



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MÁRCIA ROBERTA DE OLIVEIRA RODRIGUES

**COM A VOZ, OS USUÁRIOS: discursos sobre as práticas de cuidado em saúde
mental em um CAPS do Estado do Pará**

Belém, Pará
2013

MÁRCIA ROBERTA DE OLIVEIRA RODRIGUES

**COM A VOZ, OS USUÁRIOS: discursos sobre as práticas de cuidado
em saúde mental em um CAPS do Estado do Pará**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro
de Oliveira

Coorientador: Prof. Dr. Pedro Paulo Freire Piani

Belém, Pará
2013

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFPA

Rodrigues, Márcia Roberta de Oliveira, 1980-
Com a voz, os usuários: discursos sobre as
práticas de cuidado em saúde mental em um CAPS
do Estado do Pará / Márcia Roberta de Oliveira
Rodrigues. - 2013.

Orientador: Paulo de Tarso Ribeiro de
Oliveira;
Coorientador: Pedro Paulo Freire Piani.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal
do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências
Humanas, Programa de Pós-Graduação em
Psicologia, Belém, 2013.

1. Saúde mental Pará. 2. Doentes mentais
Cuidados e tratamento Pará. 3. Política de saúde
mental Pará. 4. Serviços de saúde mental Pará.
I. Título.

CDD 22. ed. 362.2098115

MÁRCIA ROBERTA DE OLIVEIRA RODRIGUES

**COM A VOZ, OS USUÁRIOS: discursos sobre as práticas de cuidado
em saúde mental em um CAPS do Estado do Pará**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Orientador
Universidade Federal do Pará (UFPA)

Prof. Dr. Pedro Paulo Freire Piani (UFPA) – Coorientador
Universidade Federal do Pará (UFPA)

Profa. Dra. Flávia Cristina Silveira Lemos – Membro
Universidade Federal do Pará (UFPA)

Profa. Dra. Maria Auxiliadora Pereira – Membro
Universidade Estadual do Pará (UEPA)

Apresentado em __/__/__ Conceito: _____

Belém, Pará
2013

Dedico este trabalho à minha mãe **Maria Araceli Quental de Oliveira**, mulher guerreira, que sempre lutou para que eu tivesse um futuro brilhante, colocando meus estudos sempre em primeiro lugar, mesmo nos momentos difíceis.

Ao meu grande amor **Reinaldo Junior Lopes Cardoso**, pelo carinho, companheirismo e paciência ao longo desta trajetória acadêmica.

A todos os **usuários** que participaram desta pesquisa, compartilhando suas experiências, seus sofrimentos e suas sabedorias.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, porque sem sua vontade nada se concretizaria.

Ao meu orientador Paulo de Tarso e coorientador Pedro Piani, principalmente pela força, apoio, acolhimento, paciência, confiança e pelas orientações, pois sem elas este trabalho não teria rumo certo.

À minha família, por acreditar no meu potencial e por torcer pelo meu sucesso e crescimento profissional e pessoal.

À querida amiga Ana Vicentina, que me apresentou este Mestrado como uma possibilidade de crescimento, sendo seu apoio essencial em todas as etapas deste trabalho.

À amiga Aderli Tavares, pela atenção e apoio no momento certo.

Às amigas Patrícia, Priscila e Natilan, pela disponibilidade em me ajudar.

Aos colegas do grupo Saúde na Amazônia, em especial Larissa, Inara, Darlen, Eric, Sabrina e Cleyce, por todo carinho, companheirismo e apoio nas horas difíceis e pelo compartilhamento de experiências maravilhosas que nós tivemos em diversos encontros do grupo.

À professora Dra. Flávia Lemos, por todo o carinho, apoio e acolhimento durante essa trajetória acadêmica.

Ao Ney, secretário do PPGP, por toda a sua disponibilidade, acolhimento e prontidão em atender com presteza a todos os alunos do programa.

Aos colegas do grupo Transversalizando, pela oportunidade de aprendizagem, compartilhamento de ideias e experiências.

A todos os usuários, trabalhadores e gestores do CAPS Renascer pela oportunidade a mim concedida em realizar a pesquisa nesse espaço.

À Josie, Rodolfo, Izabela, Andreza e Pedro, ambos militantes da Luta Antimanicomial e trabalhadores do CAPS Renascer, por todo o companheirismo, apoio e acolhimento durante a realização da pesquisa de campo.

À Marilda Couto, colega de mestrado e coordenadora estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da SESPA pela atenção e apoio.

Aos colegas de trabalho e aos gestores da Secretaria de Estado de Assistência Social – SEAS e da Secretaria de Estado de Saúde Pública – SESPA, locais em que pude aprender a ser servidora pública.

CADA VOZ

Ai, ai, ai, ai, ai...
Tire sua fala da garganta
e deixa ela passar por sua goela
E transbordar da boca
Deixa solto no ar
Toda essa voz que tá aí dentro,
deixa ela falar

Você pode dar um berro
Quem sabe não pinta um eco
pra te acompanhar
Cada voz tem um tom
Cada vez tem um som
Ai, ai, ai, ai, ai....

A orquestra já tocou
E o maestro até se despediu
Todos querem ver você cantar

(Tulipa Ruiz)

RESUMO

Nesta dissertação analisei como as práticas de cuidado em saúde mental são percebidas pelos usuários de um CAPS do Estado do Pará, procurando conhecer seus itinerários terapêuticos. Além disso, busquei verificar se o discurso dos usuários é incorporado no processo de organização das práticas no cotidiano dos serviços do CAPS estudado. Nesse sentido, procurei escutar a voz dos usuários, por entender que todo o debate em relação à política e às práticas de cuidado em saúde mental deve levar em consideração o protagonismo do usuário como centro de suas ações, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica. O caminho metodológico escolhido está inserido no campo das abordagens qualitativas, de acordo com as proposições realizadas por Minayo (2007) e Turato (2005) no campo da saúde. A pesquisa de campo foi realizada em um CAPS sob gestão da SESPA. Participaram deste estudo catorze usuários do CAPS, que estavam oficialmente cadastrados no mínimo há mais de três meses e utilizando regularmente os serviços. Na coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: observação participante, pesquisa documental e bibliográfica, além de entrevistas semiestruturadas que foram gravadas e transcritas. As entrevistas foram analisadas de acordo com quatro eixos temáticos estabelecidos, quais sejam: Processo Saúde e Doença, Itinerário Terapêutico, Práticas de Cuidado em Saúde Mental e Usuário e Autonomia. Com base nos repertórios linguísticos dos usuários, é possível afirmar que o sentido dado ao processo saúde e doença foi explicitado por meio dos sintomas orgânicos, dos sintomas psíquicos, e por meio das crises, vivenciados no processo de adoecimento. A forma de sentir e de lidar com esse sofrimento, fez com que cada sujeito procurasse os recursos que estivessem ao seu alcance, para amenizar os efeitos relacionados ao processo de adoecimento, caracterizando o que foi chamado de Itinerário Terapêutico. Quanto às práticas de cuidado produzidas no cotidiano dos serviços, foram avaliados pelos usuários aspectos relacionados ao acolhimento, ao diagnóstico, ao tratamento, ao atendimento dos profissionais de forma geral e em relação às atividades desenvolvidas no cotidiano do CAPS. De fato, ficou claro nos discursos que o CAPS estudado foi o local em que se sentiram mais satisfeitos no que se refere ao cuidado, principalmente quando comparado ao tratamento recebido em outros serviços de saúde da rede pública e privada. Entretanto, ainda é observada no âmbito desses serviços, a coexistência de práticas de cuidado que corroboram para os ideais da Reforma Psiquiátrica e outras que ainda reproduzem a lógica manicomial. Na tentativa de identificar mecanismos e estratégias utilizadas no âmbito do CAPS que desse “voz” aos seus usuários, pude observar que já há um movimento no sentido de dar maior autonomia a esse usuário, principalmente quando o CAPS possibilita a constituição de espaços participativos, fazendo com que o usuário possa cada vez mais, ser o protagonista, capaz de criar caminhos para si e, com isso, alcançar os propósitos da Reforma Psiquiátrica. Entretanto, o conflito de forças presentes no interior dos serviços acabam por restringir a atuação desses espaços no sentido de desenvolver movimentos de resistência e criação.

Palavras-Chave: Saúde mental, práticas de cuidado, usuário, autonomia, itinerário terapêutico.

ABSTRACT

In this dissertation I reviewed some practices in mental health care and how they are perceived by users of a Psychosocial Attention Centre – CAPS of The State of Para, seeking to meet its therapeutic itineraries. In addition, I also checked if the user's comment is embedded in the everyday practices and is incorporated in the process of organization services of the CAPS. In this sense, I tried to give voice to the users, understand that the whole debate about the policy and practice of mental health care should take into consideration the role of the users as the Centre of their actions, in line with the principles of the Psychiatric Reform. The methodological approach chosen is inserted in the field of qualitative approaches, in accordance with the proposals made by Minayo (2007) and Turato (2005), in the health field. The field research was done in the CAPS under the management of SESPA. Fourteen participants were users of CAPS, which were officially registered at least for more than three months and regularly using the services. The Data collection took place using the following instruments: participant observation, documentary research and literature, as well as semi-structured interviews that were recorded and transcribed. The interviews were analyzed in accordance of four main established theme ideas, in which are: the Health and Illness, Itinerary Therapeutic Practices in Mental Health Care and User and Autonomy. Taking on account the patient's linguistics reports, it is reasonable to state that the meaning is applied to the health and disease process that were displayed by means to the organic symptoms, psychiatrics symptoms and through the crises experienced in the convalescent period of the disease process. The way to perceive in order cope with this suffering, it has led every individual to seek aid that was at hand, just to minimize the disease effect process, characterizing what it is called Therapeutic routine. Therefore, the nurse practice due to daily medical work, were evaluated by the patients some aspects as hosting, diagnoses, treatment, crew professional care in general, in relation to activities daily developed at CAPS. In fact, it became clear in speeches that the CAPS studied was the local where patients have felt satisfactory aid, when compared to other treatment and offered by public and paid health care. However, it is still observed under these services, the coexistence of care practices that serve to support the ideals of the Psychiatric Reform and others that still reproduce the mental institutions. In an attempt to identify mechanisms and strategies used in the CAPS to give "voice" to it users, I observed that there is already a move towards giving greater autonomy to that user, especially when the CAPS enables the creation of participatory spaces, making that the user can actually and increasingly, being the protagonist, able to create paths for themselves and therewith achieve the purposes of the Psychiatric Reform. However, the conflict of forces present within departments ultimately restricts the performance of these spaces to develop resistance movements and creation.

Keywords: Mental health, care practices, user autonomy, therapeutic itinerary.

LISTA DE SIGLAS

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

SESPA - Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Morbidade Hospitalar do SUS – Internação – Pará	51
Quadro 2: Rede de Atenção Psicossocial – nº de CAPS no Estado	53
Quadro 3: Parâmetros de Cobertura do indicador CAPS/100.000 habitantes	54
Quadro 4: Leitos Existentes no Estado do Pará/CNES	55
Quadro 5: Comparativo de nº de CAPS existentes e nº de CAPS planejados por Região de Saúde no estado do Pará	56
Quadro 6: Característica dos Entrevistados.....	68
Quadro 7: Composição da Equipe do CAPS Renascer	74
Quadro 8: Unidades de Saúde da Rede Pública frequentados pelos usuários	110
Quadro 9: Modelos de Cuidado em Saúde Mental	158

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Série histórica de expansão de CAPS no Estado do Pará	53
Gráfico 2: Série Histórica de Cobertura Populacional / CAPS	54

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo aproximado de planta baixa referente à estrutura física do CAPS Renascer	75
---	----

4.1- Eixo Temático: Processo Saúde e Doença

Figura 1 - Discursos sobre sintomas orgânicos e psíquicos	85
Figura 2 - Discursos sobre o sofrimento psíquico intenso	86
Figura 3 – Discursos sobre a experiência de crise	89

4.2- Eixo Temático: Itinerário Terapêutico

Figura 1: Trajetória Assistencial – usuários 1 e 2	101
Figura 2: Trajetória Assistencial – usuários 3 e 4	102
Figura 3: Trajetória Assistencial – usuários 5, 6 e 7	103
Figura 4: Trajetória Assistencial – usuários 8 e 9	104
Figura 5: Trajetória Assistencial – usuários 10, 11 e 12	105
Figura 6: Trajetória Assistencial – usuários 13 e 14	106
Figura 7: Religiosidade e Saúde Mental	118
Figura 8: Usuário e a busca por cuidado quando estão em sofrimento	121

4.3- Eixo Temático: Práticas de cuidado em saúde mental

Figura 1: Avaliação positiva do acolhimento e das práticas de cuidado	131
Figura 2: Avaliação negativa do acolhimento e das práticas de cuidado	133
Figura3: Diagnóstico e tratamento recebido no CAPS Renascer	137

Figura 4: O cotidiano no CAPS renascer	141
Figura 5: Sentimento dos usuários em relação ao atendimento no CAPS Renascer.....	147
Figura 6: As práticas de cuidado dos profissionais do CAPS Renascer.	150
Figura 7: O cuidado na prática médica.	154
Figura 8: Práticas de cuidado no modelo asilar.	163

4.4- Eixo Temático: Usuário e Autonomia

Figura 1: Sugestão para melhorar os serviços do CAPS Renascer	171
Figura 2: O que os usuários fazem para ficar bem	176

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
A ESCOLHA DO TEMA DE PESQUISA	15
CAPÍTULO 1	21
A SAÚDE MENTAL NO BRASIL E NO ESTADO DO PARÁ.....	21
1.1- A QUESTÃO DA SAÚDE MENTAL: UM BREVE PANORAMA.....	21
1.2- A SAÚDE MENTAL NO BRASIL: DESAFIOS E PERSPECTIVAS	24
1.3 - A INTEGRALIDADE E A PERSPECTIVA DA SAÚDE MENTAL	33
1.4- A SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO PARÁ: UM BREVE PANORAMA ...	36
1.4.1- CONTEXTO HISTÓRICO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO PARÁ	36
1.4.2- A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO PARÁ NOS DIAS ATUAIS	48
CAPÍTULO 2	58
CAMINHO METODOLÓGICO	58
2.1- FAZENDO PESQUISA EM SAÚDE	58
2.2- PRIMEIROS PASSOS	61
2.3- A APROXIMAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA	63
2.4- A SELEÇÃO DOS USUÁRIOS	65
2.5- OS USUÁRIOS ENTREVISTADOS	66
2.6- AS ENTREVISTAS REALIZADAS	69
2.7- A ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	70
CAPÍTULO 3	71
APRESENTANDO O CAPS RENASCER	71
3.1- ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO CAPS	76
CAPÍTULO 4	79
COM A VOZ, OS USUÁRIOS	79
ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	80
4.1- EIXO TEMÁTICO: PROCESSO SAÚDE E DOENÇA	80
4.2- EIXO TEMÁTICO: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO	97

4.2.1- TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL	107
4.2.2- O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	112
4.2.3- RELIGIOSIDADE E SAÚDE MENTAL	114
4.2.4- USUÁRIO E A BUSCA POR CUIDADO QUANDO ESTÃO EM SOFRIMENTO	120
4.3- EIXO TEMÁTICO: PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	126
4.3.1- CONSIDERAÇÕES SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	127
4.3.2- O ACOLHIMENTO	130
4.3.3- O DIAGNÓSTICO	136
4.3.4- O TRATAMENTO	138
4.3.5- O COTIDIANO NO CAPS RENASCER	140
4.3.6- O ATENDIMENTO NO CAPS RENASCER	145
4.3.7- O CUIDADO NA PRÁTICA MÉDICA NO CONTEXTO DOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS DE SAÚDE MENTAL	153
4.3.8- PRÁTICAS DE CUIDADO: MODELO ASILAR X MODELO PSICOSSOCIAL.....	157
4.4- EIXO TEMÁTICO: USUÁRIO E AUTONOMIA	167
4.4.1- O QUE FAZER PARA MELHORAR OS SERVIÇOS PRESTADOS NO CAPS RENASCER?	170
4.4.2- OUTRAS POSSIBILIDADES PARA ALÉM DO CAPS	174
4.4.3- RESSONÂNCIA DA VOZ DOS USUÁRIOS NO COTIDIANO DO CAPS: UMA POSSIBILIDADE DE MUDANÇA OU UM “EFEITO NO VÁCUO”?	178
CAPÍTULO 5	184
CONSIDERAÇÕES FINAIS	184
REFERÊNCIAS	190
APÊNDICES	208
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	208
ANEXO A – PARECER DO CEP	209
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS	212
APÊNDICE C – QUADROS DE SISTEMATIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS	213

INTRODUÇÃO

A ESCOLHA DO TEMA DE PESQUISA

A escolha do tema deste projeto de pesquisa se deu em função do entrelaçamento de trajetória pessoal e profissional. O trabalho como servidora no campo da saúde pública, mais especificamente no campo do planejamento em saúde, permitiu uma visão estrutural da gestão em saúde no Estado do Pará, considerando a minha atuação na Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará - SESPA. A área de planejamento em saúde é transversal, pois qualquer política, programa ou ação no campo da saúde pública exige planejamento.

O meu ingresso na SESPA e mais precisamente no setor de planejamento me permitiu entrar em contato com as diversas políticas públicas de saúde, o que considero uma oportunidade ímpar, tendo em vista que pude observar o processo de condução de algumas dessas políticas, a partir do prisma da gestão em saúde. Embora tenha aprendido muito, percebia uma lacuna grande entre o que era discutido no âmbito da gestão e o que de fato era colocado em prática na assistência, ou melhor, como nós, da área da saúde, costumamos falar: o que acontecia “na ponta”. Nesse sentido, ficava me perguntando, que impacto a implementação dessas políticas causavam no sentido de contribuir para a melhoria das condições de saúde da população? Para isso, seria necessário compreender como se apresenta a dinâmica de atendimento do usuário do Sistema Único de Saúde – SUS nos serviços ofertados, verificando o acesso, o acolhimento, a demanda e a qualidade desses serviços.

O meu interesse pela Política de Saúde Mental¹ se deu também por perceber a escassez de ações de prevenção e promoção da saúde nesse campo no Estado do Pará. Além disso, a articulação entre as políticas públicas de saúde, como Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Média e Alta Complexidade, Gestão em Saúde, Assistência Farmacêutica e Investimento (que compõem os blocos de financiamento da saúde) ainda é incipiente. Pouco se observa ações intersetoriais, envolvendo os vários órgãos de governo em prol de discussões referentes a políticas públicas sociais, e mais

¹ É importante ressaltar que o tema deste trabalho nos remete a conceitos específicos da área da saúde, que, no entanto, são utilizados em outras áreas do saber. Logo, cabe realizar ao longo deste trabalho a definição de alguns desses conceitos, considerando o contexto apresentado. De início, gostaria de delimitar o conceito de saúde mental, conforme definição de Amarante (2007, p. 15): “saúde mental é um campo (ou uma área) de conhecimento e de atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde”.

especificamente de saúde. No campo profissional ainda se enxerga disputas entre as várias áreas do saber que atuam na saúde pública, dificultando o trabalho interdisciplinar e em equipe. A própria formação acadêmica desses profissionais de saúde fomenta certas práticas que deixam de promover o cuidado integral à saúde da população. Nesse sentido, Ferla (2010) aponta que o campo que abrange o cuidado em saúde mental vem obtendo importantes avanços vinculados ao SUS com estratégias diversas e abordagens multiprofissionais, no entanto ainda está muito fragmentado na atenção em saúde, centrada basicamente na resposta clínica medicalizada e com pouco suporte de rede que de fato dê respostas às necessidades das pessoas de forma mais integral.

Enquanto psicóloga e profissional da saúde pública, busco com esta pesquisa construir reflexões e indicações capazes de orientar a prática, a organização e a avaliação nos serviços de saúde mental, com especial interesse nos aspectos que compõem a relação entre gestores, profissionais e usuários e nas formas de construir, oferecer e analisar propostas e projetos terapêuticos.

Gostaria de relatar, enquanto experiência pessoal, uma situação que fez com que despertassem em mim algumas inquietações. Foi quando saí do papel de servidora da SESPA, ou seja, de trabalhadora do SUS, para exercer meu papel de usuária do sistema.

A descrição da cena a seguir faz parte de uma história real, cujo objetivo pretendido não é generalizar ou teorizar em cima de uma dada situação, muito menos expressar uma verdade absoluta a partir de um prisma pessoal. O que pretendo de fato é tentar responder uma pergunta complexa, porém, passível de ser respondida mesmo que de forma incompleta: o que me motivou a realizar uma pesquisa sobre saúde mental?

Um dos motivos mais significativos que me levaram a refletir sobre o tema, foi quando fui acompanhar um familiar para ser atendido em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Após chegar ao centro, fiquei junto com meu familiar aguardando a vez para sermos atendidos pela equipe de acolhimento.

Vale abrir um parêntese nesse momento: o familiar ao qual estava acompanhando, já vinha recebendo tratamento médico/psiquiátrico e psicológico através de plano de saúde particular. De início, foi dado a ele o diagnóstico de depressão, com suspeita de transtorno bipolar e indícios de comportamentos psicóticos. Tomava vários tipos de medicações diariamente, seja para combater a depressão, a ansiedade e a psicose. Foi inclusive “ventilada” a possibilidade de tratamento através de eletroconvulsoterapia, tendo em vista que as medicações, segundo opinião médica, não

estavam fazendo o efeito desejado. Por várias vezes, a medicação foi trocada, e o paciente – agora mais paciente do que nunca – já permanecia a maior parte do tempo dopado, sem contato efetivo com o meio social, seja com a família e com o trabalho, do qual se encontrava afastado. A depressão, a ansiedade e os comportamentos psicóticos ficavam suspensos e/ou amenizados, porém a maneira de existir ficava cada vez mais limitada, e a autonomia diminuía.

Realizadas as devidas considerações, fecho parêntese e dou prosseguimento ao relato sobre o atendimento do familiar no CAPS. Primeiramente fomos atendidos por um profissional da saúde, em um processo denominado de acolhimento, no qual o usuário e seu familiar fazem um relato acerca do que os motivou a procurar o serviço, seja através de encaminhamento ou por conta própria. O profissional então faz uma avaliação da demanda trazida pelo usuário, identificando se o mesmo possui perfil para ser atendido pelo referido CAPS, que foi o caso do familiar.

Os passos seguintes se deram da seguinte forma: foi agendada uma consulta com psiquiatra para fechar o diagnóstico clínico e indicação da medicação, conforme o caso. Posteriormente, o usuário seria acompanhado por uma equipe interdisciplinar, com a inclusão do mesmo em oficinas terapêuticas, de acordo com a problemática apresentada.

No dia da consulta com a psiquiatra, eu e meu familiar adentramos o consultório e sentamos à frente da médica. Esta não olhou para a gente e já foi fazendo a seguinte pergunta: qual é o problema? O familiar então indagou se a médica gostaria de escutar como começou o processo de sofrimento psíquico que possivelmente o teria levado a desencadear um tipo de transtorno. A médica nem bem deixou o usuário terminar de falar, e disse rispidamente e de forma irônica, que não teria o dia inteiro para escutá-lo e que teria outros pacientes para atender, então solicitou que fosse breve em sua explanação, senão teria que deixá-lo para ser atendido por último.

Depois de lançar palavras nada acolhedoras, a médica deixou de se reportar ao demandante do serviço, para se reportar ao seu acompanhante, no caso, a mim. Esta atitude anulou totalmente a autonomia da única pessoa capaz de trazer informações valiosas a respeito de si própria, direcionando a terapêutica de acordo com suas necessidades. Nesse momento, confesso que fiquei envergonhada pela atitude da profissional, não conseguia acreditar em tal cena, tanto é que cheguei a pensar que fosse uma técnica para verificar o grau de tolerância e agressividade do paciente frente a situações adversas. Mas para minha surpresa não era essa a intenção. Comecei então a “balbuciar” algumas palavras a respeito das condições de saúde de meu familiar,

quando este, para se defender da situação constrangedora a qual se encontrava, indagou à médica por que estava sendo tratado com tamanho desrespeito naquele ambiente, que teoricamente deveria ser acolhedor. A profissional então se retirou da sala, sem dar qualquer satisfação, deixando o paciente, agora impaciente, desencadeando no mesmo um processo de “surto”, de “crise”. Ficamos por alguns minutos sozinhos na sala, até sermos atendidos por um psicólogo que tentou contornar a situação e acalmar o usuário. Posteriormente, foi marcada uma nova consulta médica com outro profissional, que foi realizada na semana seguinte, sem nenhuma ocorrência desagradável, pelo contrário, fomos acolhidos e atendidos com respeito. Entretanto, a experiência com a profissional anterior foi tão traumática e sofrida que frequentar o CAPS se tornou aversivo, agravando o estado do familiar. Optamos então por desistir do atendimento disponibilizado pelo serviço, continuando com o tratamento particular.

O caso foi levado à coordenação do CAPS que orientou que fosse formalizada queixa à Ouvidoria do SUS para que fossem tomadas as providências cabíveis, tendo em vista que a própria coordenação já havia recebido outras queixas de usuários referentes à mesma profissional. Ainda foi revelado pela referida coordenação que esta estava apresentando dificuldades de relacionamento com a equipe interdisciplinar e que já havia sido transferida de posto de trabalho várias vezes.

O episódio relatado faz parte de um triste exemplo de uma prática profissional e institucional que acredito que não seja exceção, porém também não se constitui uma prática generalizada. O objetivo desse depoimento não é formular hipóteses a respeito da organização dos serviços de saúde mental, muito menos estigmatizar as ações desenvolvidas pelos profissionais da área. A ênfase que gostaria de dar é que a partir dessa experiência, algumas inquietações foram despertadas em mim. A seguir apresento algumas dessas inquietações, sendo que algumas delas foram transformadas em questões norteadoras desta pesquisa.

Primeiramente, fiquei me perguntando se os serviços de atenção à saúde mental como os CAPS estão preparados para oferecer os cuidados necessários às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, considerando que o tema saúde mental envolve uma gama de saberes e práticas de cuidado, uma vez que deve levar em conta a subjetividade da pessoa que busca atendimento nessas instituições. Essa questão está diretamente ligada à atuação dos profissionais da área de saúde mental, bem como à condução da Política de Saúde Mental por parte dos gestores e também de todos os atores envolvidos nesse processo, incluindo os próprios usuários e familiares. Os caminhos percorridos

pelos usuários por causa de seus problemas de saúde merecem destaque, haja vista que cada indivíduo procura resolver e buscar cuidados terapêuticos de diferentes maneiras.

Pensando em todas estas questões, busquei nesta dissertação analisar como as práticas de cuidado em saúde mental são percebidas pelos usuários de um CAPS do Estado do Pará. Além disso, procurei conhecer os itinerários terapêuticos dos usuários atendidos no CAPS, bem como verificar se o discurso dos usuários é incorporado no processo de organização das práticas no cotidiano dos serviços do CAPS.

Cabe ressaltar que optei por estudar os discursos dos usuários por entender que estes são a razão de ser da própria Política de Saúde Mental, a qual são direcionadas as práticas de cuidado. Então é somente escutando-os que chegaremos mais próximos de conhecer a realidade do que acontece no cotidiano dos serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Além disso, ao consultar periódicos e artigos científicos relacionados ao tema em questão, por meio de sites de busca e consulta em bases de dados; observei que são poucas as publicações concernentes ao tema em questão, principalmente envolvendo a opinião dos usuários.

Para dialogar com os objetivos deste estudo, trarei de acordo com a revisão da literatura, as reflexões teóricas produzidas por estudiosos que trabalham com o tema proposto (reforma psiquiátrica, práticas de cuidado em saúde mental, itinerário terapêutico, processo saúde e doença, usuário e autonomia), como por exemplo Amarante (1996, 2003, 2007 e 2009), Birman (1994), Basaglia (1981 e 1985), Rotelli (1999), Canguilhem (2006), Sacareno (1999 e 2001), Minayo (2004 e 2007), Turato (2005), Merhy (2003 e 2007), Ferla (2010), Gerhardt (2007 e 2009), Mângia e Muramoto (2006), Onocko-Campos e Furtado (2006), Pedroso (2008), Caponi (2012), Dalmolin (2006), Rabelo et al (1999), Dalgalarondo (2007), Ayres (2004), Ballarin et al (2009), Costa-Rosa (2000), Lima (2011), Luzio (2011), Yasui (2010), dentre tantos outros que escreveram trabalhos acadêmicos em periódicos e artigos científicos relacionados ao tema, através de sites de busca e consulta em bases de dados. Ressalto ainda as pesquisas pertinentes ao tema, realizadas no âmbito do Estado do Pará, como as dissertações produzidas por Lins (2007), Coutinho (2008), Souza (2009), Quebra (2011) e Monteiro (2011).

Cabe ressaltar que os conceitos abordados neste trabalho serão definidos no decorrer desta dissertação, a partir dos capítulos apresentados.

A dissertação foi estruturada em cinco capítulos: no primeiro capítulo abordo o contexto da saúde mental no mundo, no Brasil e no Estado do Pará. No segundo

capítulo, apresento o caminho metodológico percorrido, descrito por meio dos passos realizados para a aproximação do campo de pesquisa, dos critérios de seleção dos usuários, dos passos de realização da pesquisa e das técnicas de análise das entrevistas. No terceiro capítulo apresento a caracterização, estrutura, perfil e funcionamento do CAPS Renascer, instituição em que a pesquisa de campo foi realizada. No quarto capítulo já exponho os resultados da pesquisa de campo mediante análise das entrevistas, organizadas por meio de quatro eixos temáticos. No quinto e último capítulo trago as considerações finais do estudo.

CAPÍTULO 1

A SAÚDE MENTAL NO BRASIL E NO ESTADO DO PARÁ

1.1- A QUESTÃO DA SAÚDE MENTAL: UM BREVE PANORAMA

Segundo relatório elaborado pela Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial de Saúde (2001) são observados transtornos mentais e comportamentais em pessoas de todas as regiões, todos os países e todas as sociedades. Estão presentes em mulheres e homens em todos os estágios da vida, assim como entre ricos e pobres e entre pessoas que vivem em áreas urbanas e rurais. Pesquisas realizadas nos países desenvolvidos ou em desenvolvimento demonstraram que durante a vida inteira mais de 25% das pessoas apresentam um ou mais transtornos mentais ou comportamentais (OPAS/OMS, 2001).

Estima-se que cerca de 3% da população mundial, em todas as faixas etárias, necessite de cuidados contínuos em Saúde Mental em função de transtornos mentais severos e persistentes: psicoses, neuroses graves, transtornos de humor graves ou deficiência mental com grande dificuldade de adaptação (National Institute of Mental Health *apud* BRASIL, 2012b). Acrescenta-se que cerca de 9% da população geral, em todas as faixas etárias, precisa de cuidados em saúde mental na forma de consulta médico-psicológica, aconselhamento, grupos de orientação ou outras formas de abordagem, em função de transtornos mentais considerados leves. Transtornos graves associados ao consumo de álcool e outras drogas – exceto tabaco – atingem por volta de 6% da população mundial, sendo que deste total, pesquisas brasileiras identificam que “aproximadamente 10% da população acima de 12 anos de idade seja dependente de álcool” (UNIFESP/2006-2007 *apud* BRASIL, 2012b).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que cerca de 450 milhões de pessoas ainda estão longe de receber assistência adequada no âmbito da saúde mental, sobretudo nos países em desenvolvimento. Estima-se que os transtornos mentais e de comportamento respondam por 12% da carga mundial de doenças, enquanto as verbas orçamentárias para a saúde mental na maioria dos países representam menos de 1% dos seus gastos totais em saúde; além do que, 40% dos países carecem de políticas de saúde mental e mais de 30% sequer possuem programas nessa área. Ainda, os custos indiretos gerados pela desassistência, provenientes do aumento da

duração dos transtornos e incapacitações, acabam por superar os custos diretos (ONOCKO-CAMPOS e FURTADO, 2006).

Mari (2011) afirma que, segundo a Associação Mundial de Psiquiatria, entre as dez condições de maior expressão na Carga Global de Doença no planeta (estimada mediante anos de vida perdidos por incapacidade), cinco são devidas a transtornos mentais: Depressão, Dependência ao Álcool, Esquizofrenia, Transtorno Afetivo Bipolar e Transtorno Obsessivo Compulsivo.

Ribeiro e Inglez-Dias (2011) ratificam que os transtornos mentais representam um problema de saúde global. No entanto, quanto à demanda por serviços, os autores constataram que há uma elevada heterogeneidade de informações sobre a epidemiologia dos transtornos mentais, que variam desde os comuns – transtornos depressivos, de ansiedade e somatoformes – aos mais graves e incapacitantes – esquizofrenia e psicoses não afetivas, transtorno bipolar, depressão maior e transtorno do pânico. Afirmam ainda que um número menor de estudos incluem transtornos relacionados à dependência de substâncias psicoativas. Apontam que um cuidado a ser tomado, especialmente quando se trata de inquéritos populacionais, diz respeito ao estigma. Transtornos mentais são estigmatizados em muitas culturas, apesar das inúmeras iniciativas e esforços de instituições internacionais e governamentais para mudar tal cenário. Assim, é possível que sejam sub-reportados por participantes desses inquéritos.

Quanto aos estudos realizados em serviços específicos de saúde mental, Ribeiro e Inglez-Dias (2011) demonstram que a demanda calculada não traduz, necessariamente a demanda que acessou estas unidades, pelo fato de muitos profissionais não estarem aptos a reconhecer sintomas específicos e efetuarem o encaminhamento adequado. Estima-se que apenas um caso de transtorno mental em vinte observados na clínica geral seja encaminhado para médico ou serviços especializados. Isto pode ser corroborado pelo elevado consumo de psicotrópicos prescritos para a população em geral. Transtornos como a depressão, em que, com frequência o paciente procura o serviço de saúde reportando sintomas físicos inespecíficos, acabam subdiagnosticados e, conseqüentemente, subtratados. Ficou ainda evidenciado que menos de um quarto desses casos sejam diagnosticados e tratados corretamente, comprometendo uma noção mais acurada sobre as reais necessidades desta clientela. Isso reforça a ideia de que profissionais especializados devem estar mais presentes nos serviços gerais de atenção em saúde.

No tocante à assistência à saúde mental, Ribeiro (2003) afirma que até bem pouco tempo se organizava exclusivamente em torno das internações psiquiátricas, muitas vezes por longos períodos de tempo, não raramente por toda a vida, acarretando importantes efeitos secundários no nível da deterioração pessoal.

Ao longo das últimas décadas, entretanto, diversos países têm implementado políticas de atenção em saúde mental baseadas no elemento central comum de alteração do eixo da atenção do hospital para a comunidade, objetivando a continuidade do cuidado e a atenção integral (RIBEIRO, 2003). A clientela em foco tem um conjunto de necessidades muito complexas que não se resumem ao controle da sintomatologia psiquiátrica ativa. Estas necessidades envolvem a sua integração na sociedade e o desempenho de papéis sociais de forma adequada. Necessitam de suporte para enfrentar as exigências da vida cotidiana e melhorar sua qualidade de vida. Neste sentido, a reabilitação psicossocial associada às terapias farmacológicas e psicoterápicas têm se constituído como estratégia fundamental no sentido de garantir qualidade de vida aos portadores de sofrimento mental.

Para Wetzel (2005), vários estudos comprovam que o hospital psiquiátrico e o tratamento asilar não oferecem condições adequadas de assistência, além de representarem espaços de exclusão e aniquilamento de subjetividades. Entretanto, apesar das críticas a esta forma de assistência, no mundo inteiro ela permanece hegemônica e sua lógica entranhada nas práticas, mesmo em instituições “abertas”, como os serviços substitutivos.

Ao revisitar os paradigmas do saber psiquiátrico, Amarante (2009) afirma que o exercício da reconstituição do percurso da reforma psiquiátrica apresenta-se conectado tanto à possibilidade de revisão dos principais referenciais teóricos que influenciam e/ou possibilitam a emergência deste movimento, quanto à atualização de um olhar histórico-crítico sobre os paradigmas fundamentais do saber/prática psiquiátricos.

Os autores Birman e Costa (1994) formulam a hipótese de que a psiquiatria clássica vem desenvolvendo uma crise teórica e prática, advinda especialmente do fato de ter ocorrido uma mudança radical em seu objeto, que deixa de ser o tratamento da doença mental para ser a promoção da saúde mental. Desta crise, nascem, portanto, novas experiências, outras possibilidades em saúde mental.

A hipótese dos autores é a de que a importância dada pela psiquiatria tradicional ao tratamento das doenças dá lugar a um projeto muito mais amplo e ambicioso, que é o de promover saúde mental na comunidade em geral. Ou seja, a terapêutica deixa de ser

apenas individual para ser fundamentalmente coletiva, deixa de ser assistencial para ser preventiva. Assim, a psiquiatria passa a construir um novo projeto, eminentemente social e que tem consequências políticas e ideológicas muito importantes.

