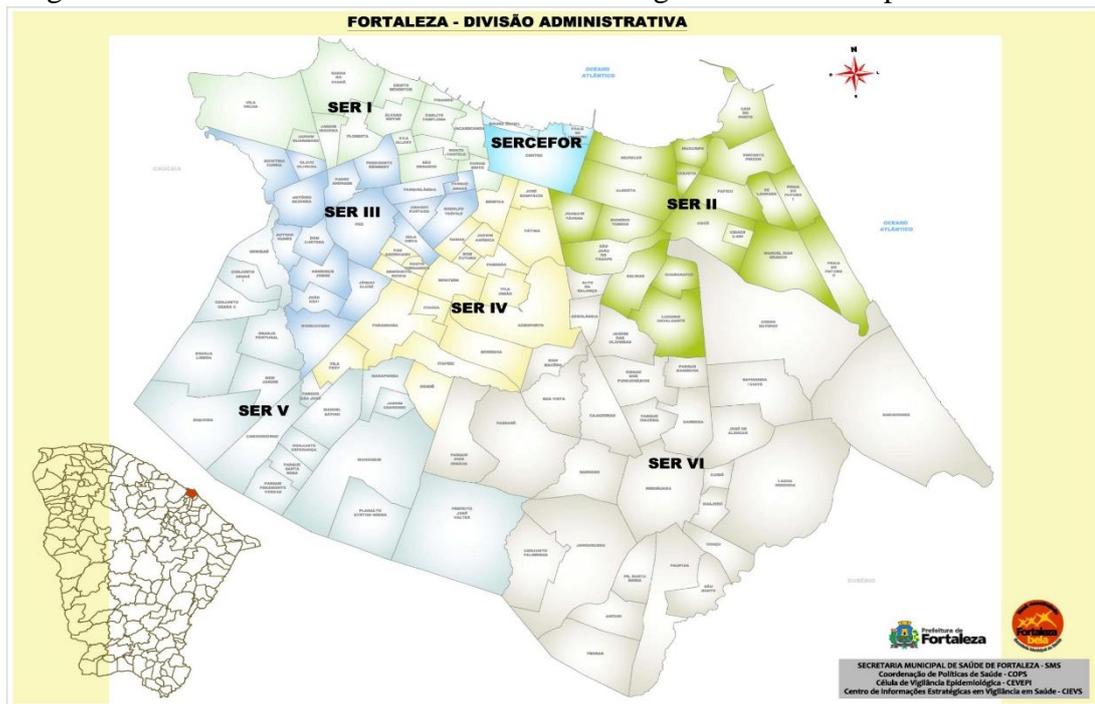
Esta pesquisa foi desenvolvida no município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará. Dados de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>26</sup>, apontam o número de 2.452.185 habitantes, com estimativas de 2 milhões e meio de pessoas em 2013, ocupando a posição de 5ª cidade mais populosa do Brasil.

Administrativamente, Fortaleza- CE encontra-se dividida em sete Secretarias Executivas Regionais (SERs), cada uma constituída por Distritos de Saúde, de Educação, de Meio Ambiente, de Finanças, de Assistência Social e de Infraestrutura, responsáveis pela execução das políticas públicas governamentais no município (FORTALEZA, 2013), conforme figura a seguir, com exceção para a SERCEFOP, que não possui Distrito de Saúde.

---

<sup>26</sup> Disponível em < <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ce>> Acesso 12 janeiro 2014.

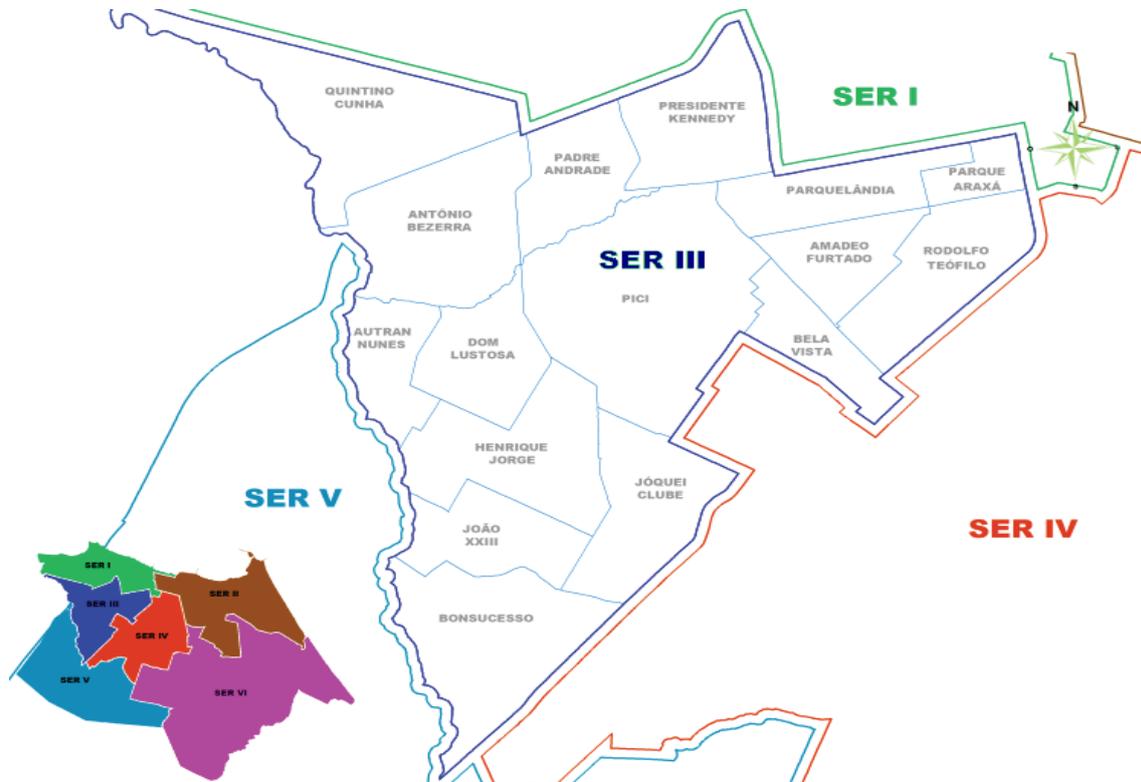
Figura 9 – Divisão das Secretarias Executivas Regionais do município de Fortaleza



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. CIEVS. 2011

O território escolhido por fazer parte da abrangência de atuação da Universidade Federal do Ceará (UFC) é a Secretaria Executiva Regional III, localizada na zona oeste do município de Fortaleza, com uma área territorial de 25,85 km<sup>2</sup> e uma população 403.118 habitantes, representando 15,9% da população total do município.

Figura 10 – Bairros e limites da Secretaria Executiva Regional III – Fortaleza (CE)



Fonte: Plano Municipal 2010 – 2013: uma construção coletiva. Secretaria Municipal de Saúde, Fortaleza, 2010

A SER III abrange 17 bairros Amadeu Furtado, Antônio Bezerra, Autran Nunes, Bonsucesso, Bela Vista, Dom Lustosa, Henrique Jorge, João XXIII, Jôquei Clube, Olavo Oliveira, Padre Andrade, Parque Araxá, Pici, Parquelândia, Presidente Kennedy, Rodolfo Teófilo e Quintino Cunha, totalizando 360.551 habitantes.

Os equipamentos de saúde presentes nesta regional incluem: 16 Centros de Saúde da Família, o Hospital Distrital Evandro Aires de Moura, a Maternidade Escola Assis Chateaubriand, o Hospital Haroldo Juçaba, para pacientes em tratamento do câncer, o Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Hospital São José de Doenças Infecciosas, Grupo de Educação e Estudos Oncológicos (GEEON), o Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará (HEMOCE), um CAPS geral, um CAPS infantil, um CAPS AD (FORTALEZA, 2013).

Nesse espaço, inicialmente selecionamos como campo desta pesquisa quatro distintos dispositivos da RAPS: o CAPS Geral; leitos psiquiátricos em hospital geral; um centro de saúde da família e um hospital psiquiátrico presente em outra regional. Segue uma breve descrição de cada um dos serviços selecionados.

## **CAPS Geral Professor Frota Pinto**

O CAPS selecionado caracteriza-se como de tipo II, ou seja, um serviço com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Situa-se no campus vicinal à Universidade Federal do Ceará, estando próximo ao Hospital Universitário, o HEMOCE, o Hospital Haroldo Juaçaba, além de postos de saúde e clínicas odontológicas.

Atualmente conta com 36 trabalhadores, dentre os quais se incluem profissionais de nível superior e trabalhadores de nível médio. Sua estrutura é composta por duas salas para atendimento de grupo, seis consultórios individuais, sala de coordenação, arquivo, cozinha, recepção, sala de espera, pátios interno e externo e banheiros privativos para funcionários e população. O serviço funciona de segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 17h. As atividades externas são realizadas no espaço de algumas Organizações Não-Governamentais e igreja.

As atuais atividades desenvolvidas são: acolhimento, avaliação multiprofissional inicial, avaliação de terapia ocupacional, atendimentos sociais, consultas psiquiátrica e de enfermagem, visitas institucionais e domiciliares, matriciamento com as unidades básicas de saúde, terapias complementares nas comunidades, cooperativa de usuários (COOPCAPS), grupos terapêuticos com usuários e familiares, psicoterapia individual e entrega de medicamentos.

O CAPS Geral Professor Frota Pinto foi criado em 1998, por meio da pressão de um grupo pró-reforma da instituição de ensino conveniada e da Comissão Municipal de Reforma Psiquiátrica, tendo sido o primeiro CAPS de Fortaleza, sete anos após o primeiro CAPS do Ceará, quando já havia sete CAPS em cidades do interior. Distinto dos demais, este CAPS teve mais vínculo com a UFC do que com a Secretaria Municipal de Saúde, contando com profissionais cedidos pelo Hospital Universitário (AMARAL, 2013), configurando-se como um espaço de pesquisa e formação em saúde mental. Contudo, atualmente este convênio está rompido e os profissionais são contratados pela Secretaria Municipal de Saúde.

## **Hospital Universitário Walter Cantídio**

O Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC<sup>27</sup>) é um centro de referência para a formação de recursos humanos e o desenvolvimento de pesquisas na área da saúde da Universidade Federal do Ceará (UFC), integrado ao Sistema Único de Saúde -SUS. Possui 243 leitos voltados à assistência terciária de alta complexidade à saúde, nas mais diversas especialidades médicas e cirúrgicas, estando vinculada a diversos programas de graduação e pós-graduação regionais e nacionais.

O ambulatório de Psiquiatria e Psicossomática do HUWC é composto por quatro psiquiatras, dez residentes de psiquiatria e cinco residentes do programa de Residência Multiprofissional, sendo três psicólogos, dois enfermeiros e um terapeuta ocupacional. O encaminhamento de pacientes geralmente vem dos CAPS da SER III e do Hospital de Saúde Mental de Messejana. Há 2 leitos psiquiátricos disponíveis e atendimento em ambulatórios gerais divididos em: PROAPP (Programa de Apoio ao Paciente Psicótico); CETRATA (Centro de Tratamento de Transtornos Alimentares); GETA (Grupo de Estudo dos Transtornos Afetivos) e o PRAVIDA (Programa de Apoio à VIDA) para pessoas que já tentaram suicídio. Há também ambulatórios didáticos cujo objetivo é fornecer aulas práticas para acadêmicos de medicina.

Neste espaço elegemos inicialmente como campo de pesquisa o PROAPP, o GETA e os dois leitos psiquiátricos, devido às características psíquicas envolvidas. Porém, conseguimos apenas entrevistas nestes dois últimos.

## **Hospital de Saúde Mental de Messejana**

O Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM)<sup>28</sup> atualmente é o único hospital psiquiátrico estadual e funciona como central reguladora de leitos psiquiátricos da rede de saúde. Fundando em 1983, dispõe hoje de 180 leitos de internação, divididos em duas unidades de internação masculina (40 leitos cada), duas unidades de internação feminina (40 leitos cada) e uma unidade masculina de desintoxicação para dependentes químicos (20 leitos). Conta ainda com um hospital-dia para pacientes psicóticos adultos e outro para dependentes químicos (20 leitos cada), um núcleo de atenção à infância e adolescência, um

---

<sup>27</sup> Disponível em <http://www.huwc.ufc.br/site.php?pag=17> Acesso 13 janeiro 2014.

<sup>28</sup> Disponível em <http://www.hsmm.ce.gov.br/index.php/o-hospital/institucional> Acesso 13 janeiro 2014.

Serviço de Pronto-atendimento (SPA) para atendimento médico de urgência e emergência e nove ambulatórios, sendo um ambulatório Geral e oito especializados divididos em Núcleo de Transtornos Ansiosos - NUTA, Transtornos do Humor, Psiquiatria Geriátrica, Paciente de Primeira Crise, Epilepsia, Neuropsiquiatria, Esquizofrenia (Atípicos) e Transtornos da Sexualidade Humana - ATASH.

Neste dispositivo, acessamos os participantes da pesquisa das unidades de internação feminina, hospital-dia para pacientes psicóticos e o SPA.

O HSMM emprega 113 profissionais de saúde de nível médio e 146 profissionais de saúde de nível superior, contando com 32 médicos psiquiatras, 26 enfermeiros, treze psicólogos, nove assistentes sociais, seis terapeutas ocupacionais e três farmacêuticos, dentre outras categorias.

O HSMM é um local de referência na formação de recursos humanos, sendo sede da residência em psiquiatria, assim como campo de internato de faculdades de medicina e campo de estágio de diversos outros cursos da área da saúde. Essas características o tornam um elemento central na atenção psiquiátrica do município de Fortaleza, motivo pelo qual foi escolhido como um dos cenários da pesquisa mesmo não sendo um elemento da Rede de Atenção Psicossocial.

### **Centro de Saúde da Família Anastácio Magalhães**

Dentre as 16 unidades básicas de saúde presentes na SERIII escolhemos inicialmente o Centro de Saúde da Família Anastácio Magalhães devido ao acesso facilitado à equipe e à unidade, decorrente de parcerias entre a UFC e a Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, órgão responsável pelas pesquisas nos serviços de saúde de Fortaleza, além da proximidade geográfica com alguns dos componentes da rede investigados neste projeto, como o CAPS e o Hospital Universitário.

Esta unidade abrange os bairros Rodolfo Teófilo, Amadeu furtado e Parquelândia, totalizando uma população de 44.816 habitantes.

Fundado na década de 80, a inserção da Estratégia Saúde da Família no centro de saúde se deu apenas no ano de 2006, quando o mesmo passou a ser tanto uma unidade referenciada como uma unidade de Saúde da Família, atribuindo-lhe uma característica de unidade “mista” (FORTALEZA, 2009).

Possui 28 consultórios divididos em 16 clínicos, seis ginecológicos e seis odontológicos e conta, no momento, com três equipes de Saúde da Família, sendo duas delas completas e uma não, formada por dois médicos, três enfermeiras, três dentistas, três auxiliares de consultório dentário e quinze agentes comunitários de saúde.

Conta ainda com o suporte de uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família desde julho de 2009, responsável por toda aquela SER<sup>29</sup> e no âmbito da saúde mental, este conta com um profissional da Terapia Ocupacional<sup>30</sup>.

Apesar de termos elencado esta unidade como cenário de estudo, não entrevistamos usuários deste serviço. Conversamos apenas com a coordenadora que nos relatou a dificuldade de acessar aquelas pessoas, devido ao Centro de Saúde não desenvolver ações específicas para este público, não tendo pois registro de quais usuários daquela unidade são pessoas em sofrimento psíquico. Segundo ela, a identificação destes teria que ser feita pelos médicos dentre todos os usuários atendidos por eles, mas a equipe médica estava trabalhando há somente um mês na data da nossa visita ao local e a médica que estava há mais tempo na equipe estava de licença maternidade, com retorno após o término da nossa pesquisa.

Além disso, ainda de acordo com a mesma, os usuários que apresentam queixa de saúde mental procuram o serviço por outras queixas e na consulta podem vir (ou não) a referir o sofrimento psíquico e como a consulta é marcada de três em três meses quem destes foi consultado com os profissionais de saúde naquele mês só retornarão após o final da pesquisa.

Esta constatação vai ao encontro da afirmação de Fortes (2004) quando refere que na atenção básica as queixas somáticas são os principais sintomas trazidos ao médico pelos pacientes que possuem sofrimento psíquico, principalmente os que são portadores de transtornos ansiosos e depressivos considerados de intensidade leve a moderada. Esses pacientes muitas vezes apresentam também sintomas psíquicos, entretanto, esses sintomas deixam de ser informados ao médico, pois no espaço da consulta as queixas relacionadas ao corpo são priorizadas pelo discurso dos pacientes (FONSECA, et al. 2008; FORTES, 2004).

Até aquele momento as profissionais do NASF não realizaram atividades de saúde mental na unidade, apenas participaram da campanha de combate à hanseníase. A outra opção

---

<sup>29</sup> A Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008, nos Artigos 5º e 6º fazem referência ao número mínimo e máximo de Equipes de Saúde da Família que cada modalidade de NASF deve atender: no mínimo, 8 (oito) Equipes de Saúde da Família e, no máximo, 20 (vinte) Equipes de Saúde da Família.

<sup>30</sup> De acordo com o parágrafo 2º do Artigo 4º da mesma portaria, em virtude da magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada NASF conte com pelo menos um profissional da área de saúde mental, seja ele um psicólogo, um médico psiquiatra ou um terapeuta ocupacional.

para acessar os usuários poderia ser por meio dos agentes comunitários de saúde do território onde atuam e que estes pedissem aos mesmos para vir ao serviço responder a pesquisa ou a pesquisadora fazer as entrevistas no domicílio deles, mas por conta do tempo necessário para a finalização da pesquisa optamos por neste momento não utilizarmos este material e retornarmos a ele em outro momento.

Desde a Conferência de Alma-Ata (1978), a atenção básica vêm sendo considerada na Política Nacional da Saúde Mental vigente no Brasil. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), reforça a importância desse nível de atenção à saúde como alternativa para substituir o modelo tradicional da assistência na saúde mental (hospitalocêntrico, medicalizante, psicologizante, focado na doença), tendo como objetivo principal garantir ao paciente um olhar amplo sobre suas necessidades (individuais e sociais) e não atender somente a demanda dos usuários dos serviços de saúde.

Além disso, a integração entre CAPS e a Estratégia de Saúde da Família é fundamental para que se registrem o acompanhamento e o agenciamento do usuário e sua família na rede (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008). Isso permite o reforço da articulação em rede, aspecto tão fundante para a concretização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico de modo responsável.

### **Sujeitos da pesquisa**

Conforme já assinalado, os sujeitos participantes da pesquisa são os usuários e e/ou seus familiares dos dispositivos mencionados que compõem a Rede de Atenção Psicossocial. A opção por investigar estes sujeitos deve-se ao referencial adotado do objeto que indica ser através dos itinerários terapêuticos dos mesmos que nos aprofundaremos desse olhar privilegiado para compreendermos a produção e disponibilização da oferta de cuidados em saúde mental, processo em que a família tem-se apresentado como elemento central na busca, produção e gerenciamento destes cuidados (PINHEIRO, MARTINS, 2009).

Para o campo da avaliação de serviços de saúde, Corin & Harnois (1991, apud Barrio et al 2007, p. 405) citam a ampliação do interesse em partir das vozes dos usuários, seu universo de sentidos, valores e práticas, a fim de compreender e avaliar as práticas “do interior”, do ponto de vista dos mesmos.

E se a palavra do “louco” sempre representou o lugar da não-razão, não sendo pois, ouvida, ou sendo destituída de significação, queremos caminhar na contramão, em linha com a construção de sujeitos ativos, políticos, fundamentais ao exercício de avaliação das

instituições que se ocupam de seu cuidado.

Seguindo a definição descrita por Turato (2003), reconhecemos nossa amostra ser intencional ao escolhermos deliberadamente os sujeitos e ambientes estudados, em contraposição à amostragem estatística, adequada a quantificar, não aplicável às experiências em estudos compreensivos.

Cientes da importância de os sujeitos respondentes relatar suas experiências de maneira aprofundada para melhor contribuir no entendimento do objeto, estabelecemos como critérios gerais para participação na pesquisa, baseados nos princípios éticos os quais seguem: ter idade mínima de 18 anos para se responsabilizar pelos depoimentos e declarar sua anuência ao estudo após ciência do termo de consentimento e demais informações sobre a pesquisa (APÊNDICE B); quanto aos usuários é necessário que esses estivessem orientados, demonstrarem a capacidade de compreender a pesquisa e o procedimento de entrevista, e estivessem aptos a dar seu consentimento à participação na investigação, independentemente da modalidade de atendimento a que estejam submetidos.

Segue no APÊNDICE E a caracterização dos usuários participantes da pesquisa, segundo sexo, idade, hipótese diagnóstica, núcleo familiar, situação de trabalho, tratamentos anteriores, tempo de utilização dos serviços de cada local de estudo e medicação utilizada.

No que tange aos usuários entrevistados do HUWC, a maioria é do sexo feminino com idades variando de 22 anos a 70 anos; diagnósticos diferentes para cada um; a maioria dos usuários possui renda mensal igual a um salário mínimo; com longos tempos de transtorno, todos já internados em hospitais psiquiátricos e outros tratamentos.

Os usuários entrevistados do HSMM, sete dos participantes são do sexo feminino e cinco do sexo masculino; possuem uma média de 35 anos de idade; maioria desempregado; os diagnósticos foram psicose puerperal, transtorno bipolar e esquizofrenia; também com longos tempos de transtorno, a maioria já internado outras vezes em hospitais psiquiátricos, apenas uma estava pela primeira vez.

Os usuários entrevistados do CAPS, cinco são do sexo feminino e cinco do sexo masculino com idades variando de 21 anos a 65 anos, os diagnósticos mais frequentes foram transtorno bipolar, depressão e esquizofrenia, com média de 05 anos de tempo de transtorno e apenas 03 não foram internados em hospitais psiquiátricos.

## 8.4 Técnicas de obtenção das informações

Cada método é uma linguagem e a realidade responde na língua em que é perguntada. Só uma constelação de métodos pode captar o silêncio que persiste entre cada língua que pergunta (Santos, 1993, p. 48)<sup>31</sup>.

Para a consecução deste tópico da pesquisa, percorremos diversos caminhos, cientes das distinções e possibilidades de articulações das teorias apresentadas com os materiais empíricos, com o intuito de compreendermos as relações que se processam nos e entre os distintos dispositivos, sob uma perspectiva de rede.

Nesse sentido, valemo-nos dos prontuários dos usuários dos dispositivos estudados, associados a entrevistas e observação sistemática, buscando realizar uma pesquisa por triangulação metodológica no interior do mesmo paradigma, ao reconhecemos “a co-presença de métodos e técnicas que demonstram a capacidade de captar tanto as dimensões estruturais como as dimensões relacionadas às representações sociais dos atores envolvidos” (BOSI; MERCADO, 2007, p. 49), quando formamos estudos de considerações correlacionadas ou multidimensionais.

### Prontuários

A análise dos prontuários nos forneceu características clínico-sociais dos usuários por ser um instrumento específico que considera, além da identificação, dados referentes à história de vida institucional, condutas sugeridas, profissionais envolvidos, laços familiares/afetivos, características clínico-psiquiátricas e intervenções realizadas, além de conhecer de que forma é registrado o percurso do usuário na Unidade e o trânsito pela RAPS a partir dos encaminhamentos propostos, como pode ser visto no APENDICE D.

### Entrevistas narrativas

“Eu vos direi "Amei para entendê-las  
Pois só quem ama pode ter ouvidos  
Capaz de ouvir e entender as estrelas.”  
(Via Láctea- Olavo Bilac)

Provocada pelo poeta, tomamos como foco do estudo a voz do usuário, a forma como ele fala de si e de sua condição de sujeito em sofrimento psíquico; como aborda suas histórias de sofrimento e passa a narrar sua vida daí em diante, envolvendo seu adoecimento, o enfrentamento e seu desejo de recuperação. Esse caminhar em busca da voz do usuário

<sup>31</sup> Santos, B. S. **Um discurso sobre as ciências**. 6. a ed. Porto: Afrontamento, 1993.

significa retomar aquilo que normalmente é menos valorizado, buscando o *como*, as formas usadas para descrever e avaliar o próprio adoecimento, algo que se constrói na linguagem usada não apenas pelos profissionais de saúde, mas também pelos próprios usuários.

Para a produção negociada de evidências -expressão tomada de empréstimo de Bosi (2012), utilizada em lugar de “coleta de dados”, por concordar que esta última vai de encontro a certas premissas do enfoque- recorreremos às narrativas.

Para Nunes et al (2010) os relatos das experiências de doença e suas representações são partes inseparáveis das estratégias narrativas, amplamente utilizadas nos estudos antropológicos, e pelas quais são descritos os comportamentos das pessoas abaladas pelo sofrimento imposto pela enfermidade. De acordo com eles, as experiências e eventos expressos pela fala, contados e recriados pela história do vivido dão forma ao sofrimento individual e apontam para uma determinada compreensão ou resolução desse sofrimento.

Considerada por diversos autores a forma mais adequada de acesso à experiência vivida, a narrativa ocupa espaço privilegiado de encontro entre a vida íntima da pessoa e sua inscrição em uma história social e cultural e se constitui como via de acesso aos significados através dos quais as pessoas constroem sua visão de mundo e as estratégias desenvolvidas diante dos problemas do viver (MÂNGIA; YASUTAKI, 2008), configurando-se, pois, como princípio organizador da ação humana (BRANDÃO; GERMANO, 2009).

Kristeva (2002, apud Onocko, 2008 pag. 329) vai ainda mais longe e nos diz que a vida é uma narrativa, ou seja, a vida seria especificamente humana com a condição de que possa ser representada por uma narrativa e partilhada com outros homens.

Sendo assim, os seres humanos pensam, percebem, imaginam e fazem escolhas morais de acordo com estruturas narrativas. Isto é, recorreremos a histórias para organizar de modo verossímil o fluxo caótico de elementos que fazem a nossa experiência social, histórica e cultural. Ao comunicar algo sobre um evento da vida – uma situação complicada, uma intenção, um sonho, uma doença, um estado de angústia – a comunicação geralmente assume a forma da narrativa, ou seja, apresenta-se uma estória contada de acordo com certas convenções. (SABIN, 1986; BRUNER, 1997 apud BROCKMEIER & HARRÉ, 2003).

Atribuir sentido à própria vida mediante narração é justamente criar discursivamente essa realidade, reivindicando certa imagem de si e provocando um conjunto de efeitos sobre si e sobre os outros com quem se convive. Quem eu digo ser orienta a minha ação e é capaz de orientar a ação alheia, haja vista o conhecimento que as pessoas constroem sobre si mesmas ser produzido de forma negociada e dependente dos contextos de interação social.

Quando o narrador conta uma história, três características principais podem ser verificadas: este tende a fornecer muitos detalhes, como tempo, lugar, motivos, a fim de tornar a história plausível para um público e mais próxima dos acontecimentos; escolhe para narrar os aspectos que lhe são relevantes, de acordo com sua perspectiva de mundo; e um acontecimento central mencionado na narrativa deve ter um começo, meio e fim, podendo este ser o presente, se os acontecimentos concretos ainda não terminaram.

A narrativa privilegia a realidade do que é experienciado pelos contadores de história, ou seja, ao que é real, verdade para estes, sendo, pois, representações/interpretações particulares do mundo. Portanto, não podem ser julgadas como verdadeiras ou falsas (JOVCHELOVITCH, BAUER, 2008).

O esforço de elaboração de uma narrativa relativamente coerente sobre a própria vida adquire caráter particularmente significativo quando se dá em momentos de crise. A eclosão da doença como ruptura na biografia, por exemplo, impõe a necessidade de reflexão acerca dos padecimentos, uma problematização a respeito do sentido e do porquê da enfermidade, ao mesmo tempo em que convida a repensar a própria trajetória e o seu conceito de *si mesmo*. Ao reconstituir narrativamente uma história de adoecimento, os sujeitos procuram expressar e dar significado à aflição e, neste processo, à própria identidade, isto é, o sentido que tem para si a sua própria situação, continuidade e caráter, resultado de suas várias vivências sociais, as quais passam a ser objeto de reflexão (GOFFMAN, 1978, apud SOUZA, 1998, p. 68).

Assim, elegemos como proposta sistemática de abordar as narrativas dos usuários e seus familiares, uma entrevista não-diretiva com questões norteadoras que expressaram as dimensões analíticas pretendidas, indicadas no APÊNDICE C: “gostaria de conhecer sua história (ou de seu familiar) desde que você (ele) começou a ter um sofrimento mental e como buscou ajuda para cuidar deste problema”. Esta indagação foi desdobrada em novas perguntas com base no que emergia no discurso dos informantes, relacionadas ao objetivo da pesquisa.

O termo entrevista advém dos radicais latinos *inter* e *videre*, “entre olhos”, “no meio dos olhares”, “ver juntos”. Consoante Turato (2003), o ato de dirigir (guiar) significa que podemos dar a direção, apontar para onde a entrevista caminhará, podendo esta ser dada alternadamente: inicialmente por mim com a pergunta norteadora e em outros momentos, mas com uma flexibilidade que permita também ao entrevistado assumir o comando, conforme os temas particulares associados ao tema geral proposto por nós pesquisadores, já que estamos vendo juntos, o que representa um ganho para reunir as evidências segundo os objetivos propostos.

Apoiados no mesmo autor, usamos gravador na realização das entrevistas para que fosse ampliado o poder de registro e captação literal de elementos de comunicação de extrema importância, pausas de reflexão, dúvidas ou entonação da voz, aprimorando a compreensão da narrativa, além de permitir maior atenção ao entrevistado.

Salientamos que a ênfase nas experiências de indivíduos singulares não deve ser entendida como defesa de uma noção de subjetividade enquanto posição soberana de um ego transcendental, senão como busca de elucidar os modos pelos quais indivíduos se reorientam em um mundo - de relações com outros, atividades e planos coletivos - por vezes profundamente alterado pela doença. (RABELO, 1999)

A decisão sobre quando encerrar a realização das entrevistas e o momento em que já se alcançou um número suficiente destas para sustentar a análise se configurou à medida que a investigação foi avançado. Recorremos ao conceito de saturação teórica, na qual segundo Fontanella et al (2008), há um momento em que as entrevistas acabam por se repetir, seja em seu conteúdo, seja na forma pela qual se constrói a narrativa. Para tal, seguimos os critérios dos limites empíricos dos dados, a integração destes com as teorias e nossa sensibilidade teórica na análise dos dados.

Diante do exposto, realizamos 10 entrevistas no CAPS, 12 entrevistas no HSMM e 5 entrevistas no HUWC. Neste último foram entrevistados todos os usuários e/ou familiares que ocuparam os dois leitos durante o tempo da pesquisa.

Além disso, não nos atemos à necessidade de um número grande de entrevistados para dar conta do universo pesquisado por adotarmos um pensamento complexo capaz de reunir, contextualizar, globalizar e ao mesmo tempo, reconhecer o singular, o concreto. Sendo assim, consideramos o princípio hologramático de que a parte está no todo e o todo está na parte, ou seja, o indivíduo é uma parte da sociedade, mas a sociedade está presente em cada indivíduo enquanto todo através da sua linguagem, cultura e normas (MORIN, 2000).

### Observação sistemática

Como era mesmo a cara da doida, poucos poderiam dizê-lo. (...) Aí o terceiro do grupo, em seus onze anos, sentiu-se cheio de coragem e resolveu invadir o jardim. (...) O garoto empurrou o portão: abriu-se. Então, não vivia trancado?... E ninguém ainda fizera a experiência. Era o primeiro a penetrar no jardim (...).  
Trecho do conto A doida, de Carlos Drummond de Andrade.