Um modelo de organização de serviços desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, como afirma Cavalcanti (2011), identifica os componentes essenciais que devem compor os sistemas de saúde mental. Deve-se construir uma rede integrada de cuidados, baseada na atenção primária com o suporte de serviços comunitários de saúde mental e hospitais gerais, parcerias com serviços e setores relacionados ao cuidado informal, além da participação ativa do usuário na condução de sua saúde.

1.2- A SAÚDE MENTAL NO BRASIL: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Mari (2011) afirma que no Brasil o aumento da longevidade e a melhora dos indicadores de saúde das últimas décadas posicionaram os transtornos mentais entre os problemas mais importantes de saúde pública, aproximando-os do câncer, das doenças cardiovasculares e das doenças infectocontagiosas. O impacto estimado dos transtornos mentais na carga de doenças é de 18%, podendo se acrescentar mais 10% devido a causas externas, principalmente homicídios e acidentes de trânsito. A elevada prevalência de transtornos mentais, combinada com uma carência de recursos humanos, implica na exclusão de tratamento de várias pessoas com transtornos mentais graves e incapacitantes.

De acordo com Onocko-Campos e Furtado (2006), o Brasil é um país que tem a prevalência de 3% de transtornos mentais severos e persistentes e 6% de dependentes químicos e investe cerca de 2,4% do orçamento do SUS na área de saúde mental.

Segundo Almeida (2002) o chamado campo da atenção psicossocial no Brasil vem, desde a década de 90, delineando-se como um espaço cuja marca principal é a diversidade de linhas teóricas, propostas terapêuticas e objetivos, com mudanças significativas que a colocam no campo do que se denomina Reforma da Assistência Psiquiátrica e, com a disputa para transformar o paradigma asilar/hospitalocêntrico do tratamento.

Para compreender essa mudança de paradigma no Brasil é importante situar o momento social e histórico no qual emerge. Segundo Machado (2006), o Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil surgiu no final dos anos 70, no contexto da luta pela abertura política do Brasil após a ditadura militar de 1964. Houve, então, uma grande

mobilização social, constituída por intelectuais, trabalhadores, sindicalistas e outras instâncias da sociedade civil organizada que deu origem a um movimento denominado Movimento Sanitário. Este movimento surgiu com o objetivo de questionar e propor mudanças nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil.

Para a autora citada acima, o Movimento Sanitário questionava o modelo hegemônico de saúde, de foco curativo e reivindicava uma política pública em saúde que se sustentasse nos pilares de integralidade, equidade na atenção e universalização do acesso, bem como descentralização e participação popular na gestão. Deste movimento nasceu o SUS e é possível acrescentar que influenciou, inclusive, a própria Constituição de 1988.

Segundo Amarante (2003), a Reforma Psiquiátrica configura-se como um processo social complexo que engloba mudanças significativas nas formas de cuidado em saúde mental e no tecido sociocultural, bem como transformações jurídicas no que tange a conquista de direitos de pessoas portadoras de transtornos mentais.

Em outra produção textual, Amarante (2007) aponta que tal processo social complexo inclui quatro dimensões: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural. Segundo o autor, a partir da primeira dimensão, deve-se operar um rompimento conceitual com a construção tradicional da Psiquiatria, ancorada no positivismo, acerca da ideia de doença mental que acaba produzindo um afastamento do sujeito que por ela é acometido, encobrendo o sujeito, sua existência e suas múltiplas dimensões da vida; deste modo, na dimensão técnico-assistencial, deve-se articular a integralidade do sujeito, levando-se em consideração sua singularidade, seus contatos afetivos e redes de solidariedade, seus problemas cotidianos, seus referentes socioculturais, sua ligação com o seu território de inserção, seus desejos e projetos de vida. Nessa direção, a Reforma acaba se estabelecendo como um movimento político que visa transformações importantes em nossa sociedade, posicionando-se para além de mudanças técnicas, enfrentando a cultura manicomial e a intolerância ao diferente.

Como consequência dessa política, Ribeiro (2003) demonstra que a assistência psiquiátrica tem sido marcada por uma política de redução dos leitos hospitalares localizados nos hospitais psiquiátricos tradicionais e pela implantação concomitante de recursos terapêuticos substitutivos do aparelho manicomial. Como resultado, os leitos psiquiátricos cadastrados no SUS foram reduzidos de 51.393 em 2002 para 32.284 em 2011 concomitantes com a expansão de CAPS, onde em 2002 havia 242 CAPS e em 2011 houve a expansão para 1.742. Este processo decorre da reversão planejada e

articulada do modelo de atenção em consonância com a expansão de uma rede de ações e serviços territoriais. Destaca-se a continuidade da redução dos leitos em Hospital Psiquiátrico de forma longitudinal com a migração de macro para micro-hospitais e processos de fechamento em transição. (BRASIL, 2012a).

Para estes autores, tem ocorrido no Brasil uma sensível inversão do financiamento nos últimos anos, privilegiando-se os equipamentos substitutivos em detrimento dos hospitais psiquiátricos. Este fato é ilustrado com o dado de que em 1997 a rede composta por 176 CAPS recebia 6% dos recursos destinados pelo SUS à saúde mental, enquanto a rede hospitalar, com 71 mil leitos, recebia os outros 94%. Em 2004, os 516 CAPS existentes receberam 20% dos recursos citados contra 80% destinados aos 55 mil leitos psiquiátricos no Brasil.

Deste modo, o novo modelo assistencial que tem sido implementado no país, segundo Onocko-Campos e Furtado (2006) foi construído a partir de importantes referenciais, como a aprovação da *Lei nº 10.216 da Reforma Psiquiátrica*, a publicação da *Portaria nº 336/02* e da *Portaria nº 189/02* que atualizam a *Portaria nº 224/92* e incorporam os avanços ocorridos na condução dos equipamentos substitutivos. A realização da *III Conferência Nacional de Saúde Mental* também foi muito importante, pois consolidou a assistência baseada nos CAPS.

Em 2002, a metodologia de funcionamento destas unidades foi aprimorada e ampliada, através da *Portaria/GM nº 336* apontando como principais características dos CAPS:

1) A ênfase no atendimento multiprofissional, referindo-se a assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, pedagogos e outros profissionais de nível superior, bem como artesãos, auxiliares e técnicos de enfermagem e técnicos educacionais;

2) O estabelecimento da necessidade de projetos terapêuticos individualizados, levando em consideração que cada caso apresenta suas peculiaridades;

3) A introdução de gradientes de intensidade da intervenção, face às necessidades da clientela, podendo referir-se tanto a presença dos usuários no serviço, se necessário em regime de atenção diária, quanto a cuidados efetivados nos próprios domicílios;

4) A determinação de que os CAPS sejam dispositivos marcadamente diferenciados dos hospitais psiquiátricos, inclusive do ponto de vista das estruturas físicas.

De acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial 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, os Centros de Atenção Psicossocial realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado.

Ainda, segundo a referida portaria, os CAPS estão organizados nas seguintes modalidades:

a) CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes;

b) CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes.

c) CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.

d) CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes.

e) CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.

f) CAPS i: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de

caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes.

Para Barros (2003) em artigo no livro *Loucura, Ética e Política: escritos militantes*, de organização do Conselho Federal de Psicologia (2003) a efetivação da reforma psiquiátrica requer não apenas o estabelecimento de princípios, diretrizes e ações, mas deve também se articular com a dimensão micropolítica de produção de subjetividade. A autora levanta várias questões importantes, dentre as quais, para esta pesquisa, uma se destaca: “Quais os desafios colocados para a clínica que pretende se instituir como campo de pensamento e intervenção que potencialize a diferença?”

Ainda segundo Barros (2003) a construção das políticas se efetiva pela ação, na ação, e entre as ações dos sujeitos e está a todo o momento se bifurcando em novos sentidos. Dessa forma, a macro e a micropolítica são indissociáveis. É preciso sempre questionar qual política tal clínica implementa e qual clínica tal política produz. Assim, a clínica no CAPS não pode ser pensada inseparavelmente da gestão dos processos de trabalho. A assistência que se pretende com os usuários não se pode realizar se os próprios profissionais não experimentarem, eles também, mais autonomia.

A mesma autora acrescenta que a construção de tal projeto clínico-político não se faz sem o enfrentamento de desafios e, conseqüentemente de embates. E se por um lado há avanços indiscutíveis na atenção à saúde mental no Brasil, ainda há desafios imensos a serem superados. Em outras palavras, mais do que quantidade de serviços implantados, é fundamental pensar na qualidade da assistência prestada.

É nesta perspectiva que surgem as primeiras iniciativas de avaliar os programas públicos de saúde. Segundo Figueiredo e Tanaka (1996) a avaliação é um processo dinâmico, com um enfoque definido previamente, que permite medir e comparar fatos, situações serviços, etc., de forma a tornar possível emissão de juízos de valor, capazes de subsidiar o processo decisório. Em saúde, a avaliação deve estar articulada à gestão e à necessidade de reordenação do modelo assistencial. Os autores também enfatizam que é na perspectiva de tornar mais eficiente a distribuição de recursos pelo Estado que surge a avaliação de programas públicos de saúde.

Almeida (2002) afirma ainda que a avaliação de programas desenvolveu-se principalmente nos EUA, sobretudo a partir da década de 60, como exigência e concomitante ao surgimento dos grandes programas de intervenção social do período, buscando aferir a garantia de bem-estar social, eficiência e impacto das ações sobre os grupos vulneráveis. No mesmo país, a hegemonia do seguro saúde impulsionou o

desenvolvimento de enfoques que priorizaram a avaliação de eficiência. A história da avaliação de programas é marcada pela tentativa de articular produção de conhecimento e sua utilização.

De acordo com Stenzel (1996) e Micheloni (1999) nos países da América Latina existe pouca produção no campo da avaliação de serviços e no Brasil há uma relativa pobreza na literatura referente à análise de programas e políticas sociais, quando comparada com a literatura anglo-saxônica. Além disso, não se acumulou experiência com a avaliação qualitativa e a pequena experiência remete-se, em sua quase totalidade à avaliação quantitativa.

No âmbito da avaliação de serviços em saúde mental, o relatório divulgado pela OPAS/OMS (2001), após análise da provisão e planejamento dos serviços em saúde mental aponta um conjunto de ações a serem desenvolvidas pelos países em função de suas demandas e recursos. Entre elas é encontrada a necessidade de monitoramento das ações de saúde mental com a inclusão do número de indivíduos com transtornos psíquicos, indicadores de qualidade da atenção e medidas mais gerais de saúde mental nas populações nos sistemas de informação e notificação de saúde. O objetivo seria acompanhar as tendências e mudanças nas condições de saúde mental, considerando inclusive a influência de eventos externos, e avaliar a efetividade dos programas de prevenção e tratamento, fortalecendo os argumentos em prol de maiores investimentos nesta área.

Segundo Amarante e Carvalho (1996) o aparecimento de novos serviços como consequência da Reforma Psiquiátrica, com princípios e tecnologias distintos das práticas psiquiátricas anteriores, trouxe ao debate da saúde mental a questão da necessidade de novos instrumentos de avaliação de qualidade, que não apenas os indicadores clássicos que têm se mostrado insuficientes.

Os autores citados afirmam que as avaliações tradicionais em saúde mental estão relacionadas aos parâmetros epidemiológicos clássicos e às auditorias externas. Nas avaliações do Ministério da Saúde baseado no modelo de desospitalização, os indicadores para monitorar a assistência hospitalar e ambulatorial eram exclusivamente quantitativos, por exemplo: número de admissões e saídas hospitalares, número de leitos, índice de rotatividade, intervalo de substituição, taxa de reinternação e tempo médio de permanência.

Para Pitta *et al* (1995) a avaliação no campo da atenção psicossocial introduz algumas especificidades ao campo da avaliação de serviços de saúde em geral na

medida em que, indicadores tradicionais como extensão de cobertura, número de consultas ou procedimentos laboratoriais isoladamente não informam a boa ou má qualidade dos serviços.

Todos os aspectos objetivos e materiais, mais que em outras áreas, estão atravessados pela intersubjetividade das relações entre usuários, trabalhadores e instituições de saúde, aumentando as dificuldades já presumíveis nos processos de avaliar qualidade em serviços de saúde (PITTA, 1995: 448).

Deste modo, para Almeida (2002) a necessidade de desenvolver processos avaliativos tornou-se um imperativo tanto para a superação de modelos tradicionais, incapazes de estabelecer fluxos entre a implementação de determinadas políticas ou programas e seus resultados, quanto para o controle e participação da sociedade civil organizada.

A literatura vem reforçando o fato de que a reforma psiquiátrica brasileira encontra-se atualmente em um impasse: se de um lado é claro que houve avanços significativos na construção teórico-clínica da assistência, especialmente no tocante ao modelo de gestão dos CAPS e no fortalecimento dos laços entre a equipe de saúde, no outro lado, é possível perceber também que na dinâmica dos serviços de saúde mental alguns pontos parecem levar à repetição de antigas práticas que não são mais desejadas. Por exemplo, a cada dia, cresce o número de usuários que frequentam os serviços substitutivos e também práticas ligadas a uma ampla gama de instituições religiosas e/ou nosocomiais clássicas. Como questão fundamental emerge a seguinte: como criar e ajudar a construir outros projetos de vida? Outras possibilidades que não dependam dos serviços? Como evitar a prática de tutela, sem, no entanto, desassistir o cidadão?

Nos meses de dezembro de 2011 e janeiro de 2012, o Ministério da Saúde publicou uma série de Portarias que instituem a Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental, propondo a criação, ampliação e articulação de diversos pontos de atenção à Saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso/abuso/dependência de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, faz-se necessário realizar o destaque de algumas dessas portarias:

- a) PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011 - Institui a Rede de Atenção Psicossocial 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.

- b) PORTARIA Nº 3.089, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011- Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

- c) PORTARIA Nº 3.090, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011 - Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências.

- d) PORTARIA Nº 121, DE 25 DE JANEIRO DE 2012 - Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.

- e) PORTARIA Nº 122, DE 25 DE JANEIRO DE 2012 - Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.

- f) PORTARIA Nº 123, DE 25 DE JANEIRO DE 2012 - Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município.

- g) PORTARIA Nº 130, DE 26 DE JANEIRO DE 2012 - Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.

- h) PORTARIA Nº 131, DE 26 DE JANEIRO DE 2012 - Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

- i) PORTARIA Nº 132, DE 26 DE JANEIRO DE 2012 - Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).
- j) PORTARIA Nº 148, DE 31 DE JANEIRO DE 2012 - Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

Essas novas portarias do Ministério da Saúde foram publicadas no sentido de consolidar uma política de saúde mental que, de fato, promova mudanças no uso e na gestão dos recursos e potencialidades dos territórios, afirmando coletivamente que a responsabilidade pelo cuidado é uma prática de vários agentes, instituições, sistema de saúde e sociedade.

Para se avançar no novo modelo, o Relatório da IV Conferência Estadual de Saúde Mental (PARÁ, 2010) aponta que é preciso reconhecer que alguns CAPS estão com pouca efetividade, e que mesmo com um bom indicador de cobertura, alguns municípios e regiões podem estar com baixo acesso à atenção em saúde mental. Aponta ainda que há desafios importantes: a articulação da rede com a rede de urgência e emergência, a ampliação das ações na atenção básica, a qualificação dos serviços, a expansão de CAPS III, CAPSi, CAPSad, e a intersetorialidade nas ações de saúde mental.

Os serviços de saúde mental, em especial os CAPS, precisam promover mais e melhor a participação de todos os atores no cuidado cotidiano, na gestão e avaliação das práticas dos serviços. Muitos gestores ainda não compreendem e não promovem a participação dos usuários na construção, implantação e avaliação das políticas, principalmente dos usuários e familiares do campo da saúde mental. Os conselhos de saúde locais, municipais e estadual, ainda não estão sendo suficientemente potencializados como lugares de exercício da participação política e do controle social (PARÁ, 2010).

Novos processos psicossociais estão em curso na sociedade e se apresentam hoje de uma forma mais aguda, com elevado nível de urgência social e política, requerendo novas respostas, abordagens clínico-sociais e serviços ainda mais inovadores, que busquem ativamente grupos sociais que têm dificuldades em se aproximar de nossos serviços. Estes desafios concretos da rede de atenção psicossocial – que têm servido àqueles que criticam os avanços da reforma psiquiátrica no país – devem ser enfrentados.

Além disso, nos últimos anos, verificou-se que este avanço depende fundamentalmente da capacidade de articulação intersetorial entre várias linhas de atuação governamental, em todos os níveis de poder, para assegurar o devido apoio político, o financiamento e o trabalho integrado das várias linhas de política social que incidem no campo da saúde mental. Este é um componente nitidamente diferenciado entre esta conferência nacional e as prévias, e que requer de todos os atores interessados no avanço da reforma psiquiátrica um esforço de mudança em nas formas de pensar e de agir em política pública e de construir uma atenção psicossocial capaz de garantir a integralidade do cuidado em saúde mental (PARÁ, 2010).

1.3 - A INTEGRALIDADE E A PERSPECTIVA DA SAÚDE MENTAL

Para Mângia e Muramoto (2006) a noção de atenção integral à saúde, proposta na própria definição do Sistema Único de Saúde e inserida na Constituição brasileira, é um projeto político e ético ainda em construção. Concretizar um modelo assistencial ancorado em uma visão ampliada do processo saúde-doença e que toma como objeto a pessoa ou os grupos sociais, em seu contexto de vida e de acordo com as suas necessidades, depende de mudanças profundas em todos os aspectos implicados no trabalho de cuidado e promoção da saúde. Para realização desse projeto, a perspectiva da integralidade deve estar presente em cada ação desencadeada pelo sistema, quer seja ela, local ou global, quer seja individual ou coletiva, e isso requer a transformação das tecnologias empregadas, da organização dos serviços, dos processos de trabalho em saúde e especialmente da formação dos profissionais e conseqüentemente, dos currículos universitários. Requer também mudanças nas relações estabelecidas entre profissionais de saúde e usuários.

As dimensões que caracterizam a atenção integral em saúde mental só podem ser construídas e realizadas quando todos os componentes das ações terapêuticas estejam

orientados de acordo com uma lógica comum, que busca evitar a fragmentação dos sujeitos, das necessidades e das ações, ou seja, que visa evitar a lógica da institucionalização e do abandono. Assim, a construção da integralidade configura não só um campo prático diferenciado, mas também uma nova ética do cuidado.

A integralidade do cuidado poderá ser obtida em rede, podendo haver algum grau de integralidade focalizada quando uma equipe, em um serviço de saúde, mediante uma boa articulação de suas práticas, consegue escutar e atender, da melhor forma possível, as necessidades de saúde trazidas por cada um, porém, numa linha de cuidado pensada de forma plena atravessando inúmeros serviços de saúde.

Para Mângia e Muramoto (2006) as novas estratégias de cuidado em saúde mental, no contexto da Política Pública de Saúde Mental, adotam uma nova forma de compreender e tratar os transtornos mentais que depende da estruturação de modelos assistenciais orientados pela perspectiva da integralidade, entendida aqui não apenas em referência à apreensão integral dos sujeitos, mas também aos novos valores e dispositivos técnicos.

Segundo Souza (2009) a integralidade em saúde é definida na atual Constituição Federal como uma das diretrizes do SUS, configurando o atendimento integral com atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. De acordo com Mattos (2006) a integralidade pode, ainda, ser compreendida como acesso, cuidado, acolhimento, participação, política, terapêutica não convencional, gestão de sistemas e ensino, sempre na perspectiva de buscar compreender e praticar de forma eficaz as ações de saúde de modo integral e humanizado.

Para Ferla (2010) a prática de saúde mental ao longo da história traz consigo inúmeras ponderações e questionamentos acerca da integralidade. A partir da introdução da reflexão sobre integralidade, tem-se intensificado as discussões quanto à pertinência das práticas tradicionalmente abordadas em Saúde Mental. A reforma psiquiátrica foi um avanço no sentido de ampliar o cuidado aos portadores de sofrimento psíquico, buscando conceitos como atenção multiprofissional, projetos terapêuticos singulares, trabalho em equipe, entre outros. Nesse sentido, o autor afirma que o conceito de integralidade nos serviços de Saúde Mental é inovador. As práticas não giram mais em torno da patologia, mas sim em torno da necessidade do sujeito.

Neste contexto, segundo Merhy (2003) o tema da integralidade da atenção à saúde ganha relevância e vem se produzindo em torno de uma imagem de construção de “linhas do cuidado”, que significam a constituição de fluxos seguros a todos os serviços

de saúde que venham atender às necessidades dos usuários. Surge como um tema que é transversal ao conjunto de necessidades de saúde. Assim, a integralidade aparece em todo núcleo de competências que se estruturam em unidades produtivas que ofertam cuidados à saúde. A “linha do cuidado” disponibilizada aos usuários se movimenta acionada por certos projetos terapêuticos que requisitam recursos para a assistência aos usuários, e aí forma-se o encontro entre o mundo das necessidades com o das intencionalidades dos trabalhadores protagonistas de certas cartografias que vão se desenhando e dando forma à integralidade na saúde.

Desta forma, Merhy e Feuerwerker (2009) afirmam que os serviços de saúde, então, são palcos da ação de um time de atores, que têm intencionalidade em suas ações e que disputam o sentido geral do trabalho. Atuam fazendo uma mistura, nem sempre evidente, entre seus territórios privados de ação e o processo público de trabalho. O cotidiano, portanto, tem duas faces: a das normas e papéis institucionais e a das práticas privadas de cada trabalhador.

Ao buscar a interlocução entre a Política de Saúde Mental no Estado do Pará e a integralidade no SUS, algumas questões merecem ser destacadas, levando-se em consideração a diversidades de sujeitos envolvidos no processo e práticas do cuidado em saúde mental: Como está configurado o atual modelo assistencial em saúde mental no Estado do Pará? Qual avaliação os atores envolvidos (usuários, trabalhadores e gestores) fazem a respeito da qualidade dos serviços prestados? Como estão se dando os processos e as práticas do cuidado no interior dos serviços? Estas práticas estão sendo desenvolvidas sob o ponto de vista da atenção integral? Quais tecnologias e terapêuticas estão sendo empregadas nas práticas do cuidado? A formação dos profissionais de saúde, mais especificamente dos profissionais que atuam na saúde mental, está em consonância com as diretrizes do SUS?

Por todos estes motivos, torna-se fundamental analisar as práticas de cuidado em saúde mental na perspectiva dos usuários, pois os resultados desta pesquisa poderão contribuir tanto em nível teórico quanto em relação à prática da gestão e da assistência, bem como contribuir com reflexões acerca da formação dos profissionais de saúde, colaborando para que o serviço e os gestores públicos deem continuidade ao processo de melhoria contínua na qualidade do atendimento prestado à população.

Vale destacar que, além da carência de pesquisas avaliativas na área, os dados que vêm subsidiando a gestão pública no Pará são eminentemente quantitativos. Esta pesquisa propõe avançar e, de modo singular, apresentar qualitativamente os pontos de

vistas de um dos sujeitos envolvidos. Propõe escutar àqueles que poucas vezes são ouvidos no cotidiano da gestão em saúde pública: os usuários.

Do ponto de vista da contribuição para o campo teórico da saúde coletiva enquanto política pública e para a linha de pesquisa subjetividade e cultura, esta pesquisa vem aprofundar o conhecimento da realidade vivenciada na área da saúde mental no Estado do Pará, sendo que a produção de subjetividade é foco da Reforma Psiquiátrica e isto nos conduz a uma consolidação dos processos de avaliação que sejam sensíveis à captação dos movimentos de produção de subjetividades marcadas pelas singularidades, pela inovação, pelo escape ao modelo, pela superação de padrões de normalidade, e que sejam criativas e potencializadoras de novos modelos de existência, sejam elas advindas de movimentos de usuários, profissionais de saúde ou comunidades.

Entretanto, os resultados da pesquisa proposta poderão fomentar reflexões pertinentes acerca da política e práticas do cuidado em saúde mental no Estado do Pará no contexto da integralidade em saúde, tendo em vista que a mudança deste estado de coisas não é espontânea. As práticas precisam ser questionadas constantemente em sua intencionalidade clínica e política para que possam caminhar na direção da emancipação e não da manutenção de um “paciente”, “doente mental”, incapaz ou crônico, sob a tutela seja dos familiares, seja dos profissionais nos serviços de saúde mental.

1.4- A SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO PARÁ: UM BREVE PANORAMA

1.4.1- CONTEXTO HISTÓRICO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO PARÁ

Na Amazônia é somente no final do século XIX que a loucura vai se tornar um tópico importante para médicos e para governantes, segundo os historiadores Figueiredo e Rodrigues (2009). Afirmam que os próprios documentos oficiais mais antigos silenciam sobre a presença dos loucos no espaço público. Os registros esparsos da documentação hospitalar, assim como os registros policiais, começam a revelar os “vadios, mentecaptos, ciganos e toda a sorte de gente que circulava pela cidade de Belém”. A presença desses sujeitos destoava com o discurso de “limpeza urbana” que tomou conta da agenda municipal no final do século XIX, início do século XX.

Fuckner (2008) se refere ao registro de Arthur Vianna, de 1992, como sendo a primeira menção sobre doentes mentais no Pará, que reporta a prisão de José Raimundo,

encaminhado ao “hospital de caridade” – tal como era nomeado pela população o Hospital do Senhor Jesus dos Pobres Enfermos, inaugurado em 1787 –, “em consequência de graves desordens” (VIANNA, 1992, p. 129, apud FUCKNER, 2008). Nesse espaço, sem um lugar exclusivo para os seres acometidos de tais desordens, José Raimundo foi alojado em uma botica da qual “quebrou vidraças e móveis, forçou as portas e fugiu para a cozinha, fazendo aí grandes desatinos” (Idem, p. 1).

Memorialistas da medicina, como Clóvis Meira, defenderam que foi exatamente nesta época que se intensificou a busca de uma solução para o problema dos loucos na cidade, com a criação de uma instituição que pudesse recolher a “desumana presença” do doente mental (MEIRA, 1989, p. 137 apud FIGUEIREDO; RODRIGUES, 2009).

Braga (2009), afirma que as primeiras tentativas em prestar alguma assistência aos doentes mentais no Pará datam de 1787 e coube à Santa Casa de Misericórdia, que mandou construir um pequeno hospital denominado “Senhor Jesus dos Pobres Enfermos” para recolher os loucos por determinação de uma Lei Municipal. “O comportamento incontrolável de alguns deles provocou a sua transferência para um pavilhão do leprosário de Tucunduba”. O clamor provocado por essa medida, aliado aos ímpetus reformistas dos republicanos pressionou o governo estadual a promulgar a Lei 1314, de 1º de dezembro de 1887, autorizando a construção de um edifício destinado ao Hospício de Alienados, localizado no Marco da Léguas, ao lado do Bosque Municipal. Em 27 de agosto de 1892, o Hospício de Alienados recebia os doentes mentais transferidos do Tucunduba. O funcionamento do primeiro hospital psiquiátrico da Amazônia coincidiu com a reformulação da assistência aos alienados no Brasil procedida no governo Rodrigues Alves, impulsionada por Juliano Moreira e Afrânio Peixoto. Os reflexos positivos dessa reforma foram as medidas tomadas, entre elas, o então governador do Pará, Augusto Montenegro, que assumiu a gerência do Hospício dos Alienados, até então sob a responsabilidade da Santa Casa de Misericórdia do Pará, nomeando o médico sanitarista Dr. Isidoro Azevedo Ribeiro. O recém-empossado diretor foi enviado à Europa, onde realizou cursos e estágios nos mais famosos hospícios de Paris. Ele foi o primeiro psiquiatra com formação especializada no Pará e na sua gestão foram abolidos os “troncos”, as “camisas de força” e outros maus-tratos, na tentativa de humanizar o tratamento aos enfermos, instalando salas de balneoterapia (banhos de imersão) e de eletroterapia (eletrochoques com objetivo de provocar convulsões e assim “acalmar” os pacientes agressivos ou agitados), com maquinaria

vinda da Europa. O Pará inicia a sua história na psiquiatria, sob forte influência europeia.

Pedroso (2008) fez um estudo sobre a assistência psiquiátrica no Pará no período de 1833 a 1984, descrevendo os principais fatos históricos que permearam a assistência psiquiátrica prestada na Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia, até a destruição do Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira.

Nesse sentido, constatou que a loucura era vista como uma ameaça à sociedade paraense, sendo tratada como um caso de segurança pública. Portanto, ficava clara a ideia de exclusão dos ditos loucos e alienados, sendo criadas instituições de internação, acarretando o aumento dos doentes crônicos. Estes, por sua vez, eram totalmente esconjurados, pois acreditava-se que eles não eram passíveis de socialização. Prevalencia nesse pensamento a ideia de que a prevenção contra os loucos implicava a proteção da sociedade contra o perigo da loucura.

No Pará, durante, aproximadamente, 150 anos (1833 a 1984), essas instituições psiquiátricas abrangeram várias fases que tiveram seu início na concepção médica de assistência na Santa Casa de Misericórdia. No século XIX passaram para o Hospício dos Alienados e chegaram até o Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira.

Pedroso (2008) afirma que as primeiras instituições hospitalares psiquiátricas, no Brasil e no Pará, surgiram em meados do século XIX, no período colonial. No Pará, em 1833, a Santa Casa de Misericórdia, administrada por cônegos, padres e freiras católicas, responsabilizou-se pela assistência pública dos enfermos mentais, na capital. Nesse espaço, os doentes eram tratados pela equipe de voluntários (todos religiosos) de forma desumana e humilhante, tendo como consequência o aumento da cronificação da situação dos pacientes. Nessa época, inexistiam profissionais capacitados para o atendimento adequado dos pacientes, e estes, em geral, ficavam anos e anos internados à espera da morte ou de alguma avaliação (esporádica) por parte das autoridades religiosas dirigentes desse hospital.

Ainda segundo o autor, em 1870, por falta de uma estrutura hospitalar adequada, os internos foram encaminhados para o Asilo do Tucunduba, que se tornou um depósito de enfermos – um ambiente em péssimas condições. Porém, o objetivo do governo não era fazer uma mudança para melhorar os procedimentos ligados à hospitalização, mas regulamentar os serviços asilares e diminuir a saturação populacional na Santa Casa. Nessa época não existiam modalidades assistenciais extra-hospitalares, e o Asilo do Tucunduba, depois de um tempo, já não correspondia ao clamor da sociedade quando a

exclusão dos alienados, tendo em vista que as inúmeras fugas que ocorriam, começaram a ameaçar a “ordem” da sociedade paraense. Então surgiu a demanda de se criar um hospital de alienados, cujo objetivo foi ratificar a opção de se isolar os “loucos” do convívio da sociedade. Nesse sentido, o governo estadual do Pará inaugurou, no ano de 1892, o Hospital dos Alienados em Belém, sob a parcial tutela da Santa Casa. Eram então reproduzidas as práticas tradicionais padronizadas e importadas da Santa Casa de Misericórdia e do Asilo do Tucunduba, predominando a abordagem da exclusão, com o aditivo da medicalização da psiquiatria – o que ainda não havia nas outras instituições.

Figueiredo e Rodrigues (2009) afirmam que além da assistência prestada por essas instituições, o próprio tratamento das psicopatologias encontrou em outras formas de medicina um alento muitas vezes maior. A pajelança foi largamente utilizada pela população paraense para o tratamento dos “distúrbios mentais”. Desde o século XIX, pelo menos, existem vários registros de pajés tratando de doentes mentais e pessoas “fora de juízo”, tomadas como loucas. Loucos, leprosos e pajés partilharam a experiência do confinamento, da prisão e da exclusão como forma de aniquilamento. Assim como no contexto imperial esteve em jogo a ideologia de limitar o espaço do “doente”, circunscrevendo o limite geográfico de sua presença, demarcando seu espaço de convívio, durante a República, as mudanças tornaram a questão muito mais complexa: além de encerrar e de enclausurar os alienados em um asilo, se produziu um.

De acordo com Pedroso (2008), o Hospital dos Alienados representou apenas a remoção dos doentes do Asilo do Tucunduba para uma localidade onde se concentrava um amontoado de loucos, vigiados por uma equipe de médicos e enfermeiros e controlados por funcionários. Logo, o espaço hospitalar não reabilitava os pacientes e persistia ostensivamente desrespeitoso para com eles. O saber médico no Hospital dos Alienados pode ser caracterizado pela forte incapacidade de lidar com os aspectos psicológicos, sociais e culturais dos problemas mentais dos doentes. Consequentemente, há um ambiente inadequado para uma abordagem mais abrangente da reintegração e da ressocialização dos pacientes e da atenção contínua da psiquiatria. Mesmo com essas deficiências cruciais, o plano inicial do Hospital dos Alienados propunha a reestruturação dos serviços hospitalares.

Fuckner (2008) destaca que a construção do Hospital dos Alienados representou um marco político e científico, pois pontuava o início da República. Diante disso, os loucos apareciam como um excesso à paisagem urbana que se edificava, porém não mais solitariamente o louco era visto, mas sim em um conjunto de loucos que

circulavam pela cidade no que se chamava “Bonde dos Doidos”, que costumava atravessar em alta velocidade, completamente fechado com grades e tela fina, o que impossibilitava identificar quem ia dentro. Ainda que “dos doidos”, o bonde transportava não simplesmente doentes mentais, mas especialmente aqueles entendidos como violentos, que demandassem contenção, bem como presos perigosos e enfermos acometidos por doenças infectocontagiosas, tais como a varíola.

A partir de 1930, segundo Braga (2009), o interventor do Pará, tenente Joaquim Cardoso de Magalhães Barata nomeia o Dr. Antônio Porto de Oliveira, que administrou a instituição por quarenta anos. Sua gestão deu início às práticas terapêuticas biológicas, como a utilização de medicações como o Cardiazol, choques que poderiam ser provocados por eletricidade (eletroconvulsoterapia), aplicação de insulina (insulinoterapia) e até mesmo exposição à malária (malarioterapia). Essas práticas terapêuticas modificaram o curso das psicoses endógenas, até então intratáveis.

Nessa mesma década, a assistência psiquiátrica paraense aumenta seu contingente profissional. Em 1937, acontece a troca de nome do Hospital dos Alienados, que passa a ser identificado como Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, em homenagem ao psiquiatra Juliano Moreira, falecido no mesmo ano. Braga (2009) afirma que a partir dessa época, o Hospital Juliano Moreira passou a desempenhar um papel importante na assistência aos doentes mentais na Amazônia, pois para ele eram encaminhados pacientes provenientes do Acre, Amazonas, Amapá e Maranhão. A importância do hospital não se restringiu ao campo assistencial, mas também ao de ensino. As aulas teóricas e práticas de psiquiatria foram, durante longo tempo, ministradas em suas dependências. Em pouco tempo, o Hospital dos Alienados cresceu fisicamente e tanto quanto no número de pacientes, porém a assistência aos internos se deteriorava.

Em fins da década de 1930, de acordo com Pedroso (2008), tornava-se visível a situação de crise do Hospital Juliano Moreira. O índice de suicídios e de mortes, pelo efeito da cronificação, entre outras razões, era grande. O hospital, no início dos anos de 1940, não conseguia sequer ter recursos para alimentação. As práticas terapêuticas introduzidas nessa época valorizavam a implementação de medidas de caráter curativo. Em 1945, agravava-se a rigidez desse modelo ideológico, quando o tratamento pelo método da eletroconvulsoterapia é intensificado, passando a ser utilizado diariamente na maioria dos pacientes com transtornos mentais. No Hospital Juliano Moreira, como justificativa para acalmar os doentes, tal terapia era indiscriminadamente utilizada sem

critérios precisos. Considerava-se esse método brutal, uma espécie de tortura elétrica sobre os pacientes. Mesmo assim, seu uso cresceu de tal modo que, nos anos 60, um movimento político, como o da reforma da saúde mental, levou a população a se manifestar contra a prática da eletroconvulsoterapia.

Ainda de acordo com Pedroso (2008), no Pará, em 1947, a população de pacientes era duas vezes superior ao número de leitos existentes, sendo criados leitos-chão. Outro agravante foi o aumento do número de pacientes no Pós-Guerra entre 1945 e 1946, quando deram entrada nesse hospital soldados pracinhas com problemas psiquiátricos. As famílias dos militares fizeram inúmeras denúncias, nos jornais e nos órgãos públicos, das péssimas condições físicas e sanitárias e da existência de apenas três psiquiatras para atender mais de quatrocentos pacientes.

Outro fato significativo para a área da saúde no estado do Pará e também para a saúde mental foi a criação da Secretaria de Saúde Pública do Pará – SESPA, por meio da Lei Estadual nº 400, de 30 de agosto de 1951. Segundo Pedroso (2008) a verba destinada a essa secretaria alcança 9,8% do orçamento estadual; até então nunca tinha passado de 6%, além da urbanização parcial das cidades de Belém, Bragança e Cametá, em especial quanto a saneamento. Essas ações aconteceram na gestão de Zacarias de Assunção.

Nos relatórios do governo do Pará, entre 1950 e 1959, sobre o Hospital Juliano Moreira, percebe-se que a característica do grande manicômio era fortalecida. Com tal fortalecimento, prolongavam-se as internações, o que não ajudava a evitar novas internações, na maioria das vezes indevidas, prolongadas e custosas. Essa tensão acarretava outras, como a elevação dos custos diretos e indiretos, a redução do número de assistidos e a ineficácia dos resultados, o que provocava um baixo índice de rendimento técnico. Ademais, aconteceram, nesse período, mortes no Hospital Juliano Moreira, por muitos fatores que estão associados à falta de cuidados hospitalares primários, principalmente, à falta de higiene hospitalar. Além disso, dados demonstravam que aumentava, ainda mais, a cronificação dos enfermos (PEDROSO, 2008).

A falta de planejamento, na área de saúde mental no Pará nessa época era frequente, sendo as medidas implementadas apenas uma resposta imediata às concepções vigentes de saúde mental. Neste ponto, ressalta-se que os programas de saúde mental, que eram coordenados pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), não fixavam todas as condições e todos os procedimentos a serem seguidos

pelo poder local. De fato, na elaboração dos convênios e programas entre o SNDM e o governo do Pará, poucos ajustes e acordos de flexibilização existiam, o mesmo ocorrendo com os convênios e programas solicitados para os grandes hospitais. Os padrões operacionais compatíveis com as diretrizes da política de saúde mental do governo só faziam aumentar a força da instituição hospitalar. No planejamento, sequer se pensava em envolver profissionais locais na execução das ações do setor da saúde mental (PEDROSO, 2008).

É somente no regime político de arbítrio que começou em 1964, que a área de saúde mental passa a ser planejada como ação governamental impreterível, assumida pelo governo estadual e pela direção do Hospital Juliano Moreira.

Em outubro de 1964, relataram Cutrim (1967) e Loureiro (1995), o Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira recebeu a visita do tenente-coronel Jarbas Passarinho, governador do Estado do Pará. Após percorrer todas as dependências do hospital, assim se expressou pelo que viu: “Jamais penso ter assistido quadro tão chocante. Com toda a minha rígida formação militar, contive-me para não vomitar.”. Diante dessa situação o governador planejou um programa que pretendia ser eficiente: a restauração do antigo casarão substituindo toda a rede de canalização do abastecimento de água, substituindo as antigas grades de ferro por combogós, trocou a pintura do prédio da cor amarela para verde claro, como também procurou a melhoria do equipamento médico, pessoal técnico mais capacitado, admitindo três enfermeiras, auxiliares de enfermagem, com curso de 18 meses da Escola de Enfermagem Magalhães Barata. Ativou o serviço de Praxiterapia, organizando em moldes técnicos.

Braga (2009) enfatiza que as reformulações operadas no Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, na década de 1960, permitiram o amadurecimento profissional de suas equipes, a adoção de técnicas dinâmicas de atendimento, a criação de uma atmosfera estimulante e democrática de trabalho, com reuniões sistemáticas, realizações de cursos, publicações de trabalhos no Boletim do Centro de Estudos, procedimentos de interação do hospital com as comunidades, por meio de passeios dos pacientes em logradouros públicos, festas, torneios esportivos com a participação de profissionais, familiares, convidados, jornalistas, TV.

De acordo com Pedroso (2008), no ano de 1965, a SESPA recebe um documento da OMS, seção-Brasil, sugerindo que o isolamento psíquico por motivos baseados na personalidade, nos interesses diferentes, no temperamento, em pontos de vista, atitudes e sentimentos de indivíduos não podia ser considerado fora dos padrões da sociedade

democrática. Essa advertência da OMS é uma demonstração de que existem pessoas diferentes, de que o processo de socialização tinha que ser realizado de maneira diferente.

O documento da OMS leva ao estabelecimento de uma unidade de demonstração ambulatorial, com 10 a 20 leitos para o tratamento de novos doentes, a fim de facilitar a aceitação do isolamento psíquico e diminuir o controle social dos hospitais de saúde mental. Porém, segundo dados da SESPA, essa ideia não vingou, pois em 1970, o remanejamento do orçamento elevou o percentual destinado ao atendimento ambulatorial em relação às décadas iniciadas em 1950 e em 1960, entretanto, tal percentual foi menor que o patamar de 9% do orçamento destinado à assistência psiquiátrica. Embora no resto do mundo a tendência fosse de redução do volume de internações, no Pará, o número de internações continuava a crescer. Além disso, deu-se ênfase à institucionalização do doente. Por isso entre 1950 e 1969, 97% dos recursos financeiros eram destinados à hospitalização, contra apenas 3% para atividades ambulatoriais (PEDROSO, 2008).

Os serviços hospitalares tinham dificuldades para recuperar e reintegrar os portadores de transtornos mentais, o que implicava o crescimento do número de internados, bem como do tempo de permanência hospitalar. A prática da cobertura ambulatorial iniciou-se com a descoberta da importância da ligação com a comunidade. Disso resultou uma aproximação da psiquiatria à medicina geral. No relatório da SESPA (PARÁ, 1972 apud PEDROSO, 2008), informa-se que, no ano de 1971, essa aproximação fez com que os psiquiatras repensassem suas abordagens em face de uma demanda manifestada pelos pacientes clinicamente agudos. A abordagem tinha como paradigma básico uma relação interativa solidária.

De acordo com Braga (2009), em 1973 foi criada a Coordenadoria de Saúde Mental no Estado, no âmbito da SESPA destinada a coordenar os Serviços de Saúde Mental no Estado e com a recomendação de implantar a rede de ambulatórios nos Centros de Saúde. O primeiro foi instalado no Centro de Saúde nº 4, no bairro da Marambaia, em Belém, no ano de 1974. Uma equipe interdisciplinar deu início a um programa de prevenção secundária e de prevenção primária junto ao Serviço Materno-Infantil. Foi realizada ainda uma tentativa de implantar uma experiência-piloto de Psiquiatria Comunitária da Marambaia, porém Braga (2009) afirma que a equipe de saúde mental confrontou-se com o desinteresse e desestímulo dos demais profissionais do Centro de Saúde.

No Pará, após 1974, desenvolve-se uma tendência à descentralização, à regionalização das ações de saúde, com a participação de setores representativos da sociedade na formulação e gestão do sistema de tratamento e na avaliação do papel da saúde mental. Entre as consequências mais destacadas dessa descentralização está o surgimento de novas gerações de técnicos e usuários que tiveram espaços acadêmicos, possibilidades e condições de criação, e a introdução da assistência no serviço público (PEDROSO, 2008).

Em 1975, ainda na avaliação da SESPA, as atividades relacionadas à proteção da saúde mental apresentaram resultados qualitativa e quantitativamente insatisfatórios. Nesse sentido, a SESPA, por intermédio da coordenação de saúde mental, assume as reivindicações referentes às condições de vida, o que amplia sua participação nos conflitos provocados pelo social (ligação com as famílias dos internados em hospitais e ambulatorios), pelo político (planejamento de longo alcance), e pelo cultural (rediscutir com a sociedade a redução do número dos leitos hospitalares). Aparecem, assim, planos setoriais ou específicos e se estabelecem relações com toda a administração da SESPA e do governo estadual, por intermédio de comissões mistas ou de controle. Ademais, acreditava-se no período que a questão da saúde mental só poderia ser resolvida se integrada a políticas e ações de saúde mais amplas (PEDROSO, 2008).

No Pará, medidas ambulatoriais complementares foram desenvolvidas com maior intensidade a partir de 1976. Estimulava-se a constituição de organizações comunitárias de cunho voluntário, no interior do Estado, que enfatizassem modos de manifestações coletivas, as quais, aparentemente, se tornavam mais sólidas e duradouras. Observa-se, portanto, o deslocamento dos serviços de assistência, de natureza ambulatorial, para dentro da comunidade. Segundo Pedroso (2008), a partir daí uma série de fatos que desempenharam papel relevante, tanto no surgimento dos novos avanços, quanto no estabelecimento da dúvida sobre a existência (e permanência) dos hospitais. Nesse sentido, sugeria-se a descentralização dos serviços, a modificação das modalidades de assistência, a intervenção preventiva nos cuidados de higiene. Logo, o atendimento centrado nos hospitais deveria ser mudado por não se adaptar às necessidades existentes.

Em 1982, com a inauguração do Centro Integrado de Assistência Social do Pará - CIASPA recrudescer esse movimento de abertura a uma práxis ambulatorial. No final de 1983, o Hospital Juliano Moreira sofreu um incêndio. De acordo com Pedroso (2008), esse incidente impediu a internação de pacientes psiquiátricos em virtude das

condições extremamente precárias e desfavoráveis. As alterações intervencionistas surgiram, no caso do Estado do Pará, em situação de crise, provocando o redimensionamento dos espaços ambulatoriais.

Segundo Najjar (1993) para não colocar em risco os pacientes, estes foram remanejados. Uns para a Casa de Saúde Transitória, outros receberam alta e alguns crônicos que não reagudizavam passaram a ser atendidos pelo Centro Integrado de Assistência Social – CIASPA. Os demais, em número compatível com as novas instalações, foram transferidos para o anexo Hospital Aluizio da Fonseca.

Para Braga (2009), o fechamento do hospital causou um impacto muito grande na população, mesmo porque, a medida foi tomada sem o respaldo ambulatorial para atender o aumento da demanda, resultante da redução drástica de leitos que, entre outras consequências, levou numerosos pacientes a “perambularem” pelas ruas.

As pressões da comunidade, exacerbada pela mídia, concorreu para o governo procurar soluções. O Hospital Aluizio da Fonseca, anexo ao ex-Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, transformou-se em Unidade de Referência Psiquiátrica, dotada de ambulatorios de atendimento de urgência e emergência e de trinta leitos para internações breves.

Posteriormente, segundo Najjar (1993), na primeira metade da década de 1980 o prédio do Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira foi demolido sob protesto de profissionais da área da saúde, da imprensa e de outros membros da comunidade.

Para Feitosa (1990), apesar de ter sido esse período preocupante para a história da psiquiatria no Pará, pela pouca importância dada pelas autoridades ao patrimônio histórico, tendo prevalecido acima deste os interesses políticos e econômicos, o sacrifício da instituição não foi de todo em vão, mas também não foi suficiente para fazer desaparecer o Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira enquanto entidade Institucional de Referência Psiquiátrica. Ao fundir-se ao anexo Aluizio da Fonseca, mudou o seu nome, mas não sua personalidade institucional.

Entretanto, o processo de extinção do prédio do Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira deu lugar ao que Feitosa (1990) chamou de “depuração institucional”, no que diz respeito tanto à estrutura física como à estrutura funcional. Vê-se como se deu esse processo: enquanto o Hospital Aluizio da Fonseca possuía uma estrutura física moderna (muro baixo, enfermarias abertas, pacientes e técnicos mais próximos, atividades técnicas e terapêuticas mais dinâmicas) o Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, ao

contrário, possuía Centro de Estudos e Pesquisas, iniciado no referido hospital, no final da década de 70, que continuava atuante.

São indicativos, segundo a autora, de que houve uma depuração cuja consequência foi o antigo Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira “transvertido” de Hospital Aluízio da Fonseca continuando sua trajetória rumo às novas perspectivas, para fazer frente à crise que vinha crescendo no sistema de saúde e particularmente na assistência psiquiátrica.

Como afirma Feitosa (1990), o anexo Aluízio da Fonseca foi então transformado em hospital e teve suas dependências modificadas para acomodar toda estrutura administrativa, técnica e assistencial do Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, sendo forçado ao aumento de sua capacidade de leitos, inclusive, indicada para 80 e acrescida posteriormente para 160 leitos, mesmo não havendo alteração em sua legislação. Na realidade o que nele funcionava era a estrutura legal do Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira e passou a ser reconhecido como Hospital de Referência Psiquiátrica para todo o Estado.

Segundo Feitosa (1990), o anexo Aluízio da Fonseca, passou por um período de transição nos anos de 1987, 1988 e 1989 quando o governo do Estado assumiu o compromisso de construir um hospital com uma estrutura de atendimento psiquiátrico moderno para a época. Conforme Braga (2009), em 1989, inaugurou-se a Unidade Psiquiátrica do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna – HCGV, quando foi selecionada e formada a “nova” equipe que atuaria no “novo” setor de Atendimento Psiquiátrico do Hospital recém-inaugurado.

Em julho de 1989, segundo Najjar (1993), os pacientes e parte da equipe foram transferidos do Hospital Aluízio da Fonseca para o Hospital de Clínicas Gaspar Vianna. De acordo com Lins (2007) O Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em 1989, sob a forma de Hospital Geral, inserindo a Clínica Psiquiátrica em seus grupos de especialidade, passou a fazer parte do Sistema de Saúde Pública Estadual e referência psiquiátrica para todo o Estado do Pará, encerrando o ciclo dos asilos, como o Hospital Juliano Moreira, que funcionou por 97 anos.

O Hospital de Clínicas, segundo Lins (2007), passou a oferecer um Serviço de Internação Psiquiátrica Breve (SIB). Respeitando as especificidades das normas do Ministério da Saúde, instituiu-se o Serviço de Emergência Psiquiátrica e o Ambulatório de Psiquiatria. O Serviço de Hospital-Dia veio se constituir após uma demanda do SIB que, na busca por reduzir o tempo de hospitalização de seus pacientes, implantou uma

abordagem terapêutica denominada de permissão, quando após avaliação da equipe multiprofissional de assistência, o doente era considerado apto a passar o fim de semana ou feriados em sua casa, junto com seus familiares. Ao seu retorno, considerando sua capacidade de convivência fora dos cuidados intensivos do hospital, a equipe decidia pela sua alta.

Aos poucos, esta prática foi se intensificando e se aprimorando, até chegar à proposta de criação de um Programa de Tempo Parcial, quando, levando em conta as possibilidades e necessidades dos pacientes e de seus familiares, os doentes internados no SIB, poderiam receber alta e ficariam frequentando o hospital apenas pelo período diurno, retornando para suas residências para passar a noite. Da experiência deste programa, evoluiu-se para a criação e implementação do Hospital-Dia, nos moldes em que hoje funciona (LINS, 2007).

Assim, segundo Lins (2007), estabelecia-se a rede de Serviços de Saúde Mental do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, que já contava com a Emergência, a Internação, o Ambulatório e, a partir de 1996, com o Hospital-Dia. Vale ressaltar que, nessa época, não existia em Belém ou no Estado do Pará nenhum outro dispositivo de assistência ao doente mental que não fossem estes do Hospital de Clínicas, os Ambulatórios de referência psiquiátrica, chamados de Polos Psiquiátricos e as Unidades Básicas de Saúde, que atendiam com equipe de profissionais generalistas treinados em saúde mental. Só muitos anos depois é que se implantou os primeiros CAPS e estes se espelharam no HD da FHCGV para sua estruturação e funcionamento.

Monteiro (2011) ressalta que o Hospício dos Alienados, em seguida Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, foi um marco importante na história da Psiquiatria no Estado do Pará, considerando que este foi um processo de assistência com foco na Medicina Psiquiátrica que vinha se desenvolvendo desde o século XVIII, consolidando-se nos séculos XIX e XX nos quais os profissionais, em especial os médicos paraenses, deslocavam-se para estudar em outros estados e Europa a fim de obterem orientação em relação às técnicas no tratamento ao doente mental. A consolidação da Reforma Psiquiátrica no Estado do Pará até hoje está em processo, pois com a desativação total do Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, em 29 de julho de 1992, inaugurou-se um novo tempo para os tratamentos da doença mental no estado com a instalação do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna no mesmo ano, o segundo do Brasil com clínica psiquiátrica.

A partir daí, de acordo com Monteiro (2011), o antigo hospital foi sendo extinto gradativamente, deixando para trás, o rastro de uma identidade que se modificou ao longo da segunda fase, na qual foi conquistando seu espaço, aspecto que será detalhado na seção de análise das entrevistas e discussão.

Nesse sentido, observamos que atualmente a assistência em saúde mental no Estado do Pará vem passando por mudanças importantes quanto às práticas de cuidado, a partir da implementação de serviços substitutivos como os CAPS, questão esta que discutirei ao longo deste estudo. Além disso, cabe ressaltar também que esse quadro de mudanças alcançadas no processo da Reforma Psiquiátrica estendeu-se à assistência prestada pelo Hospital de Clínicas, entretanto, ainda observa-se no cotidiano dos serviços hospitalares, como no caso do referido hospital, tipos de tratamento que induzem ao internamento, medicalização e psiquiatrização da loucura, através do diagnóstico que aprisiona o indivíduo, onde prevalece a lógica médico-centrada e que tem na intervenção medicamentosa o principal recurso terapêutico. Essas e outras reflexões serão melhor discutidas posteriormente.

1.4.2- A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO PARÁ NOS DIAS ATUAIS

Nesta seção pretendo apresentar, de forma geral, um panorama atual a respeito de como se encontra a Política de Saúde Mental no Estado do Pará. Para isso realizei levantamento de informações pertinentes à rede de atenção psicossocial e dados epidemiológicos, coletados através de documentos oficiais (planos, relatórios, portarias e resoluções) e pesquisas realizadas no Estado, bem como utilização de sistemas de informação (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES), além de acessar sites oficiais do Ministério da Saúde (Sala de Apoio à Gestão Estratégica - SAGE).

Antes de apresentar o panorama atual da Política de Saúde Mental no Estado do Pará, é necessário realizar algumas considerações acerca da estrutura administrativa no âmbito do Estado no que se refere à gestão da saúde pública. Cabe à Secretaria de Estado de Saúde Pública – SESPA, a gestão da Política de Saúde Pública no âmbito do Estado, segundo os princípios e diretrizes do SUS. Possui em sua estrutura administrativa os Centros Regionais de Saúde, que são unidades administrativas da SESPA que estão localizadas, principalmente, nos municípios polos do Estado. Foram

instituídos para propiciar à população orientação/acesso mais rápido à rede estadual de saúde. Atualmente são 13 (treze) Centros Regionais de Saúde.

Além disso, possui 12 regiões de saúde, conforme o Plano Diretor de Regionalização e Investimento (PDRI) do Estado, a saber: Metropolitana I, Metropolitana II, Metropolitana III, Baixo Amazonas, Araguaia, Xingu, Carajás, Tapajós, Lago de Tucuruí, Rio Caetés, Marajó e Tocantins. De acordo com o Decreto nº 7.508 de 28/06/2011, considera-se Região de Saúde,

o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

No âmbito da SESPA, a gestão da Política de Saúde Mental do Estado é da Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, subordinada a uma diretoria técnica. Para efeitos desse estudo, cabe ressaltar que o CAPS Renascer onde foi realizada a pesquisa, está vinculado ao 1º Centro Regional de Saúde e pertence à Região Metropolitana I.

Realizadas as devidas considerações, passo agora a apresentar a configuração da Rede de Atenção Psicossocial do Estado, a partir de informações coletadas principalmente do Plano Estadual da Rede de Atenção Psicossocial 2013-2016 e do site da Sala de Apoio à Gestão Estratégica – SAGE/MS.

Atualmente o Estado do Pará tem, dentre os serviços de saúde mental ofertados, 6 serviços sob a gestão estadual, sendo cinco deles situados no município de Belém e 1 no município de Santarém. O Plano Estadual da Rede de Atenção Psicossocial 2013-2016 propõe a municipalização destes serviços de forma gradativa, a partir de um plano de municipalização a ser construído em parceria com os municípios de Belém e Santarém, no prazo máximo de 4 anos.

Assim como os demais estados que compõem a Região Norte, o Pará apresenta diversas situações desfavoráveis que o colocam em desvantagem, em relação ao restante dos estados brasileiros. Tal afirmação se observa em alguns dados do Censo Demográfico 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cerca de 10% do total de nossa população ainda é analfabeta e a cobertura de abastecimento de água regular está ausente em mais de 500.000 domicílios. O Índice de Desenvolvimento Humano – IDH do Pará ainda está longe da média nacional e dentre os municípios do estado, os arquipélagos do Marajó são os que estão mais distantes de alcançar um

desenvolvimento desejável. É na quase totalidade dos municípios dessa região que se verificam as maiores dificuldades com relação ao acesso a políticas públicas econômicas e sociais, determinando má qualidade de vida em função da baixa renda, da insuficiência da rede viária e de transportes, do acesso à educação e aos serviços de saúde e saneamento.

O Plano Estadual da Rede de Atenção Psicossocial 2013-2016 apresenta em seu bojo, uma análise acerca da situação epidemiológica do Estado. Em 2010, da população de 7.581.051 habitantes, 50,4% eram homens e 49,6% mulheres. A expectativa de vida em 2009 era de 72,5 anos. O envelhecimento da população e a queda da fecundidade traduzida pela ascensão na proporção de idosos e redução no grupo de menores de 5 anos principalmente na região metropolitana têm contribuído para o aumento na frequência das doenças crônico-degenerativas.

Mesmo com o aumento da proporção de idosos, a estrutura etária da população paraense ainda mantém o alargamento da base da pirâmide característico de populações jovens, ou seja, tende à expansão, apesar do progressivo aumento na taxa de mortalidade geral. A concentração de pessoas na faixa de 10 a 29 anos, algo em torno de 3.000.000 habitantes, pode justificar o aumento na incidência do uso e abuso de substâncias psicoativas e consequentes transtornos ou sofrimento psíquico.

O Plano Estadual da Rede de Atenção Psicossocial 2013-2016 apresenta dados sobre a morbidade hospitalar, onde é possível notar, conforme quadro abaixo, que as internações hospitalares relacionadas ao uso de álcool e aos transtornos psicóticos são as duas categorias que apresentam aumento gradativo, entre os anos de 2008 a 2011. O mesmo não ocorre com as internações relacionadas ao uso de outras substâncias psicoativas, transtornos de humor, transtornos neuróticos e outros transtornos. Estes transtornos mostram no mesmo período, elevações e quedas de forma intercalada.

Quadro 1: Morbidade Hospitalar do SUS – Internação – Pará

ANO	2012 (até jun)	2011	2010	2009	2008	TOTAL
USO DE ÁLCOOL	42	175	163	148	69	597
USO DE OUTRAS DROGAS	124	230	272	101	120	847
ESQUIZOFRENIA E TRANSTORNOS DELIRANTES	741	1823	1530	1317	1103	6514
TRANSTORNO DE HUMOR	125	331	471	340	358	1625
TRANSTORNOS NEURÓTICOS	14	18	32	27	19	110
OUTROS TRANSTORNOS	32	63	87	47	63	292
TOTAL	1078	2640	2555	1980	1732	9985

Fonte: Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/SESPA

Em relação ao perfil atual dos pacientes com transtornos mentais no estado do Pará, Coutinho (2008) realizou pesquisa na clínica psiquiátrica da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna. Em função de ser a única referência pública em alta complexidade estadual em psiquiatria, a autora afirma ser possível supor que o perfil epidemiológico dos pacientes internados no hospital pode representar, de certo modo, a situação verificada no Estado inteiro. A pesquisa em questão teve como objetivo geral “Descrever o perfil epidemiológico dos pacientes que foram internados na clínica psiquiátrica da FHCGV no ano de 2007”, e como objetivos específicos “identificar os principais municípios de procedência dos pacientes internados na Clínica Psiquiátrica (SIB) da FHCGV”; “identificar os principais serviços para onde são feitos encaminhamentos para continuidade de tratamento realizados no momento da alta hospitalar”; e “descrever as características socioeconômicas e demográficas dos pacientes internados no Setor de Internação Breve (SIB)”.

Os resultados da pesquisa realizada por Coutinho (2008) foram apresentados através de gráficos e tabelas e discutidos com base em estudos epidemiológicos e outras fontes, porém para esta pesquisa em particular interessa destacar os resultados mais significativos, dentre eles é possível destacar que 53,70% da população analisada era do sexo masculino, 40,8% de adultos entre os 30 e 49 anos, que 33,70% dos prontuários analisados eram de pacientes que possuíam o Ensino Fundamental Incompleto, que a maioria dos pacientes se declarou solteiros (75,10%), que a maior parte dos pacientes (65,00%) não tinha segurança econômica ou sequer desempenhava atividades laborais com frequência, sendo que a maioria (37,50%) tinha renda familiar entre R\$ 415,00 e R\$ 1.245,00.

Quanto ao diagnóstico, o de maior frequência encontrado no perfil epidemiológico realizado por Coutinho (2008) aponta que 21,70% dos casos foi o F29, ou seja, psicose não-orgânica não especificada. Em relação ao tempo de permanência dos pacientes em sua maior parte (25,60%) foi de 20 a 29 dias. No que diz respeito à procedência, 97,70% dos usuários internados no SIB em 2007 provinham do Estado do Pará, sendo que 40,10% dos pacientes eram procedentes do município de Belém, e 8,90% dos pacientes residiam no distrito de Icoaraci. Vale destacar que a maior parte (23,40%) dos usuários que ficaram internados no SIB em 2007 residia no distrito Dagua. Em relação ao local de encaminhamento após alta hospitalar, o que pôde ser observado foi que, assim como em outras variáveis observadas, na maior parte dos prontuários revistos (54%) não havia a informação sobre o local de encaminhamento deste paciente. Neste sentido, várias hipóteses e indicações de caminhos para a gestão pública em saúde mental foram apontados, tais como ampliação da rede de CAPS no Estado, especialmente em Belém, interlocuções com outras políticas públicas, tais como cultura, assistência social, geração de emprego e renda, além de educação continuada para os trabalhadores da área.

Coutinho (2008), conclui, a partir desta leitura dos lances históricos e do perfil atual da psiquiatria e dos usuários do Sistema Único de Saúde no Pará, que o poder público ainda não consegue dar conta da complexidade do fenômeno “loucura” ou “transtorno mental”, como é chamado mais recentemente e que a transversalidade de saberes pode ser a chave não só para a compreensão do processo, mas também para superação de muitos desafios.

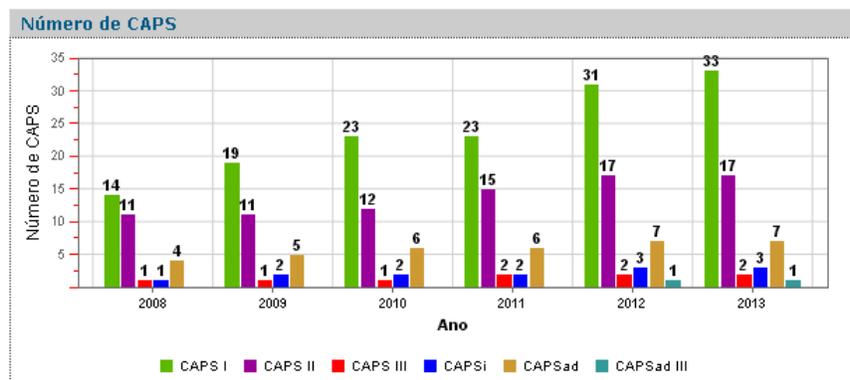
No Pará, a Reforma Psiquiátrica tem se constituído dentro de um contexto de transformações da forma de tratamento das pessoas com transtorno mental e dos serviços a elas direcionados. A rede de atenção psicossocial conta hoje com 63 Serviços substitutivos (CAPS), nas diversas modalidades de atendimento (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS i e CAPS AD III), conforme quadro abaixo.

Quadro 2: Rede de Atenção Psicossocial – n° de CAPS no Estado

TIPO CAPS	NÚMERO
CAPS I	33
CAPS II	17
CAPS III	02
CAPS AD	03
CAPS i	07
CAPS AD III	01
TOTAL	63

Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) / MS– Mar/2013

O Estado do Pará tem avançado na expansão da rede de serviços, onde se pôde observar uma evolução no número de CAPS, conforme série histórica abaixo, principalmente no que se refere à CAPS I. Entretanto, permanecem os desafios com relação à expansão de serviços destinados a populações específicas, como crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas e serviços de atenção 24 horas. Destaca-se ainda a necessidade de aprofundar as discussões relativas à população indígena e população em situação de violência e vulnerabilidade social.

Gráfico 1: Série histórica de expansão de CAPS no Estado do Pará

Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) / MS– Mar/2013

Com a expansão da rede extra-hospitalar de saúde mental ao longo do tempo, o Estado melhorou o indicador de cobertura assistencial (CAPS/100.000 hab.). Para este indicador, utiliza-se o cálculo de cobertura ponderada por porte do CAPS. Assim, os CAPS I têm território de abrangência e cobertura de 50.000 habitantes; os CAPS III e AD III, de 150.000 habitantes; os demais CAPS (II, Ad e i), cobertura de 100.000

habitantes. O quadro abaixo demonstra os Parâmetro de Cobertura do referido indicador:

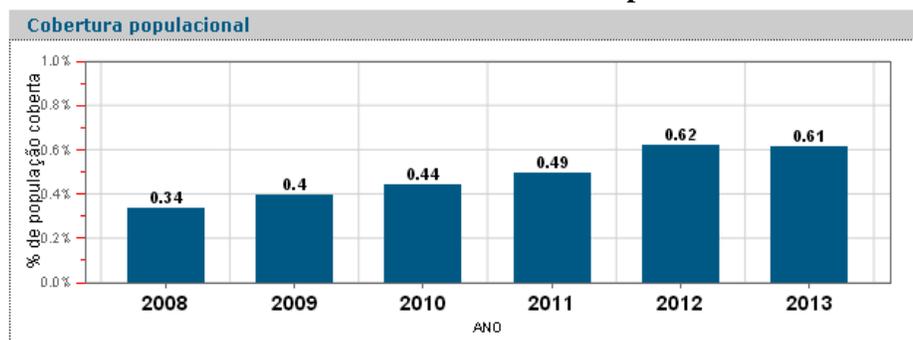
Quadro 3: Parâmetros de Cobertura do indicador CAPS/100.000 habitantes

Cobertura muito boa (acima de 0,70)
Cobertura boa (entre 0,50 e 0,69)
Cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49)
Cobertura baixa (de 0,20 a 0,34)
Cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20)

Fonte: Saúde Mental em Dados 10/Ministério da Saúde

Nesse sentido, o Estado saiu de uma cobertura baixa em 2008 (0,34) para uma cobertura boa a partir de 2012, conforme gráfico abaixo. De acordo com o Plano Estadual da Rede de Atenção Psicossocial 2013-2016, espera-se atingir até o final de 2014 o indicador de 0,70, configurando uma cobertura muito boa.

Gráfico 2: Série Histórica de Cobertura Populacional / CAPS



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) / MS - Mar/2013

O Relatório da IV Conferência Estadual de Saúde Mental (PARÁ, 2010) aponta que é preciso reconhecer que alguns CAPS estão com pouca efetividade, e que mesmo com um bom indicador de cobertura, alguns municípios e regiões podem estar com baixo acesso à atenção em saúde mental. Aponta ainda que há desafios importantes: a articulação da rede com a rede de urgência e emergência, a ampliação das ações na atenção básica, a qualificação dos serviços, a expansão de CAPS III, CAPSi, CAPSad, e a intersetorialidade nas ações de saúde mental.

No que se refere aos leitos de atenção integral em saúde mental, de acordo com o Plano Estadual da Rede de Atenção Psicossocial 2013-2016, o Pará possui 85 leitos

cadastrados em hospital geral e 23 leitos em Unidades de Reabilitação Psicossocial, conforme quadro abaixo. Importa ressaltar que nem todos os leitos cadastrados de fato prestam esses serviços, a exemplo do Hospital Barros Barreto e Hospital São Rafael.

Quadro 4: Leitos Existentes no Estado do Pará/CNES

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIOS	LEITOS HG	LEITOS PSI	HOSPITAL
Baixo Amazonas	Alenquer	01		Hospital StoAntonio
Xingu	Altamira	04		Hospital São Rafael
Metropolitana I	Belém	60		Hospital Gaspar Vianna
Metropolitana II	Belém	04		Hospital Barros Barreto
Metropolitana III	Castanhal	01		Hospital São José
Carajás	Parauapebas	01		Hospital Municipal de Parauapebas
Baixo Amazonas	Santarém	01		Hospital Municipal de Santarém
Baixo Amazonas	Santarém	01		Maternid. Irmã Dulce
Tapajós	Trairão	01		Hospital Municipal de Trairão
Lago de Tucuruí	Tucuruí	08		Hospital Regional de Tucuruí
Araguaia	Xinguara São Félix do Xingu	01		Hospital Municipal de Xinguara
Metropolitana I	Ananindeua	02	23	Unidade de Reabilitação Psicossocial
TOTAL		85	23	

Fonte: Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/SESPA

Segundo Dias, Gonçalves e Delgado (2010), leitos de atenção integral em saúde mental fazem parte de uma rede de atenção, estão referenciados no território e encontram-se intimamente articulados de forma complementar, solidária e com propósitos definidos. Trata-se de leitos que se destinam ao acolhimento noturno de usuários em situação de crise que necessitam de cuidados contínuos, definidos pela equipe de referência do usuário, a partir de seu projeto terapêutico individual. Podem ter como espaço de referência os CAPS III, as unidades de emergência ou leitos psiquiátricos em hospital geral.

Quadro 5: Comparativo de n° de CAPS existentes e n° de CAPS planejados por Região de Saúde no estado do Pará

Região de Saúde	CAPS												Atenção Hospitalar	Cobertura CAPS
	I		II		III		AD		ADIII		i			
	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	Quantidade	
Araguaia	6	10	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	20	0,85
Baixo Amazonas	1	6	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	25	0,37
Carajás	3	6	2	0	0	2	0	1	0	1	0	2	-	0,55
Lago do Tucuruí	3	4	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	10	0,68
Metropolitana III	7	9	1	0	0	2	0	0	0	2	0	1	36	0,42
Metropolitana I	4	2	3	0	1	9	2	0	1	9	2	5	90	0,60
Metropolitana II	1	5	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	10	0,61
Rio Caetés	3	8	1	1	0	2	1	1	0	2	0	1	23	0,51
Marajó	4	13	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	-	0,51
Tocantins	3	5	4	1	0	3	2	3	0	1	0	0	25	1,0
Tapajós	1	2	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	10	-
Xingu	3	7	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	10	0,91
Total	39	77	17	5	1	25	6	8	1	22	3	11	259	-

E – Existentes P – Planejado

Fonte: Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/SESPA

Conforme podemos observar no quadro acima, apesar do Estado do Pará ter avançado consideravelmente na expansão da rede de serviços em saúde mental, ainda enfrenta problemas e fragilidades, considerando que ainda há regiões de saúde com cobertura regular/baixa, a exemplo da Região do Baixo Amazonas e Metropolitana III. Nesse sentido, a rede ainda é insuficiente para dar conta com presteza e qualidade da demanda de atendimento que os municípios possuem; principalmente se pensarmos nos usuários com necessidade de uma atuação mais intensiva, que dê continência às crises agudas. Ainda é necessário expandir mais a rede, implantando novos serviços, conforme podemos notar quando comparamos o número de CAPS planejados para serem implantados até 2016 com o número de CAPS existentes, de acordo com o Plano Estadual da Rede de Atenção Psicossocial 2013-2016. A implantação desses novos serviços, além de garantir atendimento integral à pessoa com transtorno mental, contribuirá também para a diminuição da superlotação do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em seus setores de emergência e internação psiquiátrica.

O Relatório da IV Conferência Estadual de Saúde Mental (PARÁ, 2010) aponta que é necessário que profissionais, gestores, prestadores, professores, usuários, familiares, movimentos sociais e parceiros intersetoriais discutam a fundo os avanços e impasses do cotidiano dos serviços e da rede, propondo estratégias para que se possa

seguir em frente, sempre na direção da atenção comunitária e territorializada. Nossas práticas precisam ser questionadas constantemente em sua intencionalidade clínica e política para que possam caminhar na direção da emancipação e não da manutenção de um “paciente”, “doente mental”, incapaz ou crônico, sob a tutela, seja dos familiares, seja dos profissionais nos serviços de saúde mental.

Novos processos psicossociais estão em curso na sociedade e se apresentam hoje de uma forma mais aguda, com elevado nível de urgência social e política, requerendo novas respostas, abordagens clínico-sociais e serviços ainda mais inovadores, que busquem ativamente grupos sociais que têm dificuldades em se aproximar de nossos serviços. Estes desafios concretos da rede de atenção psicossocial – que têm servido àqueles que criticam os avanços da reforma psiquiátrica no país – devem ser enfrentados (PARÁ, 2010).