Cientes da relevância que a pesquisa qualitativa confere ao ambiente natural da construção de evidências, não podíamos deixar de fora a observação sistemática dos lugares investigados, “penetrar no jardim”, pois a configuração ambiental engloba e preserva as características e relações da pessoa.

Aqui declaramos como ambiente natural, a proposta de Turato (2003) em considerar também um espaço físico- estrutural, cotidiano, da prestação de serviços clínicos (settings da saúde) como o “ambiente natural das pessoas”, enquanto ali envolvidas em seus processos clínicos, preventivos e/ou terapêuticos.

O diário de campo foi nosso aliado no registro da presença dos pesquisadores. Como norte e apuração do olhar, partimos dos itens propostos por Mulhall (2003, apud Andrade, 2012, p. 64): a) *características estruturais e organizacionais*: com que o ambiente se parece e como os espaços são utilizados; b) *atores sociais envolvidos*: como eles se comportam, interagem e se movem; c) *as atividades desenvolvidas*; d) *os eventos especiais*: reuniões da equipe multidisciplinar, comemorações, eventos culturais etc; e e) *notas pessoais e reflexivas do pesquisador*:

Em relação à suposta neutralidade científica do investigador perante o fenômeno estudado e ao seu grau de implicação com os atores em campo, segundo a qual críticas recaem sobre a pesquisa qualitativa, concordamos com Rockwell (1991, apud Sato & Souza, 2001, p. 05). Este autor pondera que não existe entrada neutra no cenário da pesquisa:

“Sempre entramos vinculados a alguém, a alguma instituição, a alguma instância, as quais ocupam posições em relação às pessoas do local. Ainda que não tenhamos sido convidados para pesquisar aquele local, alguém permitiu nossa entrada e nossa convivência ali, tem poderes e interesses em relação àquelas pessoas, e isso define a posição que ocupamos na visão das pessoas do local, ainda que não compartilhem dos mesmos poderes e interesses dos nossos interlocutores iniciais. (...) O fato de não utilizarmos instrumentos visíveis de investigação e de estarmos ali, com eles, passando horas e horas observando, conversando, andando, muitas vezes como qualquer outro visitante o faria, é também motivo de curiosidade e, talvez, de apreensão. Estarmos ali, (...) é motivo de curiosidade sobre como estamos fazendo a pesquisa, como saberemos o que falar, afinal, as pessoas do local também [em algumas circunstâncias] têm uma visão sobre o que é pesquisa, como se pesquisa e para quê ela é feita.

Para Bakhtin (1981, apud Pereira et al, 2009, p 13.) “a palavra dirige-se a um interlocutor: ela é função da pessoa desse interlocutor”. Ou seja, não há discurso que não considere o outro. É dessa forma então que o outro, aqui nesta pesquisa o pesquisador, com seu olhar, presença e seus significados é o contexto para quem e no qual significar: o micro-contexto no qual, no aqui e no agora, nossos discursos vêm à tona.

A narrativa, portanto, constitui uma prática que não pode ser estudada desligada de aspectos contextuais e locais, nem em separado das relações sociais, pois sua coerência não se encontra só no texto, mas depende do *background* e das expectativas de todos os participantes (narrador e interlocutor), que, em conjunto, negociam e interpretam mutuamente os significados propostos.

Sendo assim, a construção do conhecimento nas investigações qualitativas, bem como da Saúde Coletiva, está imersa nesta rede de determinantes sociológicos, políticos e ideológicos, que complexificam a tarefa do pesquisador e o impelem a buscar novos caminhos para abordar o fenômeno estudado, metodologias que permitam coordenar as concepções teóricas da pesquisa e o conjunto de técnicas necessárias à apreensão de uma dada realidade, bem como a consciência crítica das limitações inerentes aos recursos técnicos utilizados, além da criatividade necessária para construir, conferir significação às informações encontradas em campo (MINAYO, 2010).

## 8.5 Processamento e interpretação do material empírico

Todas as palavras tomadas literalmente são falsas. A verdade mora no silêncio que existe em volta das palavras. Prestar atenção ao que não foi dito, ler as entrelinhas. A atenção flutua: toca as palavras sem ser por elas enfeitiçada. Cuidado com a sedução da clareza! Cuidado com o engano do óbvio! *Rubem Alves*

As entrevistas foram transcritas integralmente pela pesquisadora e como já assinalado, as informações contidas no diário de campo e da análise dos prontuários também foram utilizadas na organização, no processamento e na interpretação do material discursivo.

Decorrida a fase de transcrições, realizamos uma leitura exaustiva do material com o intuito de nos impregnarmos do sentido das falas, a fim de identificarmos sentidos e significados emersos durante os encontros, organizados em categorias analíticas e empíricas que melhor expressam a articulação entre o que foi dito pelos sujeitos, os objetivos da pesquisa, o referencial teórico adotado e a interpretação do investigador na composição da rede interpretativa (MINAYO, 2012).

Comparamos tal etapa como um movimento em espiral, tendo ocorrido *pari passu* à realização das entrevistas, atentos ao fato de que a análise produzida pode refinar, reorientar as questões formuladas aos sujeitos participantes.

Trabalhar qualitativamente implica, necessariamente, por definição, em interpretar os sentidos e as significações que uma pessoa dá aos fenômenos em foco. (TURATO, 2003). Portanto, não se trata aqui de apontar se os participantes atendem ou recebem atenção de modo integral e humanizado, (ainda que o estudo pretenda compreender como se revela a qualidade do cuidado) mas, sobretudo, compreender o modo como os mesmos interpretam essa maneira de cuidar a partir dos itinerários terapêuticos, operando numa dupla hermenêutica (BOURDIEU, 2004), ou seja, reinterpretando as interpretações desses sujeitos.

Destarte, o que as análises fazem é tornar visíveis os modos de interpretar, as maneiras de projetar significados no que está sendo dito e como os interlocutores se posicionam frente ao que está sendo dito, aos personagens que povoam seus enunciados e à alteridade com que se defrontam na interação (PEREIRA ET AL, 2009).

Nossas referências possuem um cunho hermenêutico<sup>32</sup> filosófico, dentre outros pressupostos, pois além de intentar privilegiar a historicidade do objeto e a reflexão vinculada à práxis, na “arte da compreensão” (GADAMER, 2006, p. 166) assumimos uma “fraca representatividade” segundo os parâmetros do *zeitgeist*<sup>33</sup> da época. Na realidade, poderíamos afirmar que temos uma “forte representatividade” a partir de outra perspectiva, diferenciada da pesquisa quantitativa. Uma representatividade que acentua a multivocalidade, ou seja, que revela a polissemia presente nos vários discursos sociais (BARTHES, 1992).

Tal abordagem nos norteia a uma postura interrogativa, que busca a compreensão do sentido daquilo que está sendo comunicado no texto, aqui entendido de forma ampla: biografia, narrativa, discurso, documento, livro, dentre outros. Sendo assim, trabalhamos a abordagem hermenêutica enquanto propulsora do exercício constante da interrogação diante dos nossos conceitos prévios ao entendimento daquilo que de fato diz o texto.

---

<sup>29</sup> A palavra hermenêutica é derivada do termo grego *hermeneutike* e o primeiro homem a empregá-la como termo técnico foi o filósofo Platão. A palavra grega *hermeneuein* significa expressar, explicar, traduzir ou interpretar; *hermeneia* é, pois, interpretação.

<sup>33</sup> C. G. Jung utilizou esse termo ao referir-se aos espíritos da época que atravessam a ciência, ou melhor, o fazer científico, como uma cosmovisão coletiva, que “tem a desagradável qualidade de querer que o considerem o critério supremo de toda a verdade e tem a pretensão de ser o detentor único da racionalidade”. (JUNG, 1971, p. 287)

É dar-mo-nos conta dos próprios pressupostos, para que o texto possa apresentar-se em sua alteridade, podendo assim confrontar sua verdade com as nossas opiniões prévias pessoais (GADAMER, 2008) e uma ética que requer compreendermos que “o discurso é sempre discurso a respeito de algo (...) é a vinda à linguagem de um mundo” (RICOEUR, 1990, p. 46), ou seja, o texto traz consigo a historicidade e, nesse sentido, o tipo de mundo que é aberto pelo texto.

Temos ainda em vista uma compreensão dialógica da linguagem e esta traz consequências hermenêuticas, para a qual compreender/interpretar mediado pela linguagem é sempre participar de um diálogo, ou seja, entre sujeitos, aqui o pesquisador e os participantes do estudo; o sentido de um diálogo não está em posse de nenhum destes, mas foi sendo tecido à medida que transcorreu o diálogo, daí entendermos desse maneira a entrevista não – estruturada, pois ao responder de modo próprio ao convite a falar feito pelo pesquisador, a fala do sujeito participante fez outros convites à fala posterior, outras perguntas a partir de um determinado aspecto valorizado.

Assim, o sentido das perguntas lançadas dependeu das respostas dadas pelo usuário ou familiar, configurando-se pois como uma dialética de pergunta e resposta e não um encadeamento de perguntas e respostas, como na entrevista estruturada.

A exigência da realização de entrevistas para a produção de evidências parte da aceitação do pressuposto hermenêutico de que se há diálogo entre os pesquisadores e participantes da pesquisa é porque concordamos em não ter uma compreensão conclusiva e o diálogo durará enquanto e porquanto houver um nível de entendimento sobre algo que se possa e se deseje alcançar.

Essa necessidade do outro para a realização do diálogo é que baliza a busca da verdade na hermenêutica. Não temos a verdade, estamos na verdade ao fazer surgir o autêntico eu e autêntico outro ao nos apropriarmos da singularidade da situação de cada um de nós ante um horizonte comum.

Nosso compartilhamento linguístico em seus diversos níveis criam nossas experiências de comunidade, estendem nossa realidade de modo potencialmente infinito. Nossa comunicação, socialização ocorre mediante ao rompimento e expansão das barreiras, à fusão de horizontes, condição sine qua non para o conhecimento hermenêutico.

Portanto, conversar/entrevistar é elevar a um patamar mais rico o conhecimento mútuo dos falantes e a compreensão do tema sobre o qual interagimos. Assim, quanto mais ocorre a fusão de horizontes, percebemo-nos em contato com o outro e entendendo-nos sobre algo, mais próximos estamos da verdade desse encontro. (AYRES, 2008)

## **8.6 Considerações éticas do estudo**

Consideramos a relação entre ética e pesquisa por aquela estar implicada no método enquanto um processo que se constitui ao longo da pesquisa, na contínua relação do pesquisador e o interlocutor, na qual o pesquisador, de forma autônoma, é a todo momento chamado a refletir e agir de forma ética.

Logo, a realização desta pesquisa obedeceu à resolução nº 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012) atendendo às exigências éticas e científicas fundamentais, observando: os possíveis riscos e danos associados ou decorrentes da pesquisa; o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), a relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa como justificado na introdução; a confidencialidade e a privacidade; a proteção da imagem; o respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, a anuência dos participantes e a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) designado.

Comprometemo-nos com a devolutiva de nossa pesquisa aos serviços locais de estudo, a qual deve ser vista sobretudo como dispositivo ético voltado para garantir a transparência da pesquisa e dos processos interativos entre a universidade e a sociedade civil e, também, realizar uma espécie de validação dialógica sobre as interpretações realizadas.

Para além da observância de tais normas, assumimos ao longo de toda a pesquisa, o convite a sermos pesquisadores autônomos, responsáveis por nossos atos na condução das investigações, no julgamento de suas intenções e recusamos a violência física ou simbólica contra si e contra os outros, bem como o empenho no respeito à autonomia de nossos interlocutores (SCHMIDT, 2008) e uma dimensão ética do cuidado pautada na valorização das experiências dos sujeitos.

Consoante Dussel (1986), o princípio supremo e absoluto da ética reza: “Liberta o pobre” (p.88). O princípio é absoluto porque rege a práxis, sempre, em todo o lugar e para

todos. Podemos muito bem substituir aqui o pobre pelo “louco”. Liberta o louco supõe: a) a denúncia de uma totalidade social, de um sistema fechado que exclui e produz o louco; b) um opressor que produz o louco e o excluído; c) o louco injustamente feito louco, por isso, enlouquecido; d) levar em conta os mecanismos que reproduzem a loucura; e) o dever ético de desmontar tais mecanismos; a urgência de construir um caminho de saída do sistema excludente e, por fim; g) supõe a obrigatoriedade de realizar o novo sistema no qual tendencialmente todos possam caber na participação, na justiça e na solidariedade. (BOFF, 2000)

Assim, escutar a voz do outro nas entrevistas é mostrar consciência ética. Cientes de que, como nos diz Dussel “A consciência não é tanto um aplicar os princípios ao caso concreto, mas um ouvir, um escutar a voz que interpela a partir da exterioridade, do além do horizonte do sistema” (1986, p.51).

Consciência ética é saber abrir-se ao outro e levá-lo a sério (responsabilidade) em favor do outro ante o sistema, no nosso caso o usuário com sofrimento psíquico que clama por saúde a partir do seu direito, de pessoa enquanto tal.

## 9 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A exposição dos resultados versa sobre relatos dos usuários e familiares das três instituições pesquisadas, além do material oriundo dos diários de campo do pesquisador e dos prontuários.

De modo a facilitar a exibição dos resultados, as instituições pesquisadas e os usuários aparecem em termos de códigos. Os usuários do HUWC são chamados, respectivamente, por HUWC1, HUWC2, RT3, HUWC4 e HUWC5. Os usuários do HSMM são nomeados, respectivamente, por HSMM 1, HSMM 2, HSMM 3, e assim por diante, até o HSMM12. Os usuários do CAPS receberam os códigos CAPS1, CAPS2, CAPS3, e assim por diante, até o CAPS10.

Três temas centrais constituíram nossa Rede de Significados de modo interdependente, cuja organização evidencia suas respectivas dimensões de análise, exibidas abaixo na Figura 11.

Rede de significados

TEMAS CENTRAIS	DIMENSÕES DE ANÁLISE	TEMAS CENTRAIS		
A) Itinerários terapêuticos	A.1 Experiência de sofrimento psíquico	A2. Concepções da saúde/doença mental	A3. Construção da demanda e trajetórias na busca de cuidado	
B) Qualidade do cuidado	B1. Humanização	B2. Integralidade		
C) (Des) articulação em rede	C1. Conectividade	C2. Integração	C3. Normatividades	C4 Subjetividades

Fonte: elaboração própria

O tema *Itinerários terapêuticos* aborda as experiências vividas dos usuários no que se refere ao processo de adoecimento e de busca pela “cura” nos diferentes modelos de atenção em saúde mental, as diferentes concepções de saúde/doença mental e o modo como foram construídas as demandas referentes às terapêuticas empregadas.

O tema *Qualidade do cuidado* consiste na apresentação dos principais aspectos relacionados ao cuidado recebido na perspectiva dos entrevistados dos distintos serviços, divididos nas subcategorias humanização e integralidade enquanto dimensões que desvelam a qualidade do cuidado, em seus aspectos formais com destaque para a centralidade do uso dos

psicofármacos e a estrutura física, e os aspectos qualitativos, relacionais presentes nas práticas dos profissionais e modos de cuidar.

O tema *(Des) articulação em rede* desdobra-se em quatro dimensões do modelo analítico de articulação em rede<sup>34</sup>: conectividade, integração, normatividades e subjetividades a partir dos itinerários terapêuticos percorridos pelos usuários, que desvelam elementos da (des) articulação dessa mesma rede.

Queremos salientar que esta divisão não representa rupturas dos processos pesquisados e sim apenas recurso de apresentação didática, devido à nossa dificuldade de analisar nosso objeto de forma integral e integrada, para a compreensão a partir dos itinerários terapêuticos de sujeitos em sofrimento psíquico.

## 9.1 Itinerários terapêuticos

A presente categoria constitui-se no seguimento da proposta de Rabelo et al (1999) em interpretar os processos pelos quais os sujeitos entrevistados escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento, já que estes encontram diferentes maneiras de resolver e explicar o seu sofrimento psíquico e suas aflições. Daí dividirmos este tópico na compreensão de como se deu o processo de adoecimento e as diferentes experiências do sofrimento psíquico, como esta foi interpretada pela própria pessoa e família e o significado que o evento tem em suas vidas e as trajetórias empreendidas na busca por cuidados.

### 9.1.1 Experiência de sofrimento psíquico

A experiência de sofrimento psíquico dos usuários entrevistados pode ser compreendida a partir do conjunto dos sinais e sintomas identificados como violência contra si e contra os outros, isolamento, agitação, alterações no discurso, problemas no campo da percepção (delírio e alucinação), ataques e crises, mudança de desempenho de papéis sociais, da aparência, emoção, comportamento bizarro, ou seja, condutas e modos de ser considerados estranhos ou alheios a um padrão normal de modo marcante. Tais características marcaram os diagnósticos dos médicos como esquizofrenia, depressão, transtorno bipolar (APÊNDICE E).

*“Se ela tiver agressiva, ela vem em cima de mim, das irmãs dela, de qualquer um...” (HUWC2)*

---

<sup>34</sup> A categoria *unidades mínimas*, pertencente a este modelo, já foi apresentada na descrição do cenário de estudo no delineamento metodológico (p.88).

*“Ele tava dormindo e acordou com ela tentando sufocar ele” (HSMM1)*

*“Essas vozes não param de perturbar ela, ela é agressiva, vem assim pra cima da gente” (HSMM7)*

*“Ela fica violenta, ela fica agressiva, ela fica dizendo as coisas, não fala coisa com coisa, pensa mal de você” (CAPS4)*

*A gente fechava o portão e a porta, ela arranjava alguma coisa pra bater, pra tentar arrombar, coisas assim bem agressivas mesmo. Ela agredia só se a gente tentasse barrar algumas vezes, mas não era de jogar nada, era só se a gente tentasse barrar aquilo que ela queria fazer, tipo sair pra rua, coisa do tipo, mas assim dentro de casa, do nada, ela não tinha agressividade com ninguém, ela tinha com ela assim, às vezes de se asunhar, coisa assim, mas assim tentar contra a vida ou coisa mais grave não. (CAPS1)*

*“Aí passou a terça, quarta e quinta e ela só acordada, não dormia, com o olho enorme” (HSMM6)*

*“Comecei a fazer coisas que tava desagradando a minha família querendo passar na frente dos carros, entrando no mercantil querendo comprar coisa, porque eu achava que eu era muito rica, eu querendo sair de noite umas horas da noite” (HSMM3)*

*ela não tava nem comendo e nem andando, fez tudo na cama, sujou tudo, iam até botar a sonda nela por conta que ela não comia (...) Ela dorme, acorda, mas ela escuta tudo que você falar, ela entende, mas não fala e é com as mãos assim fechada direto, assim como quem tá com medo de uma coisa. Das outras vezes quando ela começou, ela ficava dizendo que iam matar a família dela, o filho, meus irmãos, vão matar, vão matar, tipo assim delirando e também ela ficava um pouco agressiva se você tentasse fazer alguma coisa, banhar ela, dar alimentação, tentar botar na boca dela, tudo isso ela ficava agressiva (HUWC2)*

*“Ouvia voz, via vulto, ouvia grito, ouvia me chamar, não era nada, era só ilusão, só coisa perturbação do juízo.” (HSMM/HD5)*

*“Agora dessa vez, eu botei na cabeça que eu era filha do Senhor Jesus, que é muito rico, então eu fiquei delirando nessa parte aí” (HSMM/HD3)*

*“Tensões, choros, acho que visões, coisa do tipo, e que ela dizia que via, né como também sentia, ela dizia que sentia muita quentura no corpo, sobretudo à noite quando a gente já estava dormindo ela acordava pra tomar banho pela madrugada porque dizia que estava, que o corpo estava quente como fogo queimando coisa do tipo- (CAPS1)*

De acordo com o CID-10R, os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados, a percepção delirante, ideias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos, entre outros (OMS, 2008).

Já no diagnóstico da depressão levam-se em conta sintomas psíquicos, fisiológicos e evidências comportamentais, a saber: humor depressivo, redução da capacidade de experimentar prazer na maior parte das atividades, antes consideradas como agradáveis,

alterações do sono e do apetite, retraimento social e crises de choro, para citar estes. (DEL PORTO, 1999; OMS, 2008)

*“Quando ela entrestecia, ela não queria comer, não queria falar com ninguém nem beber água, não trocar de roupa, não tomar banho, depressão dela toda vida foi assim, no começo ela passava meses aí, depois foi passando de ano e saindo ano” (HUWC2)*

*Era digamos um silêncio, ela ficava calada, só falava se a gente perguntasse alguma coisa e ela não respondia muito a nada, queria só dormir, ficar deitada, não tinha ação pra fazer atividades diárias, as coisa de casa, ou sair de casa. Ficava só dentro de casa, resguardada, silenciada, sem nenhuma reação assim. (CAPS6)*

Nos relatos lidos, o isolamento tende a estar associado, por um lado, à indisposição e falta de ânimo que remetem às ideias de força e fraqueza, e por outro, à condição de estar amuado. Trancar-se, deixar a casa em desleixo, descuidar-se de si mesmo são também comportamentos mencionados para se descrever uma dinâmica de isolamento.

Outra experiência de sofrimento psíquico são as mudanças súbitas e inexplicáveis nas atitudes:

*“A gente ver que não é ela, sabe, porque ela é uma pessoa muita calma, muito tranquila” (HSMM6).*

*“Porque antes ela era uma pessoa saudável, alegre, só que ela sempre foi uma pessoa calma, quieta, calada, mas nunca era explosiva nem nada não” (CAPS4).*

Por fim, as descrições de normalidade, que caracterizam o estado da pessoa antes da doença ou sua recuperação, apontam para dimensões importantes da semiologia relativa a problemas mentais. Conforme Rabelo et al (1999), os signos de normalidade presentes nos relatos envolvem três tipos básicos: desempenho de papéis sociais, aparência e relação com outros.

Os signos de desempenho de papéis, referentes, basicamente, ao trabalho, aparecem tanto nas descrições de normalidade quanto na identificação de melhora. Nestes contextos, fala-se que a pessoa era (é) trabalhador (a) e/ou que apresenta(va) disposição para trabalhar.

*“Quando ela tá em casa, ela faz o serviço dela, varre, lava prato, faz comida, quando ela tá boa, mas do jeito que ela tá aí não, quando ela está boa ela faz tudo. (...) Ela trabalhava, era normal, saía, tinha problema nenhum, trabalhava ela, sempre trabalhou” (HUWC1)*

Há três aspectos importantes a notar quanto ao significado do trabalho na atribuição de normalidade ou melhora. Em primeiro lugar, a disposição para o trabalho está relacionada à força-entendida como um estado de plena posse das capacidades físicas e mentais-, e deste modo se opõe à fraqueza que caracteriza a doença. A outra concepção do que é ser trabalhador relaciona-se também ao cumprimento de expectativas sociais específicas para

cada gênero: a mulher trabalhadora é definida, nas narrativas, em termos do cuidado com a casa e os filhos e a última categoria importante é a construção e afirmação da identidade.

Já a normalidade/sofrimento identificada pelo cuidado com a aparência, pode ser contemplada nesta fala:

*Ela ficou num estado que não tinha mais nem a gente aguentava com ela, não tinha, se você tentasse pegar ela pra botar no banheiro pra banhar ela rasgava a gente todinha, ela ficou num estado que não, ninguém aguentava, fedendo, cabeça cheia de piolho, muita suja, o corpo dela ninguém via mais nem a pele, era só sujo (HUWC2)*

Como dissemos nos capítulos três e sete, as doenças mentais foram incluídas como condição crônica por exigir cuidado contínuo e prolongado (OMS, 2003) e algumas vezes manifestam-se na exacerbação de sinais e sintomas como descritos acima, marcando o que as pessoas denominam de “crise”. Contudo, tal condição também comporta períodos de “silenciamento ou “normalidade” (BELLATO et al, 2011)

*“Depois de algum período, ela acabava voltando, digamos, bem pra convivência normal de família, de atividades, de cuidar da casa, de passeios”. (CAPSI)*

Apesar da predominância de características psicopatológicas nas experiências vividas, não foi nossa intenção produzirmos um diagnóstico ou tomar a pessoa pela doença e sim queremos destacar que a saúde e a doença devem ser compreendidas como processo, pois estão vinculadas a situações singulares e complexas da existência humana, que, por sua vez, tem um caráter dinâmico, de poucas certezas. Isto nos remete a biografias, culturas, histórias, a sujeitos sociais concretos, com suas trajetórias e mundos subjetivos, que são muito mais do que sintomas, resultados obtidos em escalas padronizáveis, mais do que possa dar conta uma ou outra concepção teórica. (DALMOLIN,2006)

Consoante Basaglia, a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para se ocupar de uma doença abstrata. Então, aceitamos a proposta deste autor de colocarmos a doença entre parênteses para nos ocuparmos das pessoas concretas em suas experiências, em seus sofrimentos. Sendo assim, não existe a doença mental enquanto fato da natureza, mas experiências de pessoas concretas em dor e sofrimento, tal como nos usuários anteriores (AMARANTE, GULJOR, 2010).

### 9.1.2 Concepções da saúde/doença mental

Nas narrativas pesquisadas, percebemos que tanto os familiares como os usuários tem conceitos próprios sobre o sofrimento psíquico e ressignificam esses conceitos a partir do seu lugar, da cultura. A experiência dessa situação é constituída de múltiplos sentidos, ora antagônicos, ora complementares, colocando as pessoas ante várias possibilidades de compreensão, bem como maneiras distintas de superação do sofrimento.

Inicialmente, nossas falas corroboram com Dalmolin (2006) de que há uma prevalência na compreensão da “doença mental”, oriunda da psiquiatria, -enquanto “discurso competente”-, que é dominante nas trajetórias da atenção à saúde mental e que se dissemina pelas famílias e usuários. Entendemos discurso competente como

(...) discurso instituído. É aquele no qual a linguagem sofre uma restrição que poderia ser resumida: não é qualquer um que pode dizer qualquer coisa em qualquer lugar e em qualquer circunstância. O discurso competente confunde-se, pois, com a linguagem institucionalmente permitida e autorizada, isto é, com um discurso no qual os interlocutores já foram previamente reconhecidos, como tendo o direito de falar e ouvir [...] (CHAUÍ, 1990, p.7)

*“Eu não sei, não mesmo, o que ela tem, o médico é que sabe” (HSMM6)*

*“É uma doença mesmo que ela tem, né!? Doença mesmo, outra coisa não é não, né?” (HUWC1). Disse em tom de dúvida, como se esperasse minha confirmação, já que eu sou aluna do mestrado da UFC (Diário de campo)*

*“Eu não fazia nenhum tratamento pra depressão, é tanto que eu nem sabia, o médico foi que me explicou que eu era uma pessoa muito calada, muito triste (...) foi o médico quem me explicou que eu tinha desde criança”. (CAPS5)*

*“Agora, hoje mesmo, eu descobri que sou bipolar”. (HSMM2)*

De fato, a população confere autoridade aos profissionais (particularmente ao médico) para definir, em grande parte, seu estado de saúde, o que expressa o caráter de classe da relação. Conforme assinala Boltanski (1984, p 29, 37, apud BOSI, AFONSO, 1998, p. 359),

os membros das classes populares, conscientes de sua ignorância, não são livres para desenvolver um discurso sobre a doença, sendo suas tentativas de explicação frequentemente seguidas de uma constatação de ignorância ou do apelo ao único especialista autorizado a falar da doença: o médico (...) ao mesmo tempo, o principal agente de difusão dos conhecimentos médicos e aquele que limita sua reprodução.

Por outro lado, nas falas dos entrevistados e na pesquisa supracitada, os usuários e familiares parecem adotar muitos dos elementos do modelo biomédico, entretanto não

generalizamos que este modelo se tornou o modelo popular da doença, pois ainda citando Boltanski (1984. p. 30, apud BOSI, AFONSO, 1998, p.359), constata-se que

a utilização pelos membros das classes populares de termos médicos tomados ao discurso do médico nunca está livre de subentendidos ou de reticências. O termo tomado da linguagem médica permanece então uma palavra estranha que não se integra na fala vulgar.

*“Eu não sei nem chamar o nome, eu não sei” (HSMM/HD2)*

*“o diagnóstico dele, é um, um... que, que ele até botou aqui na ficha, como é meu Deus o nome? (pausa) Ah, agora eu não lembro não! (...) É um transtorno mental, mas, como é meu Deus, tem (pausa), tem que olhar assim, tem o nomezinho na ficha dele.” (CAPS2)*

*“Vem pegar tua irmã aqui que tem que levar para o hospital, porque ela tá com um problema aqui, com o coração agitado, é um outro nomezinho que eles chamam” (HUWC3)*

*“Tenho certeza, eu sei, eu tenho plena convicção que eu vou ter uma vida quase que normal, porque depressão não tem cura né, é um tratamento que você faz a vida toda, eu tenho plena convicção de que eu não vou ficar assim pra sempre não [risos]. (CAPS6)*

O discurso psiquiátrico traz ainda uma concepção de doença mental como periculosidade social (risco) e, portanto, vincula uma relação de tutela – a ser exercida através do hospital. Essa vinculação de risco foi citada por uma profissional de saúde do HSMM para mim, ao relatar-lhe meu objetivo no local: *“Tenha cuidado, eles são perigosos” (Diário de campo).*

Situação semelhante também é vivida por quem enfrenta essa problemática no cotidiano: *“eu sou bipolar, mas eu nunca dei ataque não. Bipolar é que dá ataque né” (HSMM/HD1).*

*“Ela é agressiva, vem assim pra cima da gente” (HSMM1)*

A psiquiatria ao recortar sintomas, tomam-nas pelas doenças, confundindo-os pela natureza imprecisa do objeto. Essa direcionalidade da atenção para os sinais e sintomas desse sofrimento reescreveu a doença segundo um comportamento desviante, estranho aos padrões normais e reverbera no discurso das pessoas: *“era normal, saía, tinha problema nenhum, agora ela tá ficando doida”.* (HSMM3)

*“Ela é normal, mas ela toma medicamento” (CAPS, 3)*

Tais questões tornam-se relevantes por se sobreporem a uma busca de compreensão do sujeito que sofre habituando-se a classificar as manifestações segundo uma ordem natural (AMARANTE, 1996).

Outro aspecto associado ao sofrimento psíquico é a incapacidade para executar as atividades de vida diária e de trabalho. *“Ela tá aposentada durante esse tempo todo, o médico disse que ela não tem mais condição de trabalhar não, ela começou recebendo o BPC, depois viu que não tinha mais condição, aí aposentou mesmo” (HUWC2)*

*“Ele (o médico) mentiu, ele disse que eu não tenho noção do que faço, e eu tenho. Tudo que eu faço eu faço pensando, eu não sou assim”. (HSMM/HD4)*

*“No INSS que eu fui com minha irmã pra pedir o atestado, eles falam que é só uma depressão, que não precisa se aposentar, ganhar benefício não. Ele é quem fala”. (CAPS5)*

Segundo Helman (2003), a incapacidade é, em grande parte, uma construção social, pois nem todas as pessoas com comprometimento físico ou psicológico são incapazes; mais do que um acometimento, é o significado que a sociedade impõe a tal estado, bem como o grau de dependência.