Coutinho (2010) realizou um estudo buscando compreender qual o modelo aplicado e quais os resultados da política de atenção à saúde mental do Estado do Pará, no período de 2007 a 2010 em termos de impacto. A autora aponta que os resultados observados foram avanços na política de saúde mental entre 2007 e 2010, tais como aumento (96%) no número de serviços, ainda que com a efetividade questionada tanto pela gestão quanto pelo movimento social, além de um estabelecimento de canal de diálogo entre gestão e movimento social através de conselhos gestores, ouvidorias internas e eventos de capacitação diversos.

Por outro lado, como afirma Coutinho (2010), os problemas estruturais persistem e, de acordo com a análise efetuada, têm relação com o contexto político-econômico vivenciado pelo Brasil de aprofundamento das desigualdades sociais e da negação dos direitos sociais, econômicos, culturais e ambientais instituídos na Constituição de 1988. Nesse sentido, Coutinho (2010) afirma que fica evidenciada, assim, a consolidação do processo de globalização neoliberal, com ações voltadas para a estabilidade econômica e focalização de políticas públicas sociais. Como alternativa a essa situação a autora apresenta o ponto de vista de que o SUS é um sistema em construção e que o desafio posto na atual conjuntura deve ter por objetivo superar as profundas desigualdades sociais através de um movimento de massas que retome as propostas de superação da crise e avance em propostas concretas.

CAPÍTULO 2

CAMINHO METODOLÓGICO

2.1- FAZENDO PESQUISA EM SAÚDE

O caminho metodológico escolhido está inserido no campo das abordagens qualitativas, tendo em vista que o objetivo desta pesquisa foi analisar como as práticas de cuidado em saúde mental são percebidas pelos usuários de um CAPS do Estado do Pará.

Segundo Minayo (2007), quando se fala de saúde ou doença, observa-se que essas duas categorias trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico, embora os estudos de ordem quantitativa tenham suas contribuições. Ambas as abordagens são importantes e o ideal no campo da pesquisa em saúde é que sejam trabalhadas de forma que se complementem sistematicamente. A autora ressalta ainda que essas categorias de saúde e doença levam em conta tanto os efeitos no corpo quanto suas repercussões no imaginário, tendo em vista que ambos são reais em suas consequências. Portanto, todas as ações clínicas, técnicas, de tratamento, de prevenção ou de planejamento devem estar atentas aos valores, atitudes e crenças das pessoas a quem a ação se dirige. Nesse sentido, o presente estudo teve suas bases conceituais ampliadas, incluindo o social e o subjetivo como elementos constitutivos da pesquisa.

Para Gil et al. (2006), durante muito tempo praticamente toda pesquisa em saúde seguiu o modelo biomédico, fundamentado na crença de que as doenças são geradas por agentes etiológicos específicos capazes de produzir alterações na estrutura e na função do corpo humano. Esse modelo, embora hegemônico, concorre atualmente com outros modelos, em decorrência principalmente de sua incapacidade para abarcar a multiplicidade de fatores que interferem no processo saúde-doença. Não há como deixar de reconhecer a importância de fatores culturais, sociais, econômicos e políticos nesse processo. Daí a importância cada vez maior atribuída à pesquisa desenvolvida no âmbito das chamadas ciências sociais da saúde, como Sociologia da Saúde, Antropologia da Saúde, Psicologia da Saúde, Economia da Saúde e Epidemiologia da Saúde.

Como consequência da valorização das pesquisas sociais, verifica-se o surgimento de um número cada vez maior de pesquisas qualitativas no campo da saúde.

As atividades no campo da saúde pública são caracteristicamente multidisciplinares, entendendo-se com isso o imprescindível concurso de variadas áreas de estudo. Depreende-se daí que a pesquisa científica deverá ser levada a efeito em múltiplos campos do conhecimento, isto é nas mais diversas especialidades.

Turato (2005) afirma que no contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo as quais não se buscam estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Torna-se indispensável assim saber o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para elas. O significado tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde.

Por fim, Turato (2005, p.510) apresenta a definição de método clínico-qualitativo, uma particularização e um refinamento dos métodos qualitativos genéricos das Ciências Humanas, porém voltado especificamente para os *settings* das vivências em saúde:

Aquele que busca interpretar os significados – de natureza psicológica e complementarmente sociocultural – trazidos por indivíduos (pacientes ou outras pessoas preocupadas ou que se ocupam com problemas de saúde, tais como familiares, profissionais de saúde e sujeitos da comunidade), acerca dos múltiplos fenômenos pertinentes ao campo dos problemas da saúde-doença.

Turato (2005) define as principais características dos métodos qualitativos, a saber: o interesse do pesquisador volta-se para a busca do significado das coisas, porque este tem um papel organizador nos seres humanos. O que as “coisas” (fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, ideias, sentimentos, assuntos) representam, dá molde à vida das pessoas. Em outro nível, os significados que as “coisas” ganham, passam também a ser partilhados culturalmente e assim organizam o grupo social em torno destas representações e simbolismos. Nos *settings* da saúde em particular, conhecer as significações dos fenômenos do processo saúde-doença é essencial para realizar as seguintes coisas: melhorar a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição; promover maior adesão de pacientes e da população frente a tratamentos ministrados individualmente e de medidas implementadas coletivamente; entender mais profundamente certos sentimentos, ideias e comportamentos dos doentes, assim como de seus familiares e mesmo da equipe profissional de saúde.

Segunda característica do método: o *ambiente natural* do sujeito é inequivocamente o campo onde ocorrerá a observação sem controle de variáveis.

Terceira característica: o pesquisador é o próprio *instrumento* de pesquisa, usando diretamente seus órgãos do sentido para apreender os objetos em estudo, espelhando-os então em sua consciência onde se tornam fenomenologicamente representados para serem interpretados. Quarta característica: o método tem maior força no rigor da validade dos dados coletados, já que a observação dos sujeitos, por ser acurada, e sua escuta em entrevista, por ser em profundidade, tendem a levar o pesquisador bem próximo do objetivo do estudo. Quinta caracterização: se a generalização não é a dos resultados (matematicamente) obtido, pois não se pauta em quantificações das ocorrências ou estabelecimentos de relações causa-efeito, ela se torna possível a partir dos pressupostos iniciais revistos, ou melhor, dos conceitos construídos ou conhecimentos originais produzidos (TURATO, 2005).

A pesquisa social trabalha com *gente e com suas criações*, compreendendo-os como atores sociais em relação, grupos específicos ou perspectivas, produtos e exposição de ações, no caso de documentos. Os sujeitos/objetos de investigação, primeiramente, são construídos teoricamente enquanto componentes do objeto de estudo. No campo, eles fazem parte de uma relação de intersubjetividade, de interação social com o pesquisador, daí resultando um produto compreensivo que não é a realidade concreta e sim uma descoberta construída com todas as disposições em mãos do investigador: suas hipóteses e pressupostos teóricos, seu quadro conceitual e metodológico, suas interações em campo, suas entrevistas e observações, suas inter-relações com os pares (MINAYO, 2007).

Minayo (2007) ainda discute o conceito de representações sociais de saúde e doença, pelo qual afirma que a doença, a saúde e a morte não se reduzem a uma evidência orgânica, natural, objetiva, mas que sua vivência pelas pessoas e pelos grupos sociais estavam intimamente relacionadas com as características de cada sociedade: a doença, além de sua configuração biológica, é também uma realidade construída e o doente é um personagem social.

A referida autora afirma que cada sociedade tem um discurso sobre saúde/doença e sobre o corpo que corresponde à coerência ou às contradições de sua visão de mundo e de sua organização social. Assim que, além de ser capaz de criar explicações peculiares sobre os fenômenos do adoecimento e da morte, as categorias saúde/doença devem ser consideradas janelas abertas para compreensão das ações humanas, das relações entre os indivíduos e a sociedade das instituições e de seus mecanismos de direção e controle.

Nesse sentido ressalta que as categorias de saúde/doença constituem metáforas privilegiadas para explicação da sociedade: engendram atitudes, comportamentos e revelam concepção de mundo. Mediante a experiência do viver, do adoecer e do morrer, as pessoas falam de si, de suas condições de vida, do que as oprime, ameaça e amedronta. Expressam também suas opiniões sobre as instituições e sobre a organização social e as estruturas econômicas, políticas e culturais.

Em resumo, saúde e doença importam tanto por seus efeitos no corpo como por suas repercussões no imaginário: ambos são reais em suas consequências. Portanto, todas as ações clínicas, técnicas, de tratamento, de prevenção ou de planejamento devem estar atentas aos valores, atitudes e crenças das pessoas a quem a ação se dirige. É preciso entender que, ao ampliar suas bases conceituais incluindo o social e o subjetivo como elementos constitutivos, as ciências da saúde não se tornam menos “científicas”, pelo contrário, elas se aproximam com maior luminosidade dos contornos reais dos fenômenos que abarcam (MINAYO, 2007).

2.2- PRIMEIROS PASSOS

A pesquisa foi direcionada para a escuta dos usuários de um CAPS sob gestão do Estado, vinculada à Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará – SESPA com o objetivo de analisar como as práticas de cuidado em saúde mental são percebidas por estes usuários. Além disso, a pesquisa procurou conhecer os itinerários terapêuticos desses usuários, bem como verificar se os discursos destes são incorporados no processo de organização das práticas no cotidiano dos serviços do CAPS.

Após qualificação do projeto de pesquisa no Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP), da UFPA, alguns ajustes foram realizados no projeto considerando as críticas e sugestões explanadas pela banca de qualificação, conforme exposto acima. Posteriormente, o referido projeto foi cadastrado no site da Plataforma Brasil, no endereço www.saude.gov.br/plataformabrasil. A Plataforma Brasil foi criada para substituir o Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP), com mecanismos de busca que permitem analisar retrospectivamente as pesquisas em andamento no país.

A Plataforma Brasil é uma base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema CEP/Conep. Ela permite que as pesquisas sejam acompanhadas em seus diferentes estágios – desde sua submissão até a

aprovação final pelo CEP e pela Conep, quando necessário – possibilitando inclusive o acompanhamento da fase de campo, o envio de relatórios parciais e dos relatórios finais das pesquisas (quando concluídas).

Cabe ressaltar que o processo de transição do SISNEP para a Plataforma Brasil impactou no atraso da coleta de dados desta pesquisa, considerando que houve um período em que os Comitês de Ética em Pesquisa do Estado do Pará ainda estavam se adequando ao sistema, prejudicando a submissão dos projetos de pesquisa aos referidos comitês. Além disso, o preenchimento on-line da Plataforma Brasil exigiu que o projeto fosse formatado de acordo com o formulário padrão disponibilizado no sistema, que apesar de simples, me causou um pouco de dificuldade, até pela não familiaridade com a ferramenta em questão.

Após cadastrar o projeto de pesquisa na Plataforma Brasil, o mesmo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará – ICS/UFPA, cujo primeiro parecer consubstanciado foi liberado após um mês, indicando pendência, haja vista que foi solicitado documento que comprovasse acordo do local (CAPS) onde iria ser realizada a coleta de dados. O prazo dado pelo CEP para anexar o referido documento foi de sessenta dias, mas dentro de quinze dias consegui providenciar junto a SESPA a autorização oficial para realizar a pesquisa no CAPS, anexando o expedido na Plataforma Brasil. Entretanto, por equívoco e falta de familiaridade com a ferramenta, acabei somente editando o projeto no sistema sem enviá-lo novamente ao CEP, pensando estar realizando o procedimento correto. Um mês após, descobri a forma adequada de enviar o documento, e depois de sanada a pendência recebi então a aprovação final do CEP.

Todos os fatores supracitados proporcionaram o atraso no desenvolvimento da pesquisa, todavia ressalto que coleta de dados foi iniciada somente após a aprovação do projeto pelo CEP, conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que determina que todo e qualquer projeto de pesquisa, relativo a seres humanos (direta ou indiretamente) necessita ser submetido à apreciação.

Os passos correspondentes à fase exploratória da pesquisa foram os seguintes:

a) Levantamento bibliográfico, compreendendo literatura especializada sobre o tema proposto (práticas de cuidado em saúde mental, itinerário terapêutico, processo saúde e doença, usuário e autonomia);

- b) Revisão da literatura em periódicos e artigos científicos relacionados, através de sites de busca e consulta em bases de dados;
- c) Elaboração da fundamentação teórica da pesquisa estabelecendo os núcleos ou eixos temáticos que estruturaram e organizaram a proposta apresentada pelo problema de pesquisa;
- d) Elaboração da fundamentação teórica da pesquisa estabelecendo os eixos temáticos que estruturaram e organizaram a proposta apresentada pelo objetivo de pesquisa.

A Coleta de dados ocorreu por meio da aplicação de entrevistas semiestruturadas junto aos usuários do CAPS Renascer, constando na primeira parte dados de identificação do público alvo e a na segunda um roteiro baseado no objeto desse estudo. As entrevistas foram gravadas (no caso de autorização dos participantes) e transcritas para análise, além de registradas em diário de campo.

Por último, foram realizadas análises e tratamento do material empírico coletado, à luz dos estudos e autores que pesquisam sob a temática, considerando aspectos relacionados e inerentes a produção do cuidado, tendo como base os discursos dos usuários a respeito das práticas de cuidado em saúde mental.

2.3- A APROXIMAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA

A aproximação com o campo de pesquisa se deu a partir do momento que comecei a estabelecer contato com a Coordenação Estadual de Saúde Mental do Estado subordinada à Secretaria de Estado de Saúde Pública – SESPA, considerando que a pesquisa de campo se daria em um Centro de Atendimento Psicossocial – CAPS gerenciada pelo Estado.

A Coordenação Estadual de Saúde Mental do Estado demonstrou interesse em colaborar com a pesquisa, tendo em vista a relevância do tema e contribuições que os resultados da pesquisa poderiam trazer para a melhoria da gestão e dos serviços prestados aos usuários em face aos desafios da Política de Saúde Mental do Estado. Nesse sentido, foi sugerido que eu realizasse a pesquisa no Centro de Atenção Psicossocial Renascer, situado na capital, Belém, cuja gerência encontrava-se sob gestão do Estado, conforme critério estabelecido na metodologia de pesquisa. Posteriormente, fui orientada pela Coordenação Estadual de Saúde Mental do Estado a

procurar diretamente a direção do referido CAPS, para iniciar a pesquisa, considerando autorização verbal dada pela coordenação citada.

Entrei em contato telefônico com a gestora do CAPS Renascer que marcou uma visita minha ao centro para apresentar a proposta da pesquisa e pactuar como seria o processo de coleta de dados. No dia da visita agendada, conversei com a gestora, que me explicou que havia sido nomeada recentemente e que ainda estava se apropriando da situação encontrada no CAPS, enfatizando que o mesmo estava prestes a mudar de endereço, face ao processo de reclassificação deste serviço, concebido atualmente como CAPS I, para CAPS III. Diante do exposto, solicitou que eu protocolasse formalmente um processo junto ao Gabinete da SESPA pedindo autorização para realizar a pesquisa, apesar da concordância já verbalizada pela Coordenação Estadual de Saúde Mental do Estado. Realizei todos os procedimentos burocráticos solicitados perante a instituição SESPA, cujo processo ficou tramitando aproximadamente um mês entre um setor e outro do órgão citado. A declaração de autorização para a realização da pesquisa foi expedida pela própria Coordenação Estadual de Saúde Mental do Estado. Cabe ressaltar que este termo foi solicitado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, como pendência para a aprovação final do projeto de pesquisa, que foi posteriormente anexado junto à Plataforma Brasil atendendo ao pleito em questão.

De posse da autorização da SESPA para realizar a pesquisa no CAPS e da aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará – ICS marquei novamente com a gestora do CAPS Renascer uma visita para acordar o início da coleta de dados. Após essa visita, a gestora solicitou que eu participasse de uma oficina de planejamento do CAPS, cujo objetivo seria programar as ações a serem realizadas no ano de 2013, e nesse momento ela aproveitaria para apresentar aos trabalhadores do centro todos os estagiários e pesquisadores que iriam realizar suas atividades e coleta de dados no espaço do CAPS Renascer.

Entre idas e vindas do CAPS Renascer e da própria SESPA, já pude iniciar a coleta de dados através de observações realizadas e registradas em diário de campo onde, de acordo com Minayo (2007), devem ser escritas impressões pessoais do pesquisador que vão se modificando com o tempo, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, manifestações dos interlocutores quanto aos vários pontos investigados, dentre outros aspectos.

Inicialmente, transitando nos espaços do CAPS Renascer, pude observar um pouco da dinâmica de atendimento dos usuários, que vai desde a recepção até a realização de algumas oficinas terapêuticas, bem como pude observar o processo de acolhimento dos usuários na sala de espera obtendo uma noção geral sobre organização dos serviços ofertados e práticas de cuidado, que serão relatados mais especificamente no decorrer desse estudo.

Além disso, conversei informalmente com alguns trabalhadores do CAPS, dentre eles técnicos e servidores da área administrativa, que me apresentaram algumas possibilidades de aproximação dos usuários, a partir de minha inserção como observadora participante em alguns grupos e atividades desenvolvidas, a saber: Grupo de Referência Técnica – GRT, Grupo de Psicoterapia, Assembleia Geral, Reuniões do Conselho Gestor, Oficinas Terapêuticas, etc. O principal objetivo seria participar de espaços coletivos em que os usuários teriam participação ativa, com voz inclusive para deliberar sobre algumas decisões em relação à gestão do CAPS, como é o caso da Assembleia Geral e do Conselho Gestor. Cabe ressaltar que cada atividade citada será devidamente definida na seção em que descreverei o CAPS Renascer.

2.4- A SELEÇÃO DOS USUÁRIOS

Conforme sugerido por alguns trabalhadores do CAPS, comecei a me inserir como observadora participante em um Grupo de Referência Técnica – GRT coordenado por uma técnica, pela qual participavam os usuários e seus familiares, cujo objetivo consiste em linhas gerais, refletir sobre o cuidado, impasses e sofrimento referentes ao processo de adoecimento, integrando o usuário e sua família ao tratamento, de acordo com o projeto terapêutico de cada usuário (ver descrição detalhada na seção sobre o CAPS Renascer).

Minayo (2007), define a observação participante como um processo pelo qual mantém-se a presença do observador num situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto.

Nesse sentido, ao iniciar a minha participação no Grupo de Referência Técnica – GRT fui primeiramente apresentada ao grupo pela técnica responsável, cujo objetivo

de minha participação seria realizar pesquisa sobre práticas de cuidado em saúde mental a partir do discurso dos usuários daquele CAPS. Em seguida, foi solicitado autorização do grupo para que eu pudesse participar das reuniões daquele dia em diante. A partir daí, comecei a convidar alguns usuários, que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa que será apresentado mais adiante, para participar do estudo, através de entrevistas individuais.

Particpei ainda de outras atividades do CAPS que me possibilitaram aproximação com outros usuários, como por exemplo, a partir de algumas oficinas terapêuticas, reuniões de Assembleia Geral e Conselho Gestor realizadas nos espaços coletivos do CAPS.

A seleção dos usuários se deu a partir da escolha aleatória dentro do perfil de atendimento do serviço, a partir dos seguintes critérios de inclusão: usuários de ambos os sexos, com idade a partir de 18 anos; usuários que estivessem cadastrados e frequentando o CAPS pelo menos há 3 meses e usuários que estivessem em condições psicológicas para participar da entrevista. Os usuários que estiveram fora desse perfil, não foram convidados para participar do estudo.

Para Fraser e Gondim (2004) a seleção dos entrevistados também deve estar relacionada à segmentação do meio social a ser pesquisado, que precisa ser pertinente ao problema da pesquisa. Os objetivos e o enfoque que se pretende dar ao tema, portanto, devem estar claros e bem definidos para que a escolha seja adequada. Um mesmo assunto pode ser de interesse de diversos grupos e pode ser compreendido de diferentes maneiras em função dos múltiplos enfoques possíveis e das características próprias de cada grupo, o que torna difícil uma única pesquisa abarcar todas as possibilidades.

O convite aos usuários para participar da pesquisa, depois de verificado os critérios de inclusão, foi realizado pessoalmente ou via contato telefônico. Cabe ressaltar que todos os usuários convidados aceitaram em participar do estudo.

2.5- OS USUÁRIOS ENTREVISTADOS

Foram entrevistados neste estudo 14 usuários do Centro de Atenção Psicossocial Renascer que estavam oficialmente cadastrados no mínimo há mais de três meses e utilizando regularmente os serviços do CAPS, dentre os quais oito eram

mulheres e 6 homens. A faixa etária referente aos homens vai de 35 a 67 anos, e das mulheres vai de 45 a 65 anos de idade.

O número de participantes foi considerado suficiente quando os dados da pesquisa refletiram a totalidade das múltiplas dimensões do objeto deste estudo e se tornaram repetitivos (MINAYO, 2007). Em pesquisas qualitativas, segundo Fraser e Gondim (2004), o fundamental é que a seleção seja feita de forma que consiga ampliar a compreensão do tema e explorar as variadas representações sobre determinado objeto de estudo. O critério mais importante a ser considerado neste processo de escolha não é numérico, já que a finalidade não é apenas quantificar opiniões e sim explorar e compreender os diferentes pontos de vista que se encontram demarcados em um contexto. Em um ambiente social específico, o espectro de opiniões é limitado, pois a partir de um determinado número de entrevistas percebe-se o esgotamento das respostas quando elas tendem a se repetir e novas entrevistas não oferecem ganho qualitativo adicional para a compreensão do fenômeno estudado. Isto significa que já se torna possível identificar a estrutura de sentido, ou seja, as representações compartilhadas socialmente sobre determinado tema de interesse comum (GASKELL, 2002; GONDIM, 2002a).

Considera-se, então, que o número de entrevistas deve ser pensado levando-se em conta os objetivos da pesquisa, os diferentes ambientes a serem considerados e, principalmente, a possibilidade de esgotamento do tema.

Cabe ressaltar que 100% dos usuários entrevistados são portadores de transtorno mental grave e/ou persistente, que se refere ao perfil de atendimento dos serviços ofertados pelo CAPS Renascer. Entretanto, todos os usuários que participaram do estudo estavam em condições de expressarem suas opiniões acerca do objeto desta pesquisa.

Abaixo será apresentado um quadro com as características dos entrevistados, a partir da coleta de dados pertinentes a identificação dos usuários.

Quadro 6: Característica dos Entrevistados

CARACTERÍSTICA	Nº	%
Faixa Etária		
De 31 – 40 anos	02	14,29
De 41- 50 anos	04	28,57
De 51 – 60 anos	03	21,43
Mais de 61 anos	05	35,71
Sexo		
Masculino	06	42,86
Feminino	08	57,14
Renda		
< 1 salário mínimo	04	28,57
1-3 salários mínimos	07	50
4 e mais salários mínimos	03	21,43
Escolaridade		
Ensino Fundamental incompleto	01	7,14
Ensino Fundamental completo	06	42,86
Ensino Médio incompleto	01	7,14
Ensino Médio completo	03	21,43
Ensino Superior incompleto	02	14,29
Ensino Superior completo	01	7,14
Estado Civil		
Solteiro	06	42,86
Casado	04	28,57
Separado/divorciado	03	21,43
Viúvo	01	7,14
Profissão/Ocupação		
Atendente	01	7,14
Vendedor ambulante	01	7,14
Doméstica	05	35,71
Monitor	01	7,14
Tapeteiro	01	7,14
Assistente de técnico de informática	01	7,14
Embalador	01	7,14
Passadeira/lavadeira	01	7,14
Motorista/eletricista/encanador	01	7,14
Agricultor	01	7,14
Agravo de Saúde		
Transtorno Mental	14	100

2.6- AS ENTREVISTAS REALIZADAS

Para Minayo (2007), a entrevista privilegia a obtenção de informações através da fala individual, a qual revela condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos e transmite, através de um porta-voz, representações de determinados grupos. Cruz Neto (1994) afirma ainda que a entrevista se caracteriza como um procedimento útil em trabalho de campo, pois possibilita colher informações dos sujeitos pesquisados mediante conversa com propósitos bem definidos, e assim, obter dados objetivos e subjetivos (valores, atitudes e opiniões dos sujeitos).

Optei pela entrevista semi-estruturada, na qual o informante tem a possibilidade de discorrer sobre suas experiências, a partir do foco principal proposto pelo pesquisador. As questões elaboradas para a entrevista levaram em conta os objetivos da pesquisa, bem como o embasamento teórico da investigação. Nesse sentido, o roteiro de entrevistas contém catorze perguntas referente às práticas de cuidado em saúde, itinerário terapêutico, processo saúde e doença e usuário x autonomia.

O processo de entrevista ocorreu de forma interativa e dialógica, as quais foram gravadas em meio digital, sendo posteriormente transcritas. Para Canzoniere (2010), a gravação da entrevista, assim como a transcrição da mesma deve ser feita na íntegra, assim como se houver as pausas, alterações de entonação de voz ou quaisquer outros tipos de manifestações, também devem ser apresentados.

Todas as entrevistas foram realizadas nas instalações do próprio CAPS Renascer, a maioria delas em salas/consultórios, pelo turno da manhã. É interessante relatar que os espaços que compõem a estrutura física do CAPS são separados por divisórias de revestimento fino, interferindo na acústica do ambiente, ocasionando ruídos advindos do exterior, como o barulho de vozes, telefone, batidas de portas, etc. Ressalto que os atendimentos aos usuários são rotineiramente realizados nessas instalações e condições. Além disso, por diversas vezes, pessoas que transitavam no CAPS, sejam usuários ou técnicos, de vez em quando abriam a porta da sala em que estavam ocorrendo as entrevistas, sem ao menos bater na porta.

Observei que essas intercorrências, de certa forma, não afetaram a harmonia e a qualidade das entrevistas, tendo em vista que os usuários já convivem rotineiramente com essas práticas e condições de atendimento, sendo possível obter as informações pertinentes ao objetivo proposto. De fato, a única situação que gostaria de destacar foram que algumas gravações ficaram com excesso de ruídos externos, dificultando por

vezes a escuta de algumas falas, entretanto, todas as entrevistas foram transcritas sem prejuízos ou perda de material coletado.

A duração das entrevistas variou de 12 minutos a mais de uma hora, considerando que por mais que o roteiro com 14 perguntas fosse seguido de forma sistemática, porém não rígida, foi respeitada a subjetividade e a forma de cada um se expressar, com suas singularidades, dificuldades e emoções.

Antes de cada entrevista, foi realizada a leitura em conjunto do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A), com a exposição dos objetivos da pesquisa, bem como apresentação das condições de realização do estudo. Depois de esclarecidas essas questões, cada participante assinou o referido termo, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Nesta pesquisa foi mantido o sigilo sobre a identidade dos participantes e os resultados poderão ser publicados, mas será garantido o total anonimato, não serão violadas as normas do consentimento informado, preservando assim a autonomia e o respeito aos indivíduos participantes desta pesquisa.

2.7- A ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

As entrevistas foram analisadas a partir de áreas temáticas, consubstanciadas no roteiro de observação. Os dados subjacentes à entrevista foram registrados em diário de campo, através da observação direta. As interpretações e análises dos conteúdos apresentados ao longo de todo este estudo foram construídas de acordo com os eixos temáticos estabelecidos, quais sejam: Itinerário Terapêutico, Práticas de Cuidado em Saúde Mental, Processo Saúde e Doença e Usuário e Autonomia. Dessa forma, buscou-se compreender e analisar como as práticas de cuidado em saúde mental são percebidas pelos usuários do CAPS estudado; assim como conhecer os itinerários terapêuticos dos usuários atendidos no CAPS; além de verificar se o discurso dos usuários é incorporado no processo de organização das práticas no cotidiano dos serviços do CAPS.

Após leitura e releitura do material, emergiram as primeiras categorias que, posteriormente, com o aprofundamento da leitura e da reflexão acerca das condições de produção dos discursos analisados, foram agrupadas em categorias mais abrangentes.

CAPÍTULO 3

APRESENTANDO O CAPS RENASCER

Nesta seção descreverei o local onde desenvolvi a pesquisa, no caso o Centro de Atenção Psicossocial Renascer – CAPS Renascer, fornecendo informações que foram adquiridas a partir do acesso à documentação disponível neste CAPS (projetos, prontuários, relatórios, regimentos, sistemas de informação, etc.), através de entrevistas com a gestão, a equipe multiprofissional e com os usuários, além da observação direta deste serviço. A priori, elenquei algumas perguntas específicas sobre a estrutura e organização do CAPS, me reportando à equipe gestora (coordenação e secretaria), que respondeu algumas das indagações realizadas. Em geral, observei que os documentos oficiais que procurava, como por exemplo, o Regimento Interno do CAPS, era inexistente, e os arquivos com outros tipos de dados não estavam de certa forma organizados de forma adequada.

Cabe ressaltar que o referido CAPS havia mudado de endereço há apenas um mês antes do início da pesquisa, fato este que ajuda a explicar a falta de uma estrutura organizada, considerando o processo de mudança e adaptação do espaço físico, interferindo inclusive na dinâmica dos serviços prestados. Outro fato importante e que merece destaque foi a mudança de coordenação do CAPS, cuja gestora havia assumido o centro também há aproximadamente um mês antes do início da pesquisa. Nesse sentido, a nova gestora ainda estava se apropriando da situação em que o serviço se encontrava, além de estar envolvida diretamente nas providências pertinentes a mudança de endereço e organização dos serviços.

Em geral, toda a equipe do CAPS estava envolvida nesse processo de mudança e organização do serviço, e nesse período, que compreende início de fevereiro de 2013, foi realizada uma oficina de planejamento estratégico das ações a serem desenvolvidas no ano de 2013. Fui convidada pela coordenadora do CAPS para participar de uma das reuniões de planejamento dos serviços, que posso considerar como primeiro contato com toda a equipe, onde fui apresentada como pesquisadora. A partir daí iniciei o desenvolvimento da coleta de dados que foi finalizada com a realização das entrevistas com os usuários do referido CAPS.

Desde sua implantação, o CAPS Renascer vem prestando assistência a pessoas portadoras de transtorno mental grave e/ou persistente, que residem dentro de sua área de abrangência, que inclui os seguintes bairros de Belém: Pedreira, Umarizal, Marco, Curió-Utinga, Providência, Fátima, Sacramento, Canal do Galo, Val-de-Cans, Telégrafo, Vila da Barca e Canal da Pirajá; o que corresponde a uma área terrestre total de 216.584,70 km (fonte: CODEM/SEGEP 1997), localizada na área metropolitana de Belém, com população de 429.998 habitantes (Fonte: Censo Demográfico IBGE/2000).

Criado em abril de 1996, este CAPS tem classificação no Ministério da Saúde como CAPS I e está em processo de reclassificação para CAPS III. Segue as diretrizes da atual política nacional de saúde mental, que propõe como assistência a construção de uma rede de serviços inseridos na comunidade, que objetivam substituir as antigas instituições asilares, com sua lógica de exclusão e alienação social.

A solicitação de reclassificação para CAPS III, de acordo com o projeto de reclassificação do CAPS Renascer, justifica-se pelo fato de que a rede do município de Belém ainda é insuficiente para dar conta com presteza e qualidade da demanda de atendimento que o município possui; principalmente se pensar nos usuários com necessidade de uma atuação mais intensiva, que dê continência às crises agudas.

Ainda foi ressaltado no referido projeto, que o CAPS Renascer, assim como todo e qualquer CAPS, tem o dever de regular a porta de entrada da rede assistencial dentro do âmbito do seu território, funcionando como organizador ativo e eficiente. Considerando que, este atendimento muitas vezes vai além dos cuidados eventuais, necessitando de cuidados diários e contínuos, que deem conta de oferecer uma resposta atuante e eficaz ao estado de crise. Além disso, a singularidade destes momentos de internação, onde o agravamento do quadro emocional requer do usuário o afastamento de seu ambiente familiar, profissional e social. Afastamento este necessário, mas não por isso menos sofrido e doloroso.

Deste modo, foi reforçada a importância do usuário, que já acolhido e matriculado no CAPS, onde construiu um vínculo de confiança e referência, ser em seu momento de agravamento e intensificação do processo de adoecimento, acompanhando pela mesma equipe, num serviço que tão bem o conhece. Tendo inclusive a possibilidade de maior convívio com a família neste espaço, além do ambiente mais acolhedor e próximo de uma residência como é o caso do CAPS.

Desta forma, o CAPS Renascer prima pelo atendimento humanizado, de base comunitária, que favoreça a participação ativa da população beneficiada, através da

proximidade do serviço com os mecanismos sociais presentes no território. Assim, as necessidades em saúde mental da população atendida pelo CAPS, serão trabalhadas de maneira integral e contextualizada, respeitando as peculiaridades culturais da clientela.

O CAPS Renascer tem por missão prestar assistência especializada e interdisciplinar de forma humanizada aos portadores de transtornos mentais graves e persistentes, visando a melhoria de suas condições de vida, a ampliação de suas potencialidades e autonomia, no sentido de evitar as internações hospitalares e a exclusão social, em consonância com as diretrizes do SUS e da Política Nacional Antimanicomial. Sua visão de futuro é ser referência na prestação de serviços especializados em saúde mental de acordo com as diretrizes do SUS e da Política Nacional de Saúde Mental.

De acordo com o planejamento estratégico traçado para 2012/2013 o objetivo geral do CAPS Renascer é garantir atendimento interdisciplinar aos portadores de transtorno mental, bem como aos seus familiares, pautado na lógica da inserção social na comunidade. Possui ainda os seguintes objetivos específicos:

- 1 - Diminuir as internações hospitalares e potencializar a mudança de um modelo hospitalocêntrico para um modelo centrado na atenção comunitária.
- 2 - Diminuir as reinternações hospitalares com a prevenção de reagudizações e crises.
- 3 - Propiciar aos portadores de transtornos mentais a inserção na sociedade.
- 4 - Propiciar estratégias de cuidado à família.
- 5 - Estabelecer o fluxo do usuário dentro da rede de saúde mental.
- 6 - Contribuir com a modificação cultural da população sobre a necessidade de intervenções preventivas, dentro do território em que as pessoas vivem – através de campanhas de esclarecimento e seminários envolvendo a população e os trabalhadores de saúde.
- 7 - Estreitar a relação com a rede de atenção básica.
- 8 - Iniciar o serviço de CAPS III.
- 9 - Envolver a família e a comunidade nas ações do CAPS.
- 10 - Dispensar os medicamentos do padrão do serviço de acordo com a necessidade do usuário.
- 11 - Abastecer as oficinas terapêuticas com os materiais necessários.
- 12 - Qualificar os trabalhadores de saúde mental de maneira continuada.
- 13 - Estimular a articulação e empoderamento do controle social.

14 - Estimular a participação de trabalhadores, usuários e familiares no Movimento da Luta Antimanicomial (MLA).

15 - Garantir a manutenção e qualificação do conselho gestor do CAPS.

16 - Implantar a farmácia de medicamentos especiais.

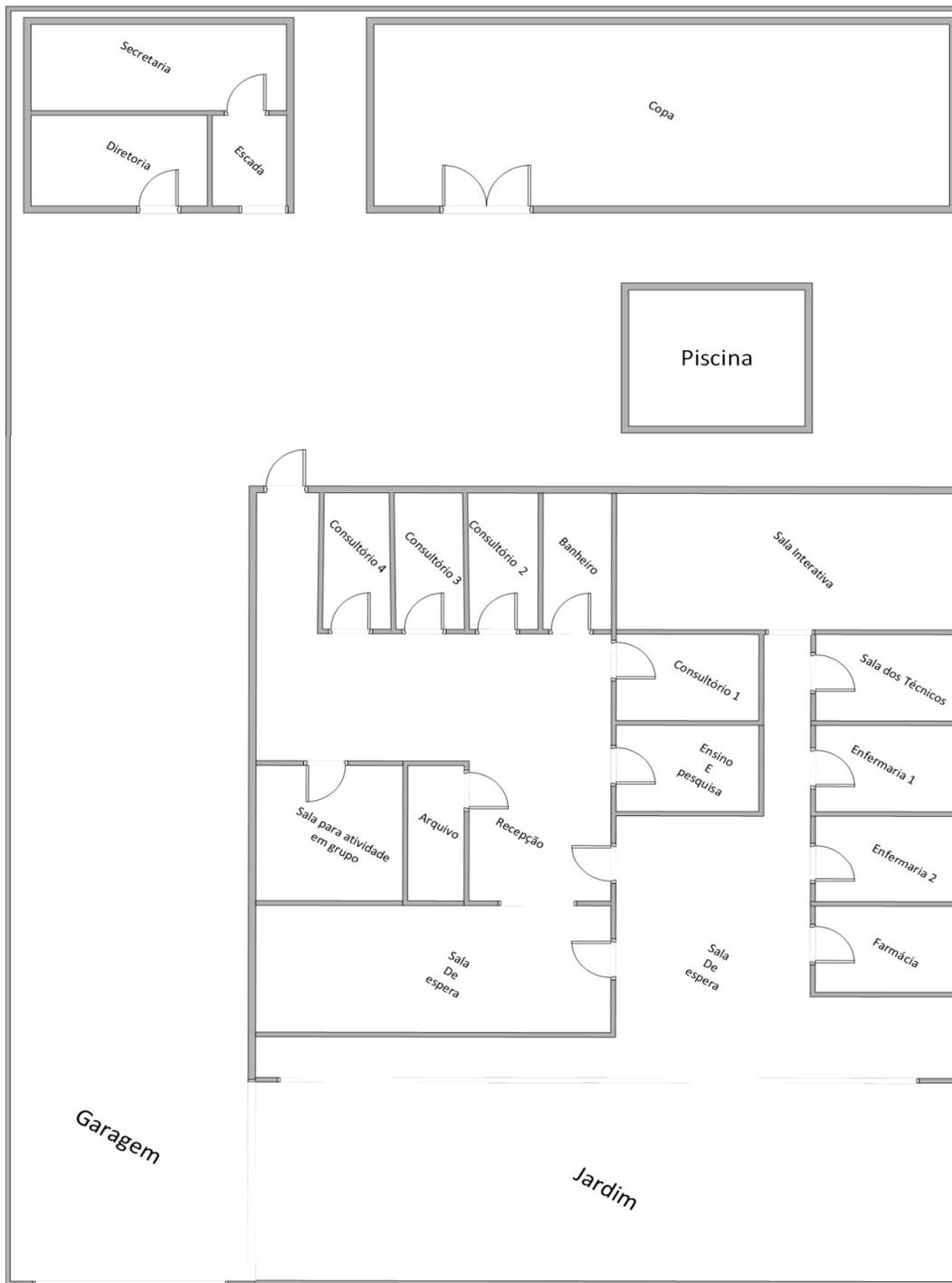
A equipe do CAPS Renascer é composta por:

Quadro 7: Composição da Equipe do CAPS Renascer

PROFISSIONAL	QUANTIDADE
Técnicos de Enfermagem	18
Assistentes Sociais	05
Agentes de Artes Práticas	04
Enfermeiros	06
Datilógrafos	02
Psicólogos	07
Agentes Administrativos	08
Nutricionistas	02
Agente de Portaria	01
Médico Psiquiátrico	01
Médicos Clínicos	02
Técnico de Educação Física	01
Terapeutas Ocupacionais	04
Farmacêuticos	02
Motorista	01
Administrador	01
Vigilante Sanitário	01
Cargo Comissionado DAS 2	01
Cargo Comissionado DAS 3	01

O espaço físico do CAPS Renascer, de acordo com a figura 1, está estruturado da seguinte forma: 01 sala para a secretaria; 01 sala para a direção; 04 consultórios; 01 espaço para recepção; 01 sala para arquivo; 01 copa-cozinha; 01 área externa de lazer com piscina; 01 farmácia; 02 enfermarias com banheiros; 01 sala reservada para os técnicos; 01 sala interativa; 01 sala de descanso; 01 sala de ensino e pesquisa e 03 banheiros.

FIGURA 1: MODELO APROXIMADO DE PLANTA BAIXA REFERENTE À ESTRUTURA FÍSICA DO CAPS RENASCER



3.1- ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO CAPS

O CAPS Renascer disponibiliza diariamente, de segunda a quinta-feira, nos dois turnos (de 8h às 12h e de 13h às 18h), uma série de atividades terapêuticas voltadas ao cuidado dos usuários que, de acordo com seus projetos terapêuticos, participam das atividades ofertadas a partir de um cronograma prefixado.

O CAPS Renascer atualmente possui 460 usuários cadastrados, sendo que a média de usuários atendidos por mês é de 1.400 e por dia são atendidos em média 65 usuários que de acordo com seus projetos terapêuticos participam das diversas atividades ofertadas pelo serviço.

De acordo com a cartilha “Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial” do Ministério da Saúde (2004) os CAPS podem oferecer diferentes tipos de atividades terapêuticas. Esses recursos vão além do uso de consultas e de medicamentos, e caracterizam o que vem sendo denominado clínica ampliada. Essa ideia de clínica vem sendo (re)construída nas práticas de atenção psicossocial, provocando mudanças nas formas tradicionais de compreensão e de tratamento dos transtornos mentais.

As atividades terapêuticas ofertadas no CAPS Renascer são as seguintes: acolhimento, grupo de referência técnica (GRT), avaliação nutricional, atendimento individual, oficina de artesanato, grupo de trabalho corporal, orientações a usuários, oficina de bijuteria, psicoterapia individual, terapia comunitária, oficina de pintura em tecido, visita domiciliar, psicoterapia de grupo, atividade individual/visita, oficina de bordado, hidroginástica, oficina de aprendizagem, grupo de família, expressão corporal, recreação de jogos, oficina de poesia, acompanhamento individual, grupo de alongamento, sala de espera, psicomotricidade, grupo de mulheres, ginástica laboral, oficina de expressão livre, esporte, recreação e lazer, oficina de customização, oficina de trabalhos manuais, oficina de sandálias, relaxamento, ginástica laboral, acompanhamento/assessoria técnico na fundação curro velho, oficina de pintura em tecido, grupo de caminhada no bosque.

Todas essas atividades são distribuídas nos dias da semana, nos dois turnos, sob a responsabilidade dos vários técnicos do CAPS, de acordo com a competência de cada profissional, desenvolvidos nos espaços do próprio CAPS ou em espaços externos ou outras instituições. Algumas dessas atividades são feitas em grupo, outras são individuais, outras destinadas às famílias, outras são comunitárias.

A Cartilha do Ministério da Saúde (2004) descreve algumas dessas atividades, a saber:

- Atendimento individual: prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação;
- Atendimento em grupo: oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal;
- Atendimento para a família: atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares;
- Atividades comunitárias: atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, que têm como objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral. Essas atividades podem ser: festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários;
- Assembleias ou Reuniões de Organização do Serviço: a Assembleia é um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido.
- O Grupo de Referência Técnica: semanalmente os usuários e familiares se reúnem sob a coordenação do técnico de referência, para refletir sobre o cuidado, impasses e sofrimento referentes ao processo de adoecimento. Tem como objetivo integrar o usuário e sua família ao tratamento, informar e esclarecer sobre o transtorno mental, buscar a facilitação da convivência do usuário com suas limitações, estimular a troca de experiências entre usuários e familiares que compartilham um problema comum, estimular a autonomia na busca de recursos e soluções junto à comunidade.

De acordo com os técnicos do CAPS Renascer, o Grupo de Referência Técnica é uma atividade que ocorre somente no referido CAPS, uma vez que ainda não foi implantado no cotidiano dos serviços de outros CAPS da rede estadual, tornando-se uma experiência pioneira e salutar, demonstrando uma prática democrática e criativa diante de tantos desafios enfrentados no interior dos serviços.

As atividades podem ser desenvolvidas fora do serviço, como parte de uma estratégia terapêutica de reabilitação psicossocial, que poderá iniciar-se ou ser articulada pelo CAPS, mas que se realizará na comunidade, no trabalho e na vida social. Dessa forma, o CAPS pode articular cuidado clínico e programas de reabilitação psicossocial, onde os projetos terapêuticos devem incluir a construção de trabalhos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam o protagonismo de cada usuário frente à sua vida.

O Conselho Gestor do CAPS Renascer é um órgão colegiado, de caráter permanente e deliberativo, destinado ao planejamento, avaliação, fiscalização e controle de execução das políticas e das ações de saúde mental, em sua área de abrangência efetivando a participação da população e funcionários na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS. A composição do Conselho é triparte, com 8 (oito) membros e respectivos suplentes, sendo 50% (cinquenta por cento) de representantes de usuários, 25% (vinte e cinco por cento) de representantes de trabalhadores e 25% (vinte e cinco por cento) de representantes do poder público da gestão. Compete ao Conselho Gestor, segundo Regimento Interno do referido conselho:

I – Acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços e as ações de saúde prestada à população;

II – Propor medidas para aperfeiçoar o planejamento, a organização, a avaliação e o controle das ações e dos serviços de saúde;

III – Solicitar e ter acesso às informações de caráter técnico-administrativo, econômico-financeiro e operacional, relativas às respectivas Unidades, e participar da elaboração e do controle da execução orçamentária;

IV – Examinar propostas, denúncias e queixas, encaminhadas por qualquer ou entidade, e a elas responder;

V – Definir estratégias de ação visando a integração do trabalho do CAPS Renascer aos Planos locais, regionais, municipal e estadual da saúde, assim como os planos, programas e projetos intersetoriais;

VI – Elaborar, aprovar e alterar o seu regimento interno e normas de funcionamento.

CAPÍTULO 4

COM A VOZ, OS USUÁRIOS

Neste capítulo apresentarei as análises das entrevistas realizadas com os usuários do CAPS Renascer, a partir do referencial teórico pertinente a cada eixo temático construído e da metodologia apresentada anteriormente. Os capítulos a seguir foram organizados por eixos temáticos, a saber: Processo Saúde e Doença; Itinerário Terapêutico; Práticas de Cuidado em Saúde Mental; Usuário e Autonomia.

Cada eixo será composto por elementos concernentes ao referencial teórico correlacionando-os com as entrevistas realizadas. A apresentação dessas entrevistas se dará de três formas, com o objetivo de proporcionar ao leitor uma melhor visualização dos discursos, então utilizarei além da transcrição de trechos das entrevistas, figuras contendo os discursos dos usuários e fluxogramas que traduzam os itinerários terapêuticos dos mesmos. Os trechos dos discursos serão identificados pela letra “U” de usuário com o número correspondente ao usuário entrevistado, uma vez que foram realizadas 14 entrevistas.

No eixo Processo Saúde e Doença explicitarei por meio dos repertórios linguísticos dos usuários, como estes perceberam seu processo de adoecimento que os levaram a procurar ajuda e cuidado no CAPS Renascer.

No eixo Itinerário Terapêutico abordarei a questão dos caminhos percorridos e os diversos recursos escolhidos pelos usuários na busca por cuidados, considerando o processo de adoecimento.

No eixo Práticas de Cuidado em Saúde Mental discutirei os sentidos dado pelos usuários quanto às práticas de cuidado vivenciadas durante suas trajetórias pela rede de atenção à saúde, considerando os itinerários terapêuticos percorridos.

No eixo Usuário e Autonomia tratarei sobre questões pertinentes acerca de como a avaliação dos usuários impactam no processo de organização das práticas no cotidiano dos serviços do CAPS.

ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

4.1- EIXO TEMÁTICO: PROCESSO SAÚDE E DOENÇA

Os estudos relacionados ao processo saúde-doença, de acordo com a época, assumem formas variadas de compreensão, viabilizando o surgimento de modelos explicativos que sublinham diferentes teses ao seu respeito.

A história da produção dos conceitos de saúde e doença, de acordo com Arantes et al (2008), é marcada pelas diferentes tentativas de buscar modelos explicativos para os sofrimentos humanos que pudessem superar a visão mágico-religiosa dominante. Com o nascimento da chamada Medicina Moderna, ao final da época clássica, estas explicações começam, de fato, a serem substituídas pela busca das causas biológicas que estariam na origem dos processos patológicos.

Para Georges Canguilhem (1943[2006]) existe uma diferença qualitativa entre a saúde e a doença. Segundo ele, os estados patológicos revelam uma estrutura individual modificada qualitativamente distinta do estado normal, cuja singularidade apenas pode ser apreciada na relação do organismo com o seu meio. O autor realiza uma crítica epistemológica dos conceitos de “normal” e “patológico” contidos no princípio da patologia, que afirma a identidade dos mesmos ao considerar o estado patológico simplesmente como uma modificação quantitativa de um estado quantitativo tido como normal.

Isso quer dizer que não é possível definir uma doença baseada num critério puramente quantitativo, sendo necessário apelar para o discurso do sujeito sobre sua doença, a ideia que ele tem de um estado ideal que ele gostaria de atingir e que a doença o impede de alcançar. Daí Canguilhem (1943[2006]) valorizar a tese de R. Leriche, segundo o qual: “A saúde é a vida correndo no silêncio dos órgãos” e “A doença é aquilo que perturba os homens no exercício normal de sua vida e em suas ocupações e, sobretudo, aquilo que os faz sofrer” (CANGUILHEM, 1943[2006], p. 57). A inclusão do testemunho do sujeito e do discurso que ele tem sobre seu sofrimento atesta que a detecção do patológico é inseparável de uma avaliação valorativa que o sujeito faz sobre o funcionamento do seu corpo.

Sandra Caponi (2012) diz que Canguilhem realizou um ataque frontal ao edifício da normalização tão essencial para os procedimentos da ciência e da medicina

positivista. É o sofrimento, e não as medições normativas ou os desvios do padrão, o que estabelece o estado de enfermidade. Quando falamos de saúde, não podemos evitar as referências à dor ou ao prazer, considerando o que Canguilhem chamou de “corpo subjetivo”, ou seja, é com base na singularidade que deve ser pensado o ser vivo: “esse ser singular cuja saúde expressa os poderes que o constituem, a partir do momento em que deve viver sob a imposição de tarefas, isto é, em relação de exposição a um meio que ele não escolheu” (CANGUILHEM, 1990b, p.22 apud CAPONI (2012), p.190).

É essa polaridade dinâmica com o meio que define um ser vivo como individual e irrepetível. “O normal não tem a rigidez de um determinante para toda a espécie, mas a flexibilidade de uma norma que se transforma em relação às condições individuais, então é claro que o limite entre o normal e o patológico se faz impreciso” (CANGUILHEM, 1990a, p.145 apud CAPONI (2012), p.190). Nesse sentido para Canguilhem o patológico implica um sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, um sentimento de vida contrariada. A saúde por sua vez, pressupõe uma dimensão da existência essencialmente criativa, implica a capacidade de reinventar esse conjunto de capacidades e poderes necessários para enfrentar as agressões às quais estamos expostos.

A definição de saúde como abertura ao risco como capacidade de enfrentar desafios, segundo Caponi (2012), não pode se restringir à imunidade que nos garante uma vacina diante dos agressores externos; refere-se aos desafios cotidianos que a todos cabe enfrentar.

Para entender um processo tão subjetivo quanto a questão da saúde e doença, é que se faz necessário escutar os usuários do SUS, compreendendo que suas experiências devem ser valorizadas e potencializadas no cotidiano dos serviços de saúde, no sentido de contribuir para a melhoria da prestação dos serviços e no cuidado em saúde mental.

De acordo com Rabelo et al (1999), a ideia de experiência enquanto modo de estar no mundo nos remete diretamente ao corpo, como fundamento de nossa inserção no mundo. É o corpo que fornece a perspectiva pela qual nos colocamos no espaço e manipulamos os objetos; pela qual os objetos e o próprio espaço ganham sentido para nós. A subjetividade, portanto, não se refere a uma consciência que paira sobre o mundo e o avalia à distância: é sempre uma consciência-corpo ou corpo-consciência, o que equivale também a considerar o corpo como ele mesmo, perpassado por uma dimensão subjetiva, de sentido. Assim o corpo é o lócus em que se inscrevem e se mostram as várias dimensões da vida (experiências passadas, projetos e esforços concretos para

intervir na realidade). Tais dimensões não se superpõem e nem se perdem na história; via uma síntese espontânea, integram-se em um esquema corporal que expressa uma modalidade particular de ser no mundo.

Os discursos dos usuários que representam a questão do processo saúde e doença neste estudo foram captados através das seguintes perguntas: 1) Qual o problema de saúde que lhe fez procurar atendimento no CAPS?; 2) Quando e como começou o seu problema de saúde?. Os usuários discorreram livremente sobre a experiência do adoecer, e sobre o início do processo de adoecimento que os levou a procurar ajuda, seja através da rede de serviços de saúde, seja através de outros recursos, que comentarei no eixo itinerário terapêutico.

De acordo com Dalmolin (2006), 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, contraditório, de poucas certezas. Esse entendimento remete a biografias, culturas, histórias, enfim, a sujeitos concretos, com suas trajetórias e mundos subjetivos, que são muito mais do que sintomas, mais do que resultados obtidos em escalas padronizáveis, mais, talvez, do que possa dar conta uma ou outra concepção teórica.

Neste eixo, foi possível observar que a maioria dos usuários percebeu que estavam com problemas de saúde a partir de sintomas orgânicos localizados em alguma parte do corpo, principalmente na cabeça. Alguns notaram que começaram a adoecer também porque estavam passando por momentos de grande sofrimento decorrentes de situações conflituosas em diversos campos da vida, seja em suas relações com a família, com o cônjuge, com o trabalho ou mesmo por terem sofrido perda de entes queridos na família.

Além disso, evidenciaram também sintomas de desequilíbrio psíquico, caracterizado por eles mesmos como algo fora do normal, como por exemplo, escutar vozes, fato este que lhe causavam desconforto. Outro sintoma relatado foi crises de raiva e aborrecimento levando-os a se comportar de maneira agressiva perante as pessoas de seu convívio, prejudicando seus relacionamentos cotidianos.

Tal como narrado pelos usuários, o processo de adoecimento é parte e produto de uma conjunção de situações ou relações fragilizadas, que podem envolver uma pluralidade de acontecimentos, nos quais os indivíduos possam estar implicados. Nesse sentido, as narrativas buscam explicitar esse contexto relacional, lançando luz sob áreas obscuras e traçando conexões entre eventos aparentemente desconcertados na

configuração do estado de aflição. Embora possam tratar cada um destes domínios em separado, raramente a doença se apresenta nas narrativas com o resultado de uma cadeia única de eventos ou causas.

Para Dalmolin (2006), a vivência de intenso sofrimento psíquico, como um processo que ocorre na vida da pessoa e que envolve o conjunto dos elementos que a constituem (quer sejam de ordem individual, familiar, política, religiosa, econômica, etc.) repercutindo na sua história pessoal, familiar e nas suas redes de relações, transcendendo, assim, os momentos pontuais que caracterizam uma situação mais específica da “crise”. Ainda segundo a autora, essa experiência é uma “condição humana” inerente à vida, geradora de sofrimento e que produz determinadas rupturas entre o mundo interno e o externo, o dentro e o fora, provocando um descompasso entre o que é vivido pela pessoa e o que se espera dela naquela cultura, naquele momento social.

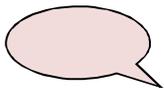
Como já ressaltado, os usuários na sua maioria não destacaram uma causa única para seu problema de saúde, uma vez que além de sintomas simplesmente orgânicos, disseram ter passado por momentos de intenso sofrimento, citando fatos que ocorreram em suas vidas e que contribuíram para agravar seu problema de saúde. A dificuldade de lidar com essas situações os fez entrar em processo de adoecimento levando-os a buscar ajuda para aliviar a dor e o sofrimento.

Nesse sentido, Rabelo et al (1999) afirmam que é necessário descartar uma visão causal da vida humana. Para os autores, não faz sentido isolar fatores sejam eles culturais, sociais ou biológicos e atribuir-lhes uma determinação causal sobre a existência, pois esta é na verdade o movimento contínuo pelo qual a vida se desdobra em várias dimensões e pelo qual estas dimensões integram-se à totalidade da vida, constituindo cada uma delas, a um só tempo, aspectos particulares e expressões generalizadas da existência. Há, portanto, em toda experiência, um excesso de sentido: é impossível caracterizar uma experiência como expressão unívoca de um determinado conteúdo, motivo ou fator. Nisto reside também sua indeterminação fundamental. O que a experiência nos revela é o processo contínuo pelo qual se toma uma posição existencial em face do mundo; dizer que essa posição é orientada pela cultura é chamar a atenção para o fato de que a cultura é essencialmente vivida, isto é, uma dimensão da existência humana.

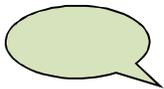
Os usuários abordam a experiência da doença como um problema a ser resolvido, considerando que o conhecimento que eles têm e relatam acerca da doença é

marcado por um conjunto de experiências de certa forma contraditórias. Para Rabelo et al (1999), antes de ser uma questão intelectual sobre a qual é preciso teorizar, a doença é uma questão prática; o que explica porque os indivíduos, uma vez que se sintam capazes de colocá-la sob controle, suspendem o processo de questionamento e problematização a que se haviam dedicado.

Baseada nessas informações, as figuras a seguir permitem observar de que forma os usuários se expressaram acerca do problema de saúde que os fizeram procurar atendimento no CAPS, de acordo com a lógica apresentada abaixo:



- Os balões de cor rosa (Figura 1) representam os discursos baseados nos **sintomas orgânicos** que causaram mal estar nos usuários, desencadeado por situações de crise e agravamento do estado de saúde dos mesmos.



- Os balões de cor verde (Figura 2) estão ligados aos discursos baseados na descrição dos **sofrimentos psíquicos intensos** enfrentados pelos usuários a partir de conflitos vivenciados no cotidiano familiar e perda de entes queridos, que os levaram a desencadear processo de adoecimento.

Dentro dos balões, optei por colocar repertórios linguísticos extraídos dos discursos dos usuários que melhor representassem as questões referentes aos **sintomas orgânicos** e ao **sofrimento psíquico** narrado, uma vez que esses foram os núcleos recorrentes nas respostas às perguntas sobre o processo de adoecimento.

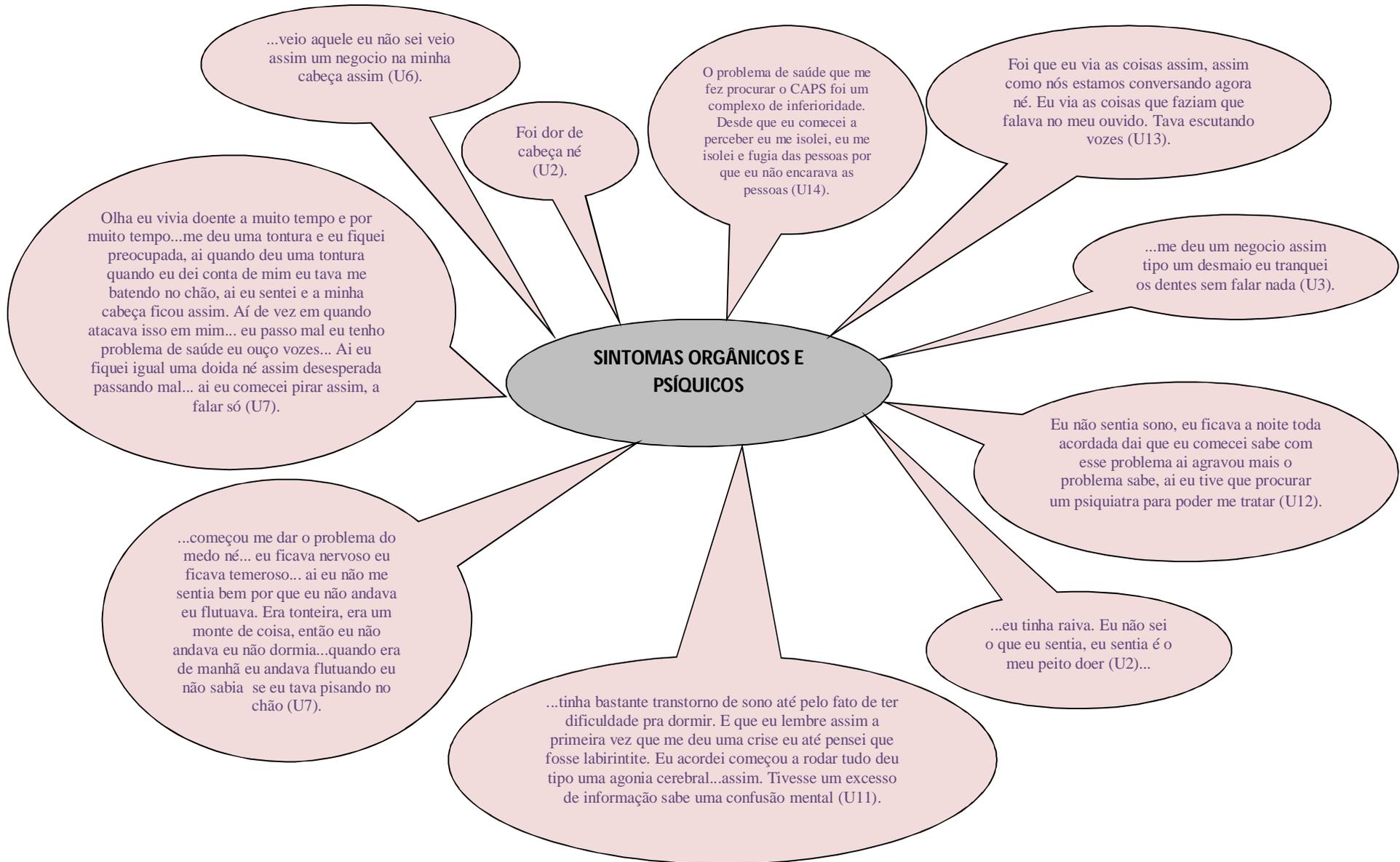


FIGURA 1 - DISCURSOS SOBRE SINTOMAS ORGÂNICOS E PSÍQUICOS

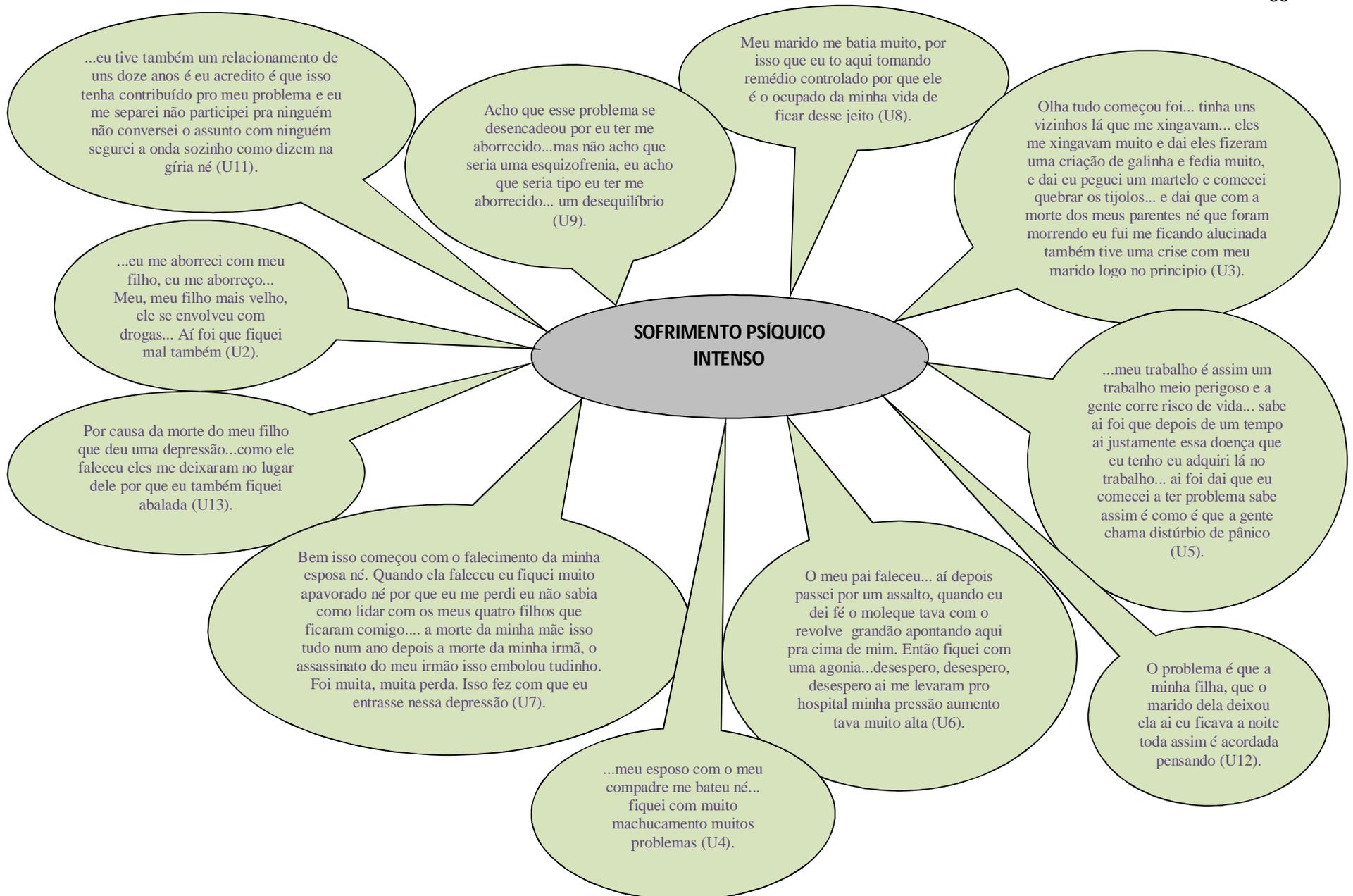


FIGURA 2 - DISCURSOS SOBRE O SOFRIMENTO PSÍQUICO INTENSO

Interessante notar que de uma forma geral, os usuários demarcaram o início do seu processo de adoecimento a partir da descrição de fatos e sentimentos que os levaram a vivenciar intenso sofrimento psíquico, expondo as dificuldades em lidar com determinadas situações e emoções no decorrer da vida. O processo de adoecimento narrado pelos usuários acabou trazendo à tona o relato de suas próprias histórias de vida, com uma riqueza de detalhes que transcende a questão do processo de adoecimento.

Para Dalmolin (2006), compreender saúde-doença como um processo significa dizer que, por um lado, o sofrimento envolve uma experiência que ocorre na existência da vida, não ficando circunscrito apenas ao corpo ou ao psiquismo, nem ao momento da fase aguda, quando a manifestação de uma série de sintomas se faz presente. O sofrimento está envolvido com os demais aspectos da vida, com os sistemas simbólicos, a significação para o sujeito que o vive e no contexto onde vive; a sua relação com o trabalho, com os direitos de cidadão, com a inclusão e a exclusão.

A experiência do adoecer narrado pelos usuários envolve uma série de sintomas, sejam eles orgânicos ou psíquicos, não estando desvinculados das situações presentes no cotidiano dessas pessoas. Nesse sentido é possível observar que a família, os colegas de trabalho, os vizinhos, ou seja, toda a rede social que envolve a existência humana acaba por compor uma complexa e dinâmica relação inserida no processo da saúde e da doença.

Alguns usuários, ao tocarem em assuntos que lhe causaram sofrimento intenso, começaram a chorar enquanto relatavam seus processos de adoecimento. Ao relembrares certas situações que passaram na vida, veio à tona uma gama de sentimentos como angústia, raiva, medo, tristeza, alegria, frustração, decepção, dentre outros, manifestados através de choros, risos, gestos, expressões faciais e tons de voz por mim observados.

Brant e Minayo (2004) partem do princípio de que os sujeitos sofrem e manifestam seu sofrimento, em maior ou menor grau, de acordo com o uso que fazem do vocabulário disponível em sua época e da sua inserção social. As práticas linguísticas produzem e reproduzem manifestações diversas do sofrimento. Existem várias maneiras de se experimentar e manifestá-lo: pela fala, sonhos, corpo, atos e pelo trabalho. Uma vez expresso, o sofrimento recebeu diferentes significações e destinos ao longo da história. De símbolo do pecado judaico-cristão à patologia da ciência moderna, passando pela bruxaria medieval, o sofrimento sempre exigiu do homem uma

explicação lógica, quanto mais estranheza a sua manifestação provocava na comunidade.

É justamente a manifestação do intenso sofrimento psíquico presente nos discursos dos usuários, que os fizeram procurar ajuda na tentativa de aliviar a dor, principalmente na experiência da crise, que afeta de forma distinta as pessoas que a atravessam. Nesse contexto, identifico crise como um período de agudização dos sintomas, no qual ocorre uma intensificação da desorganização psíquica do indivíduo, levando ao “dilaceramento subjetivo”, conforme fala Labosque (2001), ao passo em que a tolerância social com relação ao indivíduo diminui.

Os momentos de crise vivenciados pelos usuários são compartilhados também com as pessoas mais próximas de seus convívios, uma vez que quando estão “fora de si, agressivas, destruindo as coisas, gritando, se debatendo, com medo, escutando vozes” (termos utilizados pelos usuários), necessitam de ajuda para superar a crise, e na maioria das vezes são os familiares, os amigos, os vizinhos e colegas de trabalho que os socorrem nesses momentos. E foi a partir da manifestação dessas crises, que a maioria dos usuários teve contato com os serviços de saúde mental, em especial a experiência da internação.

A crise, conceito estabelecido a partir das noções de “adaptação e desadaptação social” do campo da sociologia, “transforma-se em signo de intervenção, (...) já que foi empiricamente observado que nas pessoas que adoeceram mentalmente, os primeiros indícios de suas modificações ocorreram em momentos de crise”, portanto, a crise não é sinônimo de doença mental, mas “caminha-se para uma enfermidade mental bem caracterizada pelo acúmulo sucessivo de crises, que deterioraram o sistema de segurança individual pelo seu desgaste repetitivo” (BIRMAN & COSTA, 1994, p. 57).

Todos os usuários relataram experiências referentes às situações de crise, pelo qual identificaram como momento em que não conseguiram mais suportar as pressões do cotidiano, momento que começaram a notar que algo estava errado com seus corpos, com suas emoções, com seus sentimentos, afetando seus comportamentos e suas relações com as pessoas e com o mundo.

A seguir apresento repertórios linguísticos extraídos dos discursos dos usuários que exemplificam a experiência de crise, a partir de duas figuras ( e ) que expressam sentimentos relacionados a situação de extremo desconforto e sofrimento vivenciados pelos participantes desse estudo.

Eu já tinha tido uma crise mais ou menos dez anos atrás, mais fui tratada, não pelo CAPS, foi particular né e aí agora voltou depois de dez anos aí a gente foi pro hospital ..aí a minha família pesquisou fui internada a primeira vez por causa da primeira crise né, pra ver se eu não tinha batido a cabeça fiz tomografia fiz um monte de coisa aí descobriram que era problema mental (U1).

...eu quebrei o celular dele...aí chamaram a ambulância e aí é que fui pro hospital. (U2).

...me deu um piripaque, aí teve que me levar pro posto de saúde pra aplicarem calmante em mim. Foi, fiquei nervoso...comecei a chorar a ficar nervoso...chorando sabe, aí meus colegas ficaram falando o que aconteceu, te acalma tu tá muito nervoso aí foi que chamaram a combi da unidade né que me levaram pra uma emergência né aí foi que aplicaram calmante foi que eu consegui dormir... (U5).

CRISE

...a sensação que eu tinha era que eu ia enlouquecer eu vou ser muito sincero contigo aqui, eu fiquei vinte dias repetindo meu Deus não permita que eu enlouqueça. de repente tudo perdeu o nexó era como se uma televisão ficasse em preto e branco...chegava perto da comida o cabelo arrepiava se tá entendendo, não tinha a menor vontade de tomar banho...eu nunca imaginei eu num estado depressivo, então eu fiquei perguntando o quê que tava acontecendo. Eu fui parar no hospital, já conduzido por um irmão. (U11).

...eu comecei a ouvir essa voz aí, aí eu sentia muita dor nas minhas costas...a dor de cabeça me atacou muito forte, forte, forte só faltei mesmo...parece que aquilo não passava na cabeça e com a vista também acompanha com a dor de cabeça com a vista, aí eu passo mal da vista também aí quando foi, passou os dias foi passando os dias né aí eu comecei pirar assim...falar só e a voz ...eu comecei a adoecer nesse tempo pra cá aí com a voz se manifestando naquelas horas. (U4).

Foi que eu via as coisas assim, assim como nós estamos conversando agora né. Eu via as coisas que faziam, que falava no meu ouvido. Eu escutava e via o que tavam fazendo ,o que assim tipo negocio de macumba né. Aí aquilo eu via tudinho eu, e aí eu já ficando com medo das pessoas que tavam me fazendo mal. Eu tinha medo da minha, da minha cunhada. Eu via minha cunhada como se fosse um demônio na minha frente. Aí eu passei três meses sem comer. (U13).

FIGURA 3 – DISCURSOS SOBRE A EXPERIÊNCIA DE CRISE

Lima et al. (2012) consideram que a crise é um arranjo providencial que se tem à disposição quando todos os recursos psíquicos do sujeito já foram utilizados. A crise é ponto de corte. Ela representa a experiência de inconstância subjetiva que se coloca para o sujeito quando este é colocado em questão. As autoras ainda destacam que há sempre um grau de imprevisibilidade na crise, nem sempre é possível identificar algum evento externo, concreto e objetivo como desencadeador, e nem todos os sujeitos respondem do mesmo modo frente a eventos cotidianos, há sempre um efeito subjetivo singular.