Somada a esta concepção, temos a que atribui causas orgânicas, que ganhou força desde o momento em que a loucura passou a ser oficialmente objeto do campo da medicina, sendo categorizada como “doença mental”, como trouxemos no capítulo três. Pressupõe a existência de causas, sintomas orgânicos como explicação do adoecimento, tendo sido incorporado no discurso científico e também presente nas entrevistas: *“ele tem um, um leve desvio assim na cabeça, sabe!?” (CAPS3)*

*não tenho nada, não estou doente, eu não tenho nada (familiar reproduz a fala do usuário) [...] Ele rejeitava qualquer atendimento porque não reconhecia aquilo como doença, sobretudo doença pra ele era algo que sentisse dor. Então, não via aquilo como doença. Então, não precisava de cura nem de consulta, nem muito menos de remédio, num é!?” (CAPS9)*

Também Herzlich (1991, p26, apud BOSI, AFONSO, 1998, p. 359) assinala que “qualquer que seja a importância da Medicina Moderna, a doença (e a saúde, diríamos) é um fenômeno que a ultrapassa e que a representação não é apenas esforço de formulação mais ou menos coerente de um saber, mas também questão de sentido”.

Embora uma das características encontradas nesta pesquisa seja a forte proximidade com os saberes psi e suas intervenções na concepção do sofrimento psíquico, outras modalidades aparecem concomitantemente, como crenças ou explicações religiosas e populares, tornando os itinerários terapêuticos mais amplos e diversificados.

As explicações populares aparecem nas falas: *“diz meu cunhado que é resguardo quebrado” (HUWC2)*. *“Eu acho que deve ser resguardo quebrado né, só Deus sabe.” HUWC1)*. *“Isso só ataca quando eu estou gestante ou de resguardo”. (HSMM6)*

Na pesquisa de Sousa (2011) sobre as experiências de partos no sertão do Ceará, havia a crença que quando o resguardo<sup>35</sup> era quebrado era preciso tomar providências urgentes para tentar sanar a situação, pois se não fosse devidamente tratado poderia arruinar uma mulher para a vida toda.

Escutamos ainda a associação da causalidade da origem do sofrimento psíquico à religiosidade. A importância das igrejas na busca pela cura foi percebida em diversas falas: “*é como se não fosse ela, é como se fosse um espírito, é como se não fosse ela de jeito nenhum, ela ficou com a voz diferente como se fosse um espírito mesmo. A gente vê que não é ela, sabe, porque ela é uma pessoa muito calma, muito tranquila.*” (HSMM7)

“*Meu pai, depois que ela começou a ficar doente, ficava achando que era alguma coisa que ela tinha, alguma coisa que acompanha ela, que alguém tinha feito alguma coisa com ela, aí ele ia na igreja.*” (CAPS4)

“*As irmãs dela agora dizem que deve ser algum espírito encostado nela também, porque nunca fica boa*” (HSMM3)

Dificuldades cotidianas, familiares, do mesmo modo foram citadas, como reveladas nas pesquisas de Pelouso & Blay, 2008; Martin et. al., 2007; Fonseca et al. 2008, Fortes 2004.

*Nela sempre tinha algum motivo, né!? Primeiro, que ela tinha problemas assim, outros, outros problemas de saúde, coração, diabetes e ela era muito nervosa. Então, quando algo acontecia, saía do controle, ela acabava entrando nesse estado, né!? Quando alguém estava com problemas, com os filhos ou com o esposo. Então, ela ficava nesse quadro. (CAPS1)*

De acordo com COSTA (2004, p.6);

A perda do equilíbrio nos processos de adoecimento não constitui apenas fator médico-biológico, mas também um processo vinculado à história de vida do indivíduo, da família e da sociedade. Em todas as culturas, há manifestações de recolhimento interior provocado pelo sofrimento e pelo padecimento da dor.

Para Manson (1995, apud Martin et al, 2007) o melhor entendimento da ocorrência do transtorno mental deverá levar em conta muito mais do que simplesmente os sintomas expressos pelo paciente. Devem ser considerados os contextos sociais e as forças culturais que modelam o cotidiano, que dão significado às relações interpessoais e eventos na vida. Desta forma, a compreensão da doença deve alcançar também o contexto sociocultural.

Explicações biológicas, populares, religiosas, sociais e angústia diante do desconhecido fenômeno que se apresenta estiveram presentes. Essa experiência, geradora de sofrimento, conforme Dalmolin (2006), provoca um descompasso entre o que é vivido pela

---

<sup>35</sup> Nome popular para designar o puerpério. SOUSA, N.A. Experiências de partos domiciliares no sertão do Ceará (1960-2000). OPSIS, Catalão, v. 11, n. 1, p. 171-189, jan-jun 2011.

pessoa e o que se espera dela naquela cultura, naquele momento social. O sofrimento psíquico comporta sistemas próprios de referências difíceis de serem compreendidos e compartilhados pelos demais, como esta descrição: “coisa de filme só quem conviveu pra saber, coisa muito estranha isso, a gente tenta entender, mas não consegue, eu não sei de onde veio essa doença, não sei porque que acontece isso, são vários fatores que eles dizem a gente”. (HSMM1)

Por fim, concordamos com Alves (1993) e Rabelo (1999) de que a experiência é muito mais complexa do que os significados formulados para explicá-la, isto é, de que estes oferecem sempre quadros parciais e inacabados de uma realidade que está sempre em fluxo. Estão, portanto, fadados a ser repensados e refeitos, pois na vivência da doença de cada indivíduo ocorre uma multiplicidade de sentidos, pois os fatores socioculturais e biológicos não podem ser isolados, já que a vida tem várias dimensões e estas se integram a totalidade da vida.

### 9.1.3 Construção da demanda e trajetórias nas buscas de cuidados

Como dissemos a partir de Rabelo et al (1999), o itinerário terapêutico tem como principal objetivo interpretar os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento, já que estes encontram diferentes maneiras de resolver os seus problemas de saúde, possibilitadas por uma variedade de serviços terapêuticos, no sentido geral do termo, e estes ainda desenvolvem diferentes métodos e premissas para explicar as aflições dos pacientes.

Assim, a decisão de procurar certas formas de tratamento e os modos como os sujeitos vão se comportar em relação à terapêutica adotada depende, em grande parte, dos significados associados à experiência da doença mental, já exemplificados no item anterior, mas trouxemos ainda este recorte para realçar o que estamos falando.

*A gente não sabia como lidar, como tratar e isso despertava também curiosidade de vizinhas e outras coisas e que cada um dizia coisas diferentes. Era difícil porque não sabia bem, acreditava muito no que algumas pessoas falavam, ah é espírito, é uma doença, ah, então cada um tinha uma posição bem diferente muitas vezes, uns tinham certa crença, acreditava numas coisas, mas que outros achavam que era um problema de saúde. Uns dizia leva na igreja tal, conheço uma rezadeira muito boa, a outra dizia tem que levar pro médico, ela é tá doente. Então fica bem dividido tudo isso, né. (CAPSI)*

Um indivíduo pode acionar diferentes recursos de cura para a mesma ou diferentes perturbações concomitantemente, que funcionam em uma lógica de complementaridade em relação a sua eficácia. Segundo Rabelo (1999), a existência de visões discordantes – e até

mesmo contraditórias – sobre a questão terapêutica evidencia que tanto a doença como a cura são experiências intersubjetivamente construídas, em que o paciente, sua família e aqueles que vivem próximos estão continuamente negociando significados.

*Nas tentativas de conhecer o que era havia no bairro uma casa espírita e aí a gente chegou a frequentar, porque algumas pessoas diziam que era alguma coisa relacionada a espírito que estava a tentar com ela, aí passava algumas vezes por lá. Surgiu a necessidade também de procurar um atendimento médico, por ser um caso uma questão de saúde, então pra ver essa questão também já que tinha na cidade o caps. foi levado também (CAPS1)*

A narrativa acima vai ao encontro de ALVES (1993, para o qual a influência do contexto sociocultural é notória na escolha do itinerário de cuidado, pois a interpretação da enfermidade tem uma dimensão temporal não apenas porque a doença, em si mesma, muda no decorrer do tempo, mas também sobre o itinerário terapêutico, porque a sua compreensão é continuamente confrontada por diferentes diagnósticos construídos por familiares, amigos, vizinhos e terapeutas.

Já trouxemos que os itinerários terapêuticos percorridos em busca de cuidados para o alívio do sofrimento psíquico nos revelam como se produz a demanda dos usuários frente a estes. Franco & Merhy (2010) lançam a hipótese de que haja uma relação entre o modo de produção do cuidado e a construção de significados para este mesmo serviço de saúde, feita pelos usuários no exercício cotidiano de busca por assistência, e esta parece ser uma das formas de construção da demanda, ou seja, a busca pelo serviço de saúde se dá através da percepção que o usuário tem do que é ofertado por esse serviço.

Acompanhando suas trajetórias nas instituições que compõem a RAPS, percebemos que, em muitos casos, desde a primeira crise, houve um endereçamento para o sistema psiquiátrico tradicional (hospital psiquiátrico), ilustrado a seguir:

*“Aí começou a ficar inquieta, conversando coisa com coisa, aí levaram ela pro Mira y Lopez a primeira vez, depois foi pro Nosso Lar. Aí foi pro Nosso lar e voltou pro Nosso Lar, que é a terceira vez. Agora é a quarta vez dela” (HSMM6)*

A rede de saúde mental conta com três Hospitais psiquiátricos, sendo apenas um deles uma instituição pública (estadual, descrito na metodologia) e duas instituições filantrópicas (Hospital São Vicente de Paulo e Hospital Nosso Lar). Esses serviços também recebem pacientes de outros municípios do estado, pois existem somente mais dois hospitais psiquiátricos fora da capital (em Crato e Sobral).

Dalmolin (2006) denuncia que a circularidade e a recorrência pelo mesmo itinerário, (neste caso citado acima e em outros mostrados no APÊNDICE E, a recorrência foi aos hospitais psiquiátricos) resultam mais da falta de oportunidades de outros itinerários terapêuticos do que dos parcos benefícios provenientes dos recursos disponibilizados. O retorno à internação psiquiátrica, por falta de respostas positivas para as exigências que esta situação de vida impõe, traz à tona a precariedade de ofertas para o manejo do intenso sofrimento psíquico.

O internamento consubstancia-se como um ponto de viragem na medida em que motiva uma conscientização da gravidade da situação clínica da pessoa e da necessidade do seu acompanhamento terapêutico. Quando se percebe desorganização subjetiva extrema e sofrimento psíquico, fazendo-os perder o “controle” sobre a situação, é que se inicia a busca pelo serviço de saúde. Nestes casos, o internamento hospitalar marca o início dos itinerários terapêuticos, percebido também na pesquisa de Nogueira (2012), como descreve estes familiares:

*“A gente passou a noite todinha nesse sacrifício com ela, quando foi na sexta-feira a gente viu que ela não ia aguentar, aí a gente trouxe pra cá” (HSMM1).*

*“Aí, dia 2, a gente não aguentou mais, ela tava muito agressiva, quebrando tudo dentro de casa, aí eu resolvi trazer ela, que eu nunca tinha trazido (HSMM6)”.*

Vejamos outro caso:

*Saindo ano e a gente lutando, lutando em casa e levava pro médico, o médico passava remédio de posto de saúde, aí depois não adiantava nada levar, porque levava, mas ela não tomava, no posto contava que ela não queria comer, sabia que tinha depressão, né, depois foi vindo pra cá porque não tinha mais condição da gente cuidar, aí começaram o tratamento (HUWC1)*

A dificuldade de reconhecimento precoce da necessidade de apoio terapêutico, bem como a ineficácia do apoio da ESF (registrada nos casos em que a ela se recorreu) leva a que o estado da pessoa se agrave rapidamente, com implicações dramáticas nas várias esferas da sua vida e, frequentemente, nas de quem a rodeia. Entre os efeitos mais graves – dadas as consequências ao nível da autonomia e independência individuais e ao nível da sobrecarga familiar –, registam-se, conforme visto na primeira subcategoria: a perda de competências de gestão da vida diária (por exemplo, deixa de realizar as tarefas básicas de higiene individual), a perda de competências relacionais (por exemplo, deixa de querer sair de casa pelo receio do contato social ou torna-se uma pessoa muito conflituosa), a incapacidade para desempenhar uma ocupação (tendência para abandonar os estudos ou perder o emprego).

Num contexto de enormes constrangimentos de natureza individual, familiar e social, que se avolumam em efeito bola de neve, crescem as condições para o agravamento do estado da pessoa, agravamento este que, em determinado momento, se traduz numa crise de tal forma aguda que o internamento psiquiátrico aparece, então, como resposta urgente e inevitável. É em condições de grande desestruturação que, em geral, o primeiro internamento hospitalar emerge nos itinerários terapêuticos das pessoas entrevistadas (NOGUEIRA, 2012).

Dalmolin (2006) acrescenta que esses cenários são geradores da busca de alternativas institucionais, pois a existência- sofrimento leva a que os familiares envolvidos também se encontrem sorvidos pelas “rupturas” vividas pelo familiar, ou seja, o fato de se apresentarem comportamentos estranhos e dolorosos, como os descritos, desestruturam as formas habituais de a família lidar com os seus parentes, deixando-os em desespero e impotentes ante à situação.

Quer nos casos em que ainda não se tinha iniciado qualquer tipo de acompanhamento terapêutico, quer nos casos em que já se tinha procurado algum tipo de apoio a esse nível – de um modo geral, como se vê, na esfera privada, com consultas de psiquiatria –, o primeiro internamento representa um momento-chave, com implicações muito significativas no redirecionamento das trajetórias individuais e familiares.

*Quando ela ficou desse jeito, nós levamos pro hospital por trás da Messejana, onde tem o psiquiátrico, do Gonzaguinha da Messejana, ela foi pra lá, acho que ela passou só dois ou três dias. No outro, ela foi pra perto dali, não lembro o nome, ali pras banda do Papicu, né, tem uma clínica, é uma clinicazinha, não sei se é particular (HUWC2).*

Observamos que, se necessário, familiares e usuários iniciam um longo percurso pela cidade, passando de serviço em serviço, até que, por fim, sejam conduzidos à internação psiquiátrica, estando, pois distante de uma articulação em rede que se responsabilize pelo trânsito do usuário.

*A gente levou ela até o hospital que ela teve a neném, que foi o Hospital da Mulher, aí chegamos lá a gente falou com o psicólogo, né, aí ele encaminhou a gente pro CAPS, o de Maracanaú, aí a gente foi pro CAPS, aí lá no CAPS ela foi consultada por um psiquiatra, aí ele passou dois remedinhos pra ela, que foi o Fenegram e o Haldol, ela tomou e a gente veio pra casa, eu achei que ela ia logo dormir. Aí eu fui pra casa, quando foi a tardezinha, eu voltei, aí quando eu cheguei lá, a mãe dela disse, A., a R. tentou atacar a neném, aí a gente passou a noite todinha nesse sacrifício com ela e daí quando foi na sexta-feira a gente viu que ela não ia aguentar, aí a gente trouxe pra cá. (HSMM1)*

Deslandes (2002) observa que a peregrinação do doente em busca do atendimento mostra que a fragilidade do sistema vigente, calcado no modelo médico, corresponde às variadas formas simbólicas de esses usuários viverem a violência institucional.

Para Silveira et al (2011), a concepção que considera o usuário enquanto doente e o isolamento como única forma de tratamento e de opção para a segurança das pessoas da família e da comunidade provavelmente ajuda a manter a centralidade do hospital.

*Quando a gente chegava lá em Messejana, ela tava amarrada, né, porque ela ficava zangada, aí lá o pessoal amarrava ela, dava o remédio e amarrava pra ela se acalmar. (...) Se você não consegue manter uma pessoa nos remédios, calmo, o jeito que tem é amarrar mesmo, né? Porque não pode deixar quebrar tudo (HUWC1).*

Na medida em que há restrição do acesso, em que não é trabalhado a base territorial e não pensam projetos articulados, os serviços estão reiterando o sofrimento e a exclusão. A família, por desconhecer outras possibilidades e sem um suporte terapêutico para aliviar sua sobrecarga, tem dificuldade em escapar da lógica instituída, naturalizando a institucionalização como o principal caminho para situações psíquicas tão diversas.

Segundo a Portaria que regulamenta o controle das internações psiquiátricas (BRASIL, 2002), esta “somente deverá ocorrer após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas, e esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial, com o menor tempo possível”. Contudo, as experiências dos usuários entrevistados não refletem a proposta oficial do serviço, como podemos ver nos tratamentos anteriores descritos no APÊNDICE E.

Outro aspecto relacionado ao suporte às crises, refere-se ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), realizado por apenas uma ambulância para toda a capital, que funciona 24 horas composta por uma equipe de socorrista, bombeiro militar e motorista, que encaminham os casos para o HSMM. Apesar da portaria 2048/GM que atesta que as urgências psiquiátricas ser de competência técnica dos serviços de urgência (Brasil, 2003), localizando o SAMU como uma porta de entrada itinerante capaz de fazer potentes articulações inter-redes (Dimenstein et al, 2007), nota-se uma enorme resistência dos SAMUs em prestar socorro que se recusam a atender os casos de pessoas em sofrimento mental agudo, a pesquisadora duas vezes acionou este serviço para casos de surto psicótico, a primeira vez está descrita na introdução e a outra, a ambulância psiquiátrica estava operante, mas foi orientada a acionar a polícia ou levar em carro particular. Vejamos como ocorreu aos nossos entrevistados:

*“Pra trazer ela foi um sufoco, porque ela não queria vir, tem que alugar carro particular e ela quebra tudo do carro, e se a gente levar ela pra casa vai acontecer tudo de novo do jeito que ela tá aí”. (HSMM/HD3)*

*“Ai a gente teve que trazer a força pra internar aqui, viemos nem de ambulância” (HUWC5)*

*No dia, a gente ligou 72 vezes pra ambulância. Dizia que não tinha ambulância, que já tava em casos diferentes, que tinha casos mais urgentes, que só tinha uma*

*ambulância e realmente é um descaso. Pra um caso desse não é pra ter só uma ambulância pra esse nosso Ceará, né. Porque é um descaso grande você só ter uma ambulância pra vários hospitais, porque tem esse aqui, tem o hospital da Zé Bastos né, tem o Nosso Lar, tem um monte de hospitais que era pra ter duas ou três ambulâncias pra cada hospital. É um descaso muito grande pra eles. (HSMM5)*

Para os casos de crises e agudização do sofrimento, não há atuação da equipe do CAPS e o restrito treinamento dos socorristas do SAMU (nos casos que acompanhei, os profissionais eram auxiliares de enfermagem e as pessoas chegavam com as mãos e pés atados à maca) deixam o usuário vulnerável a uma atenção pautada na internação compulsória, e na reclusão no hospital através de sedação medicamentosa ou contenção física.

A experiência de Santos-SP apresenta uma possibilidade de superação deste ciclo, através de um atendimento do NAPS local, que busca compreender a subjetividade de cada um, “tatear as formas de aproximação, escutar as modalidades de comunicação, perceber as brechas de entrada, compreender os afetos e conflitos, lidar com as rupturas e inventar pontes de contato” (NICÁCIO, CAMPOS, 2004, p. 74)

Importante destacar que a Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2005) vem trabalhando nos últimos anos com o conceito de leitos de atenção integral em saúde mental, presentes em hospitais gerais e CAPS III, de atenção contínua 24 horas por dia, incluindo feriados e finais de semana, abertos ao acolhimento diurno e à hospitalidade noturna e integral. Apesar desse fomento, existia até o final desta pesquisa apenas dois leitos no hospital geral (HUWC) e um CAPS tipo III. Ressaltamos que os dois leitos existentes no HUWC são ocupados apenas por aqueles que vêm encaminhados de outro hospital com alguma enfermidade que exige observação clínica. Por não consistir em porta de entrada para urgências, todos os usuários que buscam este hospital e se enquadram no perfil de crise (transtorno e/ou uso de substâncias) são encaminhados para o hospital psiquiátrico (Diário de campo, prontuários).

*“Ai eles (do HSMM) ligaram para minha cunhada, oh rapaz, vem buscar tua irmã aqui, que tem que levar para o hospital, porque ela tá com um problema aqui, com o coração agitado” (HSMM2).*

*“Foi o médico que conseguiu a vaga aqui pra mim, porque eu estou gestante, ele achou que fosse muito melhor aqui e assim que abriu a vaga ele me encaminhou pra cá” (HUWC3)*

*“Ele veio, ele estava no CAPS lá na Barra do Ceará (bairro), aí lá ele apresentou uma febre, e essa febre ele ficou sem falar, sem nada, sem urinar, sem nada, aí trouxeram pra UPA (Unidade de Pronto Atendimento), da (avenida) Dedé Brasil, né? Aí nós, a gente foi pra justiça, eu e a mãe dele pra arranjar um hospital que tivesse mais preparado para isso, aí ele pegou e veio pra cá. (HUWC5)*

Após o internamento no HSMM, por decisão do médico, as pessoas podem continuar o tratamento no Hospital-Dia, anexo àquele ou nos ambulatórios do próprio hospital, descritos no cenário de estudo (p.88). Se em uns casos se trata de uma novidade, correspondente ao início de um plano de acompanhamento terapêutico, noutros casos representa o fim da procura incessante, onerosa e improdutiva de soluções terapêuticas na esfera privada e o começo de um acompanhamento regular na esfera pública.

*“Todo mês eu venho me consultar e pegar a medicação” (HSMM/HD3)*

A entrada desta modalidade na rede de cuidados funciona, em alguns casos, como agente catalizador da diversidade do acompanhamento terapêutico, direcionando-o para além da psiquiatria e (menos frequentemente) para além dos muros do Hospital, após a alta. Os usuários, então, não se limitam, com efeito, a receber apoio médico psiquiátrico, tendo sido encaminhadas para um cuidado de caráter psicossocial, com a entrada em cena de psicólogos, assistente social e terapeutas ocupacionais, como pude observar. (NOGUEIRA, 2012).

Nas entrevistas com os psiquiatras do HSMM realizada por Amaral (2013), este constatou-se uma preferência ao encaminhamento ao Hospital-Dia, justificado pela possibilidade do paciente continuar a ser acompanhado pelo profissional ou residente responsável por ele na internação.

A Estratégia de Saúde da Família foi mencionada em apenas duas entrevistas, uma delas para obter receitas de medicamentos e a outra para tratar alguma doença do foro “físico” – domínio em que se lhe reconhece, efetivamente, competências.

*“Aí me deram alta, me mandaram que eu ficasse pegando a receita no posto, mas eu acho aqui melhor por causa dos profissionais, lá no posto, não que eu ache que o povo lá não seja capaz, eu acho que eles tem a capacidade deles pra outras coisas, pra esses assuntos (de saúde mental) eu acho melhor aqui” (CAPS5)*

*“A gente lutando e levava pro médico, o médico passava remédio de posto de saúde, aí depois não adiantava nada levar, porque levava, mas ela não tomava” (HUWC1)*

*No começou não sabia o que que era, aí eu levei ao posto de saúde e eles me encaminharam primeiro pro CAPS. A médica do posto disse que eu tivesse bastante cuidado com ele e me deu o encaminhamento pro CAPS e passou só o remédio pra dormir, porque ele não dormia e a pressão dele tava muito alta e deu remédio pra pressão. (HSMM/HD3)*

Esta constatação vai ao encontro da afirmação de Fortes (2004) quando refere que na atenção básica as queixas somáticas são os principais sintomas trazidos ao médico pelos pacientes que possuem sofrimento psíquico (FONSECA, et al. 2008; FORTES, 2004), apesar de a atenção básica ser considerada na Política Nacional da Saúde Mental vigente no Brasil

como alternativa para substituir o modelo tradicional da assistência na saúde mental (hospitalocêntrico, medicalizante, psicologizante, focado na doença), tendo como objetivo principal garantir ao paciente um olhar amplo sobre suas necessidades (individuais e sociais) e não atender somente a demanda dos usuários dos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

De acordo com Rabelo (1999), a experiência da doença e da cura é construída por meio de vivências do indivíduo, permeadas por imagens em relação ao tratamento. A construção dessas imagens não é um processo somente individual, mas também social, onde as crenças e os significados são construídos, compartilhados nas redes de relações sociais. Essas imagens são articuladas com as características individuais e irão embasar e sustentar a opção do tratamento, pois cada ato de escolha está relacionado ao que cada ator antecipa a respeito do que vai ser ou como deve ser determinado tratamento.

*“A gente nunca foi pro hospital psiquiátrico porque tinha medo de deixar ela lá porque a gente tinha ouvido falar que era assim, violento, que fica o tempo todo amarrado, tinha medo de maltratarem ela”. (HUWC1)*

*“Deus me livre, mas eu não queria levar meu marido pra cá por nada na vida, tinha muito medo de largar ele no meio dos loucos, o que podiam fazer com ele”. (HSMM5)*

Esta familiar parece verbalizar o que está no imaginário social da cidade, expressa o que ela, a exemplo de muitos outros, pensa sobre o hospital psiquiátrico, o local onde se guardam “os loucos”. Daí o hospital psiquiátrico representar um espaço não desejado para se deixar um familiar, mas que, aos poucos, vai perdendo esse poder simbólico à medida que as internações vão se tornando frequentes.

Contudo, não é só o hospital psiquiátrico que traz o estigma da loucura, encontramos tal associação também com o CAPS como lugar para “doidos”.

*“Ela dizia que não gostava do ambiente, do médico, dizia que não era doida, que não queria aquilo, é por isso que algumas vezes ela não queria e rejeitava (ir ao CAPS)”. (CAPS1)*

Outra imagem que influencia no processo de escolha e busca do tratamento, é a que atrela este à presença de sintomas físicos. Vejamos este relato sobre a demora de procurar cuidado no CAPS, por acreditar que o tratamento no sistema formal de saúde só é necessário em casos de condições clínicas.

Ficava muito tentando segurá-la em casa, então acredito que seja pela forma mesmo, falta de conhecimento mesmo, tentando com as próprias forças mantê-la em casa, porque como não se via nenhuma dor, nenhuma dor digamos física, e aí não se achava que precisasse de nenhum atendimento médico (CAPS1).

A análise dos modos de construção dos itinerários terapêuticos após a alta do primeiro internamento apontou para a centralidade da instituição hospitalar: todo o processo

terapêutico passa a girar em seu entorno. Mesmo nos casos em que houve um encaminhamento para o CAPS continuou -se a depender da instituição hospitalar no que respeita ao acompanhamento médico psiquiátrico e recebimento da medicação, especialmente as de alto custo, recebido periodicamente.

*“Ele foi (ao HSMM) porque não estava tendo os remédios (no CAPS)”. (CAPS3)*

Pro CAPS fui só receber remédio, agora vou mais não, né, porque estou sendo consultada aqui. Isso foi antes de ser internada aqui. Parei de ir, porque passou um tempo sem lá dar remédio, lá no CAPS do Bom Jardim e aqui nunca faltou o remédio. Esse que estou tomando agora, só uma caixa custa 400 reais. (HSMM/HD3)

As referências de itinerários ao CAPS ocorreram<sup>36</sup>: um caso via encaminhamento das consultas médicas particulares –

*“Aí passou, eu passei uns anos sem ir para as consultas, porque a Dr.ª S. foi aposentada, na época foi difícil de encontrar, aí depois eu fui, liguei para o médico de novo, aí ele encaminhou pra cá” (CAPS2);*

um encaminhado pela unidade básica de saúde, como visto em uma fala acima;

dois por procura espontânea – *“porque surgiu a necessidade também de procurar um atendimento médico, por ser o caso uma questão de saúde, então pra ver essa questão também já que tinha na cidade o CAPS, foi levado também” (CAPS1), -*

*“assim como o tratamento foi eu que busquei, quando eu decidi parar com as drogas, eu parei mesmo, nunca tive recaída e tratamento eu fui buscar sozinha, minha irmã me acompanhou nos tratamento e nos hospitais assim e sempre fui eu que fui atrás” (HUWC3);*

e outros por encaminhamento do HUWC, pois como descrito no cenário de estudo (p.88), o CAPS pesquisado tinha vínculo com a UFC, contando com profissionais cedidos pelo Hospital Universitário e a existência desses vínculos favorece o acesso (AMARAL, 2013)-

*“Ela já passou uns tempos no CAPS daqui de baixo (em frente ao HUWC), quando ela melhorou e todos os meses ela vinha era pra lá e foi mais aqui mesmo e lá. (HUWC2),-*

*“Faz seis anos que eu conheço a doutora, ela é a minha psiquiatra há muitos anos, desde quando lá da Universidade Federal do Ceará, ela trabalhava lá, lá perto do Hospital das Clínicas (HUWC). Meu pai trabalhava lá, e ele me levava, quando ela chegava, atendia nós. (HSMM7)*

Apesar da definição do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p.13) de que o CAPS “é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais,

<sup>36</sup> O encaminhamento entre os serviços pesquisados será também discutido na categoria 9.3 (Des) articulação em rede (p.152)

psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida”, na prática os usuários do HSMM afirmam não terem sido encaminhados para lá ou o itinerário se deu no sentido inverso, o CAPS encaminhou para a internação os pacientes graves.

*Assim a gente nunca foi lá, ela nunca foi passada para o CAPS” (...) “Levamos ela ao CAPS, chamamos ela (a médica) até o carro, olha, vá lá ver a situação dela. Aí o (CAPS) do Bom Jardim foi e disse, olhe, vá direto pro (Hospital) de Messejana que ela precisa de internação. ((HSMM6)*

*Aí a gente foi no hospital que ela teve a neném, que foi o Hospital da Mulher, aí chegamos lá a gente falou com o psicólogo né, aí ele falou que ela tava com psicose puerperal, aí ele encaminhou a gente pro CAPS, o de Maracanaú, aí a gente foi pro CAPS, aí lá no CAPS ela foi consultada por um psiquiatra, aí ele passou dois remedinhos pra ela, que foi o Fenegram e o Haldol, ela tomou e a gente veio pra casa. No CAPS a gente nem teve um acompanhamento não, foi como eu falei a gente foi no dia que a gente foi e passaram um medicamento e mandaram pra casa, aí marcaram o retorno dela pra quarta feira no CAPS, só que a gente já tá aqui (no HSMM). (HSMM1)*

*“Ela entrou em depressão, aí eu vim, fui no CAPS e encaminharam de lá, porque precisava de internamento e lá não tem”. (HUWC1)*

Algumas das barreiras de acesso à atenção do ponto de vista dos usuários, descritos por Aduay et al (2013) como aceitabilidade, acessibilidade, custo de medicamentos, ausência de consultas médicas, marcadas para datas muito distantes, temor ou vergonha ao ser atendido em um serviço de saúde, desconfiança nas equipes de saúde e no tratamento prescrito, estigma social, crenças e mitos sobre a doença foram citadas em nossas entrevistas e também relatadas na pesquisa de Amaral (2013) nestes mesmos serviços pesquisados.