Como havia comentado anteriormente, as situações de crise levaram os usuários a percorrerem diversos caminhos na busca de alívio para seu sofrimento, sobre os quais abordarei no capítulo sobre os itinerários terapêuticos, mas o que quero chamar a atenção é para o fato de que as pessoas vivenciam esse momento de crise como o auge de seus processos de adoecimento.

Dar atenção aos processos interativos que se desenrolam nas situações de doença e cura, segundo Rabelo et al (1999), mostra-se especialmente relevante nos estudos voltados para contextos médicos plurais, em que os indivíduos percorrem diferentes instituições terapêuticas e utilizam abordagens por vezes bastante contraditórias para diagnosticar e tratar a doença. Neste ponto, o caráter fluido e mutável das definições formuladas para explicar e lidar com a aflição reflete uma complexa dinâmica relacional, trazendo à tona o papel das redes sociais no ato de se orientar, sustentar e conferir plausibilidade às expressões, sentimentos e condutas adotadas perante a aflição. É fundamentalmente no mundo da vida cotidiana que se elaborem e desenvolvam as ações conjuntas para se lidar com a doença. Tratar do caráter intersubjetivo das experiências de doença e cura nos conduz a um exame cuidadoso da realidade do mundo cotidiano.

Até agora identifiquei três núcleos referentes aos discursos em comum dos usuários, a saber: discursos sobre sintomas orgânicos e psíquicos; discursos sobre o sofrimento psíquico intenso e discursos sobre a experiência de crise. Nesse sentido, gostaria de tecer breves considerações acerca desses núcleos.

No que se refere aos discursos sobre os sintomas principalmente orgânicos (figura 1), pude constatar que a fala dos usuários reproduzem uma lógica onde a compreensão que se tem da doença se localiza no corpo biológico, especialmente quando eles se queixam de “agonia”, “dor” e “tontura” na cabeça. Merhy (2007), afirma que as profissões de saúde também compreendem a doença, enquanto processo instalado de maneira patológica no corpo biológico,

disfuncionalizando-o, sendo considerada então uma das mais importantes causas do sofrimento individual ou coletivo. Essa lógica também permeia o imaginário dos usuários entrevistados e – por que não dizer? –, dos usuários do SUS de uma forma geral. Ainda segundo Merhy (2007, p. 02), essa lógica:

vai sendo processada nas sociedades ocidentais, europeias centralmente, durante séculos e vai se desenhando como maneira mais comum de se olhar para o adoecimento humano, como processo de patologização do corpo biológico, de maneira muito errática e sempre em um campo de disputa de saberes e fazeres.

Quanto aos discursos sobre o sofrimento psíquico intenso (figura 1), ressalto que a experiência relatada pelas pessoas faz parte de suas próprias trajetórias de vida, cujo significado acerca dos acontecimentos é peculiar a cada um, sendo o sofrimento apenas uma das nuances presentes no cotidiano de suas existências. Portanto, o que faz alguém sofrer ou não em uma determinada situação pode variar de acordo com o sentido que as pessoas dão naquele momento, atravessadas por influências principalmente culturais. A exemplo disso podemos notar que a situação de perda de entes queridos na família enquanto geradora de sofrimento foram destacadas em pelo menos três discursos (U6, U7 e U13), entretanto, o significado de morte e luto varia de uma cultura para a outra. Em determinadas culturas a simbologia da morte acaba ganhando um sentido totalmente oposto ao sofrimento.

Para Brant e Minayo (2004) é importante reconhecer que o sofrimento não tem uma manifestação única para todos os indivíduos de uma mesma família, cultura ou período histórico. O que é sofrimento para um, não é, necessariamente, para outro, mesmo quando submetidos às mesmas condições ambientais adversas. Ou ainda, aquilo que é sofrimento para alguém, pode ser prazer para outro e vice-versa. Um acontecimento, como algo capaz de provocar um espanto, em um determinado momento pode significar sofrimento; em outro, pode ser vivenciado como satisfação. Resta ainda lembrar que no sofrimento é possível encontrar uma mesclagem de prazer e dor, simultaneamente. Assim, essa condição básica do ser no mundo não pode ser definida apenas a partir do acontecimento. O sofrimento depende da significação que assume no tempo e no espaço, bem como no corpo que ele toca produzindo efeitos.

Dalmolin (2006) também afirma que as pessoas têm conceitos próprios sobre o sofrimento psíquico e ressignificam esses conceitos a partir do seu lugar, dos seus sistemas simbólicos, de sua cultura. A experiência dessa situação de vida é constituída de múltiplos sentidos, que ora são antagônicos, ora complementares, colocando as

pessoas diante de várias possibilidades de compreensão, bem como de maneiras distintas de superação do sofrimento.

A respeito dos discursos sobre a experiência de crise (Figura 3) pude notar que os usuários se sentiram muito incomodados com a questão de se perceberem “desajustados”, como se estivessem perdendo o controle sobre as suas vidas, inundados pela sensação de que iriam “enlouquecer” (U11), “pirar” (U4), tendo “piripagues” (U5), “escutando vozes” (U4 e U13), “quebrando” as coisas (U2), até descobrirem que estavam com “problema mental” (U1) e alguns serem internados. A situação de crise narrada pelos usuários traduz um momento de extrema fragilidade, dependência, mal-estar e incapacidade de lidar com os desafios da vida. Além disso, há todo um estigma e preconceito envolvendo a questão da manifestação da crise, pois o rótulo, a etiqueta afixada na pessoa, deixa marcas difíceis de serem esquecidas.

Nesse sentido, para Rabelo et al (1999), os significados associados à experiência da doença são construções culturais herdadas e utilizadas em situações de aflição. Desta premissa, depreendem-se importantes implicações pragmáticas. Em primeiro lugar, as expectativas que uma sociedade ou grupo nutrem sobre o comportamento dos doentes refletem-se sobre a maneira pela qual a doença é expressa. Em outras palavras, os indivíduos tendem a expressar situações de mal-estar por meio de formas aceitáveis e significativas para a própria cultura. Em segundo lugar, a decisão de procurar certas formas de tratamento e as maneiras como os sujeitos vão se comportar em relação ao tratamento e avaliarão os seus resultados dependem, em grande medida, dos significados culturais e expectativas associadas à experiência da doença.

Para concluir, gostaria de abordar ainda algumas questões de ordem mais reflexiva a cerca de como a nossa sociedade tem abordado a questão do sofrimento e do adoecimento, uma vez que nossos comportamentos estão cada vez mais sendo objetos de “patologização” e medicalização, na tentativa de nos transformar em corpos “dóceis” e produtivos a serviço de uma lógica capitalista perversa.

Brant e Minayo (2004) afirmam que na atualidade, parece existir uma tendência de banir o sofrimento do mundo e desconsiderá-lo uma dimensão contingente à vida. Dar visibilidade ao processo de transformação do sofrimento em adoecimento se faz importante à medida que ele explicita a existência de situações políticas (dominação e resistência), de gozo (mesclagem de prazer e dor) e econômicas (prescrição e consumo abusivos de medicalização). É possível observar, o quanto a tristeza é imediatamente, nomeada como depressão e o medo, como paranóia, apenas para citar alguns exemplos.

Esse adoecimento não se faz sem consequências, uma vez que ele discrimina, estigmatiza e exclui. O que abre espaço para a medicalização das manifestações do sofrimento através da prescrição indiscriminada, principalmente, de antidepressivos e ansiolíticos. Portanto, evidenciar a transformação do sofrimento em adoecimento significa criticar esse conjunto de práticas que permite a enunciação de determinadas doenças.

Os próprios usuários ratificam essa lógica de pensar no sofrimento como uma forma de adoecimento, uma vez que em seus relatos afirmam precisar de tratamentos e de remédios para conseguir amenizar seus sofrimentos, mesmo que sejam decorrentes de situações pela qual a maioria das pessoas sofreria. Agora o principal questionamento seria até que ponto esse sofrimento estaria sendo transformando em adoecimento para atender a uma demanda da indústria farmacêutica, pela qual a fabricação de sintomas produz novas patologias e por consequência criam novos consumidores de medicações.

Sandra Caponi (2012) traz no bojo de suas discussões uma crítica à medicalização psicofarmacológica do mal-estar no mundo atual. É contra a ideia da lógica das “delícias” de se desfrutar do uso de tranquilizantes como “antídotos” diante dos muitos estresses da vida cotidiana contemporânea, ou seja, é contra a “patologização da normalidade”. Segundo a autora (2012, p. 15), nos últimos trinta anos, reforçou-se uma tendência das sociedades modernas a pensar todos os seus conflitos e dificuldades em termos médicos, mais precisamente psiquiátricos:

Crianças desatentas ou inquietas, que demandariam um cuidado especial de seus professores e familiares, passam a ser diagnosticados com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Mulheres vítimas de violência familiar ou de assédio moral no trabalho são diagnosticadas como depressivas. Pessoas que vivem em situações de precariedade laboral e que convivem com a ameaça permanente de desemprego recebem o diagnóstico de transtorno de ansiedade. Anomalias menores, como a insônia ou hipersonia, passam a ser vistas como indicadores ou anunciadores de graves patologias psiquiátricas que devem ser prevenidas para evitar que se transformem em problemas psiquiátricos irreversíveis.

Ainda de acordo com a autora, evitar que as patologias mentais se cronifiquem parece ser o argumento maior para se intervir nos pequenos desvios de conduta, de tal modo que seria possível multiplicar a lista de problemas que se transformaram em objeto de intervenção psiquiátrica até incluir a quase totalidade dos assuntos humanos. Em muitos casos, esses problemas receberão explicações biológicas, como déficit nos neurotransmissores ou problemas hereditários, sendo a indicação terapêutica predominante a prescrição de medicamentos psicotrópicos.

Certamente, a proliferação de diagnósticos psiquiátricos se legitima com a publicação do terceiro *Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais*, o DSM III, em 1980, reforçando-se essa legitimidade em suas edições posteriores. Observamos hoje um movimento de medicalização do social e da vida, de modo que os critérios diagnósticos dos manuais de diagnósticos psiquiátricos buscam descrever os quadros nosográficos, mas essas classificações acabam sendo tão amplas que quase todos os sujeitos podem ser diagnosticados com alguma psicopatologia.

Alguns usuários citam os seus diagnósticos como uma forma de classificar, de rotular, de etiquetar, de enquadrar seus comportamentos em uma categoria que dá legitimidade ao seu processo de adoecimento. Falas do tipo “tenho transtorno bipolar” (U1), “seria uma esquizofrenia” (U9), “deu uma depressão” (U7, U13), “comecei a ter problema de distúrbio de pânico” (U5) são exemplos de que os usuários incorporam esses diagnósticos em suas vidas, como se fizessem parte de suas identidades. E para cada diagnóstico incorporado, há inserção de uma gama de medicamentos em suas dietas rotineiras, como se fosse mais uma refeição a ser realizada no dia a dia.

Para Santos et al (2012), o medicamento pode ser visto pelo sujeito como uma prótese, uma muleta em que o sujeito se apóia, pois aceita o uso exclusivo do psicofármaco como meio de produção de saúde, dentro da lógica de doença-cura. O sujeito busca e facilmente aceita esse diagnóstico, esse rótulo, já que dessa maneira consegue inscrever em uma categoria psiquiátrica aquele mal-estar que é tão desconhecido a ele. Conformando a sua angústia, no sentido de dar uma forma, esse sujeito tem um conforto, entretanto esse momento não deve ser visto como o ponto de chegada do cuidado e sim de partida. A moldura, que é o diagnóstico, tenta enquadrar a subjetividade em uma categoria de forma pouco refinada, porque esse mapeamento excluiria relevos subjetivos importantes.

Caponi (2012) afirma que limitar nossos sofrimentos decorrentes de problemas sociais a explicações neurológicas ou hereditárias contribuirá para obscurecer os problemas concretos que, em muitos casos, provocaram os sofrimentos. Essas explicações reducionistas levarão a minimizar nossa capacidade de refletir sobre nós mesmos e restringirão as possibilidades de criar estratégias efetivas para dar resposta a nossos problemas.

Deste modo, é necessário construir novas formas de se relacionar, viver e conviver com a experiência do adoecimento, substituindo uma visão de tratamento em Saúde Mental normativa que se traduza na eliminação da doença mental, por uma

definição de cuidado em saúde que coloque a doença entre parênteses para que apareça o sujeito (BASAGLIA, 1985), procurando instrumentalizar o sujeito, dando possibilidade de superar o sofrimento.

Interessante a observação que Santos et al (2012) fazem acerca do processo de patologização da vida, uma vez que o humano, na sua complexidade, está comprimido nas classificações sintomáticas dos manuais de psiquiatria, distante do suposto ideal de normalidade pregado pela psiquiatria, pois tamanha é a amplitude das categorias psiquiátricas que é possível que o humano esteja mais próximo dos transtornos do que do suposto ideal de normalidade preconizado.

Neste eixo temático, denominado processo saúde e doença, analisei por meio dos discursos, como a experiência do adoecer foi vivenciada pelos usuários, onde pude delinear três núcleos comuns presentes nos relatos, a saber: discursos sobre sintomas orgânicos e psíquicos; discursos sobre o sofrimento psíquico intenso e discursos sobre a experiência de crise. Por fim, realizei uma abordagem reflexiva acerca da questão da “patologização” e medicalização da vida, presente na narrativa dos usuários no que se refere ao processo saúde e doença.

Os usuários, ao narrarem suas histórias de vida, suas experiências, seus sofrimentos, acabaram trazendo à tona muito mais elementos do que se esperava captar nesta pesquisa, elementos estes que poderiam fazer parte de outros estudos, de outras pesquisas. Foi possível perceber semelhanças e diferenças nos repertórios linguísticos dos usuários, pela qual nas diferenças puderam expressar suas subjetividades, suas singularidades, seus modos únicos de ser e de estar no mundo, e nas semelhanças puderam expressar o que há de comum na experiência e no sentido dado ao processo de adoecimento.

Compartilharam muitas experiências íntimas, principalmente porque foi possível estabelecer certo vínculo de confiança com os usuários, uma vez que a aproximação com os entrevistados se deu nos vários espaços do CAPS, onde pude participar junto com os mesmos das diversas atividades de grupo, das oficinas terapêuticas e de reuniões como da Assembleia Geral e do Conselho Gestor.

Durante as entrevistas, tentei deixar fluir as histórias de vida dos usuários, respeitando o tempo e a forma de cada um se expressar, considerando que os mesmos estavam entrando em contato com aspectos que lhes causavam sofrimento psíquico.

A palavra “sofrimento” permeou os três núcleos abordados neste eixo, explicitados por meio dos sintomas orgânicos, dos sintomas psíquicos, e por meio das

crises, vivenciados no processo de adoecimento. A forma de sentir e de lidar com esse sofrimento, fez com que cada sujeito procurasse os recursos que estivessem ao seu alcance, para amenizar os efeitos negativos decorrentes dessa situação. Desta forma, a seguir apresentarei o eixo temático Itinerário Terapêutico, pela qual explicitarei os caminhos percorridos pelos usuários na busca de resolver seus dilemas relacionados ao processo de adoecimento.

4.2- EIXO TEMÁTICO: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

No eixo anterior, trabalhei questões relacionadas ao processo saúde e doença, pela qual os usuários puderam expressar o sentido do adoecimento, a partir dos acontecimentos e experiências ocorridas em suas vidas. Ao identificar que estavam em processo de adoecimento, os usuários procuraram diversas alternativas para superar os desafios enfrentados por causa da doença. E é nesse sentido, que apresentarei neste capítulo as estratégias e soluções tomadas pelos mesmos na busca de cuidados e resolução de seus problemas de saúde.

Com o propósito de compreender os múltiplos fatores presentes nas dinâmicas cotidianas, escolhi o itinerário terapêutico como recurso metodológico para conhecer os caminhos percorridos pelos usuários em situação de adoecimento, entendendo que o mesmo possibilita a compreensão do enfrentamento das questões de saúde e doença, que se modelam a partir do contexto em que os indivíduos vivem, bem como dos aspectos econômicos, sociais e culturais que organizam a vida coletiva e a vida biológica, resultantes de um espaço de ação e interação social (GERHARDT, 2007). É nesse cenário que as pessoas estabelecem relações de apoio, configurando redes sociais, as quais direcionam as práticas terapêuticas e auxiliam no enfrentamento de situações cotidianas (GERHARDT et. al, 2009).

Para efeitos dessa pesquisa, entende-se por itinerários terapêuticos as diferentes práticas em saúde e os caminhos percorridos pelos usuários em busca de cuidado, nos quais se desenham múltiplas trajetórias (assistenciais ou não, incluindo diferentes sistemas de cuidado), em função das necessidades de saúde, das disponibilidades de recursos sociais existentes – sob a forma de redes sociais formais e informais – e da resolutividade obtida. Destaca-se que as redes informais são constituídas por relações que não se estabelecem por instituições, mas por dispositivos sociais, como a posição e papel social na comunidade/sociedade. Já por redes formais, compreende-se que as relações são estabelecidas em função da posição e do papel social na instituição (GERHARDT et. al, 2009).

Assim, de acordo Gerhardt et. al (2009), o itinerário terapêutico se constitui em uma prática avaliativa centrada no usuário capaz de revelar a complexidade das dinâmicas cotidianas nas quais os indivíduos se inserem. A partir do conhecimento dos itinerários terapêuticos pode-se analisar as múltiplas redes tecidas pelo sujeito evidenciando o modo como são estabelecidas e construídas as relações sociais, quais

seus sentidos e significados. Ao mesmo tempo, e complementarmente, a análise das redes sociais permite desvendar as lógicas, possibilidades e escolhas mobilizadas ao longo dos itinerários terapêuticos.

Ferreira e Silva (2012) apontam que as primeiras discussões sobre itinerários terapêuticos tiveram início através de estudos socioantropológicos na década de 60 do século passado. Estes buscavam, de forma pragmática, compreender como os indivíduos orientavam suas escolhas de tratamento de saúde. A partir dos estudos de Mechanic e Volkart, Geertz e Kleinman (apud FERREIRA e SILVA, 2012) iniciou-se uma investigação mais apurada sobre como as pessoas e as sociedades elaboravam diferentes concepções médicas sobre causas, sintomas, diagnósticos e tratamentos das doenças, assim como as maneiras de busca de resoluções de seus padecimentos e maneiras de se comportarem nesses momentos.

Com a finalidade de identificar como os indivíduos pensam sobre o cuidado à saúde, suas opiniões, decisões, expectativas e avaliações, Kleinman (apud FUNDATO et. al, 2012) propôs um modelo conceitual denominado sistema de cuidado à saúde. O sistema de cuidado à saúde compreende três subsistemas: familiar, popular e profissional. O subsistema familiar é composto pela cultura popular, pelo senso comum. Participam dele o indivíduo e suas redes sociais (família e amigos); o subsistema profissional abrange os profissionais da área da saúde que são reconhecidos por lei, com embasamento científico e aprendizado formal; o subsistema popular é constituído por especialistas que não possuem reconhecimento legal, porém são reconhecidos pela sociedade. Servem de exemplo: benzedeiros, pastores, pais de santo. Essas pessoas para prestarem o cuidado podem utilizar recursos, tais como: ervas, chás, rituais de cura, entre outros. Nesse sentido as pessoas e suas famílias buscam atenção à saúde nestes três subsistemas, sem, necessariamente, seguir um mesmo sentido de percurso ou hierarquia (FUNDATO et. al, 2012).

Os discursos dos usuários que representam a questão dos itinerários terapêuticos neste estudo foram captados através das seguintes perguntas: 1) O que você fez desde que o problema começou? 2) Qual o itinerário que você fez até chegar no CAPS? Foi fácil, a partir de sua demanda, ser encaminhado para o CAPS? 3) Quem você procura quando não está bem?

Nesse caso, os usuários puderam descrever os caminhos pelos quais passaram até chegarem a ser atendidos no CAPS Renascer, seja através da rede de serviços de saúde (pública e privada), seja através de outros recursos que porventura tenham

escolhido para amenizar os sofrimentos ocasionados pelo adoecimento, como ajuda espiritual e religiosa, por exemplo.

Começar a análise das entrevistas pelo eixo processo saúde e doença foi muito importante, tendo em vista que o significado e o sentido dado ao processo de adoecimento estão totalmente entrelaçados com as formas e estratégias adotadas pelos usuários na busca de solução para seus problemas de saúde.

Dalmolin (2006), afirma que o sujeito é uma unidade complexa, que tem tramas muito singulares, construídas de redes sociais, afetivas, institucionais, que lhe possibilitam circulações diferentes, sendo passíveis de viver o caos e a reorganização, a ruptura e as conexões, a existência-sofrimento e a saúde em processo de interação e retroação contínuas.

Fiz questão de apresentar os itinerários terapêuticos de todos os usuários entrevistados, a partir de figuras ilustrativas que pudessem representar a trajetória percorrida pelos mesmos, primeiramente pela rede assistencial de saúde, e posteriormente na utilização de outros recursos. As figuras de 1 a 6 traçam o percurso que denominei de trajetória assistencial, descrevendo os principais itinerários percorridos pelos usuários na rede assistencial de saúde, especialmente a rede pública, até chegarem a ser atendidos pelo CAPS Renascer. Na figura 7, apresento os discursos referentes ao componente que denominei Religiosidade e Saúde Mental, pela qual os usuários explicitam suas trajetórias pela busca de alívio para seus sofrimentos, bem como explicação e solução para os problemas de saúde por meio da religião. Já na figura 8, exibirei os discursos dos usuários referentes à busca por cuidado quando os mesmos não estão se sentindo bem, considerando o processo de adoecimento.

Para iniciar a discussão sobre os itinerários terapêuticos, analisarei as trajetórias percorridas pelos usuários (figuras de 1 a 6), a partir dos repertórios linguísticos extraídos dos discursos dos usuários expressos por uma linha narrativa, na qual utilizei algumas figuras ilustrativas que representam as unidades de saúde frequentadas pelos usuários, conforme demonstração abaixo:



Representa os hospitais



Representa clínica particular e os atendimentos médicos particulares



Representa os CAPS



UBS
Unidade básica de Saúde

Representa as UBS



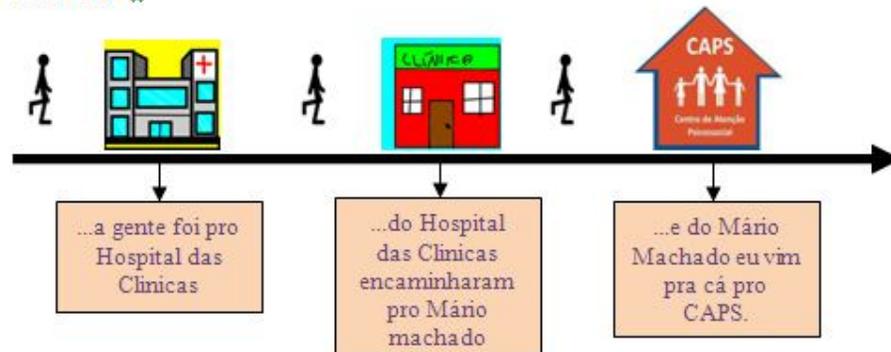
Representa os usuários



Representa a trajetória dos usuários

FIGURA 1: TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL – USUÁRIOS 1 E 2

USUÁRIO 1



USUÁRIO 2

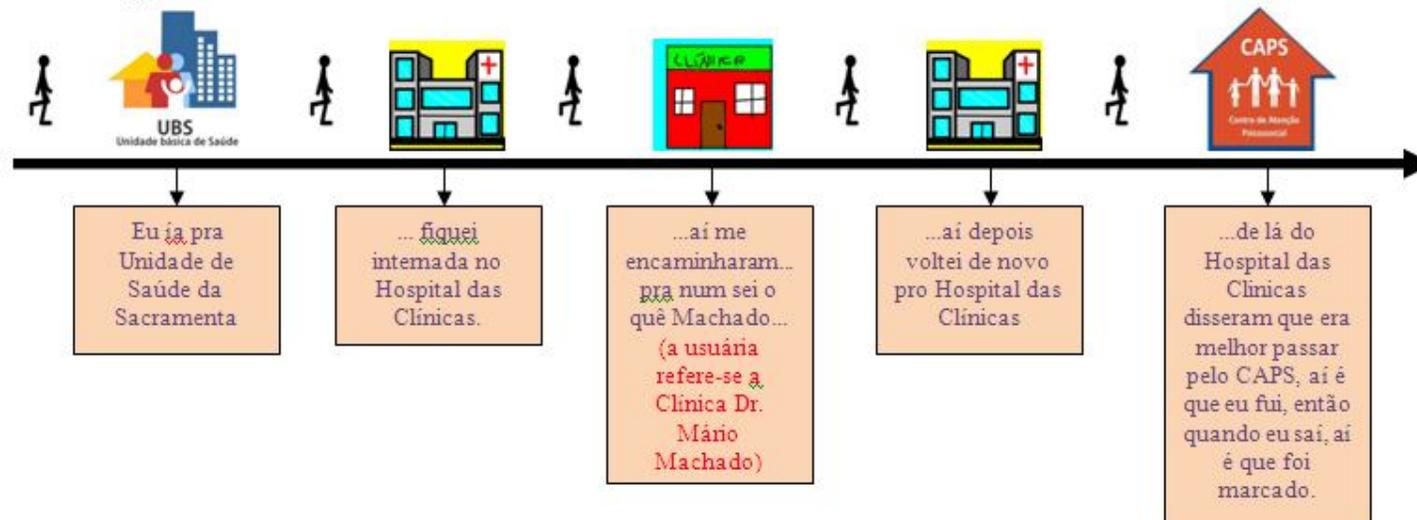
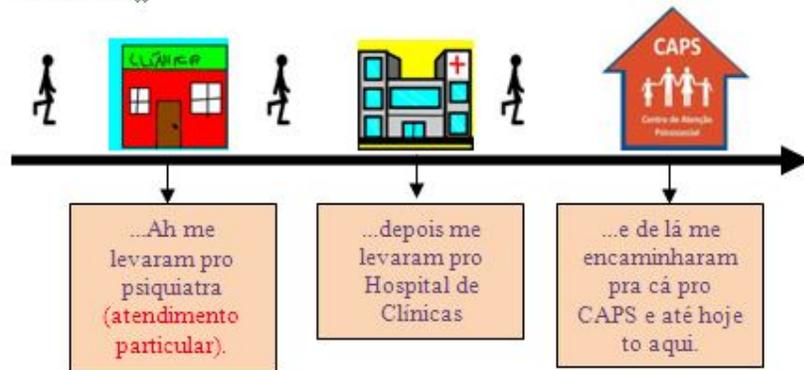


FIGURA 2: TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL – USUÁRIOS 3 E 4

USUÁRIO 3



USUÁRIO 4

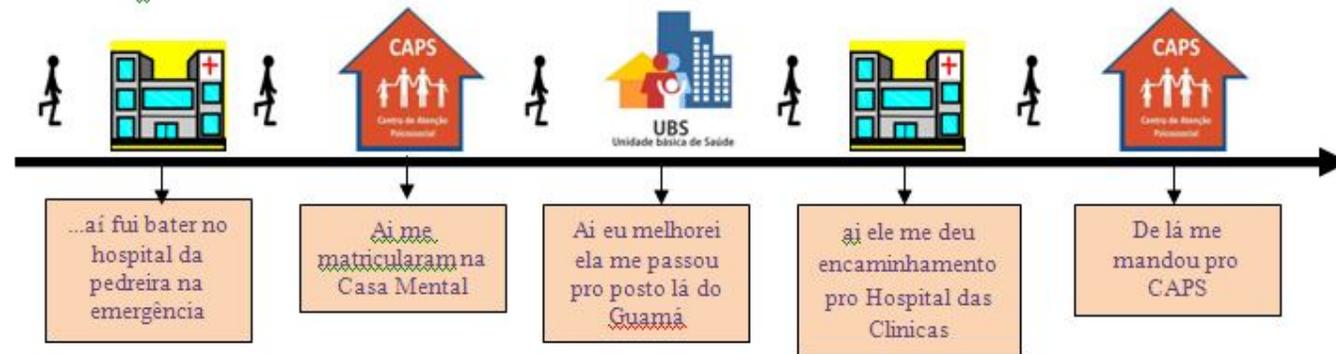


FIGURA 3: TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL – USUÁRIOS 5, 6 E 7

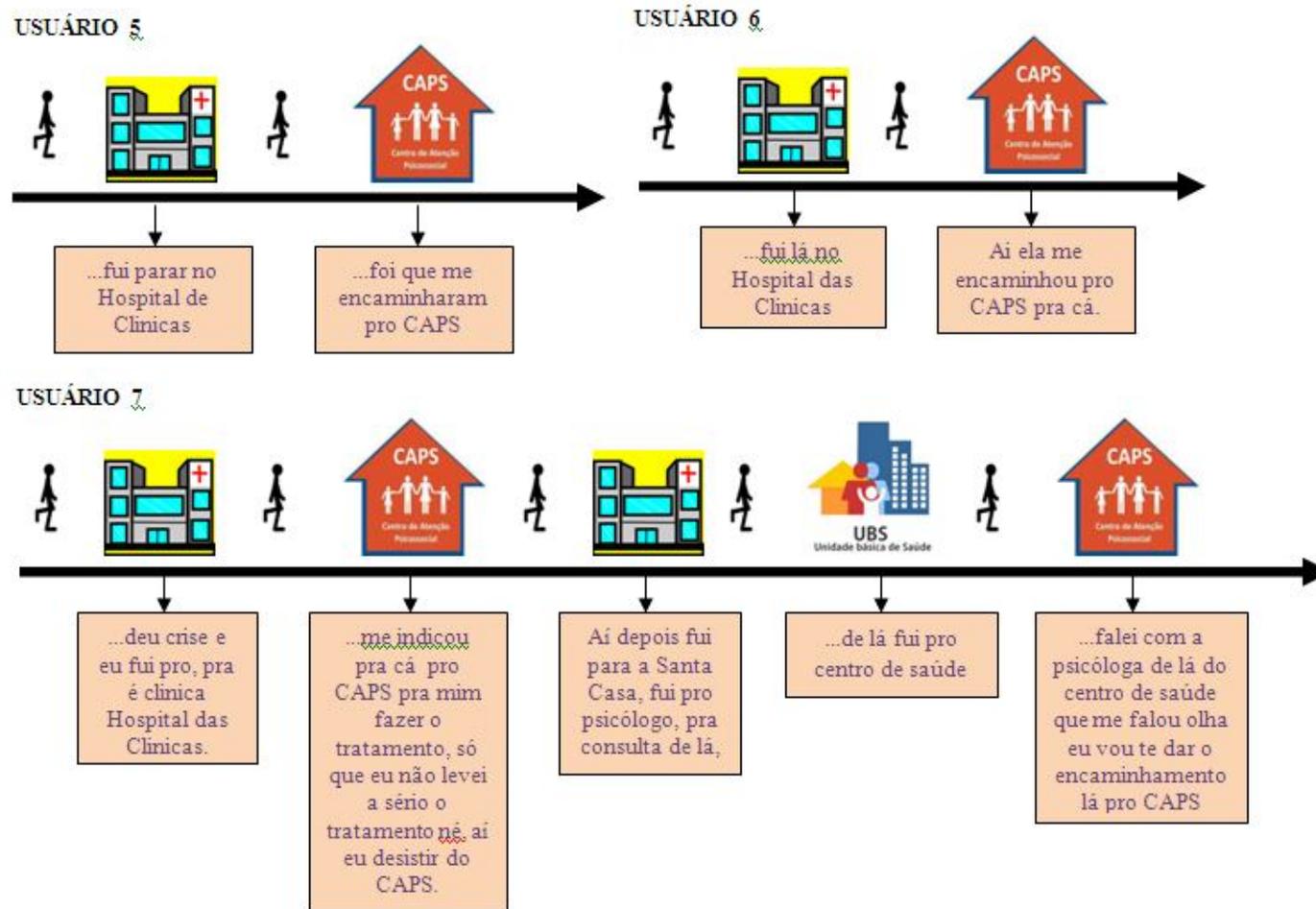
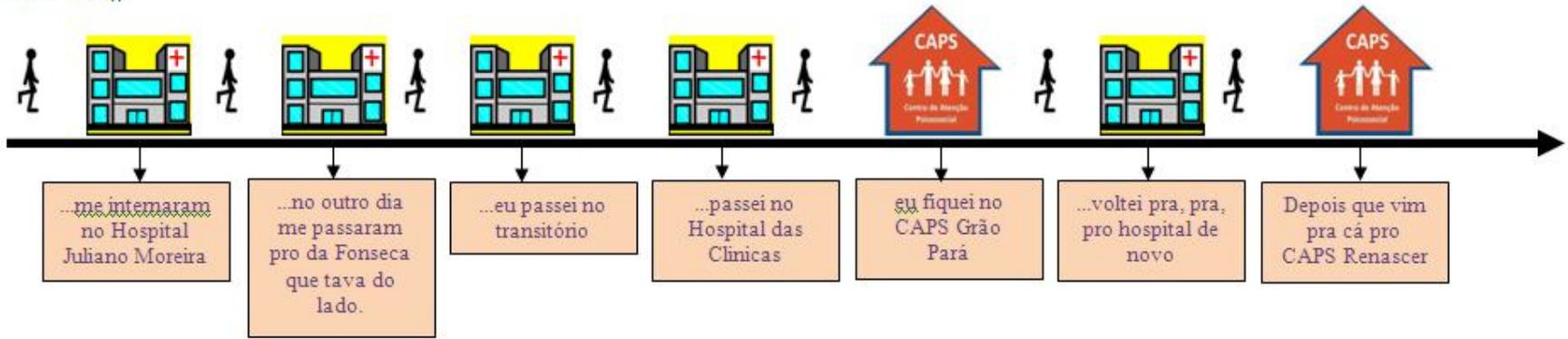


FIGURA 4: TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL – USUÁRIOS 8 E 9

USUÁRIO 8



USUÁRIO 9

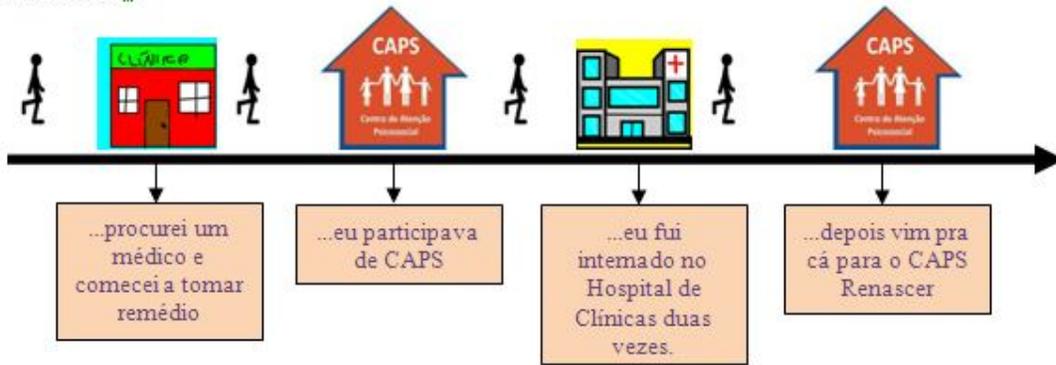
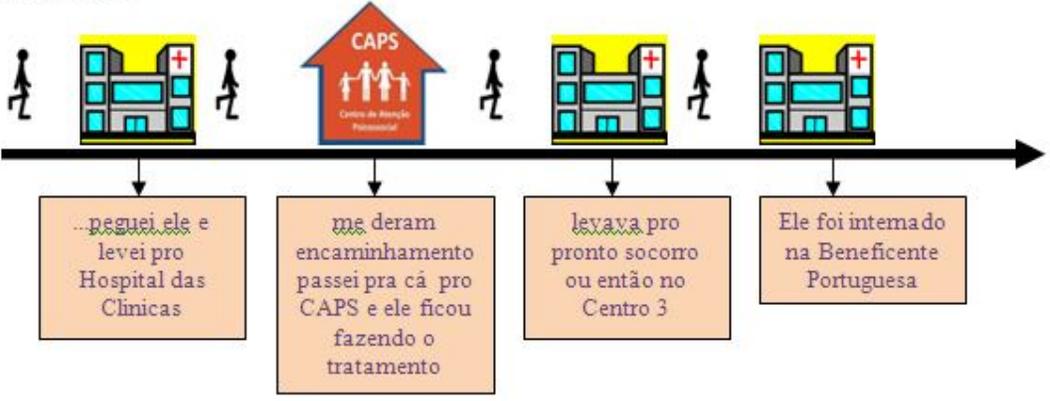
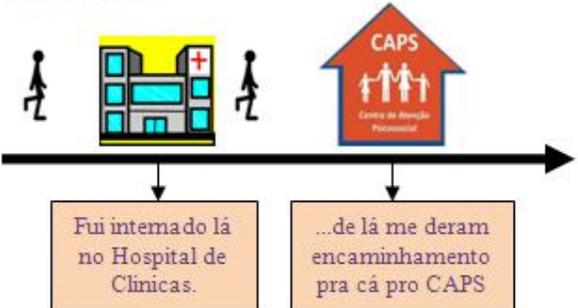


FIGURA 5: TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL – USUÁRIOS 10, 11 E 12

USUÁRIO 10



USUÁRIO 11

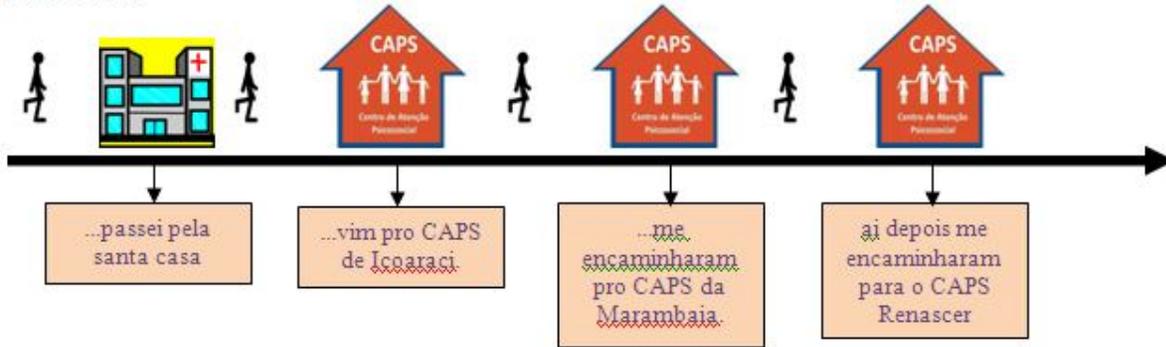


USUÁRIO 12

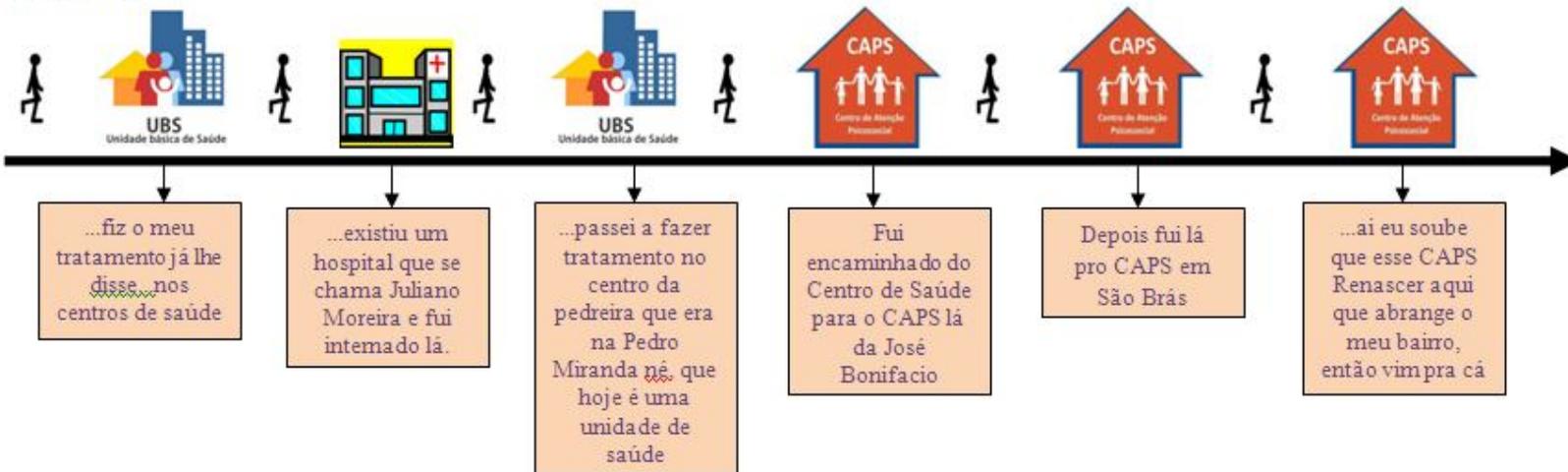


FIGURA 6: TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL – USUÁRIOS 13 E 14

USUÁRIO 13



USUÁRIO 14



4.2.1- TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL

Os usuários, enquanto narram as suas trajetórias pela busca de cuidado e solução para seus problemas de saúde, descrevem as facilidades e as dificuldades que enfrentaram ao longo do caminho, relatam inclusive como se sentiram e como reagiram perante os desafios encontrados.

Por trajetória, Dalmolin (2006) entende como expressões da produção subjetiva que possibilitam ao sujeito experienciar diferentes maneiras de perceber o mundo e de se articular com ele. Ressalta nas trajetórias a noção de que a subjetividade está sempre em movimento, por meio das diversas maneiras pelas quais os sujeitos e as coletividades se constituem e são constituídos e cujos sentidos têm de ser descobertos nos contextos em que são produzidos.

Para alguns o caminho foi mais longo e penoso do que para outros, que tiveram a resolução para seus problemas de forma mais rápida e efetiva. Para isso, contaram com a ajuda de pessoas próximas ao seu convívio, como a família, os amigos, colegas de trabalho, vizinhos e os próprios profissionais de saúde. Ao mesmo tempo, essas próprias pessoas, em determinado contexto, também desempenharam um papel negativo em suas trajetórias dificultando o acesso aos serviços de saúde e a outros recursos.

Alguns usuários recorreram aos serviços particulares de saúde, especialmente as consultas com médico psiquiatra em um primeiro momento, e depois procuraram os serviços de saúde da rede pública. O atendimento médico particular se deu em momentos pontuais, em que alguns usuários para amenizarem os sintomas decorrentes do processo de adoecimento, recorreram à consulta particular com médico psiquiatra para serem medicados. Não foi explicitado pelos usuários, qualquer outro tipo de especialidade médica ou profissional de saúde que tenham recorrido durante esse processo. Ressaltaram também que mesmo após estarem sendo atendidos no CAPS Renascer, precisaram, em determinados momentos, recorrer à consulta particular com médico psiquiatra, considerando que encontraram dificuldades em receber atendimento com profissional médico da equipe do referido CAPS, tendo em vista a necessidade de receita para aquisição da medicação. Apontaram que o número de profissional médico do CAPS Renascer é insuficiente para atender a demanda de todos os usuários, ficando prejudicado o tratamento integral dos mesmos.

Ferla (2010) aponta que o uso combinado dos serviços públicos e da assistência suplementar aparece no cuidado à saúde mental, assim como o acesso a serviços e

tecnologias de diferentes naturezas. Diversos arranjos se estabelecem no cotidiano assistencial dos usuários quando procuram superar lacunas do acesso e da integralidade da atenção através de suas próprias escolhas, caminhos ou estratégias. O que reforça estudos que apontam a não existência de linhas de cuidado, de fluxos estabelecidos pelos serviços de saúde, deixando muitas vezes a busca do cuidado na responsabilidade do próprio usuário ou de alguém que vivenciou situação semelhante. O protagonismo do usuário, necessário muitas vezes para viabilizar o acesso ao cuidado e não apenas para configurar estéticas de cuidado mais adequadas, aparece como categoria empírica na análise dos percursos terapêuticos.

O contato com a rede pública de saúde se deu, na maioria dos casos, a partir do contato com a internação na Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna – FHCGV, especialmente nos momentos de crise.

A Fundação Pública Estadual de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV), de acordo com seu Plano Operativo Anual – POA/ 2012, é uma instituição hospitalar de média e alta complexidade, com 100% de atendimento pelo SUS. É referência em psiquiatria, cardiologia, nefrologia e gestação de alto risco. Possui serviços de Emergência Psiquiátrica, Emergência Cardiológica, Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal, Pediátrica, Adulto e Coronariana. No caso dos itinerários terapêuticos explicitados pelos usuários, cabe ressaltar que os serviços procurados na FHCGV foram os serviços de assistência integral aos portadores de transtornos mentais que abrange a triagem, emergência, internação e ambulatório, atendendo a demanda do Estado todo.

Antes mesmo de entrarem em crise, alguns usuários, ao reconhecerem que estavam em processo de adoecimento, já haviam procurado outros tipos de recursos terapêuticos, como os relacionados à religião, aspecto que comentarei com mais detalhe na figura 7. Dos 14 usuários entrevistados, 12 foram internados na FHCGV, identificado pelos mesmos como Hospital de Clínicas. Alguns passaram pela emergência do FHCGV, sendo internados mais de uma vez (no caso dos usuários U2, U8 e U9), e outros apenas foram atendidos no ambulatório, sendo medicados e encaminhados para outros serviços da rede, como o próprio CAPS Renascer. De forma geral, os usuários passaram pela experiência de serem atendidos e alguns internados no FHCGV por meio do auxílio da família ou de amigos, que após presenciarem momentos de crise dos mesmos, acabaram por optar em levar os usuários para o atendimento no referido hospital, considerando ser referência em assistência psiquiátrica do Estado.

Dalmolin (2006) afirma que os hospitais gerais são a “porta de entrada” mais procurada pelos familiares que lançam mão deste tipo de recurso, depois de terem recorrido a vários outros mecanismos informais e comunitários, como conselhos, rezas, bênçãos, chás calmantes e a presença mais sistemática de familiares e vizinhos junto à pessoa que sofre. Somente quando se percebe desorganização subjetiva extrema e sofrimento psíquico e quando esses mecanismos se mostram inviáveis, fazendo-os perder o “controle” sobre a situação, é que se inicia a busca pelo serviço de saúde. No hospital geral, na emergência, o usuário é medicado e, geralmente, referenciado para outra unidade da rede. Então, de forma geral, os sujeitos são “batizados” no mundo psiquiátrico, tendo a internação como a principal, senão a única, alternativa para conter uma situação de crise. Então é possível afirmar que, na primeira internação, a procura dos serviços deu-se em um momento marcado pela gravidade, em que havia necessidade de cuidados intensivos, pois o adiamento de uma intervenção dessa natureza acarretaria risco ao usuário.

Após serem “batizados” no mundo psiquiátrico, expressão utilizada por Dalmolin (2006), os usuários passaram a recorrer aos vários serviços disponibilizados pela rede assistencial de saúde (pública ou privada), com o objetivo de atender suas necessidades. Alguns usuários foram encaminhados de uma unidade de saúde para outra, outros tomaram a iniciativa de procurar por conta própria alguma unidade de saúde que melhor os atendesse. Alguns nem tiveram a opção de ser encaminhados ou mesmo tido a oportunidade de conhecer outros serviços, pois entraram em crise por falta de um cuidado adequado e acabaram sendo internados novamente na FHCGV ou na clínica particular Doutor Mario Machado.

A Clínica Doutor Mario Machado, hospital particular especializado em psiquiatria, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, foi uma unidade de saúde citada por dois usuários (U1 e U2 – figura 1), entretanto cabe esclarecer que os usuários foram encaminhados pela FHCGV para a referida clínica, considerando que não havia leitos disponíveis para atender esses usuários no momento de crise. Nesse sentido, foi ressaltado que os leitos ocupados na Clínica Doutor Mario Machado corresponderam a uma demanda encaminhada pelo SUS, provavelmente fruto de uma negociação entre a esfera pública e privada, como medida complementar e emergencial.

Como havia afirmado anteriormente, alguns usuários percorreram um caminho pela rede assistencial mais longo do que outros até chegarem a ser atendidos no CAPS

Renascer, porém, os que percorreram um caminho mais curto não significa que tiveram suas necessidades atendidas mais rápido. Os usuários U5, U6 (Figura 3) e U11 (Figura 6), passaram primeiramente pelo atendimento na FHCGV e posteriormente foram encaminhados diretamente para o CAPS Renascer, configurando uma trajetória menor em comparação aos demais. Os usuários U2 (Figura 1), U4 (Figura 2), U7 (Figura 3), U8 (Figura 4), U12 (Figura 5) e U14 (Figura 6) passaram por no mínimo quatro locais de assistência à saúde até chegarem ao CAPS Renascer e, com exceção do U14, todos passara pela FHCGV.

Ressalto que os usuários de idade superior a 60 anos explicitaram uma trajetória um pouco mais longa que os demais, dentre eles destaco os usuários U8 (Figura 4) e U14 (Figura 6) que passaram pelo Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, já citado no primeiro capítulo dessa dissertação.

Cinco usuários (U2, U4, U7, U12 e U14) passaram por Unidades Básicas de Saúde, seis usuários passaram por outros CAPS antes de serem atendidos pelo CAPS Renascer (U4, U6, U7, U9, U13 e U14) e cinco usuários passaram por outros hospitais públicos além da FHCGV (U4, U7, U10, U12 e U13).

Para uma melhor visualização, segue abaixo, quadro com o resumo das principais unidades explicitadas pelos usuários durante suas trajetórias percorridas pela rede pública de saúde.

Quadro 8: Unidades de Saúde da Rede Pública frequentados pelos usuários

UNIDADES DE SAÚDE DA REDE PÚBLICA					
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO JULIANO MOREIRA	UBS	OUTROS CAPS	FHCGV	OUTROS HOSPITAIS PÚBLICOS	CLÍNICA DOUTOR MARIO MACHADO*
02 usuários	05 usuários	06 usuários	12 usuários	05 usuários	02 usuários

* Apesar de ser uma unidade de saúde particular, o leito foi disponibilizado para atender demanda do SUS.

A partir das trajetórias narradas pelos usuários, é possível concluir que os itinerários terapêuticos são histórias, cada uma delas com seus enredos, personagens e desfechos próprios, pois não há homogeneidade nas experiências sobre o processo saúde e doença explicitadas pelos usuários. Para Pereira (2008) os itinerários terapêuticos são fenômenos que ocorrem num determinado período de tempo e que

sempre envolvem inicialmente a identificação de um problema que carece de solução, posteriormente os processos de tentativas (fracassados ou exitosos) de solução deste problema e, finalmente, uma possível eliminação do problema.

De acordo com Pereira (2008), diante do imperativo de se fazer algo acerca da doença que a acomete, o que a pessoa faz é buscar tratamento médico nos serviços de saúde. A partir daí se impõe a questão de como conseguir o atendimento adequado, se possível. O tratamento é visto como algo que ela não possui e que deve, para seu próprio bem conseguir. Assim, as idas às instituições de saúde têm início quando a pessoa entende que, estando doente, precisa ser analisada por um profissional. Conseguir tratamento implica, para estas pessoas, na entrada em uma jornada que pode ser mais ou menos longa, mais ou menos danosa, mais ou menos exitosa, dependendo de inúmeros fatores.

Para Dalmolin (2006), esses cenários são geradores de busca de alternativas institucionais, no sentido de que as pessoas possam reaver o domínio sobre suas vidas, pois a existência-sofrimento leva a que os familiares envolvidos também se encontrem sorvidos pela “rupturas” vividas pelo familiar, ou seja, o fato de se apresentarem comportamentos absolutamente estranhos e dolorosos, desestruturam as formas habituais de a família lidar com os seus parentes, deixando-a em desespero e impotente ante a situação. Diante da necessidade de socorro, a família parte em busca de apoio para compartilhar e aliviar seu próprio sofrimento e o do seu parente afetado, tempo em que se trava uma batalha individual e solitária.

Ainda segundo Dalmolin (2006), a constatação de uma situação não mais contornável no âmbito doméstico desencadeia um conjunto de experiências marcadas por intervenções “de passagem” e, geralmente, pouco acolhedoras para um sujeito que se encontra fragilizado psicologicamente. O primeiro estágio dessa “passagem” pode ser o ambulatório de referência do bairro, que exerce a função tipicamente emblemática no cumprimento hierárquico do sistema de saúde. Em seguida vem a “passagem” pelos postos de emergência dos hospitais da cidade. Geralmente, o mais procurado é a emergência dos hospitais, que após detectar o caráter “psiquiátrico” do caso, e em não havendo outras intercorrências que caracterizem o risco iminente de perder a vida, faz a triagem para os outros serviços da rede, sob a alegação de que um tratamento clínico como merece o caso não necessita de todo o aparato tecnológico disponível no serviço de emergência, o qual deve ser reservado aos atendimentos mais graves.

Como ressaltado pelos usuários, a busca pela solução de seus problemas de saúde, bem como a busca pelo tratamento mais adequado a sua condição, levou os mesmos a percorrerem diversos caminhos, levou-os ainda a conhecer várias unidades de saúde, experimentando diversos tipos de tratamento e cuidados, nem sempre atendendo a lógica do fluxo de atendimento estabelecido no âmbito do SUS. Ferreira e Silva (2012) afirmam que apesar de existirem protocolos e fluxogramas de atendimentos bem estabelecidos pela rede assistencial, os indivíduos desenham através de suas escolhas – emolduradas pelas suas próprias necessidades, concepções, estigmas e determinantes sociais – os seus próprios caminhos singulares que definem diferentes modos de trilhar o sistema oficial.

4.2.2- O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Os usuários também trouxeram em seus discursos, os itinerários terapêuticos relacionados à busca por tratamento de outros tipos de problemas de saúde, além dos voltados à assistência à saúde mental. Discorreram sobre as facilidades e dificuldades de acesso aos serviços de saúde, bem como ressaltaram como se deram as práticas de cuidado em saúde no cotidiano dos serviços. Segundo Benedetto Saraceno (2001), o conceito de acessibilidade é sistematizado através da geografia (local, fluxo viário, barreiras físicas); turnos de funcionamento (serviço único ou integrado) e menu de programas (assistência, reinserção, lazer, hospitalidade e trabalho). Assim, estes serviços devem se inserir em uma determinada cultura, em território definido, com seus problemas e suas potencialidades, arena onde as crises devem ser enfrentadas, resultado que são, geralmente de fatores do indivíduo, de sua família, eventualmente de seu trabalho, e seguramente de seu meio social (ALVES, 2001, p. 170-171).

A maioria dos usuários explicitou que tiveram acesso fácil ao CAPS Renascer, considerando que todos foram encaminhados por outra unidade da rede, que após avaliar as condições de saúde do usuário, decidiram pelo encaminhamento ao CAPS mais próximo de suas residências, que nos casos apresentados seria o CAPS Renascer.

Os trechos extraídos dos discursos dos usuários demonstram essa facilidade de acesso, quando indagados se teria sido fácil chegar ao CAPS Renascer:

... foi fácil, eu acho que é fácil pra todos. Não é tão difícil. (U1)

Foi, eu fui bem atendida, graças a Deus, e eles me deram logo o acolhimento; foi tudo bem, graças a Deus. (U3)

Foi, foi fácil, acho porque esse CAPS aqui ele atende no Marco e eu sou morador do Marco, acho que foi por isso né. (U5)

Foi fácil porque eu tava passando muito mal mesmo, eu tava em desespero, aí eles me atenderam rápido. (U6)

Foi né, foi fácil por causa do medico né, clínico, encaminhamento, aí levei pra assistente social né, de lá do centro. (U12)

Ferla (2010) aponta que o acesso está diretamente relacionado à forma como a população que necessita do atendimento em saúde consegue se inserir em uma rede de cuidados em saúde. Este acesso refere-se à própria localização do serviço, a sua área física e o processo de trabalho dentro do serviço que acaba por estabelecer regras de funcionamento que por vezes se tornam impeditivas da inclusão de novos usuários e novas demandas.

Alguns usuários expressaram que o acesso aos serviços do CAPS Renascer não foi tão fácil quanto esperavam, principalmente porque precisaram passar por vários pontos da rede de saúde até chegarem a ser encaminhados para o referido CAPS. Além disso, apontaram as dificuldades que encontraram durante essa trajetória, entretanto não chegaram a enfatizar que tiveram grandes entraves até serem atendidos pelo CAPS Renascer.

Ferla (2010) ainda ressalta que os usuários chegam até o serviço de saúde de diferentes formas, as portas de entrada acabam se diversificando de acordo com cada situação e cada usuário e sua subjetividade. Assim, é necessária uma reflexão que envolva não só uma avaliação relacionada à garantia de acesso através do número de porta de entrada, mas também uma análise da qualidade destas portas de entrada, pois a questão do acesso não está mais restrita aos usuários terem cobertura de serviços. Os exemplos citados mostram que os usuários chegaram aos serviços, mas não ficaram no serviço do primeiro atendimento, tiveram que procurar outros locais, para se sentirem atendidos em suas necessidades. Teixeira (2003) nos chama atenção deste fato ao afirmar que cada vez mais o acesso depende intimamente do tipo de modelo de atenção operante nos locais de atendimento, a discussão sobre o acolhimento, a problemática da qualidade do acesso e da recepção dos usuários nos serviços, assinala a migração do foco de tensionamento para a relação com o outro que aí se estabelece, esta temática nos

serviços de saúde vem requalificando a discussão a respeito do problema do acesso e da recepção dos usuários nos serviços de saúde.

A compreensão sobre itinerários terapêuticos deve considerar, portanto, tanto o acesso aos serviços de saúde e a forma como estes são utilizados, quanto as possibilidades socioculturais que viabilizam a experiência dessas trajetórias. É importante reconhecer que os usuários e suas famílias utilizam de maneira eclética todos os recursos e alternativas terapêuticas disponíveis em seu cotidiano.

Vemos então que, para resolver seus problemas de saúde, segundo Silva-Junior et al. (2012), os indivíduos, nos mais diversos contextos socioculturais, recorrem às diferentes alternativas de tratamento conhecidas, as quais são escolhidas de acordo com a capacidade de responder às aflições, à disponibilidade de recursos e a cura. Desse modo, a escolha do tratamento à sua doença dar-se-á a partir da compreensão e entendimento que cada pessoa terá do seu estado psicobiossocial junto às diferentes representações socioculturais em saúde-doença-cuidado construídas em tangência ao universo que está inserido, a qual realizará percursos e processos terapêuticos visando uma melhor resposta à sua aflição.

4.2.3- RELIGIOSIDADE E SAÚDE MENTAL

Nos discursos dos usuários, percebi conteúdos relacionados à religiosidade, como uma forma de dar sentido ao processo de saúde e doença. Não pretendo me deter e nem me aprofundar nesse tema, entretanto, o objetivo é ressaltar que o caráter da religiosidade foi um aspecto importante identificado pelos usuários na busca de solução para seus problemas de saúde.

Para Silva e Moreno (2004), em muitos casos, a procura por tratamento religioso é grande, visto que a explicação da doença pela religião é feita através de experiências concretas, sendo a linguagem médica mais rebuscada, fazendo com que o indivíduo não procure por primeiro esse tipo de atendimento. A religião assume um importante tipo de apoio social, à medida que não constitui a solução do problema, mas sim, uma modalidade de ajuda para o enfrentamento de adversidades, amenizando a dor e o sofrimento, diminuindo a ansiedade e a depressão e tornando-os estáveis socialmente.

De acordo com Lotufo Neto et al. (2009, p. 71), Freud em seus escritos apresentou algumas ideias sobre religião:

1 - Tem a função de ajudar o homem a enfrentar melhor seu destino. Segundo Freud, a função da religião é auxiliar o homem a exorcizar os temores da natureza, reconciliá-lo com a crueldade do destino, principalmente a morte, e compensar pelos sofrimentos e privações que a vida civilizada nos impôs. A religião tem a função de preservar a civilização.

2 - É uma ilusão. As ideias religiosas seriam “ensinamentos e afirmações sobre fatos e condições da realidade externa (ou interna) que falam a uma pessoa sobre algo que ela não descobriu sobre si mesma e que servem como base para suas crenças.” A religião é portanto uma ilusão, pois satisfazer um desejo é a base da sua motivação. A religião claramente realizou grande serviço à civilização humana, contribuindo muito para domar os instintos associativos. Mas não foi suficiente, pois inúmeras pessoas estão descontentes e infelizes com a civilização.

3 - É a projeção da necessidade humana por uma figura paterna protetora das hipóteses de Freud sobre religião a que pode ser operacionalizada e estudada cientificamente foi a que sugere uma conexão entre a figura paterna e o pai divino. Foi primeiramente formulada em Totem e Tabu (1913) e repetida em O Futuro de uma Ilusão. Afirma: “Deus em todos os casos é modelado a partir da figura paterna, e nossa relação pessoal com Ele é dependente do nosso relacionamento com nosso pai físico, flutuando e mudando com ele, e que no fundo Deus nada mais é que um pai excelso.”

Torres (2012), que apresenta um estudo a respeito da perspectiva freudiana sobre o fenômeno religioso, afirma que Freud investigou sua natureza no texto *O Futuro de uma Ilusão* (1927/1996a), com o objetivo de compreender a função das crenças religiosas no psíquico humano e de que modo as religiões são capazes de apreender a realidade. Nesta obra, Freud ressalta a natureza da religião, bem como mostra o que ela pretende fazer pelos seres humanos: oferecer informações sobre a origem e a existência do universo, garantir proteção e felicidade nos diversos momentos da vida e dirigir os pensamentos e ações dos humanos, que se estabelecem com toda sua autoridade.

Para o ser humano, a vida é difícil de suportar, pois o sofrimento ameaça os homens a partir de três direções: do próprio corpo, do mundo externo e, por último, dos relacionamentos com os outros homens. Nesse sentido, Freud (1927/1996a, p.98) afirma que:

Foi assim que se criou um cabedal de ideias, nascido da necessidade que tem o homem de tornar tolerável seu desamparo, e construído com o material das lembranças do desamparo de sua própria infância e da infância da raça humana. Pode-se perceber claramente que a posse dessas ideias o protege em dois sentidos: contra os perigos da natureza e do Destino, e contra os danos que o ameaçam por parte da própria sociedade humana. (...) Tudo o que acontece neste mundo constitui expressão das intenções de uma inteligência superior para conosco, inteligência que, ao final, embora seus caminhos e desvios sejam difíceis de acompanhar, ordena tudo para o melhor – isto é, torna-o desfrutável por nós. Sobre cada um de nós vela uma Providência benevolente que só aparentemente é severa e que não permitirá que nos tornemos um juguete das forças poderosas e impiedosas da natureza.

Freud declara que estas ideias religiosas passaram por um longo processo de maturação e se configuram como uma necessidade de defesa psíquica por serem da ordem das ilusões, “realizações dos mais antigos, fortes e prementes desejos da humanidade” (FREUD, 1927/1996a, p.). O autor ressalva, contudo, que a religião é apenas mais uma etapa do processo evolutivo humano, mas não descarta as vantagens que a doutrina religiosa traz para vida comunal do homem, como a possibilidade de refinamento e sublimação das ideias que tornam possível para ele livrar-se da maioria dos resíduos oriundos do pensamento primitivo e infantil. Ele afirma que o homem, quando exposto a situações de perigo ou quando se percebe apenas um juguete das forças da natureza ou do destino, tende a se amparar na busca de uma proteção divina e, nesse sentido, paterna.

Em 1933, na XXXV Conferência – A questão de uma *Weltanschauung* – Freud, utiliza o termo alemão *Weltanschauung*, que literalmente quer dizer “visão de mundo”, definido como:

uma construção intelectual que soluciona todos os problemas de nossa existência, uniformemente, com base em uma hipótese superior dominante, a qual, por conseguinte, não deixa nenhuma pergunta sem resposta e na qual tudo o que nos interessa encontra seu lugar fixo (FREUD, 1933 [1932]/1976, p.193).

Nesse sentido, a força da *Weltanschauung* religiosa, de acordo com Maciel e Rocha (2008), consistiria em propor, aos que a ela aderem, três funções básicas: a primeira é saciar a sede humana pelo conhecimento, à medida que lhe fornece explicações sobre todos os enigmas do universo; a segunda é consolar os homens diante dos sofrimentos e dissabores da vida, oferecendo-lhes a certeza de uma providência divina a reger tudo e todos, com a garantia de uma recompensa numa vida após a morte; a terceira é o controle das relações entre os homens, impondo-lhes proibições e restrições. Freud reconhece o quanto é difícil para a ciência competir com tais funções, pois seus propósitos em nada se assemelham aos benefícios prometidos pela religião. A ciência não explica tudo, nem consola o homem em suas tribulações, pelo contrário, deixa-o à mercê dela e não vela pela ética no sentido de ordenar as relações entre os homens.

Nos discursos apresentados na figura 7, pude perceber que na trajetória dos usuários, alguns procuraram a religião como primeiro recurso para amenizar seus sofrimentos, mesmo que não frequentassem ou seguissem determinada religião. Além

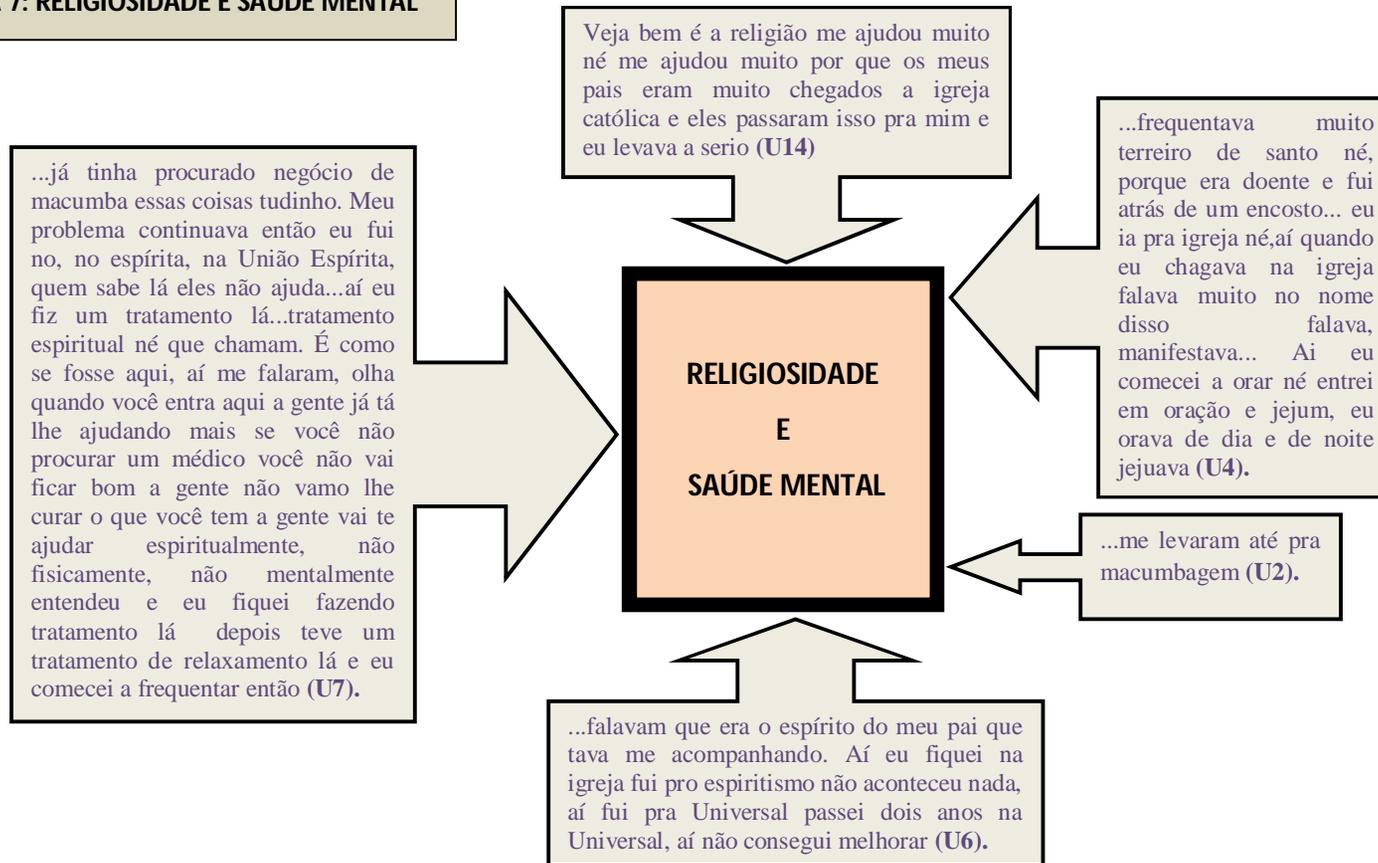
disso, procuravam entender através de explicações religiosas a causa de seu adoecimento, buscando então uma forma de obter uma possível cura para a doença.

Caroso, Rodrigues e Almeida Filho (1998), analisando os discursos que envolvem o itinerário terapêutico dos pacientes com transtornos mentais, observam que, contrariamente aos tratamentos psiquiátricos mais tradicionais, os tratamentos comunitário-religiosos podem resultar na atenuação do estigma.

No caso dos discursos dos usuários U4, U6 e U7 (Figura 7) houve uma peregrinação na busca por uma religião que atendesse aos anseios e necessidades dos mesmos, na tentativa de realizar um tipo de tratamento espiritual que solucionasse o problema de saúde. Nesse sentido, experimentaram frequentar mais de uma religião, considerando que não obtiveram o sucesso esperado em determinadas religiões. Segundo Ferla (2010), os espaços religiosos servem de suporte, apoio espiritual para os usuários refletindo em alguns casos, na melhora da sua condição de saúde, entretanto, ressalta também que há uma migração de uma religião a outra, conferindo um novo sentido na busca do tratamento.

Dalgalarrondo (2007), após realizar uma pesquisa com o intuito de apresentar um panorama e fazer uma análise crítica da produção sobre saúde mental e religião no Brasil, chegou à conclusão de que inúmeros pesquisadores têm observado a presença do religioso na vivência do sofrimento mental e de que a procura pelo alívio desse sofrimento, por alguma significação ao desespero que se instaura na vida do doente, parece ser algo notoriamente recorrente nessa experiência, principalmente para as classes populares. A religião pode então ser vista como um dos meios usados para dar sentido à vida dos homens.

FIGURA 7: RELIGIOSIDADE E SAÚDE MENTAL



Outro aspecto a ser observado na narrativa dos usuários, principalmente na fala dos usuários U4, U6 e U7, é a atribuição da causa do adoecimento a problemas espirituais, decorrentes de uma influência negativa de uma entidade ou espírito de um ente querido já falecido, e a partir dessas explicações buscaram também um tratamento espiritual para o problema de saúde. O componente espiritual é trazido por alguns autores como sendo uma possibilidade de entendimento da vivência de acontecimentos inexplicáveis: “utilizando-se de diversos elementos de distintas crenças, surgem construções da doença enquanto mal espiritual, decorrentes de obrigações não cumpridas, desavenças afetivas, karma ou destino” (VILLARES; MARI, 1998, p. 252). Essa forma de explicação traz conforto e resignação frente ao sofrimento a ser enfrentado (VILLARES et al., 1999).

Dessa forma Silva e Zanello (2010) afirmam que a religiosidade ajuda/auxilia na interpretação e no enfrentamento do adoecimento psíquico, bem como permite aos pacientes e familiares a possibilidade de ocuparem um papel mais ativo no processo de “cura”, respeitando seus contextos, buscando dar sentido ao momento vivido e partilhando seu sofrimento. Silva e Moreno (2004) apontam ainda que a religião “traz conforto e acena para a cura das enfermidades que são diagnosticadas como incuráveis e de muito sofrimento por parte do paciente e dos familiares” (p. 162).

Os recursos utilizados pelos usuários para resolver seus dilemas, amenizar seus sofrimentos, ou mesmo tratar seus problemas de saúde, devem ser respeitados e levados em consideração pela equipe de saúde, ou seja, é necessário que os profissionais busquem entender e valorizar os caminhos que o usuário e suas famílias percorrem diante do processo de adoecimento. Valorizar saberes e conhecimentos dentro das histórias de vida das pessoas possibilita outra perspectiva no cuidado. Nesse sentido, os profissionais devem construir uma forma solidária de cuidar, respeitando a subjetividade, os desejos e as escolhas dos usuários.

Cerqueira (2007) acredita ainda que a religiosidade atue como um núcleo utilizado pelo indivíduo para expressar uma forma de dar sentido à vida, sobretudo diante da miséria e do desamparo. Assim, usuários almejam ser tratados como pessoas, e não como doenças, com isso querem ser tratados como um todo, incluindo-se os aspectos físico, emocional, social e espiritual. Ignorar qualquer uma dessas dimensões acaba por tornar restrito o cuidado ao usuário.

Cabe ressaltar que os usuários não desvalorizam o tratamento realizado pelo sistema de saúde, porém, encontram na religiosidade a possibilidade de uma acolhida singular frente ao sofrimento.