*Aí eu fui no CAPS, só que quando eu cheguei no CAPS marcaram pra três meses, aí eu voltei pro posto e falei doutora não tem condição, ele não dorme, só com pensamento de suicídio, aí ela me deu o encaminhamento pra cá e aqui graças a deus ele foi atendido, já tá com dois anos, ele ficou sendo atendido no ambulatório. Aí passou, depois ele teve um momento de euforia, se internou, passou 18 dias. Aí no CAPS quando eu marquei era fevereiro, aí quando foi em abril, me ligaram pra dizer que ia ter médico só em julho, cheguei nem ir a primeira vez e já me ligaram adiando. (HSMM/HD1)*

Mesmo não sendo o foco de nosso estudo, vale ressaltar que o acesso possui ainda três subcategorias: geográfico, econômico e funcional. Quando se alude ao acesso geográfico, caracteriza-se a forma de deslocamento e distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde *“é difícil porque a gente mora longe, aí a gente tá vindo todo o dia”. (HSMM1).*

*“É dificultoso, porque a gente pega dois ônibus e é todo dia” (HSMM/HD1).*

*“Eu moro aqui perto”. (CAP5)*

*“Era pra procurar psiquiatra e o canto mais perto era aqui” (CAPS4)*

Já o acesso econômico se refere ao custo deste deslocamento, que é proporcional à distância de sua moradia, e aos gastos com o tratamento. O acesso funcional, por sua vez, envolve a entrada propriamente dita aos serviços de que o usuário necessita, incluindo os tipos de serviços oferecidos, os horários previstos - “*hoje quase que não dava pra mim vir, eu não estou com condição de ficar vindo ao grupo porque eu auxilio minha mãe e minha irmã, por causa dos horários*”- e a qualidade do atendimento (ADAMI, 1993; UNGLERT, 1995; GERHARDT, 2006).

A importância das igrejas na busca pela cura é percebida em variadas falas. Os usuários foram levados a diferentes igrejas, na tentativa de resolução de seu problema. Esse fato tem a ver com as crenças sobre o processo de adoecimento, como vimos na subcategoria anterior, mas também representa as limitações das práticas tradicionais de atenção à pessoa em sofrimento psíquico (SILVEIRA ET AL, 2011)

*Fui em várias igrejas, em vários pastores, centro espírita, até pro candomblé me levaram, mas não vou mais porque sou católica e a minha prima que me levava e acreditava nessas coisas virou crente. Assim que eu saí daqui eu fiz uma promessa à Santa Luzia, se eu saísse daqui, ficasse boa, ficasse curada, todo dia assim que eu me acordasse eu rezava três ave-Marias. (HSMM/HD3)*

*Minha família quase toda é evangélica, ia muito, sempre pastor orar nela, ela ia na semana parece que duas, três vezes, no domingo que ela vai pra igreja, ela gosta, mas outra coisa não. Negócio de espírito, macumba ninguém quer nem ouvir falar lá em casa essas coisas, porque nunca demo valor a essas coisas, mas pra igreja evangélica até meu pai que era católico passou pra igreja evangélica, todo dia ele ia, passava a noite orando lá na igreja com os pastor pedindo pela saúde dela. (HUWC2)*

*Igreja eu ia quase toda semana, ia pro lado, ia pra outra. Eu fui pra Universal, fui pra uma na Parquelândia (bairro). Passei um ano e pouco indo na Universal, porque o namorado da minha filha era de lá. Aí fiquei pedindo a Deus pra me direcionar um canto. Aí eu comecei a ir pra Batista e até hoje eu vou. Eu ia porque na igreja eu sei que você tem bem-estar, ouve a Palavra de Deus e você fica bem. (CAPS5)*

*Lá na casa dela foram vários pastores, ficaram gritando no ouvido dela, mas não adiantou nada, a cada dia tava mais pior, pior assim pelo o que tava acontecendo e aqueles gritos no ouvido dela piorava mais a situação, a gente pensou em procurar um Espiritismo, mas a gente não achou um endereço certo assim. A gente chegou a ir em um lá no Eusébio, mas muito diferente desse Espiritismo de antigamente que era um negócio branco, era muito bonito lá, aí eles pediram pra gente pôr o pensamento naquilo que a gente tinha ido buscar, isso foi no domingo à tarde, a gente pôs o pensamento nela, no que tava acontecendo e quando a gente chegou na segunda-feira pra vir visitar, ela já tava bem melhor, bem melhor assim, tava andando, coisa que ela não tava andando. (HSMM1)*

Valla et al. (2005) afirmam que há um efeito terapêutico para as pessoas que frequentam algum tipo culto ou espaço religioso, pois há nesses espaços a proposta de cuidado dos fiéis, oferece-se apoio emocional para suas queixas e problemas, além, muitas vezes, de o líder religioso atribuir sentido ao seu sofrimento.

Dalgalarro (2008) afirma que há um consenso entre os cientistas sociais, filósofos e psicólogos de que a religião é “uma importante instância de significação e ordenação da vida, de seus revezes e sofrimentos” (p.61).

Um último aspecto a ser abordado neste capítulo, é o papel da família neste processo. De acordo com Rabelo (1999), esta é o principal componente do cuidado dos doentes, no qual se delineiam boa parte das decisões e estratégias para se lidar com a situação. As redes sociais também influenciam na definição do problema, se mobilizam em volta da família, do paciente e tomam iniciativas, procurando recursos, orientando e encaminhando-os de acordo com o que se apresenta e avaliam o resultado das ações terapêuticas adotadas, como nos relatos a seguir.

*“Foi daí que eu comecei a perceber que ela não tava bem” (HUWC2)*

*“Meu irmão veio mais eu, nós é de longe, mora fora, aí porque o outro me amarrou, aí eu fiquei amarrada e me trouxe” (HSMM3)*

*“Era só porque eu não tava bem, ela achava melhor me internar e isso ela fez, eu fiquei um mês.” (HSMM/HD4)*

*“Às vezes eu ia para o CAPS, mas somente mesmo pra servir de companhia, porque às vezes ela dava trabalho, ela não queria ir, queria rejeitar e de certa forma ela tinha a proximidade comigo e eu conseguia levá-la juntamente com minha mãe” (CAPS1)*

Segundo Heredia (2002, apud PINHEIRO, MARTINS, 2011, p. 218), é no espaço domiciliar, onde o cuidado é realizado pela família, que é possível evidenciar a forte coesão presente entre seus membros e o legado social e cultural da função familiar.

*A minha irmã é que mais observa ela, eu não moro perto dela não, aí minha irmã já ligou pra minha menina, disse assim tenho uma notícia triste pra falar, a gente fica tudo abalado, né, de ver ela desse jeito, a gente somos uma família pobre, mas tudo unida, tem desavença não, quando um adoecer, quando um tá numa situação difícil, um ajuda o outro, somos tudo unida. Sempre quem vem é minha irmã mais nova, porque ela mora vizinha, aí é ela que acompanha mais, porque eu moro mais longe em outro bairro longe e eu venho quando ela tá precisando de mim no hospital, aí eu venho acompanhar ela aqui. (HUWC2)*

*Todo mundo fica bem preocupado, mas assim, eles me ajudam no que eles puderem, a minha irmã vem me acompanhar nas internações, tanto que é a primeira vez que posso ter acompanhante nas internações, elas me ajudam realmente no que podem e todo mundo me dá muito apoio e sabem o que eu tô fazendo. (HUWC3)*

Outro aspecto que chama atenção é a presença feminina no grupo de familiares/cuidadores, constatada na observações dos serviços e nas entrevistas, dos quais apenas três eram homens. Historicamente, as mulheres ficaram identificadas com o trabalho de cuidar dos

outros, tanto na esfera privada quanto na pública e parece ser natural atribuir à mulher tal incumbência. (ROSA, 2005)

Para já darmos continuidade na próxima categoria, queremos destacar que a busca incessante pela cura incide na tentativa de remover totalmente os sintomas e as queixas do indivíduo para retomar o seu estado de não doença, tornando-se, muitas vezes, uma falácia no campo da saúde mental (FREITAS, 1998). Daí a necessidade de reposicionar a proposta de *tratamento* para o lugar do *cuidado*, além de desconstruir a noção de *cura* para propor a melhoria da qualidade de vida por meio da reabilitação psicossocial.

## OS LOUCOS

Andam por ai a divagar  
 Aqueles, que a sociedade não quis integrar  
 Neste silêncio que paira no ar  
 Com esperança de que um dia se vão curar

Sempre a fumar, ou a delirar  
 Dizem que o tempo não custa a passar  
 Sabem bem porque vieram cá parar  
 Dificilmente da loucura se irão separar

Fixam o seu olhar  
 Em algo que não existe  
 Aquele delírio não vai parar  
 E aquela obsessão persiste

Aquela voz que vai com eles para qualquer lugar  
 Faz a loucura aumentar  
 A perseguição nunca vai parar  
 Até que eles não a comecem a tratar

Deambulam no silêncio de um olhar  
 Daqueles que por um bocado param para falar  
 “Quando é que vocês me vão curar?”  
 A pergunta persiste e a resposta fica no ar...

A loucura está instalada  
 A demência cada vez mais exacerbada  
 A esperança esfumaçada  
 A vida? Cada vez mais enevoadada

Um movimento brusco, um olhar desconfiado  
 “Está atento, é preciso ter cuidado!”  
 Este está aqui internado  
 É louco, o caos está instalado  
 Aquele está no conde ferreira  
 Não batia bem da mioleira  
 Era tolinho coitado  
 Ainda bem que está internado

Ninguém se preocupa em saber o que estão a sentir  
 Ninguém vai perguntar se precisa de algo  
 Porquê? Porque está doente...demente...  
 É o ser que lhe está subjacente!

Aquele parou-lhe o caco  
 Era um fraco  
 Vai ficar internado  
 O caos está instalado

Os delírios não conseguem controlar  
 Não têm culpa de terem que aqui estar  
 Mas isso, ninguém quer saber!  
 É melhor esquecer, nem preocupar...

Eles também podem sentir  
 O que é ser posto á parte, de lado...  
 “Deixa-o praí que ele é meio chanfrado”

Sentado no banco do jardim a ver quem passa  
 Pega no cigarro para dar uma paça  
 Deambulam naqueles corredores frios  
 Aqueles que lá vivem até causam arrepios

A insanidade está lá instalada  
 Ninguém faz nada para mudar  
 A maneira de pensar  
 Daqueles que de fora dão uma olhada

A demência daqueles seres perdura  
 Por vezes o necessário era alguma ternura  
 Não sabemos o que pensam daqueles que lá vão  
 Só que pensam, que nunca mais sairão

Parecem ter aquele ar delirante  
 Também só param graças ao “calmante”  
 Parecem ser o símbolo da anedonia  
 Todos os dias são iguais com a esquizofrenia

Muitos deles estão lá á espera da morte  
 Para a família isso era uma sorte  
 Não os querem por perto  
 Pois o medo, é o mais certo

Alteração, é esse o seu mal  
 Vão leve-la até ao fim da vida  
 Acaba por ser uma viagem sofrida  
 Uma vida, uma hipótese Perdida...

Da Loucura á Sanidade vai um olhar de MALDADE.....

Cathia Chumbo

## 9.2. Qualidade do cuidado

A complexidade do conceito qualidade discutida nos coloca, diante do desafio de “interpretar a interpretação” da qualidade na avaliação operacionalizada pelos atores. Trata-se, portanto, de interpretar a qualidade no campo das experiências empíricas vivenciadas pelos participantes deste estudo, (BOSI et al, 2010) para termos em evidência a maneira como é realizado o cuidado a esses usuários no cotidiano das práticas de saúde.

Antes de adentrarmos nas dimensões integralidade e humanização da qualidade do cuidado, em sua dimensão qualitativa, relacional, optamos por trazer também os aspectos formais da atenção em saúde mental, emersos de modo significativo por meio dos relatos sobre os medicamentos, a estrutura física e a quantidade de profissionais para suprir as demandas dos usuários do CAPS e do HSMM.

A prescrição do medicamento adequado foi lembrada por usuários dos três serviços como um aspecto importante da qualidade do cuidado, uma vez que os efeitos colaterais dos psicofármacos afetavam drasticamente o cotidiano dos usuários.

*Às vezes eu sentia um mal-estar por conta do remédio, mas mesmo assim eu tomava. Teve um dia que eu tomei o remédio, saí e o remédio fez efeito logo e eu fiquei me vendo na rua, ainda cá assim que eu passei ali na João Pessoa (avenida), cá por conta do remédio, porque eu não me sentia bem quando eu tomava o remédio. Eu tomava dois e agora estou só em um. (CAPS8)*

*“Fico muito com a boca seca por causa do remédio, muito seca.” (HSMM4)*

*“Sair daqui vou ser passado pro CAPS, lá no do Carlito (bairro Carlito Pamplona), vou lá receber o remédio, espero que não seja tanto remédio, porque da outra vez foi muito remédio, por isso que eu deixei até de tomar”. (HSMM5)*

*“Também doparam ela, né, deram remédio pra ela dormir, ai ela ficou mais dormindo” (HSMM7)*

Retrato semelhante foi registrado por Dalmolin (2006) em um município do Rio Grande do Sul em que medicava-se todos os internados, na maioria das vezes, com altas doses de psicofármacos, delineando um “retrato” típico dessa lógica institucional: pessoas sedadas, dormindo durante longas horas do dia, ou com fala e marcha arrastadas pelos corredores pedindo alta, pedindo visitas e notícias da família, cigarros.

*“Quando eu tô gorda, eu tô no hospital, quando eu tô magra, tô doente”. (HSMM3)*

Aqui temos a referência ao aumento de peso como efeito da medicação que ela tomava enquanto estava no hospital.

*Lá (Hospital Nosso Lar), nossa, era horrível, era muito ruim mesmo, (...) os pacientes lá viviam dopados, sabe, eu não conseguia, realmente não saía de lá bem, eu nunca saí de lá bem, as altas sempre alguém que tinha que dar, eu saía, porque realmente o tratamento de lá não deixava realmente a gente bem (HUWC3).*

Como grande parte das medicações alotrópicas, os psicofármacos têm efeitos positivos e negativos no organismo. Do mesmo modo que amenizam os sintomas e previnem novas crises, desencadeiam reações adversas, tais como: dor de cabeça, tonturas, náuseas, queimação no estômago, aumento de peso, inibição sexual, sonolência e boca seca, entre tantos outros (LOTUFO NETO; ANDRADE; GENTIL FILHO, 1995).

Outro aspecto referente à medicação é a centralidade desta no processo de cuidado aos usuários. Encontramos em muitas falas, a medicação como única ferramenta utilizada quando os sujeitos dirigiam-se aos serviços apenas para recebê-la.

*“Lá no CAPS, ela foi consultada por um psiquiatra, aí ele passou dois remedinhos pra ela, que foi o Fenegram e o Haldol” (HSMM2)*

*No CAPS, a gente nem teve um acompanhamento não, foi como eu falei, a gente foi, no dia que a gente foi passaram um medicamento e mandaram pra casa, aí marcaram o retorno dela pra quarta-feira no CAPS, só que a gente já tá aqui. Ela internou aqui, aí até agora ela tá tomando remédio, tá lenta. (HSMM6)*

*“Eu ia pra pegar remédio e também quase que eu não ia pra ficar sendo acompanhada, entendeu? Só ia quando era pra pegar o medicamento”. (HSMM7)*

*“Ela tinha atendimento no CAPS, lá em Pentecostes (município do Ceará), lá era todo mês, era só pra pegar a receita, falar como ela tava, aí tomava o medicamento” (HUWC1)*

Dalmolin (2006) convida-nos a refletir sobre o significado de “pegar a receita”, focalizada no sintoma, ou num olhar que não aposta no sujeito, a fala é recolhida para quantificar a dose medicamentosa e a consulta resume-se à receita, que é transcrita para vários meses até a próxima ida ao CAPS.

Merhy (1998) alerta para a perda da dimensão cuidadora do trabalho dos profissionais de saúde, ao serem priorizadas as tecnologias estruturadas e dependentes de equipamentos (tecnologia dura e leve-dura), com vistas à objetivação de problemas de saúde e descontextualizando-os do universo dos sujeitos.

A ênfase naquelas tecnologias diminuiu a capacidade de percepção das necessidades dos usuários pela intermediação de procedimentos e remédios visando a um êxito técnico. Por isso, o autor propõe no desenvolvimento de tecnologias de relacionamento (tecnologias leves)

um meio de restabelecer diálogos, acolher os sofrimentos, estabelecer vínculos e responsabilidades e estimular a autonomia dos usuários.

Outros entrevistados demonstraram o receito do que pode acontecer ao usuário se ficar sem medicação.

*“Acho que até ela parece ter uma certa, digamos aceitação que essa medicação vai ser pra vida toda né? É tanto pela acomodação, quanto pelo receio de voltar uma crise e não saber como será o comportamento sem a medicação. (CAPS1)*

*“Depois nunca mais fui ao CAPS, não fui por conta das dificuldades que encontrei (...) fiquei com medo de me afastar daqui e não conseguir mais um retorno, ficar sem a medicação.” (HSMM/HDI)*

Franco e Merhy (2010) destacam que os usuários associam a solução de seus problemas de saúde a certos produtos realizados pelos serviços, como por exemplo, atribuindo ao medicamento a satisfação de necessidades, sendo pois, uma construção imaginária, inventada, um fetiche, como se o remédio tivesse a propriedade natural de proteger a saúde das pessoas, ou seja, o usuário forma uma imagem que coloca no remédio toda expectativa de ser cuidado e protegido, como se o procedimento/medicamento, por si mesmo, fosse responsável por todo o processo de cuidado do usuário, quando na realidade é um recurso limitado.

Este é apenas uma parte de um complexo processo produtivo de saúde e sua eficácia depende das muitas outras ações que são desenvolvidas em uma dada “linha de cuidado” que se processa no interior dos serviços de saúde, determinada por processos sociais, técnicos e de subjetivação.

A construção imaginária do procedimento leva à produção imaginária da demanda, isto é, pressupõe-se que a imagem que se cria desta tecnologia é capaz de induzir o usuário a demandar o procedimento e não o cuidado, como se aquele bastasse.

O desafio que se coloca é construir processos de produção da saúde que sejam capazes de se firmar com novas referências para os usuários, dando-lhe segurança de que um modelo centrado nas tecnologias leves, mais relacionais, tenha a potência de cuidar tal como ele imagina e deseja.

Apesar das severas críticas à clínica tradicional, no que concerne ao reducionismo biológico, ao caráter medicalizante e seu papel na manutenção do *status quo*, devemos reconhecer suas contribuições para evitar e aliviar a dor, além de tratar e reabilitar pessoas, pois tivemos relatos dos efeitos positivos da medicação, com uma progressiva melhora dos sintomas.

*“Ele só fica agressivo quando ele não toma os remédios, é de vez em quando assim, às vezes ele acorda com o temperamento mais agressivo, mas é mais quando ele não toma os remédios que ele fica assim.” (CAPS3)*

*Ficamos uns 15 dias ou mais (no HUWC), aí o médico passava a injeção pra ela tomar de mês em mês, primeiro foi de 15 em 15 dias, depois passou pra um mês, aí foi diminuindo, né, aí passou bem um ano ela tomando essa injeção. Aí daí pra cá, ela foi melhorando, foi tomando só comprimidos normalmente, sem ser à força nem nada. Porque antes ela tomava um monte de comprimido, tomava as injeções, ela tomava bem uns quatro, cinco comprimidos por dia, aí ela foi melhorando cada dia mais. (HUWC2)*

Por outro lado, faz-se necessário superar os limites da clínica tradicional em busca de uma prática que valorize as relações intersubjetivas na produção do cuidado, visto que o processo de cura sempre pressupõe a relação entre sujeitos (CARVALHO; CUNHA, 2006).

Para se exercer o ato do cuidado integral em saúde, como apresenta Basaglia, citado por Amarante (1996), é necessário que os profissionais da saúde coloquem a doença entre parênteses e olhem para o paciente. Utilizar os recursos tecnológicos disponíveis (medicação), mas não recorrer somente a eles, mas além deles/ ou com eles, estabelecer diálogos, escuta, acolher sofrimento, restabelecer vínculos, olhar para as dificuldades e necessidades dos pacientes, estimulando a sua autonomia e autocuidado (SILVA JR et al., 2005)

Assim, pode-se entender que o envolvimento afetivo com o outro, na dimensão do cuidado, vai além de tratar do sintoma ou intervir no corpo por meio de tecnologias, e se amplia na relação que se estabelece com o paciente enquanto sujeito possuidor de uma história, saberes, e na responsabilidade que se assume no tratamento desse sujeito.

No que se refere à disponibilidade de psiquiatras e estrutura física, diversos usuários demonstraram descontentamento ante a falta de recursos humanos e de estrutura física adequada no CAPS e no HUWC.

Em matéria veiculada no jornal local, denuncia-se que a espera para conseguir uma vaga de internação em um leito psiquiátrico no HSMM pode durar 31 horas, segundo boletim divulgado mensalmente no site da instituição. Em muitos casos, os sujeitos em crise e seus acompanhantes dormem no pátio da única unidade psiquiátrica do Ceará (fotos e matéria completa no ANEXO C). "Tem gente aqui que já está esperando há 7 dias nessa situação desumana. Nós não temos escolha, somos obrigados a dormir no chão e utilizar esses banheiros imundos", disse a cunhada de uma paciente para a jornalista.

*Eu fui ao Hospital de Messejana, que é lá onde a gente consegue a internação e passei uma noite acordada lá, esperando do lado de fora, lá a gente fica do lado de fora, é muito precário lá, muito precário, os pacientes dormem no chão, os acompanhantes dormem no chão com os pacientes, sabe, é um ambiente com um clima muito pesado, muito tenso, muito ruim lá... não era muito bom não. (HUWC3)*

*“A gente foi lá no Hospital de Messejana, eles não atenderam muito bem, a gente esperou demais” (CAPS2)*

A demanda excede a capacidade do serviço por três fatores: a diminuição da disponibilidade de leitos em hospitais psiquiátricos no município, após o fechamento de três hospitais privados (Hospital Mira y Lopes, Clínica de Saúde Mental Dr. Suliano, Casa de Saúde São Gerardo) e o descredenciamento de outro (Instituto de Psiquiatria do Ceará), ocasionando o direcionamento para o HSMM de uma demanda maior que a capacidade; a proibição pela lei 12.151, de criar, ampliar ou financiar novos leitos em hospitais psiquiátricos; e a insuficiência da rede extra-hospitalar em dar suporte às situações de crise ou prevenir os agravos, pois o aumento do número de CAPS e/ outros dispositivos necessários a atender toda a demanda não acompanharam este movimento.

Já o CAPS exibe, atualmente, o quadro de apenas um psiquiatra para atender à demanda de usuários de toda a instituição que necessita deste profissional. O atual quadro crítico do Serviço de Psiquiatria decorre de pedidos de demissões ocasionados pelos constantes atrasos de salário, mudança de gestão, situação já verificada na pesquisa de Andrade em 2012.

*O CAPS já foi muito bom, mas agora faltando médico, maior sacrifício, passa muito tempo, já era pra ser a consulta dele, semana retrasada tinha, tá com três vezes que ele não vem, aí já viu. Tá muito diferente, muito diferente, se continuar desse jeito, se não mudar, porque médico não tem, né? Ave Maria, aqui antes não faltava, era médico, era beleza, pessoal do grupo, eu fiz até o grupo acompanhando ele, mas agora é difícil, o dia que tem, aí liga: ah ,essa semana não vai ter isso. (CAPS1)*

*No começo que a gente veio não estava tendo esse negócio de folgar médico, agora que começou essas coisas de folgar médico, faltar remédio, aí não tá muito bom não. Faz é tempo que ele não se consulta aqui, assim nós vem, mas quando chega aqui pra se consultar não tem médico. Diz que é por causa da prefeitura que não tá pagando, que só tem um médico, o médico dele é o drº R, só que marcaram para dia cinco do onze a consulta, aí eu venho só pegar a receita, só que acho que nem tem. (CAPS2)*

DATA	NOME DO PROFISSIONAL	HORA DA CONSULTA
08/06/13	Dr. Roberto	8hrs
18/09/13	77 77	8hrs
16/10/13	DR Roberto	5hrs
15/11/13	Dr Roberto	5hrs
07/04/14	DE Roberto	2h
21/05/14	Dr Roberto	8h
05/33/14	De Roberto	8m

Figura 12 - Retrato da fala acima mostrando o cartão de marcação de consultas, onde notamos o grande espaço de tempo entre estas.

Na categoria *Itinerários terapêuticos*, já denunciemos a dificuldade de acionar a única ambulância psiquiátrica existente no município e quando esta traz o usuário é contido fisicamente na maca, em todos os casos que vimos chegar. Na pesquisa de Dimenstein et al (2012) acerca do atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN, notou-se uma enorme resistência dos SAMUs no país inteiro em prestar socorro; a recusa a atender os casos de pessoas em sofrimento mental agudo ou, mais grave ainda, a utilização corrente de procedimentos que trazem a marca dos métodos clássicos empregados costumeiramente pelos hospitais psiquiátricos, bastante semelhantes à tortura, como a imobilização mecânica usada como punição.

Desse modo, percebemos que a carência de profissionais, ambulância e a precária estrutura física expressam um entrave no acesso aos serviços de saúde mental e diminuem a qualidade da assistência prestada.

Há diferenças notórias entre o Hospital-Dia do HSMM e a unidade de internação investigada. Naquele, temos espaços abertos, amplos, vimos os médicos conversarem com os usuários nos bancos ao longo do pátio. São pacientes colaborativos, estáveis clinicamente, trajam a própria roupa e tem acesso livre ao telefone para comunicar-se com a família.

São vários os indivíduos entrevistados que reconhecem a passagem por esta modalidade de acompanhamento como um marco, a partir do qual se alcançaram níveis de estabilidade que se julgavam irremediavelmente perdidos (NOGUEIRA, 2012)

*Primeiro eu baixei o hospital, esse aqui do lado, aqui é melhorzinho, o Dia, aqui é maravilhoso, mas lá você sofre viu, cheguei em crise, cheguei amarrada. Todo mundo que me vê hoje não acredita, fiquei quatro meses internada lá do outro lado, só vivia amarrada, quem me via, quem me conhecia, que vinha me visitar saía*

*chorando. Ai depois saí de lá, vim pra cá. Lá eu só vivia amarrava, aí quando me tiravam aí eu ficava triste, queria só dormir, ficar deitada. Eu vivia com maior desgosto lá, porque eu queria vir me embora. (HSMM/HD3)*

Enquanto na unidade de internação, todas trajam uniforme, podendo ter de objeto pessoal apenas a chinela, o telefone público não funciona e os usuários ficavam a todo instante pedindo para ligar para a família, perguntando quando terão alta, se o parente vem visitá-los. A maioria está instável. Os profissionais de saúde estavam na recepção organizando prontuários, alheios à dinâmica do local e uma delas ao me ver entrevistando as usuárias disse: *“Tenha cuidado, eles são perigosos”* – *diário de campo*.

A instituição, dotada de rotinas e protocolos para intervir sobre o sofrimento psíquico, vai tornando o sujeito “paciente”, passivo e, muitas vezes, despojado dos seus direitos e investimentos simbólicos. (DALMOLIN, 2006)

O que acharíamos se nos levassem para um lugar e não nos deixassem sair por 120 dias? E se isso se repetisse ao longo do ano? E se na instituição tivéssemos que nos resignar à sua dinâmica de ser impedido de entrar com nossos pertences ou telefonar para casa, ou ainda ouvir aquele que deveria cuidar dizer que é preciso ter cuidado?

Esses detalhes do vivido são rotinas institucionais que chamam nossa atenção para um mundo violento em que o outro – aquele que vive uma situação angustiante- não participa na condição de sujeito, o que intensifica seu mal-estar reforçando a cada dia o lugar de (des)valor, de sujeitado, como se não fizessemos parte da mesma condição humana. (DALMOLIN, 2006)

Essas e tantas outras inquietações, como a da espera por uma visita dos familiares no momento da internação, retrata a despersonalização<sup>37</sup>, a desumanização, a “medicalização” excessiva, o aprisionamento e o abandono, tipicamente presentes no modelo de atenção asilar e reforçam o quanto é nocivo ficar exposto a um afastamento dos seus vínculos e referenciais num período de tanta fragilidade.

Entendemos por modelos de atenção em saúde mental modos de organização da produção de serviços a partir de um conjunto de saberes da área agregado aos processos e tecnologias de trabalho (MERHY, 2002). Os modelos tecnoassistenciais do campo da saúde mental que coexistem na atualidade são o asilar e o psicossocial.

---

<sup>37</sup> Erving Goffman (1969, apud Bosi, Uchimura, 2010, p.101) conceitua despersonalização como traço de relações estabelecidas onde um anula a existência do outro, condição contida no que o autor designa por meio do conceito de não pessoa.

Segundo Amarante (2007), o modelo asilar remonta à patologização da loucura com práticas centradas, sobretudo, na internação e na “medicalização”. Consoante Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003), as principais características do modelo de atenção asilar são: o objeto de trabalho é a doença mental; há uma divisão fragmentada do trabalho em saúde centrada na figura do médico; a medicação e o controle disciplinar são instrumentos prioritários de trabalho; os organogramas são verticais; a instituição total é o lugar depositário da clientela, havendo interdição da diálogo e de espaços extramuros; há um relacionamento verticalizado com a clientela; a finalidade é a cura; e os efeitos terapêuticos são a supressão sintomática e a cronificação do quadro psíquico.

Em contrapartida, encontramos em outra unidade de internação, falas que apontam já ser possível encontrar elementos do modelo psicossocial nos hospitais.

*Ali era bom, lá tinha telefone pra comunicar com a família da gente, que aqui não tem, lá a gente tinha banho de sol, que aqui não tem também, lá as enfermeiras eram ótimas igual as daqui, mas só que era melhor, e tinha também o que mais, tinha tudo que aqui tem também, tem o banho, tem tudo, mas só que lá tem o chuveiro, quando a pessoa sente calor, vai só e abre e a pessoa toma banho, mas lá no outro pavilhão eu achava muito melhor do que esse aqui, porque lá tem o telefone e tem o banho toda hora que a pessoa quiser, aqui a pessoa morre de calor, se for mexer nas torneiras a pessoa leva um carão e vai ser amarrada, aí num dá. (HSMM7)*

No HUWC, os leitos e ambulatórios psiquiátricos ficam na mesma unidade de internação de outras patologias, não havendo um espaço reservado para este fim. Dias, Gonçalves & Delgado (2010) acreditam que esta pode auxiliar na desconstrução das estigmatizações dos usuários, contribuindo para que o hospital como um todo se torne um espaço de cuidado em saúde mental.

Machado e Colvero (2003) colocam que as internações psiquiátricas em hospitais gerais não serão por si só responsáveis pela transformação do modelo assistencial em saúde mental, porém, a sua contribuição para o estabelecimento de uma relação de maior aceitação dos portadores de transtornos mentais em espaços de tratamento preferencialmente ocupados por diversas outras patologias clínicas é de extrema relevância, possibilitando uma maior interação com essa população historicamente marginalizada e segregada

No tocante à ambiência presente na estrutura do CAPS, destaca-se a fala de uma usuária que descreve, de maneira evocativa, que o ambiente gera bem-estar e humanização nos frequentadores. De acordo com o discurso oficial do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), todo CAPS deve constituir-se de um ambiente terapêutico, onde a estrutura física das instalações e seus contornos possam ajudar no tratamento dos usuários.

*Eu me sentia muito bem aqui, é o atendimento, são as pessoas, a fisionomia das pessoas, casa o atendimento com a pessoa, é um local que é o conjunto que faz bem, eu me sinto bem. Às vezes até quando eu estou por aqui que vou resolver alguma coisa, eu venho pra cá, tirava o livrinho da bolsa, sentava aqui, lia. Às vezes quando eu não tava bem em casa, toda vida que eu vinha pro lado de cá resolver alguma coisa. Entrar aqui é o mesmo que tá tomando um calmante, só entrar, passar um pedacinho aqui pra mim já fazia bem (CAPS4)*

Consoante Kantorski et al (2011b), a ambiência refere-se à assistência produzida em espaço físico entendido como um espaço social e de relações interpessoais que proporciona cuidado acolhedor, resolutivo e humanizado. A ambiência na arquitetura dos espaços da saúde vai além da composição técnica e formal dos ambientes, visto que está intrinsecamente relacionada ao conforto, à privacidade e à singularidade dos atores sociais envolvidos. A valorização do ambiente garante um maior bem-estar aos usuários e trabalhadores e possibilita espaços de intersubjetividade, potencialmente decisivos no processo de atenção psicossocial (KANTORSKI et al, 2011b).

Debrucemo-nos agora nas dimensões integralidade e humanização da qualidade do cuidado, em sua dimensão qualitativa, relacional.

### **9.2.1 Humanização**

A Humanização na área da Saúde surgiu do legítimo anseio das pessoas, trabalhadores e usuários dos serviços, pela melhoria das práticas de Saúde. Inicialmente voltada às ações de ambiência, acolhimento, cidadania, e reconhecimento do campo da subjetividade no atendimento, foi ganhando consistência prática e conceitual, passando da situação de ações humanizadoras, para a de programa, chegando à condição de política pública do SUS (RIOS, 2009).

Brevemente demarcamos este conceito para facilitar a compreensão das narrativas trazidas nesta categoria, haja vista haver diferentes leituras, dando sustentação a diferentes práticas. Consoante Bosi e Uchimura (2010), humanizar é por definição tornar humano, dar condição humano e humano, se refere ao plano das relações intersubjetivas que se processam nas práticas sociais, aqui especialmente ao campo da saúde, tendo como seu fundamento a capacidade de simbolização e construção de sentidos em relação, entre sujeitos historicamente situados.

Dentre os princípios norteadores da Política de Humanização, destacamos: estruturar a atenção à saúde em todos os níveis mediante critérios de acolhimento, vínculo, resolutividade, integralidade e responsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários na

rede de serviços; promover ambiência acolhedora nos serviços de saúde; valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão e; construção de autonomia e protagonismo dos sujeito.

A qualidade da atenção, o interesse e a responsabilidade são aspectos enfatizados pela cultura da Humanização que devem estar presentes desde o momento em que as pessoas chegam aos serviços de Saúde.

Conforme será visto neste tópico, a humanização foi um aspecto reverenciado frequentemente pelos usuários dos três serviços quando se trata de suas percepções acerca da qualidade do atendimento. A dimensão acolhimento foi um dos aspectos mais evocativos, compreendendo o cuidado ofertado pelos profissionais nos distintos espaços.

Entendemos por acolhimento um dispositivo tecnológico que acontece nos microespaços das relações (SANTOS; ASSIS, 2006) nos diferentes momentos do trabalho de um serviço de saúde, apresentando-se como uma etapa do processo de cuidado (MERHY, 2002). A manifestação do acolhimento, como dimensão da humanização, é relatada pelos usuários como atitude de respeito, escuta e olhar do profissional que recebe e atende o usuário.

Coerentemente com a concepção de saúde que, conforme vimos, engloba a dimensão psicoafetiva, os usuários esperam dos serviços muito mais do que um conjunto de cuidados dirigidos a um corpo biológico. Os serviços de saúde parecem cumprir muitas funções, e a relação profissional-paciente sobressai como o elemento mais destacado no julgamento da qualidade do atendimento (BOSI, AFONSO, 1998).

*Durante o momento das entrevistas, era comum médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem entrarem no leito para checar o estado de saúde, administrar medicação e alegrou-me ver que todos foram comunicados e solicitados a permissão para a conduta médica e de enfermagem a ser executada. Exemplo disso, uma usuária não queria pôr a sonda naquele momento e foi acatada, quando em outras épocas aos pacientes psiquiátricos eram impostos “terapias” (Diário de campo- HUWC)*

*“O acompanhamento é bom, aqui é bom.” (CAPS5)*

*“É bom, tem comida, tem banho, as pessoas pra conversar, tem a visita que chega” (HSMM1).*

*“É bom o tratamento aqui, todo mundo é muito legal, eles me tratam bem, a comida é muito boa, é tudo muito bom aqui, é bem melhor do que a internação no Nosso Lar.” (HUWC3)*

*Esse hospital aqui, ave Maria, eu louvo a Deus todo dia, porque aqui os médicos são muito atenciosos com ele, tanto a psiquiatra como o psicólogo que acompanha ele. Ele gosta muito de vir pra cá, dos médicos que atende ele, ele faz questão de vir. Mesmo sendo longe, eu vejo a atenção que é dada a ele aqui, aí a gente vem. (HSMM/HD1)*

*Aqui no hospital trata muito bem. Não tem o que falar, todas as vezes que trouxemos ela pra cá, tratou muito bem, não falta médico, não falta enfermeiro. Com a gente acompanhante é do mesmo jeito, não tem nenhuma ignorância. Nos outros cantos que eu vou, ah se tivesse um canto bom desse, nos outros cantos o povo deixa nem você explicar o que tá sentindo, se vai numa emergência, nesses hospitais, esses postos de saúde tudo a gente não é bem tratada e aqui eu me sinto bem tratada, tanto o paciente como o acompanhante. (HUWC1)*

Os entrevistados reiteram a importância de aspectos vinculados à humanização como quesito para garantir a qualidade do atendimento. Sabemos que a ideia de humanização assume lugar de destaque na reorientação do SUS, visto que busca superar a hegemonia do modelo biomédico centrado na doença, no tecnicismo e na verticalidade das ações entre profissionais de saúde e usuários (BOSI; MERCADO, 2006). A alteração desse modelo assistencial vigente só é possível com a mudança no núcleo tecnológico do cuidado fundamentada no respeito e na escuta como modo de se produzir saúde (MEHRY, 2002), conforme acentuado acima.

Longe de representar uma abstração ou utopia de materialização difícil, o acolhimento se traduz por gestos simples com forma cordial de atendimento, na qual os profissionais chamam os usuários pelo nome, informam sobre condutas e procedimentos a serem realizados por meio de uma linguagem adequada, escutam e valorizam as narrativas dos usuários, dentre tantas outras atitudes humanizadoras, passíveis de operar, se respeitada a ética da alteridade (CARVALHO; FREIRE; BOSI, 2009).

Outro aspecto da qualidade do cuidado valorizado nas narrativas dos sujeitos foi a possibilidade de acompanhante junto ao usuário no momento da internação no HUWC e a avaliação negativa da não possibilidade de permanência do familiar no HSMM. No CAPS, muitos dos usuários estavam acompanhados de algum familiar ou membro de sua rede social.

Nóbile et al (2004) ressalta a importância da participação da família no cuidado do sofrimento psíquico e afirma que qualquer tentativa de tratar o sujeito isoladamente de sua família é insatisfatório, pois os principais passos para a promoção da saúde mental e seu tratamento devam ser planejado junto aos familiares.

Além disso, estudos citados por Waidman (1999) apontam que a família é essencial na manutenção do sujeito fora da instituição psiquiátrica, reforçando a ideia dela ser preparada e apoiada pelos profissionais de saúde mental com vistas ao seu convívio com o paciente.

*“É bom com o acompanhante, porque a gente vai sabendo o problema todo tempo, tá sabendo qual remédio que a negrada tá dando, a gente pergunta pra que serve o remédio, qual tipo de remédio pessoal estão dando. (HUWC1)*

*“Todo mundo fica bem preocupado né, mas eles me ajudam no que eles puderem, minha irmã vem me acompanhar nas internações” (HUWC3)*

O indicativo da necessidade da presença dos acompanhantes aponta para o reconhecimento da importância dos amigos e familiares na corresponsabilização do cuidado, seja na ampliação do processo diagnóstico por meio do fornecimento de informações acerca do contexto social e familiar do usuário, seja na participação das decisões terapêuticas e no acompanhamento do tratamento, em consonância com a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004), que para tanto propõe dispositivos como a visita aberta e o direito ao acompanhante em espaço hospitalar. (DIMENSTEIN et al, 2012)

Veamos agora a perspectiva dos familiares diante da negação do direito ao acompanhante nos espaços.

*Ela tá em observação, ela tá aqui, não vai ficar junta, né e ela tá sendo tratada especial não sei se é por causa do caso dela, aí eles vão liberar amanhã pra ela passar o fim de semana com a família, sexta, sábado e domingo, né, a gente vai ver o comportamento dela direitinho, aí segunda ela volta. (...) O esposo dela tá acompanhando, ele vem visitar ela, só ela que tá com acompanhante, ninguém tá com acompanhante aqui. (HSMM1)*

*Eu sempre tive muita pena de internar ela, sabe, a gente ficava com pena de internar, com medo, porque ela nunca queria aceitar internamento e a gente ficava preocupado porque a maioria desses hospitais psiquiátricos a pessoa não fica acompanhando o paciente, mas quando Deus me mostrou que tinha esse hospital aqui e a família podia acompanhar, ne, aí a gente trouxe (HUWC1).*

Excluir o sujeito em sofrimento psíquico do meio familiar e social é herança de Pinel quando justificava o “isolamento terapêutico do alienado”. Pelo fato de a família ser considerada um agente patogênico, também ela era afastada do portador de transtorno mental. Este passou a sofrer uma intensa ação dos profissionais e dos serviços de saúde mental, ficando a família em segundo plano.

Como havia promessa de cura do transtorno mental, o papel da família era de colocar-se em posição de espera passiva dos resultados das intervenções operadas pelos detentores do saber competente. No interior dos hospitais psiquiátricos, a família passou a figurar como informante da enfermidade e da trajetória do paciente, como um recurso e, sobretudo, como visita. A mensagem implícita era que o cuidado com o paciente era atribuição exclusiva dos trabalhadores da saúde mental e dos serviços assistenciais.

Apesar de diversos aspectos apontarem a capilarização da humanização em saúde mental nos espaços investigados, no percurso da pesquisa, à medida que se aprofundava a compreensão dos fatores envolvidos na paradoxal dos serviços de saúde, cuja missão é curar e aliviar, encontramos também elementos que denota eles próprios ter se transformado em lugares de sofrimento.

Não obstante, na sua história, a humanização surgir como resposta a um estado de tensão, insatisfação e sofrimento tanto dos profissionais quanto dos pacientes, diante de fatos e fenômenos que configuram o que chamamos de violência institucional na Saúde, encontramos diversos modos desta violência no HSMM e nos antigos hospitais psiquiátricos existentes no município.

O Ministério da Saúde (RIOS, 2009, p.12) define Violência Institucional como

aquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão. Pode incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso à saúde, até a má qualidade dos serviços. Abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições, até por uma noção mais restrita de dano físico intencional.

Esta violência pôde ser identificada de várias formas:

1 Peregrinação por diversos serviços até receber atendimento, percebidos nos itinerários terapêuticos dos usuários pesquisados, exemplificada novamente;

*Aí a gente foi no hospital que ela teve a neném, que foi o Hospital da Mulher, aí chegamos lá a gente falou com o psicólogo né, aí ele falou que ela tava com psicose puerperal, aí ele encaminhou a gente pro CAPS, o de Maracanaú, aí a gente foi pro CAPS, aí lá no CAPS ela foi consultada por um psiquiatra, aí ele passou dois remédinhos pra ela, que foi o Fenergam e o Haldol, ela tomou e a gente veio pra casa. No CAPS a gente nem teve um acompanhamento não, foi como eu falei a gente foi no dia que a gente foi e passaram um medicamento e mandaram pra casa, aí marcaram o retorno dela pra quarta feira no CAPS, só que a gente já tá aqui (no HSMM). (HSMM1)*

2 Frieza, rispidez, falta de atenção, negligência;

*“Aqui é muito puxado pras enfermeiras, às vezes elas são muito grosseiras” (HSMM5)*

*“Ela fica espantada com as coisas que ela vê aqui, aqui tem muita gente abandonada.” (HSMM1)*

*“Eu moro aqui no hospital”. (HSMM4)*

3 Maus-tratos dos profissionais para com os usuários, violência física.

*Ela foi muito maltratada. Foi de a gente chegar e ver ela toda quebrada, toda cortada, ela tava totalmente ferida, ela tem até umas marcas nas pernas que agora ela mostra e diz: olha, isso foi da última internação. (...). Olha, aquele Nosso Lar é bom, mas às vezes maltrata muito os pacientes. O irmão mais velho dele chegava lá, ela tava amarrada, tava toda suja, toda ferida, eles deixavam os outros darem nela (HSMM2)*

Igualmente observamos os pacientes chegarem na ambulância amarrados, alguns no SPA e na unidade de internação estavam amarradas à maca.

Lá você sofre viu, cheguei em crise, cheguei amarrada. Todo mundo que me vê hoje não acredita, fiquei quatro meses internada lá do outro lado, só vivia amarrada, quem me via, quem me conhecia, que vinha me visitar saía chorando. Aí depois saí de lá, vim pra cá. Lá eu só vivia amarrava, aí quando me tiravam, aí eu ficava triste, queria só dormir, ficar deitada. Eu vivia com maior desgosto lá, porque eu queria vir me embora. (HSMM/HD3 referindo-se ao HSMM)

- 4 Proibição de acompanhantes ou visitas com horários rígidos ou restritos, conforme registros na página anterior, de usar o telefone para comunicar-se com os familiares – *várias vinham me pedir o celular para ligar para a casa, outras pediam para eu dar o recado, mas fui advertida a não realizar os pedidos.*
- 5 Violência estrutural, com a ausência de espaço para os usuários e familiares aguardarem surgir uma vaga para a internação, que pode ser longa devido ao restrito número de leitos.
- 6 Preconceito, expresso na fala da profissional: *“Tenha cuidado, eles são perigosos”.*
- 7 Medicalização da existência:

*“Acho que era todo tempo dopada, chegava lá, ela conversava, mas era cansada, dormindo direto – (HUWC1 referindo-se à experiência anterior de internação em hospital psiquiátrico)*

A violência institucional na área da Saúde decorre, portanto, de relações sociais marcadas pela sujeição dos indivíduos, o que faz com que a instituição de saúde passe a provocar doença ao invés do cuidado e da cura (RIOS, 2009).

Nesse sentido, a humanização busca nas ações humanizadoras a recuperação não só da saúde física, mas principalmente do respeito, do direito, da generosidade, da expressão subjetiva e dos desejos das pessoas. Acreditemos e empenhemo-nos nisto!

## 9.2.2 Integralidade

Estou de acordo que um esquizofrênico é um esquizofrênico, mas uma coisa é importante: ele é um homem que tem necessidade de afeto, de dinheiro, de trabalho; é um homem total e nós devemos responder não a sua esquizofrenia, mas ao seu ser social e político. (BASAGLIA, 1980<sup>38</sup>)

Partimos do pressuposto de que a integralidade é um termo polissêmico e polifônico, pois reúne diferentes significados, sentidos e vozes, resultantes da interação democrática dos sujeitos no cotidiano de suas práticas e dos saberes em saúde. Sua definição legal é ampliada

<sup>38</sup> BASAGLIA, F. A **Psiquiatria Alternativa**: contra o pessimismo da razão e o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates, 1980.

pela perspectiva dos usuários, que vocaliza a ação integral frequentemente associada ao tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo.

Como construção e prática social, a integralidade ganha riqueza e expressão, porque reúne os valores que as pessoas defendem – todo mundo quer ser bem tratado, ter acesso aos serviços de saúde e com qualidade – e nos quais, ao mesmo tempo, imprimem sua experiência de vida (PINHEIRO, MATOS, 2010).

A integralidade, como atributo das boas práticas dos profissionais de saúde, envolve o esforço de compreensão do sofrimento psíquico, assim como do significado que as propostas terapêuticas e ofertas de tecnologias adquirem no mesmo contexto.

No campo da saúde mental, o novo paradigma da atenção psicossocial agrega ao seu objeto de estudo aspectos psíquicos e sociais, sobrepondo críticas radicais às práticas psiquiátricas tradicionais e apresentando a interdisciplinaridade como exigência, ao apoiar seus fundamentos na horizontalização das relações dos profissionais entre si e dos profissionais com os usuários (TAVARES, 2005).

Conforme detectado em algumas falas dos usuários, nas observações de campo, e principalmente nos prontuários do HSMM/HD, CAPS e HUWC, profissionais de diferentes áreas desenvolveram práticas interdisciplinares, não se restringindo ao cuidado médico.

*“Sempre o médico disse que era bom se entreter com uma coisa, porque a gente assim deve ocupar a mente com alguma coisa” (HSMM6)*

*“Tem a terapeuta ocupacional, elas vão pra lá, tem brincadeira, tem pintura, tem artes, faz cocó pra cabelo, tem baralho, tem dominó, essas coisinhas, tem pra pintar, tem música, tem bola, essas coisinhas” (HSMM1)*

*Tem as meninas do grupo, psicólogas, tem umas coisas aí, e ele gosta muito, toda semana ele vem dia de quinta-feira. Ele gosta, porque elas fazem muitas coisas assim, quando tem as festas eles mesmos que organizam, eles fazem os enfeites, bota isso pra eles fazer, sabe. E ele melhorou muito depois que veio pra cá, porque de primeiro, Ave Maria, ele não olhava nem pra você, eu chamava ele pra conversar ele queria nem acordo, dizia que não ia. (CAPS2)*

*Eu ia pras consultas, eu ia pros lazer que tem lá, eu ficava lá quase o dia todo esperando o negócio pra jogar de dominó, pra poder ficar lá, porque quem fica lá não pode ficar desocupado não, ou vai esperar uma consulta ou vai jogar de dominó até chegar a sua vez de entrar pra falar com o médico. (HSMM5)*

Acrescido a isto, os profissionais do CAPS se reúnem uma vez por semana (sexta-feira à tarde) para discutir os casos clínicos, metodologias de ação e dificuldades enfrentadas no cotidiano das práticas, promovendo um olhar mais interdisciplinar e ampliado das ações.

Os trechos acima sugerem a manifestação da clínica ampliada nos serviços de saúde mental em questão. A clínica ampliada refere-se à utilização de saberes e práticas de saúde contextualizadas socioculturalmente e instrumentalizadas pela técnica para dar respostas singulares às demandas de saúde com nítido apelo à intersubjetividade das ações.

De acordo com o Ministério da Saúde, a clínica ampliada utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adstrição de clientela, a formação de vínculo, a elaboração do projeto terapêutico conforme a necessidade que cada caso requeira e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença na tentativa de consolidar o princípio da integralidade (BRASIL, 2009b).

Porém, obtivemos ainda relatos que apontam para a consulta médica como único ou principal recurso no plano terapêutico.

*eu acho que o cuidado é feito, até porque a gente percebeu um avanço, uma certa melhora nos problemas, nunca mais ela teve nenhuma crise, mas eu acho que o atendimento fica muito a desejar, sobretudo na parte terapêutica ocupacional, lá não tem muito essa parte, os pacientes vão mais durante o dia para receber a consulta, o medicamento, mas fica muito tempo livre, às vezes sem um acompanhamento de um profissional de uma terapia ocupacional, uma coisa do tipo e só depois vem a refeição e acabam indo embora porque não é internamento, acho que essa parte de se trabalhar a terapia fica um pouco a desejar. Hoje é mais só para o controle do remédio, só mais para o controle do remédio mesmo. (CAPS1)*

*“É só o médico mesmo, a gente vem e se consulta só isso, tem outros profissionais, mas nunca passaram, eu acho, mas se passasse acho que ele ia”. (CAPS3)*

Para Antunes e Queiroz (2007), as práticas nos CAPS ainda estão centradas no saber médico. Num contexto de transição de uma ordem focada no hospital para uma abordagem mais voltada para a família e o meio social do paciente, as práticas antigas ainda estão institucionalizadas e cristalizadas, difíceis de serem rompidas e substituídas por novas práticas.

Conforme já mencionado no quinto capítulo, Leatt et al. (2000) apontam alguns critérios que precisam ser considerados nas práticas avaliativas que versam sobre a integralidade. Para que os usuários possam se assegurar de um sistema integrado de serviços, é necessário: não ser a única fonte de informação para que o profissional conheça a sua história de utilização de serviços, procedimentos e medicamentos.

Pelos prontuários do HSMM e HUWC, vimos que os familiares foram chamados e indagados sobre a história de vida dos usuários; receber informação clara e precisa sobre a qualidade da assistência e resultados esperados das opções terapêuticas, permitindo-lhe fazer escolhas esclarecidas:

*“É bom com o acompanhante, porque a gente vai sabendo o problema todo tempo, tá sabendo qual remédio que a negrada tá dando, a gente pergunta pra que serve o remédio, qual tipo de remédio pessoal estão dando. (HUWC1)*

Dentre ainda esses critérios, não se restringir a um nível de atenção inadequado por incapacidade de atendimento em outro nível, ficou a desejar nos casos que os usuários peregrinaram de um serviço a outro, até ser atendido, como mostramos nas trajetórias empreendidas, na primeira categoria.

Mattos (2004) declara que não devemos reduzir um sujeito à doença que lhe provoca sofrimento e sim levarmos em conta os aspectos sociais, laborais, culturais que perpassam a vida dos sujeitos. Aqui, citamos a relação com o trabalho, visto que a grande maioria, como podemos visualizar na caracterização dos usuários (APÊNDICE E) recebem o Benefício de Prestação Continuada<sup>39</sup> a partir do laudo disponibilizado pelo médico dos serviços e aposentadoria por invalidez.

*“Eu tive que pedir demissão, porque realmente as crises não tavam me deixando trabalhar, não conseguia me concentrar em nada”. (HUWC3)*

*“No CAPS foi assim, eu fui bem tratada, entendeu, a segunda vez a minha irmã pediu até um atestado para eu me aposentar” (CAPS4)*

Segundo matéria veiculada este ano no jornal local (ANEXO D), foram concedidos, no período de 2009 a 2013, 807 auxílios por episódios depressivos, 492 por transtorno depressivo recorrente, As duas doenças que mais geram solicitações de auxílio no INSS são as psiquiátricas de uma forma geral e as geradas por traumas, a exemplo de acidentes de carro e moto.

Contudo, uma fala destoa da proposta de Mattos, ao haver uma não valorização de como o sofrimento é experienciado pelo sujeito.

*ela dizia que não gostava do ambiente, do médico, dizia que não era doida, que não queria aquilo, é por isso que algumas vezes ela não queria e rejeitava as outras pessoas, os outros pacientes lá, até a própria consulta, as próprias perguntas que o médico fazia na tentativa de conhecer o problema, acho que irritava ela, não sei,*

---

<sup>39</sup> O Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social é um benefício individual que assegura a transferência mensal de um salário mínimo ao idoso, com 65 anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Em ambos os casos, devem comprovar não possuir meios de garantir o próprio sustento, nem tê-lo provido por sua família. A renda mensal familiar *per capita* deve ser inferior a ¼ (um quarto) do salário mínimo vigente. Fonte: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/beneficiosassistenciais/bpc/beneficio-de-prestacao-continuada-bpc>. Acesso em 14/07/2014.

*acho que porque ela dizia que era uma coisa e o médico acabava querendo levar para uma questão de saúde, então acho que ela não gostava muito. (CAPS1)*

Para o autor, a integralidade deve se manifestar aqui na postura de não aceitar a redução da necessidade de ações e serviços de saúde à necessidade de identificar e dar resposta para a doença que suscita o sofrimento manifesto. Como dito, não devemos reduzir um sujeito à doença que lhe provoca sofrimento. Ao contrário, manter a perspectiva da intersubjetividade significa que devemos levar em conta, além dos nossos conhecimentos sobre as doenças, o conhecimento (que não necessariamente temos) sobre os modos de andar a vida daqueles com quem interagimos nos serviços de saúde. Isso implica a busca de construir, a partir do diálogo com o outro, projetos terapêuticos individualizados.

Por último, uma fala de uma usuária nos chama atenção de como a chegada ao serviço de saúde mental determinou a maior ruptura nas atividades cotidianas.

*“Meus filhos tão lá abandonado na casa dum e na casa d’outro. É, por isso que eu queria tanto sair daqui, mulher, que era pra mim ficar cuidando, tá ao meno olhando meus fi, nem que fosse de longe.” (HSMM7)*

Para Mângia e Yasutaki (2008) isso ocorre pela tendência dos serviços em totalizarem a vida da pessoa, seja por meio de internações, seja pelos longos períodos em tratamento intensivo nos serviços abertos. Ao privarem a pessoa de exercer seus papéis sociais, que conferem sentido à vida por conectá-la ao mundo, os serviços acabem por produzir um efeito oposto ao esperado pelo processo de promoção da saúde.

Na Reforma Psiquiátrica, o objeto das intervenções em saúde torna-se mais amplo e complexo, incluindo dimensões além da patologia psiquiátrica, dimensões, sociais, relacionais afetivas, e também biológicas, antes ignoradas em um modelo eminentemente psicopatológico (AMARANTE, 1994). Dessa forma, a complexificação do objeto de intervenção demanda simultaneamente complexificação da rede de atenção (ZAMBENEDETTI, PERRONE, 2007), de forma a que o mesmo cuidado ao aspecto biológico requer outros serviços além do hospital psiquiátrico.

### 9.3 (Des) articulação em rede

Esta categoria foi construída principalmente através dos resultados da dissertação de Amaral (2013), proponente do modelo analítico-conceitual de articulação em rede, a partir da perspectiva dos profissionais de saúde da rede de atenção à saúde mental de Fortaleza, em diálogo com os relatos dos usuários e familiares investigados por nós, mostrando confluências e divergências dos pontos de vistas dos envolvidos no fenômeno.

Ressaltamos novamente, não ser nosso foco analisar a rede de atenção psicossocial e sim identificar nos itinerários terapêuticos percorridos pelos usuários, elementos que desvelem aspectos da (des) articulação dessa mesma rede.

#### 9.3.1 Conectividade

A presença de distintos dispositivos na rede de atenção à saúde mental pode produzir relações entre esses serviços, descritas como fluxos, conexões ou vínculos. Há uma grande variedade de relações possíveis entre os serviços de saúde, apresentando variações no modo como acontecem, suas condições e efeitos práticos (AMARAL, 2013). Dessa forma, apresentaremos quais tipos de relação acontecem entre cada um deles, com qual objetivo e sob que condições e expectativas elas são realizadas.

O acesso aos serviços da rede pode ocorrer por demanda espontânea ou encaminhamento de outro serviço de saúde, tendo sido este a única forma de relação, relatada pelos sujeitos entrevistados, entre os distintos dispositivos pesquisados, apesar de haver outras possibilidades, como o matriciamento, interconsulta, estudo de casos, contato telefônico, visita institucional, tal como encontrados por Amaral (2013).

Os usuários entrevistados no CAPS, acessaram este serviço por demanda espontânea: *“porque surgiu a necessidade também de procurar um atendimento médico, por ser o caso uma questão de saúde, então pra ver essa questão também, já que tinha na cidade o CAPS foi levado também”* (CAPS1);

encaminhamento das consultas médicas particulares:

*“Ai passou, eu passei uns anos sem ir para as consultas, porque a Dr.<sup>a</sup> S. foi aposentada, na época foi difícil de encontrar, ai depois eu fui, liguei para o médico de novo, aí ele encaminhou pra cá”* (CAPS2);

pela unidade básica de saúde:

*“No começou não sabia o que que era, aí eu levei ao posto de saúde e eles me encaminharam primeiro pro CAPS”. (HSMM/HD3);*

e outros por encaminhamento do HUWC, pois como descrito no cenário de estudo (p.91), o CAPS pesquisado tinha vínculo com a UFC, contando com profissionais cedidos pelo Hospital Universitário e a existência desses vínculos favorece o acesso (AMARAL, 2013):

*“Ela já passou uns tempos no CAPS daqui de baixo (em frente ao HUWC), quando ela melhorou e todos os meses ela vinha era pra lá e foi mais aqui mesmo e lá. (HUWC2).*

Tivemos registros de encaminhamento dos CAPS para o serviço de atenção primária, após a alta:

*“Aí me deram alta, me mandaram que eu ficasse pegando a receita no posto” (CAPS5) - e para o hospital psiquiátrico:*

*“o médico dela (do CAPS) que mandou, lá transferiram logo ela pra lá” (HUWC2)*

*“Antes de ela passar por aqui (no HSMM), a gente foi pra alguns CAPS e nenhum indicou hospital pra gente, o único que indicou foi o (CAPS) do Bom Jardim, que foi onde a gente conseguiu. (...) “Levamos ela ao CAPS, chamamos ela (a médica) até o carro, olha, vá lá ver a situação dela. Aí o (CAPS) do Bom Jardim foi e disse, olhe, vá direto pro (Hospital) de Messejana que ela precisa de internação. (HSMM6)*

Os dois leitos psiquiátricos existentes no HUWC são ocupados apenas por aqueles que vêm encaminhados de outro hospital com alguma enfermidade que exige observação clínica.

*“Ai eles (do HSMM) ligaram para minha cunhada, oh rapaz, vem buscar tua irmã aqui que tem que levar para o hospital, porque ela tá com um problema aqui, com o coração agitado” (HSMM2).*

*“Foi logo transferida pra cá porque ela tava sentindo muita febre, mais da febre, umas febres muito altas, podia ser problema da urina né, infecção urinaria” (HUWC2)*

Nas entrevistas com os profissionais de saúde do HSMM realizada por Amaral (2013), estes afirmaram que praticamente todos os pacientes que recebem alta são encaminhados ao CAPS, é parte da conduta de alta o preenchimento da “folha de alta” com o endereço do CAPS de referência. Encontramos relatos que corroboram esta afirmação e outros em que não houve o encaminhamento.

*“Eu frequentava o CAPS aqui da Messejana (bairro), esse que tem aqui na Seis Bocas (bairro)” (HSMM7)*

*“Vai fazer um mês, mas amanhã eu tô de alta, eu falei com a doutora hoje e ela vai me mandar pro CAPS lá no do Carlito (bairro Carlito Pamplona), vou lá receber o remédio”.* (HSMM3)

*“Assim, a gente nunca foi lá, ela nunca foi passada para o CAPS”* (HSMM2)

*“Entrevistador: E tu já foi lá no CAPS? Usuário: Não”* (HSMM4)

Como exceção, temos aqueles que são encaminhados exclusivamente para o ambulatório e o Hospital-Dia - *“Todo mês eu venho me consultar e pegar a medicação”* (HSMM/HD3), *“passei quatro meses internada, depois que saí eu tava crente que ia pra casa e me mandaram pra cá, passei mais quatro meses aqui”* (HSMM/HD5)

Mesmo nos casos em que houve um encaminhamento para o CAPS continuou -se em alguns a depender da instituição hospitalar no que respeita ao acompanhamento médico psiquiátrico e recebimento da medicação, especialmente as de alto custo, recebido periodicamente.

*“Ele foi (ao HSMM) porque não estava tendo os remédios (no CAPS)”.* (CAPS3)

*“Pro CAPS fui só receber remédio, agora vou mais não né, porque estou sendo consultada aqui. Isso foi antes de ser internada aqui. Parei de ir, porque passou um tempo sem lá dar remédio, lá no CAPS do Bom Jardim e aqui nunca faltou o remédio. Esse que estou tomando agora, só uma caixa custa 400 reais.* (HSMM/HD3)

Apesar de ser composta por fluxos, Santos (2008) ressalta que as redes possuem uma forma material, tendo por isso exigências materiais para que o fluxo aconteça e alcance os efeitos desejados. Os aspectos materiais dessa relação incluem as condições de acessibilidade do serviço de destino, tanto em termos geográficos como sócio-organizacionais (ADAMI, 1993; UNGLERT, 1995; GERHARDT, 2006). O conhecimento desses condicionantes dos serviços de destinos por parte dos profissionais do serviço de origem é necessário para que eles possam antecipar adequadamente a eficácia ou falha em um possível encaminhamento, como ocorreram nos casos abaixo.

*“Quando ela sai do hospital, aí eles botam ela pro CAPS, não tem nenhum CAPS perto da casa dela, só tem em outro bairro mais longe, aí vem pra cá logo”* (HSMM7).

*Aí eu fui no CAPS, só que quando eu cheguei no CAPS marcaram pra três meses, aí eu voltei pro posto e falei doutora, não tem condição, ele não dorme, só com pensamento de suicídio, aí ela me deu o encaminhamento pra cá e aqui graças a Deus ele foi atendido, já tá com dois anos, ele ficou sendo atendido no ambulatório. Aí passou, depois ele teve um momento de euforia, se internou, passou 18 dias. Aí no CAPS, quando eu marquei era fevereiro, aí quando foi em abril, me ligaram pra*

*dizer que ia ter médico só em julho, cheguei nem ir a primeira vez e já me ligaram adiando. (HSMM/HD1)*

*“Antes de ela passar por aqui, a gente foi pra alguns CAPS e nenhum indicou hospital pra gente, o único que indicou foi o (CAPS) do Bom Jardim que foi onde a gente conseguiu. Entrevistador: E lá nos outros (NOS CAPS) eles diziam o que? Usuário: Que tava cheio que tava lotado, que não tinha hospital, que tava fechado, isso e aquilo outro” (HSMM6)*

Passos e Barros (2004) destacam que a rede de atenção em saúde pode ter um funcionamento quente e outro, frio. Em sua dinâmica quente, a rede opera de modo descentralizado, movimentando-se com uma alta potência de conectividade que é geradora de efeitos de diferenciação contínua. Na dinâmica de esfriamento da rede de saúde mental existem várias e desordenadas portas de entrada sem nenhuma porta de saída. Os usuários chegam, são acolhidos, ficando por longos anos, apesar de não necessitarem de atenção diária e integral e poderiam estar sendo acolhidos em outros equipamentos não só da rede de saúde, mas da rede intersetorial. Os autores ressaltam que os usuários são acolhidos porque, muitas vezes, não existem perspectivas para onde encaminhá-los.

*Na semana passada que a gente veio, todos os dias eles diziam da alta, porque toda quinta-feira eles dão alta pra passar o final de semana em casa, mas só que do jeito que ela tá aí não adianta, eu peço a doutora pra não mandar, porque do jeito que ela tá aí a gente tem medo de o efeito do remédio sair e a reação dela voltar, entendeu? A gente não quer ela lá em casa, sofrendo lá em casa, aqui tem medicamento, tem injeção, tem tudo e lá a gente tem o quê? (HSMM)*

Identifica-se aqui, uma ausência de movimento da rede, produzindo um baixo grau de conectividade quando a rede não se tece. Essa ausência de conexão e movimento da rede cria uma dinâmica de esfriamento caracterizada pela função de segmentação, exploração, segregação e centralização, que fagocita seu próprio movimento reticular.

A atenção psicossocial pensada como uma Rede deverá ter seu trabalho desenvolvido vislumbrando a responsabilização pelo usuário. Tal responsabilização envolve não apenas a existência de pontos de atenção para dar conta da situação de saúde apresentada, mas de pontos de movimento desse mesmo usuário na RAPS.

A Rede deve estar preparada para redesenhar seu projeto terapêutico, ou seja, para ir além do encaminhamento consoante a linha desenvolvida por Vilaça (2011), acerca de Redes de Atenção à Saúde (RAS).

É nessa perspectiva de movimento da pessoa atendida na RAPS que a ideia de linha de cuidado pode ser articulada para garantir fluxos assistenciais seguros ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde (FRANCO, 2007). A RAPS precisa ter sempre em conta o itinerário que o usuário faz por dentro da Rede, sendo necessário, portanto, que os

trabalhadores, com base no vínculo com os usuários, acompanhem, facilitem e se corresponsabilizem pelo “caminhar na Rede” (FRANCO; MAGALHÃES JR., 2004).

### 9.3.2 Integração

Neste tópico, após termos identificado as conexões existentes entre os serviços da rede de atenção à saúde mental, apontamos elementos da dimensão de integração através da avaliação da continuidade e complementaridade nas intervenções dos distintos serviços, o que implica a manutenção do vínculo ou referência a um profissional, equipe ou serviço, a produção de linha de cuidado com diferentes serviços e a existência de complementaridade nas intervenções de diferentes serviços (AMARAL, 2013).

Partimos do pressuposto de que um único serviço de saúde não é capaz de resolver todas as demandas de saúde a ele dirigidas, demandas que inicialmente fazem parte de seu escopo de responsabilidade podem exigir intervenções complementares, ou podem evoluir para quadros mais simples ou mais graves, tornando-se responsabilidade de outros serviços, como ocorrido do CAPS para a atenção primária, para o hospital psiquiátrico, para a Unidade de Pronto Atendimento, desta para o hospital geral, do hospital psiquiátrico para o hospital geral, e deste para o CAPS, conforme narrado, respectivamente.

*“Graça a Deus eu tô bem, fui fazendo tratamento, os grupos, aí foi passando. Tá com pouco tempo que eles me deram alta (...). Eu fui chamada, aí eles me perguntaram como eu tava me sentindo, eu tô bem, aí eles me deram pra ficar pegando a receita no posto. (...) Eles colocaram que aqui é pra pessoa que tá muito necessitada e como eu tô bem, não preciso mais tá aqui” (CAPS5)*

*Aí, dia dois, a gente não aguentou mais, ela tava muito agressiva, quebrando tudo dentro de casa, aí eu resolvi trazer ela. (...) Levamos ela ao CAPS, chamamos ela (a médica) até o carro, olha, vá lá ver a situação dela. Aí o (CAPS) do Bom Jardim foi e disse, olhe, vá direto pro (Hospital) de Messejana que ela precisa de internação. (HSMM6)*

*ele estava no CAPS lá na Barra do Ceará (bairro), aí lá ele apresentou uma febre e essa febre ele ficou sem falar, sem nada, sem urinar, sem nada, aí trouxeram pra UPA (...) aí ele pegou e veio pra cá (...), graças a Deus ele conseguiu dormir, o médico botou, passou uma medicação mais forte e ele dormiu a noite todinha. (HUWC5)*

*“Foi logo transferida pra cá porque ela tava sentindo muita febre, mais da febre, umas febres muito altas, podia ser problema da urina né, infecção urinaria” (HUWC2)*

*“Provavelmente eu vou precisar continuar, porque é um tratamento e é sempre bom fazer um acompanhamento, mas acho que talvez seja só pra fazer um acompanhamento psicológico no CAPS mesmo, talvez uma medicação bem leve, só pra passar mesmo as crises de ansiedade. (HUWC3)*

Ainda que o SUS oriente-se pelo princípio da integralidade, as organizações entre os serviços obedecem a grupamentos temáticos, que lidam com demandas semelhantes, saúde

mental, por exemplo. Em um contexto de rede, quando um primeiro serviço considera inadequada para si uma determinada demanda, tem ainda a responsabilidade de manejá-la adequadamente a outro serviço apropriado, como realizados nas narrativas acima e a seguir.

*“Aí o médico que me atendeu, psiquiatra, o doutor A. L. é ótimo e foi ele que conseguiu uma vaga aqui pra mim, porque eu tô gestante e ele achou que era melhor aqui, porque ele me encaminhou pra cá.” (HUWC3)*

Ao assumir a condição de interdependência com outro serviço, ou, pelo menos, da possibilidade de potencializar a melhoria do estado de saúde por meio da colaboração com outro dispositivo, estamos adentrando a esfera da complementaridade.

A continuidade do cuidado geralmente se beneficia da manutenção do vínculo com um profissional ou equipe (LIMA et al, 2012). Esses benefícios incluem a facilidade de acesso às informações dos pacientes e pelo tipo de relação estabelecida entre o profissional e o usuário do serviço. Exemplo disto ocorre após o internamento no HSMM, por decisão do médico, as pessoas podem continuar o tratamento no Hospital-Dia, justificado pelos médicos pela possibilidade do paciente continuar a ser acompanhado pelo profissional ou residente responsável por ele na internação (AMARAL, 2013).

Além disto, a relação de confiança facilita a aderência ao tratamento.

*Eu frequentava o CAPS aqui da Messejana, esse que tem aqui na Seis Bocas (bairro), onde a dr<sup>a</sup> S. trabalha agora. (...) Faz seis anos que eu conheço a doutora, ela é a minha psiquiatra há muitos anos, desde que ela trabalhava lá perto da UFC. A doutora S. é uma ótima doutora, a minha doutora preferida, é ela e agora esse doutor que ta cuidando de mim desde a outra vez, o mesmo médico que me aposentou. (HSMM7)*

Outro tipo de continuidade acontece quando ocorrem diferentes intervenções, de modo a complementar o efeito da anterior. Isso aconteceu dentro do CAPS, do HSMM e do HUWC, onde o usuário necessitou de intervenções do psiquiatra, administradas pelo enfermeiro e participa de oficinas da terapia ocupacional, psicoterapia e atendimentos do serviço social, conforme observamos nos prontuários dos usuários em cada um destes serviços.

*“Lá a gente tomava banho, trocava de roupa, tinha merenda, tinha chá na hora da janta, tinha bolacha, tinha as psicólogas, do jeito daqui, tinha as fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, tinha medicamento pra gente tomar lá, lá era bom.” (HSMM/HD4)*

*“Tem as meninas do grupo, psicólogas e ele gosta muito, toda semana ele vem, dia de quinta feira. Gosta, porque elas fazem muitas coisas assim, quando tem as festas eles mesmo que organiza, eles fazem os enfeites, bota isso pra eles fazer, sabe!?” (CAPS2)*

Apesar dos aspectos observados de integração entre os serviços, quando investigamos a continuidade entre o CAPS e o HSMM, escutamos dificuldades não apenas no direcionamento da demanda para o serviço adequado, como mencionado na dimensão anterior, mas de garantir a manutenção da atenção de forma apropriada. Os relatos identificam causas para a quebra dessa continuidade: a dificuldade do CAPS de absorver a demanda de egressos dos hospitais e evitar crise, principalmente em decorrência da indisponibilidade de atendimento psiquiátrico ou de medicação.

*Aí eu fui no CAPS, só que quando eu cheguei no CAPS marcaram pra três meses, aí eu voltei pro posto e falei doutora não tem condição, ele não dorme, só com pensamento de suicídio, aí ela me deu o encaminhamento pra cá e aqui graças a Deus ele foi atendido, já tá com dois anos, ele ficou sendo atendido no ambulatório. Aí passou, depois ele teve um momento de euforia, se internou, passou 18 dias. Aí no CAPS quando eu marquei era fevereiro, aí quando foi em abril, me ligaram pra dizer que ia ter médico só em julho, cheguei nem ir a primeira vez e já me ligaram adiando. (HSMM/HD1)*

### 9.3.3 Normatividades

Esta dimensão analítica permite identificar a existência de diretrizes formais referentes à rede e ao seu objeto, como protocolos clínicos e/ou linhas-guia; a presença de diretrizes não formalizadas expressas nos critérios de entrada, saída, encaminhamento; códigos comuns de comunicação e produção de linhas de cuidados de casos complexos ou atípicos.

As diretrizes formais referentes ao atendimento em cada um dos serviços da rede auxiliam a promover a vinculação das pessoas com transtorno mental aos pontos de atenção e já foram descritas nos capítulos três e seis (p.45, 68) e no cenário de estudo (p.89-93) desta pesquisa, nos quais demarcamos a função, o funcionamento e público-alvo dos mesmos, estabelecidas em diversos textos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002, 2004, 2011), resumidas aqui.

Os CAPS são serviços de saúde mental destinado a atender indivíduos com transtornos mentais graves e persistentes; o Hospital-Dia do HSMM é um serviço de atenção intensiva ambulatorial para usuários em situação de crise, sem excluí-los do convívio familiar e social; o HSMM visa garantir um suporte/internamento emergencial para sujeitos em crises, quando os demais serviços não conseguem oferecer uma resposta para a demanda de saúde daquela pessoa e possui a central de regulação de leitos psiquiátricos para encaminhamentos a outras instituições credenciadas pelo SUS na inexistência da vaga; os ambulatórios especializados e os dois leitos psiquiátricos existentes no HUWC não são regulados pela

central de leitos e são ocupados por usuários em crise, encaminhados de outro hospital com alguma enfermidade que exige observação clínica, vistos nas categorias anteriores.

Os encaminhamentos, tratamentos dos agravos, responsabilidades de cada componente foram abordados na categoria anterior e no cenário de estudo.

Nas observações sistemáticas no CAPS, acompanhamos pessoas que vieram pela primeira vez ao serviço e usuários sem agendamentos, mas com demandas para atendimento naquele momento, os quais foram direcionados ao “acolhimento<sup>40</sup>”, para uma escuta qualificada do sofrimento e avaliação de acordo com a classificação de riscos para determinar se a pessoa será atendida por outros profissionais do serviço, engajada nas atividades ou ser encaminhada para outro local, de acordo com a “gravidade ou severidade” do sofrimento.

Entretanto, Silva Junior e Mascarenhas (2004) alertam que o acolhimento não é reduzido à sua dimensão física nem à recepção da demanda, mas incorpora suas dimensões subjetivas, tais como: postura do profissional na relação com os usuários, como técnica de escuta e reflexão sobre problemas e necessidades; como princípios reorientadores dos serviços.

Nos momentos em que estivemos no Serviço de Pronto Atendimento do HSMM, chegavam diversas pessoas, a maioria trazida involuntariamente pela família (por meio do SAMU ou carro particular) e alguns com encaminhamento de outros serviços, inclusive de outros municípios.

No instante da conversa com o enfermeiro plantonista deste espaço para explicarmos a execução da pesquisa, entrou na sala uma família pedindo internação para uma senhora e esta e o profissional permitiram que permanecêssemos ali e presenciássemos tal ação. A partir do relato (convencimento ao profissional) do sofrimento psíquico, acompanhamos o preenchimento pelo profissional do protocolo referente à avaliação de risco, a qual determinará o fluxo a ser seguido.

São quatro níveis de risco<sup>41</sup>: vermelho – emergência, necessita de atendimento psiquiátrico imediato; amarelo- urgência maior → atendimento psiquiátrico prioritário; nível verde – urgência menor → atendimento psiquiátrico não prioritário; nível azul – não urgência → atendimento do serviço social. No caso observado, a classificação foi amarela e a senhora ficou continuou aguardando o atendimento.

---

<sup>40</sup> Ver Anexo E

<sup>41</sup> Descrição detalhada deste processo pode ser vista na dissertação de Amaral (2013, p.109) e no ANEXO F de nossa pesquisa.

As narrativas dos sujeitos pesquisados também possibilitou percebermos as diretrizes formalizadas e não formalizadas de entrada, encaminhamento e saída dos serviços, permeadas pelas relações de proximidade entre o demandante e o profissional, ou entre os profissionais dos dois serviços e critérios subjetivos, especialmente entre o HSMS e o HUWC, já que este não é regulado pela central de leitos.

Os mecanismos e encaminhamentos legais, a exemplo do sistema de regulação das internações, sofrem alterações que expressam diferentes interesses e conflitos (de ideias, econômicos, afetivos, sociais, etc) com as situações vividas pelos envolvidos no processo de internação psiquiátrica, apontando a complexidade dessa tomada de decisão.

*Graça a Deus eu tô bem, fui fazendo tratamento, os grupos, aí foi passando. Tá com pouco tempo que eles me deram alta (...). Eu fui chamada, aí eles me perguntaram como eu tava me sentindo, eu tô bem, aí eles me deram pra ficar pegando a receita no posto. (...) Eles colocaram que aqui é pra pessoa que tá grave, que tá muito necessitada e como eu tô bem, não preciso mais tá aqui, tem que dar a vaga pras pessoas que tá mais precisando, que tá em crise” (CAPS5)*

*Eu fui ao Hospital de Messejana porque é lá que a gente consegue a internação, passei uma noite lá. O médico que me atendeu, psiquiatra, o doutor A. L. é ótimo e foi ele que conseguiu uma vaga aqui pra mim, porque eu tô gestante e ele achou que era melhor aqui, porque ele me encaminhou pra cá” (HUWC3)*

*“A minha irmã veio aqui, conversou com o médico, uma pessoa encaminhou ela pra cá, explicou, aí essa minha irmã trouxe ela de novo dessa vez, falou com o médico que disse traga até cinco horas que eu ainda estou aqui e a interno” (HUWC2)*

*“Foi, eles mandaram pra cá, foi o dr.º dela, que parece que é muito conhecido por aqui, sabe, para um amigo dele. Aí ligou pra parece pra ele arrumar uma vaga pra cá, sabe, aí ele conseguiu uma vaga aqui” (HUWC2)*

*“A doutora ficou muito preocupada, ficou pensando, falou com um médico e outro, primeiramente eles disseram que não tinha vaga né, porque eles sempre dizem que não tem vaga, mas eles viram que o caso dela era grave, aí internaram” (HSMM1)*

Cecílio e Mehry (2003, p.199 apud GUIZARDI et al, 2006) conceituam sistema como uma “rede móvel, assimétrica e incompleta de serviços”. Ou seja, o sistema se torna rede porque nenhum conceito ou estratégia racionalizadora é capaz de antever e engessar as movimentações sociais. Mesmo sendo o SUS organizado de forma centralizada por normas, protocolos e programas, todos esses sujeitos, com suas diferentes inserções, são um pouco autores desse desenho institucional e de seus fluxos singulares em cada contexto, pois não se pode esquecer que normas e instrumentos somente existem como prática social em situações reais, históricas.

### 9.3.4. Subjetividades

A última dimensão atravessa todas as anteriores e termos encontrado tais aspectos também nas outras categorias, haja vista a criação, modificação dos processos envolvidos na rede serem produzidas por humanos. Daí resgatarmos aqui os protagonismos, interesses, sentidos, valores e vínculos afetivos de grupos, indivíduos.

O denominado 'sistema de saúde' é, na verdade, um campo atravessado por pacientes, mais ou menos formalizados, nem sempre racionais, muitas vezes interrompidos e truncados, construídos a partir de protagonismos, interesses e sentidos que não podem ser subsumidos a uma única racionalidade institucional ordenadora (CECÍLIO; MEHRY, 2003, p.199, apud GUIZARDI et al, 2006).

Conforme situamos na categoria anterior, critérios subjetivos concorrem com as diretrizes formais e modificam o acesso ao serviço, o senso de responsabilidade para com os usuários se sobrepõe aos critérios de entrada, ou seja, os critérios informais de entrada e de encaminhamento são marcadas por disposições singulares de profissionais ou serviços.

*“Eu estava três dias sem dormir e sem me alimentar direito e assim, eu tô gestante realmente e a enfermeira de lá se comoveu e mandou eu me deitar no leito lá” (HUWC3)*

A forma como a família apresenta a situação do paciente, a maneira como se comportam em relação a ele, podem também influenciar a decisão de qual fluxo será seguido no serviço ou em outro.

*Ela ia ficar no lado de fora dessa derradeira vez, mas da outra vez não, na primeira vez ela entrou pra ser atendida logo, mas dessa vez eles queriam deixar do lado de fora, aí eu disse: não, não vou deixar a mulher do lado de fora não, vocês não querem acompanhante, não tem como deixar ela aqui só não, ou vocês arrumam, aí o cara que tava na minha frente era meio desenrolado, ou vocês arrumam leito pra ela ficar internada, ou então, vou já chamar 190, Barra Pesada (programas televisivos policiais), vai já passar a cara de vocês aqui, aí a mulher disse: calma, se acalme, que vamos já arrumar um leito pra ela, aí arrumaram um leito pra ela. (HSMM6)*

Pinheiro e Martins (2011) apontam para a existência de redes de sustentação e de apoio para o cuidado, as quais revelam a presença de “pessoas-chave” “mediadoras de redes para o cuidado” (p.207), podendo ser profissionais de saúde, pessoas de uma comunidade, ou membros da família. Estas atuam como “chave” ao abrir os fluxos ou possibilitar acessos ao subsistema de cuidado profissional.

Ainda que sob a égide de normas e instrumentos operacionais de controle, os trabalhadores gerem e configuram a assistência prestada, ao escolherem agir numa ou noutra direção. Atualizam velhos modelos ou delineiam novas possibilidades. Assim como o fazem a

comunidade e os usuários singulares, ao procurarem um pronto-socorro para resolver uma queixa que tecnicamente é considerada relativa à atenção primária (CAPS6) ou ainda, quando visitam os espaços religiosos antes ou ao mesmo tempo dos serviços de saúde, como exemplificados nos itinerários terapêuticos percorridos.

Por fim, as formas de relações com os usuários nos diferentes serviços e até no mesmo são bem diversas. Observamos nos três espaços pesquisados tanto a presença de relações afetivas entre os profissionais e os usuários, como atos de violência psicológica, o que remetem à qualidade do cuidado recebido, discutido na categoria alusiva a ela.

*“A doutora S. é uma ótima doutora, a minha doutora preferida. (HSMM7)*

*“Lá, as enfermeiras eram ótimas.” (HSMM3)*

*“Eu me sentia muito bem aqui, é o atendimento, são as pessoas”. (CAPS5)*

*“Aqui no hospital trata muito bem. Não tem o q falar, todas as vezes q trouxemos ela pra cá, tratou muito bem, não tem nenhum ignorância, nos outros cantos o povo deixa nem você explicar o que tá sentindo, esses postos de saúde tudo a gente não é bem tratada e aqui eu me sinto bem tratada tanto o paciente como o acompanhante (HUWC1).*

*“Aqui é muito puxado pras enfermeiras, às vezes elas são muito grosseiras.” (HSMM4)*

*“As enfermeiras algumas eram legais, outras não, eram bem rudes com a gente. (HSMM/HD5)*

Consoante Franco e Merhy (2010), para o desenvolvimento dos processos de mudança do modelo assistencial, a identificação do papel central da subjetividade nos traz um novo desafio: reconhecer que o protagonismo dos sujeitos trabalhadores e usuários para a mudança no funcionamento dos serviços de saúde não se dá apenas pela excelência técnica. Será necessário também investir em processos de subjetivação, para que os mesmos se coloquem como viabilizadores de projetos que recuperem a utopia ativa de um serviço centrado no usuário, produtor do cuidado, no sentido de acolher e se responsabilizar por sua clientela.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

### O desafio de uma conclusão em um processo de construção

Escrever é um caso de devir, sempre inacabado, sempre em via de fazer-se, e que extravasa qualquer matéria visível ou vivida. É um processo, ou seja, uma paisagem de Vida que atravessa o visível e o vivido. A escrita é inseparável do devir... (DELEUZE, 1997)

Foi acreditando que era possível descobrir algo novo nas histórias das pessoas em sofrimento psíquico que chegamos até aqui, depois do percurso já realizado dos membros do LAPQS com os usuários dos CAPS, da atenção básica e dos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial de Fortaleza-Ceará e da considerável produção de trabalhos sobre essa condição humana.

Foram muitas as tentativas de mudança no campo da saúde mental nos últimos anos. Porém, apesar de toda a orientação e legislação vigentes, a realidade psiquiátrica parece ter se alterado pouco. Os elementos, por vezes contraditórios, de conceber e organizar a saúde mental em rede de atenção denotam a complexidade de mudança desse processo social. Se, por um lado, podemos reconhecer que as alterações dos serviços especializados não deram conta de aprofundar e explicitar mudanças mais radicais, por outro, os sujeitos, suas famílias buscam em seu cotidiano responder às necessidades dos sujeitos em sofrimento psíquico que necessitam de um cuidado de qualidade e de escuta sensível.

Foi assim que procuramos compreender como se revela a qualidade do cuidado dispensado à população da Rede de Atenção Psicossocial, nas dimensões integralidade e humanização, nos seus *itinerários terapêuticos*, em suas interfaces com a articulação em rede.

Retomando os objetivos específicos, na descrição dos itinerários terapêuticos percorridos pelos usuários em busca da resolução de seu sofrimento psíquico, foram narradas as experiências vividas dos usuários no que se refere ao processo de adoecimento e nestas estiveram presentes diferentes concepções de saúde/doença mental, como o modelo religioso, popular e o orgânico/biológico. A busca pelo cuidado ao sofrimento psíquico, revelou o modo como foram construídas as demandas referentes às terapêuticas empregadas, que perpassaram os diversos serviços da RAPS, as instituições psiquiátricas e os espaços religiosos. Fundamental foi o papel da família neste processo de escolha, cuidado e busca de tratamento.

As experiências dos usuários acerca da qualidade do cuidado revelaram aspectos formais da assistência, como os efeitos e centralidade do papel da medicação no processos de cuidado, ênfase atribuída ao profissional médico e a ambiência como geradora de saúde ou

sofrimento, e o modo como estes afetam a qualidade da assistência prestada. A dimensão humanização revelou que a humanização em saúde mental está intimamente relacionada à atitude dos profissionais de saúde, na qual a escuta, cordialidade, o respeito e o diálogo foram apontados pelos usuários dos distintos serviços em questão, afetando, inclusive, a adesão e a continuidade do tratamento. A dimensão da integralidade trouxe elementos da interdisciplinaridade nos serviços, clínica ampliada e olhar o sujeito para além do sofrimento psíquico, como uma totalidade.

Os itinerários terapêuticos percorridos nos permitiram identificar elementos que desvelam aspectos da (des) articulação em rede, tendo como norte o modelo analítico-conceitual apresentado. Reconhecemos a existência de vários tipos de relações entre os serviços pesquisados, com o encaminhamento como a forma de relação mais presente, tanto nas conexões entre estes como na interação de cada um deles com os demais. Houve tanto rupturas na continuidade do cuidado de um serviço a outro como a garantia de acesso a outros serviços após a alta ou encaminhamento.

Como limitações de nosso estudo, demarcamos o momento político-econômico em que encontramos o CAPS no momento da pesquisa, com a falta de profissionais de saúde, pois as falas dos participantes acerca da qualidade do cuidado estiveram imersas neste contexto de precarização, outro aspecto foi o reduzido número de pessoas neste serviço pela falta das consultas e outras atividades, o que pode ter gerado a impressão de desmerecimento do papel deste dispositivo e maior enfoque nas práticas hospitalares.

Algumas entrevistas assinalaram uma fragilidade na rede substitutiva, visto que o acolhimento e o agenciamento do usuário em crise representam um impasse nos CAPS, visto que nem todos dispõem de serviços 24h com leitos e profissionais preparados para receber os usuários que deles necessitem, gerando um direcionamento ao hospital psiquiátrico. O CAPS pesquisado é do tipo II e não oferece atendimento noturno. Desse modo, os leitos noturnos proporcionados pelos CAPS tipo III, surgem como relevante retaguarda nos momentos de crise, mas que apenas um não dá conta de toda a demanda da cidade. A inclusão deste serviço nas pesquisas pode contribuir para melhor revelar a dinâmica de cuidado ofertada.

Contudo, o material empírico produzido foi apenas um retrato parcial da realidade, sem a pretensão de generalizar, pois outras pesquisas focalizando momentos outros deste serviço mostraram resultados diferentes e mais animadores do importante papel deste dispositivo na política de saúde mental. Como esta se encontra em fase de transição, a coexistência do novo modelo com o anterior, bem como as contradições e crises, singulares e

comuns a todo processo de mudança, aliadas ao jogo político, em muitos momentos repõem em cena antigos fantasmas manicomiais.

Como pudemos relatar, as necessidades de nossos entrevistados não comportam mais a forma tradicional de produção do cuidado, a qual reduz a complexidade da vida a um quadro nosológico, quando, na verdade, essa experiência abarca todo o seu contexto de relações e, por isso, requer recursos múltiplos, criativos e transdisciplinares.

Lamentamos não ter acessado as experiências dos usuários no escopo da Atenção Primária, para vislumbrarmos os desafios e potencialidades do cuidado em saúde mental neste espaço, defendida como a principal entrada na rede de saúde, cujo papel é garantir ao sujeito um olhar amplo sobre suas necessidades. Convidamos, assim, outros atores para assumir também esta empreitada.

Os preceitos da reforma são bastante contundentes ao fazer pensar uma nova atitude ante a loucura, sendo necessária uma desconstrução dos saberes e práticas institucionalizadas no que se refere à saúde mental.

A reinscrição do problema da saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica pressupõe, portanto, a transformação de uma abordagem sintomatológica da doença mental para uma atitude clínico-política de transdisciplinaridade. (OLIVEIRA, PASSOS, 2009). A problematização das práticas de atenção e de gestão nos serviços substitutivos ao manicômio exige-nos a análise em um contexto mais amplo das políticas públicas de saúde mental e de sua relação com as políticas de subjetivação, convocando-nos a um confronto clínico-político com o exercício de biopoder no contemporâneo.

Aliar a clínica e a política significa construir uma prática emancipatória. Uma prática que conduza a novos saberes e “verdades” a partir das experiências cotidianas dos usuários e que crie um espaço dialógico que logre pôr em cena o usuário em sofrimento psíquico como aquele que tem vida para além do estigma que carrega.

As experiências trazidas pelos sujeitos pesquisados revelaram que no plano da vida cotidiana, o usuário está sempre reinventando seus itinerários terapêuticos, a partir dos desafios que se apresentam em cada momento de organização da saúde e, também, a partir de suas redes de inserção, sociais e simbólicas, que incluem tanto o sistema normatizado como as dimensões intersubjetivas das práticas humanas.

Então, implantar a desinstitucionalização requer mudanças mais profundas do que apenas a expansão da assistência, com uma nova visão social e política sobre o cuidado integral em saúde mental. Por isso, propomos: luta para evitar perdas de referências surgidas por ocasião do adoecimento, buscando a preservação e a reconstrução da identidade; associação da experiência de sofrimento ao trabalho, gênero, família, religião.; manutenção e fortalecimento dos vínculos e interações sociais.; busca de autonomia e liberdade para circular e reconstruir suas experiências, tanto subjetiva como objetivamente.

No contexto das políticas públicas locais de saúde mental, orientadas pelas diretrizes da reforma, as redes e serviços substitutivos no território têm a responsabilidade de construir novos projetos e possibilidades que, confrontando o abandono e as diferentes formas de desassistência, prescindam da internação no hospital psiquiátrico, ou, melhor, que decodifiquem e transformem a “demanda de hospital psiquiátrico”, produzindo novas formas de cuidado e de interação com as pessoas com a experiência do sofrimento psíquico pautadas na liberdade, na autonomia e no acesso e exercício de direitos, propiciadoras de itinerários de invenção de um novo lugar social para a experiência da loucura (NICACIO, CAMPOS 2004)

A incorporação do espaço público se coloca como parte fundamental das estratégias mais amplas da vida. Trazer a cidade como espaço de prática- que pode se desdobrar em ação terapêutica- faria a vida ganhar outras dimensões não só para as pessoas em sofrimento e suas famílias, como para todos os envolvidos no universo da saúde mental.

O desafio consiste em desenvolver “tecnologias de saúde” que possibilitem tecer, junto como o sujeito, novas redes, novos itinerários, para os quais seus investimentos façam sentido, de tal modo que a subjetividade petrificada possa vir a vitalizar-se, buscando encontrar nas próprias trajetórias elementos que possam eventualmente funcionar como componentes dessas redes, identificar modos de fazer o sujeito em sofrimento psíquico percorrer por novas direções, de modo que territórios de vida possam vir a ganhar consistência (ROLNIK, 2000).

Reconhecemos a necessidade da presença e da intervenção de tais instituições nos diversos momentos da vida desse sujeito e de suas famílias, preservando, no entanto, os vínculos e comprometendo-se desde o resguardo quando a crise se intensifica, até o apoio às possibilidades de autonomização de suas vidas, afirmando-o como um sujeito de direitos.

É desses enlaces do sujeito com território sociocultural que, acreditamos ser possível a criação de novos itinerários, de mais ruas que clausuras, mais fluxos que pontos fixos, mais

escuta que contenções, mais acolhimento que retórica, mais sensibilidade que protocolos, mais diversidade que normalização, mais autonomização que anomia e, para além da doença e do sofrimento, mais saúde, mais alteridade, mais subjetividades autônomas, mais qualidade do cuidado.

Queremos uma aceitação do que produz afirmação de vida. É preciso modificar valores, hábitos, comportamentos para que as pessoas em sofrimento psíquico sejam efetivamente pessoas de direitos e de desejos em nossa sociedade. Neste sentido o caminho pode ser potencializado se as redes de serviços, as intervenções socioculturais e terapêuticas forem harmônicas com a cultura loco-regional de nossa cidade.

Daí acreditarmos ser necessário que os serviços de saúde da RAPS aprofundem discussões acerca do real papel de cada um para com os sujeitos em sofrimento psíquico, sobretudo por se tratarem de equipamentos substitutivos.

Queremos ainda ressaltar a importância das interações familiares, tanto para o cuidado cotidiano quanto para sua persistência em enfrentar os desafios que a vida lhes impõe. Dessa forma, é essencial que a oferta de um suporte terapêutico para que os familiares possam cuidar e aliviar-se da sobrecarga vivida, possibilitando-lhes a construção de outros recursos para lidarem com seus parentes “adoecidos” de forma mais livre. As equipes de Saúde da Família, integradas ao NASF, podem ser importantes dispositivos de cuidado territorial nessa perspectiva, pois, apesar de sua limitação no manejo de problemas mais graves, tem importante contribuição a dar no cuidado familiar.

Entendemos que a compreensão da qualidade do cuidado em um desenho de rede pode se constituir como ferramenta analisadora das potencialidades, ou potencial, das famílias, de gerenciar a experiência de sofrimento psíquico, bem como de buscar e produzir o cuidado continuado requerido, tecendo e articulando redes. E ainda, da capacidade de o subsistema de cuidado profissional produzir e gerenciar redes cuidadoras, na perspectiva da integralidade, humanização, resolutividade, com práticas de atenção que sejam capazes de acolher as necessidades dos sujeitos e suas famílias.

Desse modo, compreendemos a sustentabilidade do cuidado da pessoa em sofrimento psíquico como resultante das possibilidades de tessitura de redes para o cuidado pela família e da capacidade de gestão em redes do SUS.

Sendo assim, a compreensão dos itinerários terapêuticos de pessoas e famílias em experiência de adoecimento e, neles, a formação de redes para o cuidado em saúde, pode

oferecer elementos para a eleição de indicadores analisadores da qualidade do cuidado que sejam centrados nesta experiência.

A adoção de novas abordagens analíticas em avaliação na saúde na perspectiva da qualidade do cuidado, enfatizando o uso de metodologias avaliativas centradas nos usuários, tem no reconhecimento dos itinerários e sua relação com as redes sociais a ideia-força de afirmação da cidadania e potência dos mesmos. Assim, a compreensão da experiência de sofrimento psíquico e de busca por cuidado em saúde nos ofereceram contribuições importantes para a avaliação pretendida da RAPS.

Outro desafio é desenvolver um estudo com sujeitos que apresentam características psíquicas e emocionais tão peculiares – depressivas, esquizofrênicas, de isolamento social, entre outras, - em que a principal ferramenta para a obtenção do material empírico é a fala. Como mergulhar num universo tão singular para compreender as experiências? Como ultrapassar barreiras criadas e papéis, por vezes hostis, construídos por algumas pessoas, os profissionais de saúde, por exemplo? Como desenvolver um estudo que pretenda trabalhar com as experiências quando essas, geralmente, são marcadas mais pela violência do que pela argumentação, mais pelo delírio ou silêncio do que pela comunicação, mais pela postura arredia do que pela possibilidade de exercer trocas?

As respostas para estas indagações podem ser produzidas com a utilização de instrumentos metodológicos que prescindam da fala, baseadas na arte, como desenho, pintura, performance, entre outras, como vetor de subjetivação, dispositivo desinstitucionalizante e estratégia de resistência, buscando a criação de agenciamentos que desconstruam estigmas e possibilitem a invenção de territórios existenciais singulares e de outros caminhos em direção à alteridade.

E nesse processo, a convivência diária com os usuários evidencia uma não submissão, um esforço de construção de um saber sobre si, sua condição e a experiência da loucura, agora do ponto de vista de quem a vive. Uma convivência que vem demonstrando que os ditos loucos têm muito a dizer sobre o que pensamos e fazemos. A visão deles sobre os serviços, o movimento social, seus avanços, conflitos, embates, enfim, percepções e avaliações que apresentam lúcidas reflexões, demonstram o surgimento de um novo sujeito social, que traz novas questões, muitas vezes omitidas por respostas seculares.

Cabe agora, como nos convoca Adomo e Castro (2008) propor novas direções, que certamente passam pela construção de uma ética, entendida não só como construção de

princípios, mas como exercício de uma certa sensibilidade, que tem como referência a experiência de "mundos opostos", numa perspectiva que aponte para a "transposição dos mundos", como movimento que estimule a mudança e afete o sentido dado às coisas, isto é, conduza à redefinição da leitura que fazemos do e da forma como nos colocamos no mundo.

Encerramos esta etapa de investigação com a expectativa de que nossos resultados possam contribuir para estudos sobre o tema, assim como subsídios para mudanças na rede de atenção do município de Fortaleza. Para isto, reiteramos o acordo estabelecido com os serviços pesquisados da devolutiva dos resultados, além da publicação em espaços acadêmicos de modo a torna-los mais próximos e úteis aos verdadeiros protagonistas do fenômeno investigado.

## REFERÊNCIAS

- ADAUY, M. H.; ÂNGULO, L.P.; SEPÚLVEDA, A.M.J.; SANHUEZA, X, A.; BECERRA, I.D.; MORALES, J.V. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. **Rev Panam Salud Publica**, v.33, n.3, p. 223–9, 2013.
- ADAMI, N.P. Acesso, utilização e aceitação dos serviços de dermatologia de um Centro de Saúde Escola sob o modo de ver dos hansenianos. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 1, n. 2, p. 53-67, 1993.
- ADOMO, R. C.; CASTRO, A.L. O exercício da sensibilidade: pesquisa qualitativa e a saúde como qualidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.3, n.2, p. 172-185, 1994
- ALBUQUERQUE JUNIOR, D. M. A., VEIGA-NETO; ALÍPIO DE SOUSA FILHO (Org). **Cartografias de Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.
- ALVES, P. C. A Experiência da Enfermidade: Considerações Teóricas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 263-271, jul/set, 1993.
- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**, v.9, n.16, p. 39-52, 2005
- AMARAL, C. E. M. **Rede de atenção em saúde mental no município de Fortaleza: uma análise multidimensional na perspectiva de profissionais de diferentes dispositivos**. 2013. 247f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Ceará. 2013
- AMARANTE, P. (Org.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.
- AMARANTE, P. **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, P. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P.D.; GULJOR, A.P. Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização: a (re)construção da demanda no corpo social. In Pinheiro, R.; Mattos, R.A. (Orgs.) **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS-CEPESC/UERJ- ABRASCO, 2010, 67-78.
- ANDRADE, A.B. **Integralidade e humanização: experiências de usuários em dois dispositivos de cuidado em saúde mental**. 2013. 147f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Ceará. 2013
- ANTUNES, S. M. M. O.; QUEIROZ, M. S. A configuração da Reforma Psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 207-215, 2007.
- ARRUDA, C.A.M. Qualidade dos serviços e satisfação dos usuários: as experiências no espaço da atenção básica no município de Fortaleza/Ceará. 2009. 154f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Ceará. 2009.

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

AYRES, J.R.C.M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 549-554, 2005.

AYRES, J.R.C.M. Hermenêutica, conhecimento e práticas de saúde, a propósito da avaliação. In: CAMPOS, R.O.; FURTADO, J.P. PASSOS, E. BENEVIDES, R. **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. São Paulo: Hucitec, 2008.

AZIZE, R.L. **A nova ordem cerebral: a concepção de “pessoa” na difusão neurocientífica**. 2010. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2010

BALLARIN, M. L. G. S.; CARVALHO, F. B.; FERIGATO, S. H. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.34, n.4, p.444-45, 2010.

BARRIO, L.R.; CORIN, E.; POIREL, M-L.; DROLET, M. Avaliação qualitativa de serviços de saúde mental a partir das perspectivas de usuários e profissionais - Negociação, cidadania e qualidade dos serviços. In: BOSI, M.L.M; MERCADO, F.X. (Org) **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

BARTHES, R. **S/Z: uma análise da novela Sarrasine de Honoré de Balzac**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1992.

BELLATO, R. ARAUJO, L.F.S.; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G.; MATTOS, R.A. (Org) **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudo de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2008.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Rev. Psicol. Ciênc. Prof.**, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008.

BIRMAN, J. & COSTA, J.F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. pp. 41-72,

BOFF, L. **Ethos mundial: um consenso mínimo entre os humanos**. Brasília: Letraviva, 2000.

BOSI, M.L.M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.3, p.575-586, março. 2012.

BOSI, M. L. M. & AFFONSO, K. C. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14(2):355-365, abr-jun, 1998.

BOSI, M.L.M; MERCADO, F.X. (Org) **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M.L.M., MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006. p. 87-117.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? *Rev. Saúde Pública*, v.41, n.1, p.150-153, 2007

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Tradução Fernando Tomaz. 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

BRANDAO, T. O.; GERMANO, I. M. P. Experiência, memória e sofrimento em narrativas autobiográficas de mulheres. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, abr. 2009.

BRASIL. **A clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **A construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao\\_do\\_SUS.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf)>. Acesso em: 27 mai. 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 224**, de 29 de janeiro de 1992. disponível em <[http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas\\_e\\_projetos/saude\\_mental/portaria\\_n224.htm](http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm)> Acesso 26 outubro 2013.

BRASIL. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)> Acesso 20 fevereiro 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS n.º 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>> Acesso 27 outubro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental e atenção básica**. O vínculo e o diálogo necessários: inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema

Único de Saúde (SUS). Disponível em <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>> Acesso 26 outubro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006.** Ministério da Saúde: Brasília, 2007

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010.** . Brasília: Ministério da Saúde, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados - 10** Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. v7, nº 10, março de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas para pesquisas envolvendo seres humanos** (Res. CNAS nº. 466/2012). Série Cadernos Técnicos. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. **Rede de Atenção Psicossocial.** Portaria nº3.088GM, de 26 de dezembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>> Acesso em: 27 mai. 2012.

BROCKEMEIER, J.; HARRÉ, H. Narrativa: problemas e promessas de um paradigma alternativo. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, vol. 16, nº 03, p. 525-535, 2003.

CABRAL, A. L. L. V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p.4433-4442, Nov. 2011.

CABRAL, B. ET AL. Estação comunidade. In: **Saúde mental e saúde da família.** São Paulo: Hucitec, 2000. Saúde Loucura, n.7. p. 167-188.

CAMARGO JR., K.R. Das Necessidades De Saúde À Demanda Socialmente Constituída. In Pinheiro, R.; Mattos, R.A. (Orgs.) **Construção Social da Demanda:** direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS-CEPESC/UERJ-ABRASCO, 2010.

CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Sociedade e Cultura**, Goiás, v. 3, n. 1 e 2, p. 51-74, jan/dez. 2000.

CAMPOS, L.F.L. **Métodos e técnicas de pesquisa em Psicologia.** 3 ed. Campinas: Alínea, 2004.

CAMPOS, G. W. DE S.; MINAYO, M. C. DE S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. DE. **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2009.

CAPONI S. A saúde como abertura ao risco. In D. Czeresnia & C. M. Freitas (Orgs.), **Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendências** (pp. 55-78). Rio de Janeiro: FioCruz, 2003.

CAPRARA, A.; LINS, A.; FRANCO, S. Relação médico-paciente e humanização dos cuidados em saúde: limites, possibilidades, falácias. In: DESLANDES, S.F. (Org.) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 85-108.

CARVALHO, L.B.; BOSI, M.L.M.; FREIRE, J.C. Dimensão ética do cuidado em saúde mental na rede pública de serviços. **Revista Saúde Pública**, v. 42, n.4, p. 700-706, 2008.

CARVALHO, S.R.; CUNHA, C.T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 837-68.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (orgs). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003. p.197-210.

CHAUÍ, M. **Cultura e democracia**. São Paulo: Cortez, 1990.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Contribuições do Conselho Federal de Psicologia para a constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde a partir do Decreto 7.508/2011**.<sup>1ª</sup> Edição. Brasília, 2011. Disponível em <http://site.cfp.org.br/publicacoes/relatorios-e-cartilhas/> Acesso: 17/02/2013

CORREIA, L.C.; LIMA, I.M.; ALVES, V.S. Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.9, p.01-10, 2007.

COSTA, A.M. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saúde e Sociedade**. v.13. n. 3, p.5-15, set-dez. 2004

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (ORG) **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003, pp.13-44.

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

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. **Rev. Bras. Psiquiatria**. v.21, p. 06-11, 1999.

DESLANDES, S.F. **Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 196p.

DESLANDES, S.F. Notas sobre a contribuição da Sociologia Compreensiva aos métodos qualitativos de avaliação. In: CAMPOS, R.O.; FURTADO, J.P. PASSOS, E. BENEVIDES, R. **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. São Paulo: Hucitec, 2008.

DESLANDES, S.F.; GOMES, R.A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M.L.M., MERCADO-MARTINEZ, F.J. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 99-120.

DIMENSTEIN, M. ET AL. Atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. **Polis e Psique**, v. 2, Número Temático 2012, p. 95- 127, 2012.

DINIZ, D. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011. Brasília: Letras Livres/ Editora Universidade de Brasília, 2013. 382p

DEL PORTO, José Alberto. Conceito e diagnóstico. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, Mai 1999

DUARTE, L.F.D. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral? In: ALVES, PC., MINAYO, MCS. (Orgs). **Saúde e doença**: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. 174 p.

DUSSEL, E. **Ética comunitária**. Petrópolis: Vozes, 1986.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 24, n. 3, Sept. 2008.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FONSECA, M.L.G. et al. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Rev. APS**, v.11. n.3, p.285-294, jul-set. 2008

FORTALEZA. SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA. EQUIPE DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Relatório de Territorialização – CSF Anastácio Magalhães**: conhecendo e planejando as ações no território do Centro de Saúde da Família Anastácio Magalhães. Fortaleza: SMS, 2009.

FORTALEZA. SECRETARIA DA SAÚDE. **Boletim de Saúde de Fortaleza**: hospitalização em Fortaleza. v.15, n.2, jul-dez/2011. Disponível em: <[http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/images/boletins\\_semanais/Bol%20Hospitaliza%C3%A7%C3%A3o%20concluido.pdf](http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/images/boletins_semanais/Bol%20Hospitaliza%C3%A7%C3%A3o%20concluido.pdf)> Acesso em 10 janeiro 2014.

FORTALEZA. **Anuário de Fortaleza 2012-2013**. Disponível em <<http://www.anuariodefortaleza.com.br/administracao-publica/secretarias-executivas-regionais.php>> Acesso 12 janeiro 2014.

FORTALEZA. **Plano plurianual de Fortaleza**. PPA 2014-2017. Disponível em<[http://www.fortaleza.ce.gov.br/ppa/PPA%202014\\_2017\\_Lei](http://www.fortaleza.ce.gov.br/ppa/PPA%202014_2017_Lei). Acesso em 12 janeiro 2014.

FORTES, S. **Transtornos mentais comuns 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 165f Tese (Doutorado). Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2004.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 1995.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, v.11, n.23, p. 427-38, set/dez, 2007.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES Jr., H. Integralidade na Assistência à Saúde: a organização das Linhas de Cuidado. In: MERHY, E.E. et al. (Orgs). **O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. A Produção Imaginária da Demanda e o Processo de Trabalho em Saúde. In Pinheiro, R.; Mattos, R.A. (Orgs.) **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS-CEPESC/UERJ- ABRASCO, 2010.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.13, n.5, p.1511-1520, 2008.

FURTADO, J.P. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, G. W.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND, M., CARVALHO, U. M. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 715-739

FURTADO, J. P.; ONOCKO-CAMPOS, R. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 109-122, 2005.

GADAMER, H. G. **O caráter oculto da saúde**. Petrópolis: Vozes, 2006.

GADAMER, H.G. **Verdade e Método: Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. 10 ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

GOMES, M. C. P.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.17, p.287-301, 2005.

GREGÓRIO, G.; TOMLINSON, M.; GEROLIN, J.; KIELING, C.; MOREIRA, H.C.; RAZZOUK, D. Agenda de prioridades de pesquisa para saúde mental no Brasil. **Rev Bras Psiquiatr**. v.34, n.4, p.434-439, 2012

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park: Sage Publications, 1989.

GUIZARDI et al. Participação, democracia institucional e competência: algumas questões sobre os modos de produção de gestão no SUS. In: PINHEIRO, R. FERLA, A.A.; MATTOS, R.A. (Org). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: EDUCS, IMS/UERJ, CEPESQ, 2006.

HARTZ, Z.M.A. **A avaliação na área da saúde**: dos modelos conceituais à prática da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

HARTZ, Z.M.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 331-336, 2004.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre, Artmed, 2003.

HOUAISS, A. **Novo Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

HUSSERL, E. **A Crise das ciências europeias e a fenomenologia transcendental**: uma introdução à filosofia fenomenológica. 1. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M.W. Entrevista narrativa. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George. (Orgs) **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Tradução por Pedrinho A. Guareschi. 7.ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

KANTORSKI, L.P.; COIMBRA, V.C.C.; SILVA, E.N.F.; GUEDES, A.C.; CORTES, J.M.; SANTOS, F. Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2059-2066, 2011b.

LALANDE, A. **Vocabulário técnico e crítico da Filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

LEATT, P.; PINK, G.; GUERRIERE, M. Towards a Canadian model of integrated healthcare. **Healthcare Papers**, n. 1, v. 2, p.13-55, 2000.

LIMA, M. Et al. Signos, significados e práticas de manejo da crise. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**. v.16, n.41, p. 423-434, 2012.

LOTUFO NETO, F.; ANDRADE, L.H.S.; GENTIL FILHO, V. Diagnóstico e tratamento. In: LOUZÃ NETO, M.R.; MOTTA, T.; WANG, Y-P; ELKIS, H. (Orgs.). **Psiquiatria básica**. Porto Alegre: Artmed, 1995.

MACHADO, A. L.; COLVERO, L. A. Unidade de internação psiquiátrica em hospital geral: espaços de cuidados e atuação da equipe de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 672-677, 2003

MÂNGIA, E. F.; YASUTAKI, P. M. Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** São Paulo, v.19, n. 1, p. 61-71, jan./abr. 2008.

MARTIN, Denise; QUIRINO, José; MARI, Jair. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, Aug. 2007.

MARTINS, A.L. A psiquiatrização da vida na sociedade de controle. In: CARVALHO, S.R.; FEUGATO, S.; BARROS, M.E. (ORG) **Conexões Saúde Coletiva e Políticas de Subjetivação**. São Paulo: Hucitec, 2009. 417 p. Coleção Saúde em Debate n.198.

MATTOS, R.A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Orgs). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003. p.45-59.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p.1411-1416, set-out, 2004

MENDES, E. V. **As Redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

MENEZES, M.; YASUI, S. O psiquiatra na atenção psicossocial: entre o luto e a liberdade. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 1, fev. 2009.

MERCADO, F.J. Avaliação de políticas e programas de saúde: enfoques emergentes na Ibero-América no início do século XXI. In: BOSI, M. L.; \_\_\_\_\_. **Avaliação qualitativa de programas de saúde**: enfoques emergentes. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2006. p.22-62.

MERCADO, F. J. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: \_\_\_\_\_. MAGALHÃES Jr., H.M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. (Orgs). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p.15-35.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C.R. et al (Orgs) **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998, p. 103-120.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: \_\_\_\_\_. MAGALHÃES Jr., H.M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. (Orgs). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p.15-35.

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 9, n. 2, p. 177-184, 1993.

MINAYO, M.C. Sobre o humanismo e a humanização. In: DESLANDES, S.F. (Org.) **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 23-30.

MINAYO, M.C.S. A utilização do método qualitativo para a avaliação de programas de saúde. In: CAMPOS, R.O.; FURTADO, J.P. PASSOS, E. BENEVIDES, R. **Pesquisa avaliativa em saúde mental**: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, Mar. 2012.

MORIN, E. O pensamento complexo, um pensamento que pensa. In: MORIN, E.; le Moigne, L. **A inteligência da complexidade**. São Paulo: Petrópolis, 2000.

NASI, C.; CARDOSO, A. S. F.; SCHNEIDER, J. F. OLSCHOWSKY, A.; WETZEL, C. Conceito de integralidade na atenção em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. **Rev. Min. Enferm.** v.13, n.1, p. 131-138, jan./mar., 2009.

NICÁCIO, M.F.S., CAMPOS, G.W.S. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. **Rev. terapia ocupacional**, v. 15, n.2, p. 71-81, 2004. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rto/v15n2/06.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2012.

NOBILE, A.C. Et al. Uma análise do processo de internação e reabilitação de pacientes no CAPS. **Revista Terra e Cultura**, v.20. n. 38, jan-jun, p. 87-97, 2000.

NOGUEIRA, C. Doença psiquiátrica e Itinerários terapêuticos – contributos para uma reflexão sobre a reconfiguração dos cuidados formais de saúde mental. In: Congresso Português de Sociologia VII, 2012, Porto, Porto: Universidade do Porto, 2012.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n.5, p. 547-59, 2000.

NUNES, E. D.; CASTELLANOS, M. E. P.; BARROS, N. F. A experiência com a doença: da entrevista à narrativa. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, dez. 2010.

OLIVEIRA, W. F. Algumas Reflexões sobre as bases conceituais da Saúde Mental e a Formação do Profissional de Saúde Mental no Contexto da Promoção da Saúde. **Saúde em Debate**, v. 32, n. 78., p.38-48, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **The Ottawa Charter for Health Promotion**. Ottawa, CA: OMS, 1986. Disponível em: <[http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)>. Acesso em: 27 mai. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Organização Mundial da Saúde, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários**: uma perspectiva global. Brasília: Organização Mundial de Saúde e Organização Mundial de Médicos de Família, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde**. 10 Revisão. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2008. Disponível em: <[www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.h](http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.h)>. Acesso 29 junho, 2014.

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

PASSOS, E.; BARROS, R. B. Clínica, política e as modulações do capitalismo. **Lugar Comum**, v.19, n.20, p. 159 -171, 2004.

PELOUSO, E. T.P.; BLAY, S.L. Percepção da depressão pela população da cidade de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v.42. n.1, p.41-48, 2008.

PEREIRA, M. G. D.; BASTOS, C. R. P.; PEREIRA, T. C. (Orgs). **Discursos socioculturais em interação**: interfaces entre a narrativa, a conversação e a argumentação navegando nos contextos da escola, saúde, empresa, mídia, política e migração. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

PINHEIRO, R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: Um Campo de Estudo e Construção da Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p. 65-112.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: \_\_\_\_\_; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. 2. ed. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj/Abrasco, 2005. p. 21-36.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L.; MACHADO, F.R.S.; GOMES, R.S. In Pinheiro, R.; Mattos, R.A. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. (Orgs.) **Construção Social da Demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS-CEPESC/UERJ- ABRASCO, 2010.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G.; MATTOS, R.A. (Org) **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudo de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2008.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org) **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2011.

PIZZI, Jovino. **O mundo da vida**. Rio Grande do Sul: UNIJUI, 2006.

RABELO, M.C.M.; ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M.A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

REINALDO, A.M.S. **Conhecendo o itinerário terapêutico em saúde mental pela história oral de vida do paciente psiquiátrico**. 2003. 113f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. 2003

RICOEUR, P. **Interpretação e ideologias**. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora; 1990.

RIOS, I. C. **Caminhos da humanização na saúde**: prática e reflexão. São Paulo: Áurea Editora, 2009.

ROLNIK, S. Clínica-nômade. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL DIA A CASA (Org). **Crise e cidade: acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Educ, 2000, p. 83-97.

ROSA, L. C. S. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicol. rev.** Belo Horizonte, v. 11, n. 18, dez. 2005

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.

SAMPAIO, J. J. C. **Epidemiologia da imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

SANTOS, L. ANDRADE, L.O.M. Rede interfederativa de saúde. In: SILVA, S.F. (org) **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde**. Campinas: Saberes, 2011.

SANTOS, A.M., ASSIS, M.M. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Cienc Saude Colet**, v. 11, n. 1, p. 5-61, 2006.

SATO, L.; SOUZA, M. P. R. Contribuindo para desvelar a complexidade do cotidiano através da pesquisa etnográfica em Psicologia. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 12, n. 2, 2001.

SCHMIDT, M. L.S. Aspectos éticos nas pesquisas qualitativa. In: **Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde**. GUERRIERO, I.C.Z.; SCHMIDT, M. L.S; ZICKER, F. (Org) São Paulo: Hucitec, 2008.

SCHOLZE, A.S; SILVA, Y.F. Riscos Potenciais à Saúde em Itinerários de Cura e Cuidado. **Cogitare Enferm**, v. 10, n.2, p. 9-16, 2005.

SCHRAIBER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B; NEMES, MIB; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Org) Saúde do adulto: programas e ações na unidade de saúde. São Paulo: Hucitec, 19996, p.29-47.

SCRIVEN, M. S. The methodology of evaluation. In: TYLER, R. W.; GAGNÉ, R. M.; \_\_\_\_\_. **Perspectives of curriculum evaluation**. Chicago: Rand McNally, 1967.

SILVA JUNIOR, A.G.; MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS,R. (Orgs) Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2004, p. 241-257.

SILVEIRA, R.; LOFEGO, J. REBOUÇAS, M. MESSIAS, A. C.; OLIVEIRA, P. As redes sociais e o território: desafios para as transformações do cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org) **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2011.

SOUZA, I.M.A. Um Retrato de Rose: considerações sobre processos interpretativos e elaboração de história de vida. In: Duarte, L. F. D.; LEAL, O.F. (Org.) **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

TAVARES, C. A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 403-410, 2005.

TEDESCO, S.; SOUZA, T.P. Territórios da clínica: redução de danos e os novos percursos éticos. In: CARVALHO, et al. **Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 141-156.

TEIXEIRA JUNIOR, S. **Trajetórias assistenciais de usuários com transtornos psíquicos na rede de saúde do município de Porto Alegre**. 2010. 131f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2010.

TRAD, L.A.B. Humanização do encontro com o usuário no contexto da atenção básica. In: DESLANDES, S.F. (Org.) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 185-203.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico- epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2003

UCHÔA, E. & VIDAL J. M. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p. 497-504, out/dez, 1994.

UNGLERT, C.V. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E.V. (Org.) **Distrito Sanitário**. São Paulo, Rio de Janeiro: Editora Hucitec, Abrasco, 1995. p. 221-235.

VALLA, V.V. et al. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, 2005. p. 221-240.

VASCONCELOS, E. M. Desinstitucionalização e Interdisciplinaridade em Saúde Mental. **Cadernos do IPUB**, v. 1, n. 7, p.17-39, 1997.

VIEIRA, E. M. **Atividade comunitária e conscientização: uma investigação a partir dos modos de participação social**. Fortaleza, 2008. 135f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, 2008.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**. n. 3, p. 17-25. 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental Health Atlas 2011**. Italy: World Health Organization, 2011.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. **Avaliação de programas: concepções e práticas**. São Paulo: Gente, 2004.

ZAMBENEDETTI, G.; PERRONE, C.M. O processo de construção de uma Rede de Atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. **Physis**. v.18, n.2, p. 277-293, 2007.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. D. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psicologia em Revista**, v. 14, n. 1, p. 131-150, 2008.

## APÊNDICE

### APÊNDICE A - Revisão Da Literatura Científica Nacional E Internacional

DESCRITORES	LILACS	MEDLINE	PUBMED	SCIELO	PEPSIC
Saude mental (mental health)	3.816	258	195466	873	239
Integralidade (integrality)	343	208	212	449	26
Humanização (humanization)	1349	721	758	543	55
Saude mental AND pesquisa qualitativa (mental health AND qualitative research)	63	0	4321	11	1
Saude mental AND integralidade (mental health AND integrality)	14	0	9	21	2
Saude mental AND humanização (mental health AND humanization)	22	0	13	10	3
Saude mental AND integralidade AND humanização (mental health AND integrality AND humanization)	1	0	0	1	0
Avaliação da qualidade dos cuidados de saude (Evaluation quality of the health care)	614	25626	49606	5	1
Avaliação da qualidade dos cuidados de saude AND pesquisa qualitativa (Evaluation quality of the health care AND qualitative research)	7	8	2067	0	0
Avaliação da qualidade dos cuidados de saude AND saúde mental (Evaluation quality of the health care AND mental health)	4	2	3647	0	0
Avaliação da qualidade dos cuidados de saude AND saude mental AND pesquisa qualitativa (Evaluation quality of the health care AND mental health AND qualitative research)	0	0	181	0	0
Itinerário (itinerary)	78	354	373	84	9
Itinerário AND saúde mental (itinerary AND mental health)	5	0	3	2	0

Pesquisas realizadas no dia 27 de janeiro de 2014 nos seguintes sítios:

- <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p&form=A> (LILACS),
- <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=MEDLINE&lang=p&form=B> (MEDLINE),
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/advanced> (PUBMED),
- <http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/> (SCIELO).

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando uma pesquisa intitulada: **“Qualidade, Integralidade e Humanização na Rede de Atenção Psicossocial: estudo avaliativo multidimensional”** cujo objetivo principal é analisar a Rede de Atenção Psicossocial de Fortaleza de modo a compreender, com base nas experiências de usuários, trabalhadores e gestores, como e em que medida nas práticas implementadas se revela a qualidade do cuidado, nas dimensões integralidade e humanização, em suas interfaces com a articulação em rede, em uma compreensão ampliada de desinstitucionalização. Essa pesquisa poderá ser útil para melhorar programas, serviços e a assistência e produzir conhecimentos teóricos e práticos na área de Saúde Mental. Para tanto, será realizada uma entrevista individual com cada informante e a mesma deverá ser gravada.

Com essas informações, gostaria de saber se o sr (sra) aceita participar desta pesquisa. É necessário esclarecer que: 1) a sua aceitação/autorização deverá ser de livre e espontânea vontade; 2) caso queira participar o sr (sra) você não ficará exposto(a) a nenhum risco; 3) o nome e identidade de todos os entrevistados será mantida em segredo; 4) o sr (sra) poderá desistir de participar a qualquer momento, sem qualquer prejuízo; 5) será permitido o acesso às informações sobre os procedimentos da pesquisa em qualquer tempo e 6) somente após devidamente esclarecido(a) e julgar ter entendido tudo o que lhe foi explicado, o sr (sra) deverá assinar este documento.

Em caso de dúvida, poderá se comunicar com a pesquisadora responsável, profa. **Maria Lucia Magalhães Bosi, residente à rua Barbosa de Freitas, 555, apto 500, Meireles, CEP 60170-020.** Telefone e e-mail de contato: 85-3242-8045/ malubosi@ufc.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFC encontra-se disponível para reclamações e informações pertinentes à pesquisa pelo telefone (85) 33668330/33668338.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura (ou impressão digital)  
do sujeito da pesquisa (informante)

---

Assinatura do(a) pesquisador(a)

## **APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA**

Estou realizando uma pesquisa sobre a qualidade do cuidado oferecido aos pacientes dos serviços de saúde mental e gostaria de conhecer sua história (ou de seu familiar) desde que você (ele) começou a ter um sofrimento mental e como buscou ajuda para cuidar deste problema.

Do que você se trata(va) lá?

Conte-me como foi sua experiência neste(s) lugar(es).

Como era/é seu dia-a-dia neste lugar?

Como você pensa sua vida depois que tiver alta desse serviço?

## APÊNDICE D - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DOS PRONTUÁRIOS

<b>I – Identificação /Dados Sócio Demográficos</b>
<b>Nome:</b> _____ <b>Nº do Prontuário:</b> _____ <b>Local da coleta:</b> _____
<b>Sexo:</b> 1 – M 2 – F <b>Data de nascimento:</b> ____/____/____ <b>Idade:</b> _____anos
<b>Residência:</b>  <b>Núcleo habitacional:</b> 1 – Pais 2- Outros parentes Especificar _____ 3- Sozinho 4- Abrigo 5- Morador de rua 6 – Outros Especificar _____  <b>Estado civil:</b> 1- Solteiro 2- Casado 3- Divorciado 4 Viúvo 5 União Estável 6 – Outros _____  <b>Situação de trabalho:</b> 1 – Empregado 2- Desempregado 4- Aposentado Por Tempo De Serviço 5- Aposentado Por Invalidez 6- Licença Médica
<b>II - História Clínica</b>
<b>Encaminhamento ao Serviço de Saúde Mental:</b> 1- Interno 2- Externo 3- Demanda Espontânea 4- Familiares/Amigos Se 1 ou 2, especificar: _____
<b>Hipótese Diagnóstica:</b> _____ <b>Tempo na instituição:</b> _____ <b>Número de internações:</b> _____ <b>Intervenções realizadas:</b> _____

APÊNDICE E - CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS ENTREVISTADOS

Local da entrevista	Usuário	Sexo	Idade	Hipótese diagnóstica	Núcleo familiar	Situação de trabalho	Tempo de transtorno	Tratamentos anteriores	Medicação utilizada
HUWC	1	F	37	Transtorno bipolar / síndrome neuroléptica maligna	Casada, 2 filhos	BPC	29 anos (depressão)	CAPS, Instituto de Psiquiatria do Ceará, HSMM	Carbomato de lítio, Prometozina, Diazepam
HUWC	2	F	55	Esquizofrenia catatônica F20.2	Separada, 1 filho	Aposentada por invalidez	10 anos	HSMM, CAPS, clínica psiquiátrica particular, UBS, 3x HUWC	Olanzapina, haloperidol, Prometazina
HUWC	3	F	22	Síndrome do pânico, depressão	Solteira, grávida	Desempregada	16 anos	CAPS I, CAPS AD, 2 x no Hospital Nosso Lar, 1x HSMM, 1x HUWC	Sertralina
HUWC	4	M	70	Esquizofrenia hebefrênica	Solteiro, abrigado no Lar Torres de Melo		50 anos	Várias vezes no HSMM	Risperidona, Levomepromazina, Prometozina
HUWC	5	M	38	Transtorno bipolar	Divorciado, mora com a mãe, tem 3 filhos	aposentado	30	CAPS AD, CAPS, Comunidade Terapêutica, HSMM, HUWC	
HSMM	1	F	19	Psicose puerperal	Solteira, 1 filho	estudante	2 semanas	1x HSMM	Fenergan, Haldol
HSMM	2	F	37	Transtorno bipolar	Casada, 3 filhos	Ensino fundamental incompleto/ dona de casa	22 anos		

HSMM	3	F	32	Transtorno bipolar	Solteira, 1 filha, mora com a mãe e a filha	Cabelereira desempregada				
HSMM	4	F	29		solteira	Pessoa em situação de rua, família mora em Pernambuco				Haldol, Amplictil, Diazepam
HSMM	5	M	38	Transtorno bipolar	Casado, 3 filhos	Empregado sem carteira assinada			3x HSMM, CAPS, clínica psiquiátrica particular	interrompida
HSMM	6	F	53	Transtorno bipolar	Casada, 3 filhos				1x Hospital Psiquiátrico MirayLopes, 2x Hospital Nosso Lar, 1x HSMM	
HSMM	7	F	35	Esquizofrenia	Casada, dois filhos	Ensino fundamental incompleto / Aposentada por invalidez	16 anos		1x Clínica de Saúde Mental Dr. Suliano, 1x Hospital Nosso Lar, 1x Hospital Psiquiátrico Mira y Lopes, 3x HSMM	
HSMM /HD	1	M		Transtorno bipolar e transtorno obsessivo compulsivo	Casado, um filho	Desempregado, mora com a família			HSMM, CAPS, UBS	
HSMM /HD	2	M			Solteiro				HSMM	
HSMM /HD	3	F	43	Transtorno bipolar	Casada, 1 filha	Professora /Desempregada			2x HSMM, consulta	Carbomato de lítio, Quetiapina

HSM/HD	4	M			Esquizofrenia	Separado	aposentado	Mais de 30 anos	psiquiátrica particular HSM, Hospital Lar, Nosso Hospital Psiquiátrico Mira y Lopes, Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo	
HSM/HD	5	M			Esquizofrenia				HSM	
CAPS	1	F	37		Esquizofrenia	Solteira, mora com o pai e o irmão	Dona de casa		-	
CAPS	2	M	38		Deficiência mental	Mora com a mãe	BPC		-	
CAPS	3	M	23		Deficiência mental	Mora com a irmã e tias	BPC	“desde novo”	CAPS, 1x HSM para pegar medicação	
CAPS	4	F	37		Transtorno bipolar	Solteira, mora com a mãe, irmã e sobrinha	BPC	07 anos	HUWC, Instituto de Psiquiatria do Ceará, 1 noite no SPA/ HSM	
CAPS	5	F	48		Depressão	Solteira, 1 filha, mora com a mãe, irmã e filha	Vendedora autônoma	09 anos	Instituto de Psiquiatria do Ceará,	Alprazolam
CAPS	6	F	41		Depressão			05 anos	2x HSM, CAPS	Antipsicóticos, Antidepressivo, Benzodiazepínico
CAPS	7	F	36		Transtorno Bipolar			07 anos	3X HSM, CAPS	Antipsicótico, Anticolinérgico,

CAPS	8	M	43							03 anos	1x HSMM, CAPS	Anticonvulsivo
CAPS	9	M	65	Transtorno Pânico	do					12 anos	1x HSMM, CAPS	Antidepressivo, Benzodiazepínico
CAPS	10	M	51	Esquizofrenia Depressão	Casado, 1 filho			aposentado desempregado				Antipsicóticos Diazepam

## PROJETO DE PESQUISA

**Título:** QUALIDADE, INTEGRALIDADE E HUMANIZAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: ESTUDO AVALIATIVO MULTIDIMENSIONAL

**Área Temática:**

**Pesquisador:** Maria Lúcia Magalhães Bosi

**Versão:** 1

**Instituição:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

**CAAE:** 05187312.5.0000.5054

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**Número do Parecer:** 71396

**Data da Relatoria:** 09/08/2012

### Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa se caracteriza por ser um estudo de natureza qualitativa, de tipo transversal, a ser realizada por meio da compreensão aprofundada das experiências dos atores participantes, tendo como foco dimensões do cuidado, notadamente qualidade, integralidade e humanização, nos espaços selecionados, focalizando-os como pontos da rede de atenção onde os pesquisadores farão um recorte da realidade do universo a ser indagado, considerando as relações que as partes integram e estabelecem com o todo (STAKE, 2000). Deste modo, no esforço de compreender experiências dos distintos atores no fluxo da rede de atenção os autores buscarão dialogar de forma densa com os compromissos que orientam a reforma psiquiátrica e o Sistema Único de Saúde dos quais a rede de atenção psicossocial é parte constitutiva e, conforme já assinalado, prioridade. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, de tipo transversal, a ser desenvolvido no município de Fortaleza-CE. Nesse espaço, selecionamos quatro dispositivos: um CAPS tipo II; um hospital geral; um centro de saúde da família; e um hospital psiquiátrico (o qual, apesar de não estar situado na SER III, é referência para sua população). Trabalharemos com três segmentos que interagem no cotidiano das práticas na Rede de Atenção selecionada: trabalhadores, gestores e usuários. A escolha dos participantes se dará pela sua relevância para a questão de pesquisa, sendo observado o critério de saturação teórica. Sua inclusão efetiva no estudo se dará após a etapa de observação realizada em cada um dos locais, obedecendo a critérios delineados consoante o acúmulo subjetivo necessário à amostra teórica. Para obtenção do material empírico utilizaremos entrevistas não-diretivas. Após sua realização, estas serão gravadas, transcritas e analisadas por meio de passos reflexivos da metodologia. Além das entrevistas optamos por realizar observação sistemática, que possibilitará uma vinculação mais refinada ao contexto em que estão inseridos os participantes, transcendendo o discurso enunciado. Registraremos o processo de observação através de um diário de campo, norteado pelos eixos: a) características estruturais e organizacionais; b) atores sociais envolvidos; c) atividades desenvolvidas; d) eventos especiais (reuniões da equipe multidisciplinar, comemorações, eventos culturais etc.); e) notas pessoais e reflexivas do pesquisador: As entrevistas serão transcritas majoritariamente pela equipe do projeto; contudo, tendo em vista a extensão do material será necessário o apoio especializado nessa etapa, que se dará sob nossa supervisão consoante um guia de transcrição construído pela equipe do projeto. Após a revisão da transcrição, o material será processado com a ajuda de um programa (software) de análise qualitativa para facilitar a organização do material. Em seguida o material empírico será submetido à leitura flutuante, transversal e horizontal para impregnação do sentido das falas. Nesse momento se dará a identificação de temas centrais, categorias analíticas e empíricas que comporão a rede interpretativa a ser construída. O material será analisado consoante os procedimentos da vertente crítico-interpretativa, buscando revelar o que faz sentido para os participantes, do modo como eles percebem e se manifestam. Por fim, integraremos essa produção subjetiva ao contexto ao qual a mesma, dialeticamente, se vincula, incluindo, na etapa de análise, o discurso do SUS e seus princípios concernentes à saúde mental.

**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar a Rede de Atenção Psicossocial de Fortaleza de modo a compreender, com base nas experiências de usuários, trabalhadores e gestores, como e em que medida nas práticas implementadas se revela a qualidade do cuidado, nas dimensões integralidade e humanização, em suas interfaces com a articulação em rede, em uma compreensão ampliada de desinstitucionalização.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Esta pesquisa não trará risco aos sujeitos, pois trata-se de um estudo que fará investigação de fenômenos extraídos dos discursos dos participantes. Essa pesquisa poderá ser útil para melhorar programas, serviços e a assistência e produzir conhecimentos teóricos e práticos na área de Saúde Mental.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de pesquisa que abrange temática relevante e poderá trazer benefícios para a população e cuidadores em saúde mental.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O projeto de pesquisa apresentou todos os termos de apresentação obrigatória.  
O Termo de consentimento livre e esclarecido está adequado, claro e detalha os termos da pesquisa.

**Recomendações:**

Aprovado

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto Aprovado

FORTALEZA, 10 de Agosto de 2012

---

Assinado por:  
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA

Assine  
Edição Digital
[notícias](#) [jogada](#) [entretenimento](#) [blogs](#) [tv dn](#) [serviços](#) [assine](#)


última hora

**28Jul INTERNACIONAL**  
 22h47 **Francisco é o 1º papa a visitar uma Igreja evangélica pentecostal**

SAÚDE MENTAL

## Faltam médico e remédio nos Caps

04.04.2013





Sem terem a quem recorrer, pacientes precisam peregrinar pelas unidades de saúde em busca de uma receita

*No posto do Bom Jardim, uma lista com quase dez remédios está em falta. A SMS garante que fará reestruturação nas 14 unidades FOTO: NATINHO RODRIGUES*

O cenário da saúde mental de Fortaleza é desolador. Com a mudança de gestão municipal, profissionais foram demitidos e grande parte dos que permanecem está com os salários atrasados. Em todos os 14 Centros de Atenção

Psicossocial (Caps), a situação se repete: faltam médicos, psicólogos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e farmacêuticos. Muitos pacientes, mesmo em crise, se arriscam peregrinando pelas unidades em busca de atendimento. Para conseguir uma simples receita médica alguns esperam até um mês.

Para quem precisa de remédio controlado, o descaso com a saúde pública acarreta prejuízos irreparáveis. São noites em claro ou mal dormidas, crises desencadeadas pela falta dos medicamentos e muitos dias de falta no trabalho.

No Caps da Secretaria Executiva Regional (SER) V, no bairro Bom Jardim, uma lista fixada na recepção indica os medicamentos que estão em falta. Haldol (IM), ampicilil 100 mg, clomipramina 25 mg, carbolitium 300 mg, geodon 80 mg, zyprexa 10 mg, fenobarbital 100 mg, biperideno 2 mg, são alguns deles. "Não estamos atendendo, porque não tem médico. Volte no fim de abril", informava, na manhã de ontem, a atendente da unidade para cada novo paciente que chegava.

Uma funcionária que preferiu não se identificar disse que só existe um médico para atender a aproximadamente 5 mil pacientes. Por causa da demanda, ele não atende os seus pacientes e muito menos recebe novos. Todos os seus esforços estão concentrados em renovar receitas e, ainda assim, não está dando conta, por isso o longo tempo de espera. "O boato que se comenta é que se o salário não cair na conta dele, amanhã (hoje) ele não vem trabalhar", comenta o vigilante Eudes Costa, 36 anos.

### Ansiedade

A consultora Antônia Lucivanda dos Santos Silva, 27, do Parque Santa Rosa, precisa de remédio para controlar ansiedade e sono. Ontem, ela estava no Caps do Bom Jardim já encaminhada da Messejana, mas teve de ir embora sem conseguir ser atendida. "A questão é que a saúde não é prioridade para o governo. Estou sem ter como trabalhar, porque não tem um médico para liberar receita. O principal problema é a falta de profissional".

O técnico em eletrônica Francisco Edson Barreto de Oliveira, 50 anos, desde 2006 está afastado

### FACEBOOK

#### ÚLTIMA HORA

28Jul | 22h47

Francisco é o 1º papa a visitar uma igreja evangélica pentecostal

28Jul | 22h21

Hospital diz que Jô deve ter alta nos próximos dias

28Jul | 21h23

Ataque mata oito crianças em Gaza e Israel nega autoria

28Jul | 20h38

TRE-CE indefere 18 pedidos de registro de candidaturas

28Jul | 19h39

Daniel Frota admite falhas e cobra melhorias para Fortaleza assinar contrato com Arena Castelão

### TWITTER

Tweets de @diarioonline

do trabalho por causa de uma síndrome do pânico. Apreensivo porque o medicamento está prestes a acabar, ele conta que já foi em Caps de praticamente todas as regionais. O problema é que em nenhum os médicos está atendendo. "O da Regional IV tem uma médica fictícia, que só atende aos pacientes dela. O outro médico e as psicólogas todos saíram. A gente telefona para os Caps, mas ninguém atende. É um absurdo. A população está totalmente desassistida", diz.

Uma psicóloga que trabalhava na rede municipal de saúde e pediu para não ser identificada conta que saiu justamente por causa da precarização da estrutura de trabalho. Ela conta que o problema começou com a demissão de cerca de 2 mil profissionais da saúde mental.

"Foi feita uma seleção pública na gestão passada para complementação do quadro de funcionários, mas, com a mudança de gestão, todos foram demitidos. Muita gente estava na rede desde 2005. Já havia todo um trabalho com a comunidade e os profissionais criaram um vínculo com os pacientes", salienta. Dos que permanecem, muitos estão sem trabalhar por causa dos salários atrasados. "Isso que está acontecendo é um desmonte. Como os funcionários podem trabalhar sem a mínima estrutura? Onde está a responsabilidade do Município? A impressão que dá é de estão tentando acabar com os Caps", alerta.

### Reestruturação

Apesar do cenário caótico, a coordenadora da Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Natália Rios, declara que a perspectiva da nova gestão em relação à saúde mental é muito boa. Ela diz que o órgão está passando por um processo de reestruturação dos serviços e garante que nenhum profissional foi demitido. Conforme explicou, a gestão anterior firmou contrato com uma empresa, que acabou em fevereiro, por isso, muitas pessoas foram desligadas naturalmente.

"Quando recebemos a rede de saúde mental, quase todos os profissionais eram terceirizados. Não estamos mais terceirizando, optamos por chamar os que passaram na seleção pública. Estamos trabalhando em cima de um processo de reestruturação, mas estamos com pouco dinheiro em caixa". Ainda não há prazo para chamar todos os selecionados, mas a gestora informa que um levantamento está sendo feito para avaliar quantos profissionais terão de ser convocados.

**LUANA LIMA**  
REPÓRTER

Ipiranga Cartão  
Itaucard

[ipiranga.com.br/Ipiranga\\_ItauCard](http://ipiranga.com.br/Ipiranga_ItauCard)

Peça Cartão Ipiranga Internacional e Tenha Benefícios Para seu Carro.



Bolsa de Estudo de  
50%

[educamaibrasil.com.br](http://educamaibrasil.com.br)

Graduação, Pós, Ensino Básico e Cursos Técnicos. Insc. Gratuitas!



### COMENTE ESSA MATÉRIA

Nome

E-mail

Telefone

Cidade/Estado

Comentário



última hora

28Jul ZOEIRA

00h23 "Tenho uma vida inteira de relacionamento com o Ceará", diz Ivete Sangalo

POUCOS LEITOS

# Pacientes chegam a esperar, em média, 31 horas para serem atendidos no Hospital de Saúde Mental

Redação Web | 20h12 | 06.05.2014

Portadores de transtorno mental aguardam no chão da sala de espera da emergência do hospital por um leito psiquiátrico

Recomendar 32 Tweet 17 +1 41



**Portadores de transtorno mental aguardam no pátio por um leito na única unidade psiquiátrica do Ceará**

MARIANE MORALES

A espera para conseguir uma **vaga de internação** em um leito psiquiátrico no **Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM)** pode durar **31 horas**, segundo boletim divulgado mensalmente no site do HSMM. A *Redação Web do Diário do Nordeste* esteve no local nesta terça-feira (6), e constatou que os pacientes **aguardam o atendimento** por muitas horas e até dias, segundo relato de testemunhas, na **sala de espera da emergência** do hospital.

Em alguns casos, os portadores de transtornos mentais e seus acompanhantes dormem no pátio da única unidade psiquiátrica do Ceará. "Tem gente aqui que já está esperando há 7 dias nessa situação desumana. Nós não temos escolha, somos obrigados a dormir no chão e utilizar esses banheiros imundos", disse a cunhada de uma paciente, que não quis se identificar.

Segundo **decisão** proferida pela **6ª Vara da Justiça Federal** em 2011, o tempo médio de espera por um leito no HSMM não pode ultrapassar as seis horas. Desde de julho de 2012, uma média do tempo de espera é divulgada mensalmente no site do hospital, segundo determinação da Justiça.

Desde então, todos os boletins apresentados pelo hospital desrespeitam o tempo máximo estipulado. Somente no mês de abril deste ano, pacientes esperaram mais de 31 horas pelo atendimento. Em janeiro, a média para o atendimento ultrapassou as 33 horas.

O tempo necessário para o tratamento dos pacientes internados, que gira em torno de 30 dias, e o pequeno número de leitos do hospital, apenas 180 para atender a todo o Estado, ocasionam a pouca rotatividade das vagas para internação.

## Lei proíbe ampliação do número de leitos

O diretor do HSMM, Marcelo Teófilo, reconhece o problema, mas diz que os leitos não podem ser ampliados devido à existência de uma **lei estadual**, de nº **12.151**, que **proíbe** "a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, no território do Estado do Ceará", segundo trecho do **artigo 1º** da lei.

Para tentar aumentar a rotatividade de vagas para internação, o hospital está desenvolvendo, desde novembro do ano passado, um programa de atenção domiciliar. "Nós treinamos equipes para que os pacientes liberados da emergência possam ser acompanhados em casa e, dessa forma, os leitos fiquem livres mais rápido", explicou o diretor.

FACEBOOK

**Diário do Nordeste**  
Curtir

369.287 pessoas curtiram Diário do Nordeste.

Plug-in social do Facebook

ÚLTIMAS DA EDITORIA

28Jul | 00h00  
Jangadas colorem os nossos verdes mares

28Jul | 00h00  
Comunicado

28Jul | 00h00  
Mais notícias de cidade:

28Jul | 00h00  
Hoje é o Dia Mundial de Luta Contra as Hepatites

ÚLTIMA HORA

28Jul | 00h23  
"Tenho uma vida inteira de relacionamento com o Ceará", diz Ivete Sangalo

27Jul | 21h52  
Na reestrea de Luxemburgo, Fla vence Botafogo e deixa a lanterna

27Jul | 20h52  
Para Dunga, cena de choro da seleção pega mal no futebol

27Jul | 19h53  
Rodada é favorável, e Fortaleza mantém 4 pontos de vantagem na liderança

27Jul | 19h35  
Com portões fechados, Flu vence na Arena da Baixada

Ainda de acordo com Marcelo Teófilo, até o momento 23 pacientes estão recebendo as visitas da equipe semanalmente ou quinzenalmente, dependendo da necessidade de cada portador de transtorno mental.

### Samu psiquiátrico enfrenta dificuldades

Um socorrista do **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência** (Samu), que preferiu não se identificar, disse à reportagem que além do problema da espera por leitos, o atendimento psiquiátrico no Estado sofre com a falta de ambulâncias e com veículos em situação inadequada.

No momento em que a reportagem esteve no hospital, uma ambulância chegou de Tauá, distante 337 quilômetros de Fortaleza, com um paciente amarrado com cordas. "Imagina a situação do transporte desse paciente, dessa forma, durante todo esse percurso", lamentou o socorrista.

Na Capital cearense, existe apenas uma ambulância para o atendimento das **emergências psiquiátricas da cidade**. "Nós temos que buscar os pacientes em casa, lidar com a resistência deles, e em seguida trazê-los para o hospital. Recebemos inúmeros chamados, mas só conseguimos atender, no máximo, 6 por dia", comentou o socorrista.



### COMENTE ESSA MATÉRIA

Nome

E-mail

Telefone

Cidade/Estado

Comentário

### TWITTER

Tweets

Follow



Diário do Nordeste

@diarioonline

1h

Roberto Carlos fará Show em Las Vegas. Confira na coluna Zunzunzum: [svmar.es/bxf0ep](https://svmar.es/bxf0ep)



Diário do Nordeste

@diarioonline

1h

Novo treinador da Seleção, Dunga afirmou que chorar pega mal no futebol. [svmar.es/NX2pI3](https://svmar.es/NX2pI3)

Expand



Diário do Nordeste

@diarioonline

2h

Na reestrela de Vanderlei Luxemburgo, Flamengo vence Botafogo e deixa a lanterna da Série A. [svmar.es/BvZCFZ](https://svmar.es/BvZCFZ)

Expand

Tweet to @diarioonline

### OUTRA EDITORIAS





Assine  
Edição Digital

notícias jogada entretenimento blogs tv dn serviços assine

Buscar

última hora

28 Jul ZOEIRA

00h23 "Tenho uma vida inteira de relacionamento com o Ceará", diz Ivete Sangalo

EM CINCO ANOS

# Triplicam licenças por uso de drogas

12.02.2014

Recomendar 65 Tweet 4 g+1 0



*A quantidade de benefícios concedidos no Ceará relacionados ao uso de drogas psicoativas saltou de 270 em 2009 para 802 no ano passado, o que representa crescimento de 197%. Índice maior que o nacional, de 50%*

Cresce o número de usuários de drogas beneficiados pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). No Ceará, a quantidade de auxílios-doenças relacionados ao uso de drogas psicoativas no período de 2009 a 2013 triplicou. Foram 270 benefícios em 2009, saltando para 802 em 2013 (197%). Índice superior ao nacional, que passou de 32.824, em 2009, para 49.276, em 2013 (50%). A média é de 160 novos benefícios concedidos, por ano, no Ceará.

Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas corresponderam a

71,4% dos auxílios concedidos pelo INSS no ano passado no Ceará. Em seguida, benefícios decorrentes do uso de álcool (16,8%) e cocaína (10,2%). O restante (1,6%) refere-se ao uso de opiáceos, canabinóides, sedativos e hipnóticos, outros estimulantes (inclusive a cafeína) e alucinógenos.

Foram concedidos, ainda, 807 auxílios por episódios depressivos, 492 por transtorno depressivo recorrente, sete por intoxicação por narcóticos e psicodislépticos, dois por intoxicação por drogas psicotrópicas não classificadas em outra parte, dois por intoxicação por drogas que afetam principalmente o sistema nervoso autônomo e três pelo efeito tóxico do álcool.

Antônio Gonçalo Soares, chefe do Serviço de Saúde do Trabalhador da Gerência Executiva do INSS em Fortaleza, comenta que o aumento é reflexo da dinâmica estressante da vida urbana e do maior uso de drogas lícitas e ilícitas. Trata-se de um benefício recorrente, prova disso é que se tornaram rotina perícias médicas domiciliares, em hospitais ou clínicas de recuperação.

## Perfil

Soares explica que o foco da perícia é determinar se a pessoa tem capacidade de trabalhar. Geralmente, são sujeitos ainda na fase ativa, na faixa etária entre 20 e 40 anos. Dependendo da droga utilizada e do tempo de internamento em clínicas de recuperação, esclarece que o afastamento chega a cinco meses, até que a pessoa possa voltar às atividades laborais. "As que mais incapacitam são as drogas ilícitas. O crack está muito presente, mas geralmente não é a única droga que a pessoa utiliza", ressalta.

As duas doenças que mais geram solicitações de auxílio no INSS são as psiquiátricas de uma forma geral e as geradas por traumas, a exemplo de acidentes de carro e moto. Entretanto, em muitos casos, a classificação fica encoberta por uma doença traumática, apesar de ser ocasionada pelo uso de álcool e drogas.

## FACEBOOK



Diário do Nordeste

Curtir

369.287 pessoas curtiram Diário do Nordeste.



Plug-in social do Facebook

## ÚLTIMAS DA EDITORIA

28 Jul | 00h00

Jangadas cobrem os nossos verdes mares

28 Jul | 00h00

Comunicado

28 Jul | 00h00

Mais notícias de cidade:

28 Jul | 00h00

Imagem de padroeira de Fortaleza será doada para a 10ª Região Militar

28 Jul | 00h00

Hoje é o Dia Mundial de Luta Contra as Hepatites

## ÚLTIMA HORA

28 Jul | 00h23

"Tenho uma vida inteira de relacionamento com o Ceará", diz Ivete Sangalo

27 Jul | 21h52

Na reestrela de Luxemburgo, Fla vence Botafogo e deixa a lanterna

27 Jul | 20h52

Para Dunga, cena de choro da seleção pega mal no futebol

27 Jul | 19h53

Rodada é favorável, e Fortaleza mantém 4 pontos de vantagem na liderança

Na visão de Antônio Mourão Cavalcante, professor titular de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), vários fatores contribuem para esta realidade. Houve um acréscimo no uso de drogas, o fato de haver uma maior aceitação social com o usuário, o que faz com que as pessoas assumam ter problemas dessa natureza, e o uso do crack, que cria uma indisponibilidade social rápida. Situação diferente do álcool, uma vez que o indivíduo bebe e tem condições de trabalhar no dia seguinte.

Apesar dos dados alarmantes, complementa o especialista, praticamente nada vem sendo feito por parte do poder público no combate às drogas, a não ser algumas reações reacionais em resposta às denúncias feitas pela imprensa e pela sociedade.

Cavalcante defende que quatro caminhos têm de ser perseguidos para combater as drogas. O primeiro e mais importante é a prevenção. Evitar que a pessoa se envolva com as drogas. O segundo eixo é o tratamento, que não se resume à internação. "Esse é um equívoco das pessoas. Dependendo do caso é que se vai estabelecer ou não o internamento e, na maioria dos casos, não tem necessidade", salienta.

O terceiro eixo, de responsabilidade dos órgãos da polícia e da Justiça, é não permitir que haja a venda de drogas. Por último a reinserção, voltado para aqueles que já tiveram problemas com drogas e querem sair, mas precisam de ajuda para se reconstituir. Quando não encontram ajuda, muitos deles irão voltar a usar drogas. "É preciso unir esses quatro eixos para ter uma política consistente de combate às drogas, menos que isso é falácia", reforça o especialista.

### Número de vagas vai aumentar de 60 para 200

Em resposta ao cenário, a Secretaria da Saúde do Estado (Sesa) garante que a partir do próximo mês de março irá aumentar de 60 para 200 o número de vagas nas instituições de acolhimento de pessoas dependentes de álcool, crack e outras drogas. São elas: Associação Comunidade Terapêutica Grão de Mostarda, Atos Centro Terapêutico, Centro de Recuperação Leão de Judá, Fazenda da Esperança São Bento, Associação de Assistência Social Catarina de Laboure, Associação Aliança de Misericórdia, Casa de Recuperação Monte Sião, Comunidade Terapêutica Instituto Volta ao Caminho, Associação Shalom de Promoção Humana e Centro de Recuperação Rosas de Sarom.

### Diário

O nome das instituições que concorreram às 200 vagas foi publicado no último dia 31 de janeiro, conforme previa o edital divulgado no Diário Oficial do Estado em novembro de 2012.

Além das 200 vagas, o governo afirma que oferece assistência aos dependentes de drogas no Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto, na Messejana, que dispõe de 20 leitos masculinos. Há ainda o Centro de Convivência Elo de Vida para dependentes químicos, com capacidade para 30 pacientes/dia, que faz acompanhamento psicológico, atividades físicas e cursos.

### Luana Lima

Repórter

### TWITTER

#### Tweets

[Follow](#)


**Diário do Nordeste**

@diarioonline

1h

Roberto Carlos fará Show em Las Vegas. Confira na coluna Zunzunzum: [svmar.es/bxf0ep](http://svmar.es/bxf0ep)



**Diário do Nordeste**

@diarioonline

2h

Novo treinador da Seleção, Dunga afirmou que chorar pega mal no futebol. [svmar.es/NX2pI3](http://svmar.es/NX2pI3)

Expand



**Diário do Nordeste**

@diarioonline

2h

Na reestrea de Vanderlei Luxemburgo, Flamengo vence Botafogo e deixa a lanterna da Série A. [svmar.es/BvZCFZ](http://svmar.es/BvZCFZ)

Expand

Tweet to @diarioonline

## SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

# Auxílios concedidos pelo INSS

### Classificação

Múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas	573
Álcool	135
Cocaína	82
Sedativos e hipnóticos	3
Alucinógenos	3
Canabinoides	3
Opiáceos	2
Outros estimulantes, inclusive a cafeína	1
<b>Total</b>	<b>802</b>

FORTE: INSS/2013

### COMENTE ESSA MATÉRIA

Nome

E-mail

Telefone

Cidade/Estado

Comentário

### OUTRAS EDITORIAS



#### PREGANDO ADESIVOS

Candidatos vão às ruas e promovem "adesivaço" em carros



#### EVANGELIZAÇÃO

Última noite do Halleluya reúne milhares no CEU



#### ZONAS DE CONFLITO

Papa Francisco faz apelo pela paz

#### NOSSA SENHORA DA ASSUNÇÃO

Imagem de padroeira de Fortaleza será doada para a 10ª Região Militar

#### CULTURA JAPONESA

Sana 2014 reúne 65 mil em três dias no Centro de Eventos do Ceará

Confira galeria de fotos de fantasias dos participantes