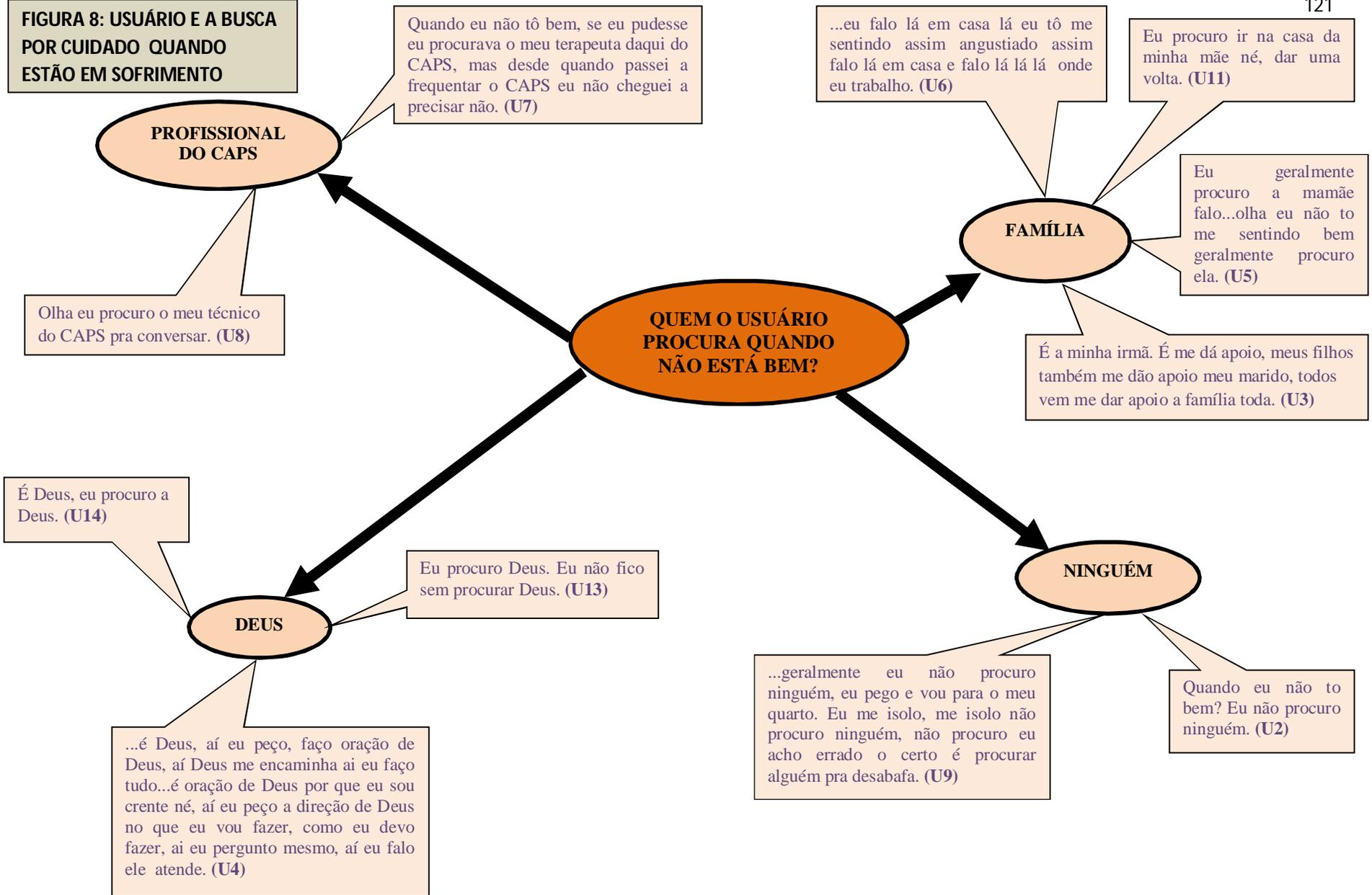
4.2.4- USUÁRIO E A BUSCA POR CUIDADO QUANDO ESTÃO EM SOFRIMENTO

As experiências narradas pelos usuários quanto ao seu processo de adoecimento e as saídas encontradas pelos mesmos para superar os desafios enfrentados perante a enfermidade demonstraram o caráter subjetivo, dinâmico e único do processo saúde e doença. Dalmolin (2006) afirma que a busca de recursos para a situação de sofrimento psíquico é ampla e abrange uma gama de possibilidades que vão desde o suporte afetivo no âmbito familiar e de vizinhança até às instituições e entidades de cunho religioso, de proteção aos direitos e de prestação de serviços de saúde, específicos para essa população.

Souza (2007) afirma que para as pessoas a ideia de doença e de saúde encontra-se muito próxima do que cada um considera *sentir-se bem*, e isto varia de pessoa para pessoa e depende de sua cultura, do meio em que está inserida e do modo como sua relação com o mundo define seu modo de vida. Quando indagados a respeito de quem procuravam quando não estavam se sentindo bem, os usuários apresentaram a partir de seus discursos algumas possibilidades de busca por ajuda e cuidado, conforme demonstrado na figura 8.

Mângia e Yasutaki (2008) argumentam que a enfermidade mental constitui uma situação problema que demanda rearranjos no cotidiano dos sujeitos e de sua rede social. Sua compreensão e formas de enfrentamento são construções resultantes da interação do indivíduo com seu contexto, de forma que este tem participação ativa desde a identificação do problema até a orientação e avaliação de escolhas terapêuticas.

FIGURA 8: USUÁRIO E A BUSCA POR CUIDADO QUANDO ESTÃO EM SOFRIMENTO



Nesse sentido, como foi possível observar nos discursos explicitados na figura 8, a busca por ajuda nos momentos de maior sofrimento variou de acordo com o contexto vivenciado por cada usuário. Certamente, essa variação tem a ver com o significado e o sentido que cada usuário deu para a experiência do adoecer, pois segundo Melman (2002), a doença significa mais do que um conjunto de sintomas. Possui outras representações de ordem simbólica, moral, social ou psicológica para o doente e a família.

A maior parte dos usuários (U3, U5, U6 e U11) procura a família quando não estão se sentindo bem, pois são os integrantes da família que provavelmente dão o apoio necessário nos momentos principalmente de crise, sendo referência para o usuário na busca por cuidado. Ferla (2010) afirma que a família demonstra necessidade de conhecimento sobre a doença, de seus sintomas e efeitos, passando a enfrentar a doença com mais segurança e menos sofrimento. Nesse sentido, não se pode desvincular o indivíduo do meio em que vive, uma vez que a família, como grupo, previne, tolera e corrige problemas de saúde. Desse modo, não se pode separar a doença e o sofrimento do contexto familiar e por ser um elemento tão imprescindível, a família deve ser compreendida como uma aliada da equipe de saúde para o usuário adquirir confiança e, assim, investir em seu projeto terapêutico. Assim, nos serviços de saúde e estratégias em Saúde Mental, a família deve ser considerada como fator indispensável no sentido de cuidar e atender estes usuários em suas necessidades.

Para Silva-Junior et al. (2012) é importante saber que o itinerário terapêutico se relaciona ao projeto de vida de cada um. É a partir da experiência da enfermidade, que cada pessoa faz suas escolhas, num processo de negociação, considerando os contextos socioculturais aos quais faz parte, com o objetivo de reconstruírem suas vidas interpretando cada experiência diante do seu projeto de vida. Nesse sentido é necessário reconhecer o caráter da subjetividade daquele que vive a experiência em meio às práticas de cuidado disponíveis, os aspectos socioculturais presentes no processo de sentir, entender e buscar por cuidados as suas aflições.

Como já discutido anteriormente, a religião foi um dos aspectos apontados pelos usuários como forma de lidar com o sofrimento, como forma de buscar alívio para seus anseios e problemas de saúde. Então alguns usuários (U4, U13 e U14) disseram que primeiramente procuravam *Deus* antes de buscar qualquer outro tipo de recurso, seja o auxílio da família ou mesmo do cuidado disponibilizado pelos serviços de saúde.

Segundo Silva-Junior et al. (2012), o itinerário terapêutico é construído por caminhos diversos, não há uma regra que determine o que fazer e quando fazer. Algumas alternativas se aproximam ao modelo biomédico enquanto outras recaem no conhecimento pessoal, familiar, popular ou religioso. Desse modo, é importante contextualizar que a cultura, neste cenário, aparece como pano de fundo destas relações, pois muitos dos cuidados são pautados no conhecimento familiar e popular, porém os percursos acabam sendo construídos pela singularidade individual.

Alguns usuários (U7 e U8) ressaltaram que quando não estão bem preferem procurar o técnico de referência do CAPS, pois se sentem seguros em compartilhar as situações de sofrimento, procurando acolhimento e escuta para seus problemas de saúde com o profissional de sua confiança.

Nesse sentido, Souza (2007) aponta que diferenças em épocas, locais ou, mesmo, diferenças de camadas sociais, de instrução, ocupação, renda, religião, na mesma época e no mesmo local, mostram as diversidades na percepção do binômio saúde-doença. Mais do que isso evidenciam também variação na percepção da necessidade de receber uma atenção para auxiliar a solução do eventual problema reconhecido. Essas diferenças ditam, ainda, a diversificação das normas através das quais tal atenção deva ser recebida, normas que variam desde buscar auxílio com parentes, amigos, compadres ou comadres, passando por benzedores, curandeiros, pseudofarmacêuticos, farmacêuticos, até atingir o profissional de saúde.

Outros usuários afirmam (U2 e U9) que não costumam procurar ninguém quando não estão se sentindo bem, pois preferem tentar resolver seus problemas sozinhos, sem o auxílio de outra pessoa ou religião, considerando que se sentem fragilizados e sem autonomia ao perceberem que necessitam de ajuda, embora reconheçam a importância de procurar assistência.

De acordo com Cabral et al. (2011) os itinerários terapêuticos são constituídos por todos os movimentos desencadeados por indivíduos ou grupos na preservação ou recuperação da saúde, que podem mobilizar diferentes recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas religiosas até os dispositivos biomédicos predominantes (atenção primária, urgência, etc.). Referem-se a uma sucessão de acontecimentos e tomada de decisões que, tendo como objeto o tratamento da enfermidade, constrói uma determinada trajetória. Os diversos enfoques possíveis na observação de itinerários terapêuticos podem subsidiar processos de organização de serviços de saúde e gestão, na construção de práticas assistenciais compreensivas e contextualmente integradas.

A opção por desenhos assistenciais centrados no usuário e em seu território, de acordo com Cabral et al. (2011), coloca à gestão em saúde o desafio de conhecer mais profundamente as características e os determinantes da busca de cuidado. Neste sentido, a análise de itinerários terapêuticos pode ser uma estratégia complementar aos estudos quantitativos desenvolvidos com a finalidade de descrever o perfil do usuário ou padrões de utilização de serviços de saúde.

A compreensão sobre como as pessoas e os grupos sociais realizam escolhas e aderem ou não aos tratamentos, ou seja, como constroem seus itinerários terapêuticos, é fundamental para orientar as novas práticas em saúde, segundo Mangia e Muramoto (2008). No geral, as dimensões relativas aos contextos de vida dos usuários e suas histórias escapam aos serviços e aos profissionais de saúde, embora sejam elas que definem as possibilidades de oferta e acesso aos serviços de saúde. O acesso a essa experiência só é possível no contexto relacional e na possibilidade dos sujeitos contarem suas histórias.

No Capítulo 4.1 onde analisei o eixo temático processo saúde e doença, discorri acerca do sentido do adoecimento para os usuários, que explicitaram o sofrimento psíquico intenso juntamente com os sintomas orgânicos como principais efeitos do processo de adoecimento, agravados nos momentos de crise. Após se considerarem doentes, os usuários partiram em busca por cuidados na tentativa de resolver seus problemas de saúde, caracterizando o que foi chamado de itinerários terapêuticos.

Os itinerários terapêuticos percorridos pelos usuários levaram em conta aspectos relacionados ao contexto sociocultural, pela qual os mesmos fizeram escolhas baseadas em suas experiências e histórias de vida. Não há uma homogeneização em relação às escolhas dos usuários pela busca por cuidados, entretanto, realizaram trajetórias parecidas ao percorrerem a rede assistencial de saúde, até mesmo pelo fluxo formal e padronizado estabelecido no âmbito dos serviços de saúde. Além disso, alguns usuários procuraram também apoio na religião e/ou nas instituições religiosas, na tentativa de conseguir respostas que explicassem a causa e uma possível cura para o processo de adoecimento, amenizando assim o intenso sofrimento psíquico decorrente desse movimento. Ressaltam ainda a importância do apoio da família e dos próprios profissionais do CAPS no cuidado e na escolha dos recursos terapêuticos.

Desta forma, é necessário que todos os atores envolvidos no processo do cuidado à pessoa em sofrimento psíquico ou transtorno mental, reconheça e respeite as escolhas realizadas pelos usuários no que diz respeito aos seus itinerários terapêuticos, pois as

estratégias e recursos adotados pelos mesmos traduz uma forma de autonomia que deve ser apoiada e motivada nos diversos âmbitos da vida e em especial no cotidiano dos serviços de saúde.

A dificuldade de acesso a esses serviços de saúde, a não resolução de seus problemas de saúde, a falta de acolhimento e precariedade no atendimento acaba obrigando o usuário a recorrer a outras formas de cuidado para além da rede formal de saúde. Considerando a trajetória dos usuários realizada no campo da rede assistencial de saúde, é que no próximo capítulo, analisarei como foram percebidas as práticas de cuidado pelos usuários no cotidiano dos serviços de saúde.

4.3- EIXO TEMÁTICO: PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Nos dois eixos anteriores abordei o processo saúde e doença e os itinerários terapêuticos dos usuários a partir dos repertórios linguísticos extraídos dos seus discursos. Nesse sentido, foi possível ter uma noção acerca do sentido dado pelos usuários sobre seu processo de adoecimento e os caminhos percorridos pelos mesmos para a resolução de seus problemas de saúde. A partir de agora, analisarei os discursos dos usuários referentes às práticas de cuidado em saúde mental vivenciados durante suas trajetórias pela rede de atenção a saúde, considerando os itinerários terapêuticos apresentados anteriormente.

Os discursos dos usuários que expressam a questão das práticas de cuidado em saúde mental neste estudo foram captados através das seguintes perguntas: 1) Qual local você acha que foi mais bem acolhido e por quê? 2) Qual local você acha que foi mais mal acolhido e por quê? 3) Que tipo de diagnóstico e tratamento você recebeu no CAPS? 4) Como é o seu dia a dia no CAPS? 5) Como você se sente ao ser atendido no CAPS? 6) O que você acha dos profissionais que lhe atendem no CAPS?

Nesse sentido, os usuários expressaram seus sentimentos acerca de como foram tratados nos serviços de saúde os quais frequentaram desde quando iniciou seu processo de adoecimento. Descreveram ainda as atividades que desenvolvem no CAPS Renascer, bem como o tratamento e o diagnóstico recebido pelos profissionais do referido serviço. Explicitaram também o que acham acerca da atenção disponibilizada pelos profissionais no cotidiano dos serviços, realizando uma avaliação crítica sobre as práticas de cuidado em saúde mental.

Seguirei a mesma lógica de apresentação dos repertórios linguísticos extraídos dos discursos, ou seja, demonstrarei por meio de oito figuras, como se configura o olhar dos usuários acerca das práticas de cuidado, em determinadas nuances que tentarei demonstrar nas seguintes figuras:

- **FIGURA 1:** Avaliação positiva do acolhimento e das práticas de cuidado
- **FIGURA 2:** Avaliação negativa do acolhimento e das práticas de cuidado
- **FIGURA 3:** Diagnóstico e tratamento recebido no CAPS Renascer
- **FIGURA 4:** O cotidiano no CAPS Renascer
- **FIGURA 5:** Sentimento dos usuários em relação ao atendimento no CAPS
- **FIGURA 6:** As práticas de cuidado dos profissionais do CAPS Renascer

- **FIGURA 7:** O cuidado na prática médica

- **FIGURA 8:** Práticas de cuidado no modelo asilar

Juntamente com a apresentação das figuras, realizarei uma reflexão acerca da temática a partir de pressupostos teóricos, trazendo autores que atualmente abordam as questões relacionadas às práticas de cuidado em saúde mental na perspectiva de realizar um diálogo entre estes e os discursos dos usuários do CAPS Renascer.

Antes de iniciar a análise das entrevistas, tratarei acerca da temática central desta seção de forma breve, considerando a importância de se delimitar a questão do cuidado na área da saúde mental na perspectiva de facilitar a compreensão das análises das entrevistas.

4.3.1- CONSIDERAÇÕES SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Para iniciar essa discussão, é necessário realizar um “passeio” pelos diversos sentidos que a palavra *cuidado* desperta em termos conceituais, entretanto, me deterei de forma mais específica sobre o sentido do cuidado na perspectiva das práticas de saúde.

A compreensão de cuidado, proposto por Ayres (2004), considera simultaneamente uma compreensão filosófica e uma atitude prática diante dos sentidos que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, ou seja, uma interação entre dois ou mais sujeitos, visando ao alívio de um sofrimento ou alcance de um bem-estar, sempre mediado por saberes especificamente voltados para este fim.

Para Yasui (2010) o cuidado é uma condição que permite, produz, mantém, preserva a vida humana frágil, fugaz. É uma atitude que se dá sempre na relação entre seres. Cuidar não pode ser apenas realizar ações visando a tratar a doença que se instala em um indivíduo. Ou seja, o cuidador não é somente um profissional especializado que executa um conjunto de ações técnicas. O sujeito não se reduz a uma doença ou a uma lesão que lhe causa sofrimento. Cuidar remete a um posicionamento comprometido e implicado em relação ao outro. Nesse sentido, aproxima-se muito da afirmação de Franco Basaglia de que é necessário colocar a doença entre parêntese, para que se possa enxergar o sujeito. Ver e ouvir aquele que tem uma história de vida pessoal, marcada pelas condições pessoais, econômicas e culturais de um dado tempo e lugar. A doença

deve ser colocada entre parêntese naquilo que esse conceito induz e tem como consequências olhares e práticas reducionistas.

Como abordado na introdução deste estudo, a Reforma Psiquiátrica no Brasil conseguiu, nas últimas duas décadas, produzir mudanças no quadro da assistência em Saúde Mental, bem como influir no debate na sociedade, no sentido de questionar a exclusão, o isolamento da pessoa com transtorno mental, bem como refletir acerca das práticas hegemônicas centradas na doença, de caráter hospitalocêntrico, excessivamente farmacológico e de orientação biologizante. Com isso, abriu-se campo para as mais diversas práticas em Saúde Mental, bem como para distintas correntes teóricas que pretendem colaborar para as mudanças em curso: mudanças de concepção a respeito do chamado sofrimento mental, mudança das práticas, mudanças culturais, mudança no modelo assistencial, mudanças no financiamento das ações do SUS.

Para Quindere e Jorge (2010) a palavra prática vem do termo grego *praktikê* e significa *ciência da ação*; termo referente a uma ação voluntária voltada para uma razão prática, ou seja, um agir prático. De acordo com o materialismo dialético, a ação transformadora das condições concretas da existência seria a *práxis*, que englobaria tanto a ação objetiva do homem sobre o seu meio como as construções subjetivas, estando articuladas as ações e as intenções. Para Yasui (2010), a práxis na área da assistência em saúde mental vem sendo construída por profundas transformações, as quais constituem um novo olhar para a loucura, redefinindo e elaborando conceitos que orientam a construção de uma nova estratégia e modalidade de cuidado.

Ferla (2010) afirma que há um conjunto de mudanças na organização de políticas de cuidado que se evidencia no cotidiano dos serviços de saúde, em particular no plano das práticas de cuidado, com grande potencialidade de operar como marcador de transformações significativas na produção de cuidado em si, na formação dos profissionais, na construção de redes de atenção à saúde envolvendo serviços e população usuária, os diferentes serviços e os diferentes componentes do sistema de saúde brasileiro.

Ballarin, Carvalho e Ferigato (2009) afirmam que nos últimos anos, observou-se que a produção de trabalhos científicos que abordam o cuidado em saúde e a humanização das práticas assistenciais aumentou significativamente. Este aumento reflete, em parte, as transformações efetivadas no campo da saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, seus princípios e diretrizes. Especificamente no campo da saúde mental, a reorientação da assistência psiquiátrica, ao avançar de um modelo

hospitalocêntrico para um modelo de atenção extra-hospitalar, fez emergir um cenário que possibilitou a constituição de tecnologias psicossociais interdisciplinares, as quais revertem em um cuidado diferenciado.

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. As práticas de saúde contemporâneas estão passando por uma importante crise em sua história. Em contraste com seu expressivo desenvolvimento científico e tecnológico, estas práticas vêm encontrando sérias limitações para responder efetivamente às complexas necessidades de saúde de indivíduos e populações.

Recentes propostas de humanização e integralidade no cuidado em saúde têm se configurado em poderosas e difundidas estratégias para enfrentar criativamente a crise e construir alternativas para a organização das práticas de atenção à saúde no Brasil. O cuidado é o principal elemento para transformar o modo de viver e sentir o sofrimento do portador de transtorno mental e sua família no seu cotidiano.

Desta forma, como afirma Lima (2011), os serviços que desenvolvem a assistência às pessoas com transtorno mental não podem ser *cristalizados* e marcados por um cotidiano em que se reproduzem técnicas e protocolos de saúde; devem se ancorar numa perspectiva da inventividade e fomentar ações voltadas para seus usuários, e não para suas *doenças*, desenvolvendo práticas de acolhimento, de sociabilidade, de desenvolvimento de potencialidades e de produção de vida e de singularidade. O autor ainda aponta que a ação de cuidar se constitui como a essência do trabalho em saúde mental na Reforma Psiquiátrica, pois a mesma propõe novos modos de lidar com a loucura a partir de uma crítica contundente à racionalidade médica biologizante. Para tanto, o cuidado deve estar mais voltado para a invenção de uma vida social ética e potente do que preocupado com uma cientificidade tradicional.

Apesar das mudanças ocorridas na política de saúde mental e no paradigma que a sustenta, percebe-se uma distância entre o que se escreve e se quer com esse cuidado e a realidade da assistência à pessoa com transtorno mental no Brasil. Por isso, cuidar, nesse paradigma, envolve a formulação de conceitos e repensar velhas atitudes e pensamentos que geralmente segregavam e excluíaam a pessoa com transtorno mental e sua família. E isso se torna um desafio, o qual devemos enfrentar para conseguirmos desenvolver um cuidado adequado em saúde mental.

4.3.2- O ACOLHIMENTO

Nas figuras 1 e 2, é possível observar a percepção dos usuários em relação ao acolhimento recebido nos locais por onde passaram na busca por cuidados em saúde mental. Os usuários levaram em consideração para avaliar o tipo de acolhimento, aspectos referentes à forma de atendimento dos profissionais, acesso aos serviços de saúde, resolutividade para seu problema de saúde, tipo de tratamento recebido, tempo de espera para ser atendido, condições de estrutura física da unidade de saúde, dentre outros aspectos.

De acordo com Ballarin, Carvalho e Ferigato (2009), o acolhimento pode ser expresso em um olhar dirigido a quem chega ao serviço, em uma palavra entonada de forma mais acolhedora, pode estar presente em atividades de sala de espera que estejam para além da recepção, em um gesto que demonstre que o espaço do serviço constitui-se verdadeiramente em uma referência constante para o sujeito. Neste sentido, o acolhimento deve ser capaz de atravessar os processos relacionais em saúde e romper com o modelo de atendimento tecnocrático, sendo este o deslocamento fundamental a ser operado pela noção de acolhimento. É importante salientar que esse é um conceito que não se restringe apenas às práticas em saúde mental, mas sim em todas as unidades de saúde pública.

De acordo com a figura 1, a maioria dos usuários explicitou que o local em que foram mais bem acolhidos foi o próprio CAPS Renascer, ou seja, dos 14 usuários entrevistados 12 expressaram que o referido CAPS foi a unidade de serviço onde receberam melhores cuidados. Destacaram que se sentiram bem acolhidos principalmente devido ao bom atendimento por parte dos profissionais, bem como pela disponibilidade de alguns medicamentos necessários ao tratamento, além da comodidade de receberem alimentação no próprio CAPS Renascer nos dias em que frequentavam o referido serviço.

O fato dos usuários elegerem o CAPS Renascer, o local onde foram mais bem acolhidos, não significa dizer que suas necessidades foram plenamente atendidas, uma vez que em comparação com outros serviços da rede de saúde, o CAPS Renascer foi a unidade que mais atendeu as expectativas dos usuários.

Segue abaixo o repertório linguístico extraído dos discursos dos usuários, que expressam as avaliações positivas em relação ao acolhimento recebido no CAPS Renascer.



FIGURA 1: AVALIAÇÃO POSITIVA DO ACOLHIMENTO E DAS PRÁTICAS DE CUIDADO

Para Yasui (2010) todos os que já sofreram alguma dor física ou psíquica intensa sabem o quanto ficamos frágeis, impotentes e dependentes. Nessa hora, o que mais desejamos é um lugar ou alguém que nos “ofereça refúgio, proteção ou conforto físico”. Um lugar para “abrigar - (se)”, “amparar - (se)”. Se for um lugar estranho, novo, que haja pessoas que possam “dar hospitalidade”. Que possamos ser recebidos com consideração. Nesse sentido, na dor, na fragilidade, no sofrimento psíquico, o que se deseja é ser olhado e escutado por inteiro, como uma pessoa com vida e com história. Para ser acolhido, é necessário encontrar uma porta aberta, adentrar o serviço e ser recebido. O encontro produtor dos atos de cuidar pressupõe um momento de acolhida, de recepção, que considere aquele que busca nossa “hospitalidade” em sua totalidade, assim como o cuidado, acolher é mais do que um ato – é uma atitude.

Na figura 2 os usuários manifestaram as suas insatisfações em relação ao acolhimento ou a falta deste a partir do contato com outros serviços de saúde, como o acolhimento recebido na Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV), Unidade Básica de Saúde e outras unidades de saúde da rede pública.

Para uma melhor visualização dessa análise, apresento a abaixo uma legenda referente à figura 2:



Corresponde ao sentimento de insatisfação dos usuários em relação ao acolhimento realizado em unidades de saúde.



Corresponde às unidades de saúde explicitadas pelos usuários.



Corresponde aos discursos dos usuários.

A principal queixa dos usuários em relação à FHCGV refere-se ao fato de que o ambiente de urgência e emergência do próprio hospital causou-lhe mal-estar, pois além do sofrimento psíquico intenso vivido em momento de crise, ainda tiveram que conviver com o sofrimento e com agressões de outros pacientes internados (U11, U9). Além disso, como chegaram a ser atendidos em momentos de crise, alguns usuários passaram pela experiência de serem contidos e amarrados (U2), sendo que a administração da medicação por meio de injeções também lhes proporcionaram sensações de extremo desconforto e violência. Outra situação apontada foi a falta de leitos para os pacientes internados no hospital, pela qual tiveram que passar por longas esperas no corredor, acomodados em cadeiras improvisadas, sem o menor conforto e cuidado (U1). Para concluir, ainda enfatizaram que falta de atenção e tratamento desrespeitoso por parte de alguns profissionais do hospital (U6, U2), causaram-lhe ainda mais sofrimento e angústia.

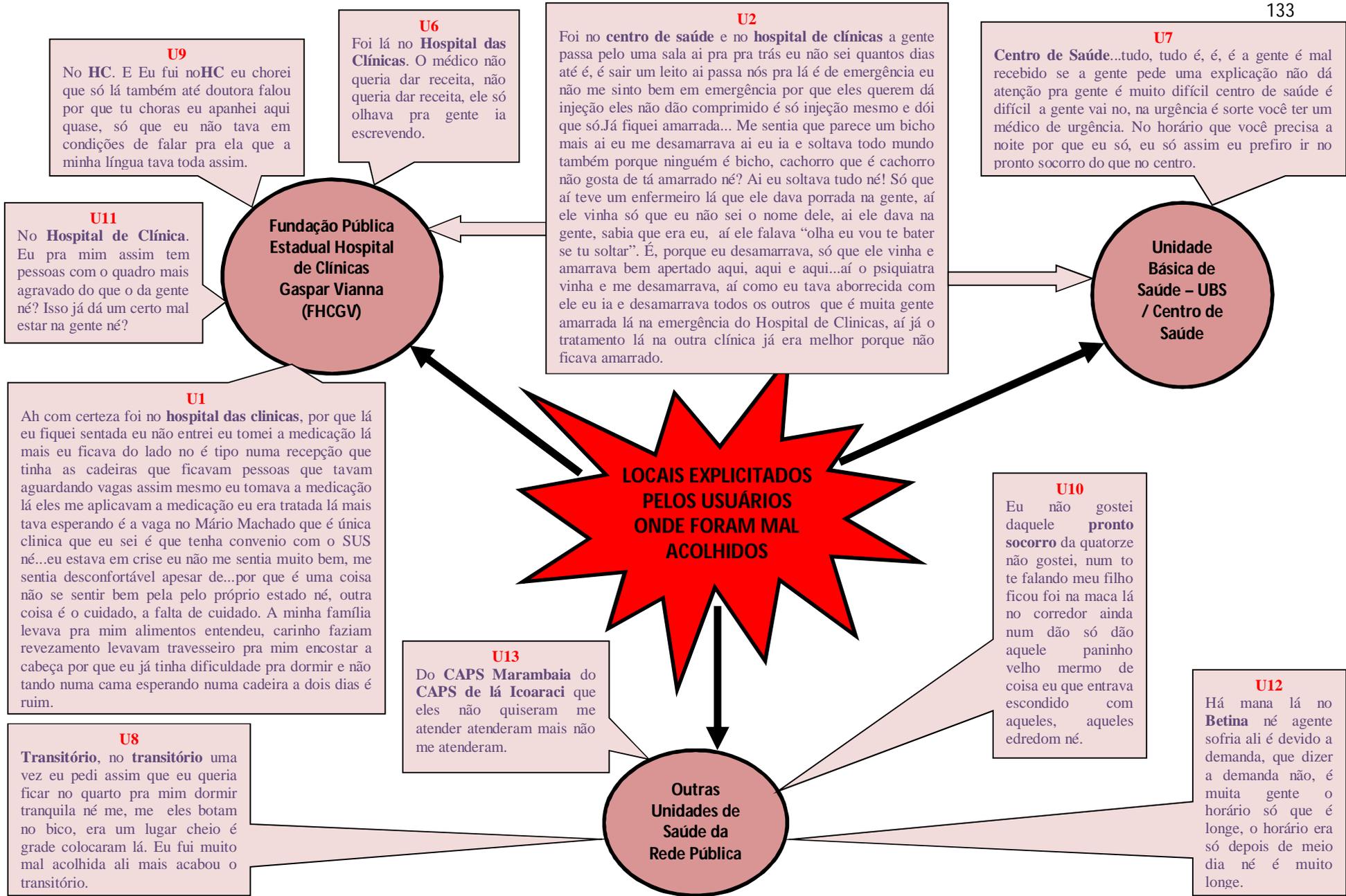


FIGURA 2: AVALIAÇÃO NEGATIVA DO ACOLHIMENTO E DAS PRÁTICAS DE CUIDADO

Segundo Yasui (2010), nos serviços substitutivos de saúde mental, deveríamos encontrar uma atenção, um especial cuidado com esse momento crítico que é a chegada do usuário ao serviço. Atenção que se revela na organização de fluxos de encaminhamentos ágeis e não burocráticos na disponibilidade e na abertura em atender a demanda espontânea, no estabelecimento de rotinas diárias de recepção (por exemplo, quem recebe e como recebe) e, fundamentalmente, na construção de um novo lugar de ruptura com modelo médico hegemônico ocupado apenas em tentar ouvir os sons do corpo pelo silêncio dos órgãos. Construir um lugar na relação com aquele que busca os cuidados do serviço implica ouvir, fazer falar o sujeito e sua subjetividade, colocar a doença entre parênteses e olhar para a pessoa e a complexidade de sua existência.

Yasui (2010) ainda aponta que receber e acolher são atitudes que pressupõem esse lugar especial de escuta, possuidor de uma plasticidade para se refazer de acordo com a demanda que se apresenta, e possibilitador do encontro como ponto de partida para a construção de um projeto de cuidados, específicos e singular para o mundo que cada usuário apresenta. Talvez possa adaptar uma velha máxima da medicina, a qual afirma que “todo bom tratamento começa com um bom diagnóstico”, para “todo bom projeto de cuidado começa com um bom acolhimento e uma boa recepção”, porque é a partir desse momento inaugural que principia a relação/vínculo entre a equipe cuidadora e o usuário.

De acordo com a figura 2, os usuários explicitaram outras situações vivenciadas no âmbito dos serviços de saúde, e que configuraram experiências negativas tendo em vista que suas necessidades, além de não serem atendidas, ainda tiveram que passar por constrangimentos e longas esperas até serem atendidos ou não. A falta de leito, o desrespeito por parte dos profissionais de saúde, a dificuldade de acesso aos serviços, a falta de acolhimento e cuidado foram os principais pontos explicitados pelos usuários como aspectos negativos no decorrer de suas peregrinações pelos serviços de saúde.

Recepcionar e escutar o usuário são atributos essenciais para uma transformação não apenas da saúde mental. Para Franco, Bueno e Merhy (1999), o acolhimento é uma diretriz operacional para mudança do modelo “tecoassistencial”, que propõe inverter a lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde a partir dos seguintes princípios:

- 1 - Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume

sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.

- 2 - Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.
- 3 - Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. (Franco, Bueno & Merhy, 1999, p.347)

A produção do ato de cuidar se dá no encontro entre o usuário com suas necessidades e o trabalhador da saúde com seu repertório e suas ferramentas. O acolhimento para os autores permite focalizar analiticamente esse processo e possibilita pensar a micropolítica do processo de trabalho e suas implicações no desenho dos modelos de atenção.

As pessoas que convivem com o sofrimento psíquico e que procuram os serviços de saúde mental necessitam receber cuidados adequados por meio de práticas terapêuticas que atendam as suas necessidades, respeitando a subjetividade desses sujeitos. Dalmolin (2006) aponta que as manifestações de súplica dos usuários, seus gritos e interações indesejadas, suas fugas e retornos, suas intermináveis caminhadas de um lado para outro, suas expectativas de alta e suas expressões denunciam que algo não vai bem. Além disso, a tradição de escolha por fortes mecanismos de contenção (por meio de normas impostas por instituições numa relação de dominação, medicalização ou contenção física) e uma intervenção centrada quase que exclusivamente nos sintomas, em que o sujeito e sua subjetividade são, via de regra, desconsiderados, reforçaram as contradições de um modelo de atenção à saúde mental que não atende integralmente as necessidades dos usuários.

Segundo Dalmolin (2006), 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 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 indivíduos, suas famílias e a própria comunidade buscam, em seu cotidiano social, responder às necessidades dos cidadãos que sofrem com transtorno mental e que precisam de permanentes retoques, de afetos diferenciados e de escuta sensível.

4.3.3- O DIAGNÓSTICO

A figura 3 refere-se ao diagnóstico e tratamento recebidos no CAPS, os usuários explicitaram os diversos tipos de classificações nosológicas que receberam, ou seja, o nome de suas enfermidades, conforme suas compreensões, sendo que alguns até se arriscam a utilizar a nomenclatura da Classificação Internacional de Doenças – CID, assumindo a identidade, a etiqueta, o rótulo de suas respectivas doenças. Em relação ao tratamento, todos os usuários enfatizaram a questão do tratamento medicamentoso como um dos principais recursos utilizados na terapêutica de seu tratamento, citando os demais recursos como atividades secundárias, porém necessárias a evolução do seu estado de saúde.

De acordo com Cunha (1996), a palavra diagnósticosse origina de diagnose, no grego *diagnôsis*, e remete a ações de reconhecer, discernir, distinguir, separar, o que se coaduna com a proposta de se guiar em investidas teóricas e também clínicas pelos imperativos científicos – olhar, constatar, diferenciar, reduzir para melhor investigar, determinar e olhar repetidas vezes para comprovar. Mas seria, sobretudo, através da fala confirmatória do profissional da saúde, da prescrição de um algo a mais para somar-se ao sujeito – uma palavra, um nome, uma receita –, que esse sujeito faz-se então tomado por seu diagnóstico e assim essa distinção é marcada.

Baroni et al. (2010) afirmam que o paciente, ao buscar seu diagnóstico, uma razão que explique e justifique seus sintomas, acaba por auxiliar na produção do nome de sua doença, selecionando para confessar ao médico o que é já considerado como anormal em relação ao seu estado anterior e ao que é previsto como normal para os indivíduos sob essa mesma realidade. Este saber da doença não se resume ao saber produzido pela disciplina médica, mas também advém do saber produzido por demais práticas sociais legitimadas por ela, sistematizadas ou não.

É interessante ressaltar que os usuários ao falarem a respeito de seus diagnósticos, parecem pouco se incomodar com a questão do rótulo recebido, tomam o nome da doença como parte de suas identidades, pois se configura uma verdade já ditada pelo profissional que empoderado por um saber/poder, toma para si a responsabilidade de ditar, em nome de uma racionalidade científica, o “sobrenome” do usuário, e a partir daí dita também regras de conduta e comportamento.

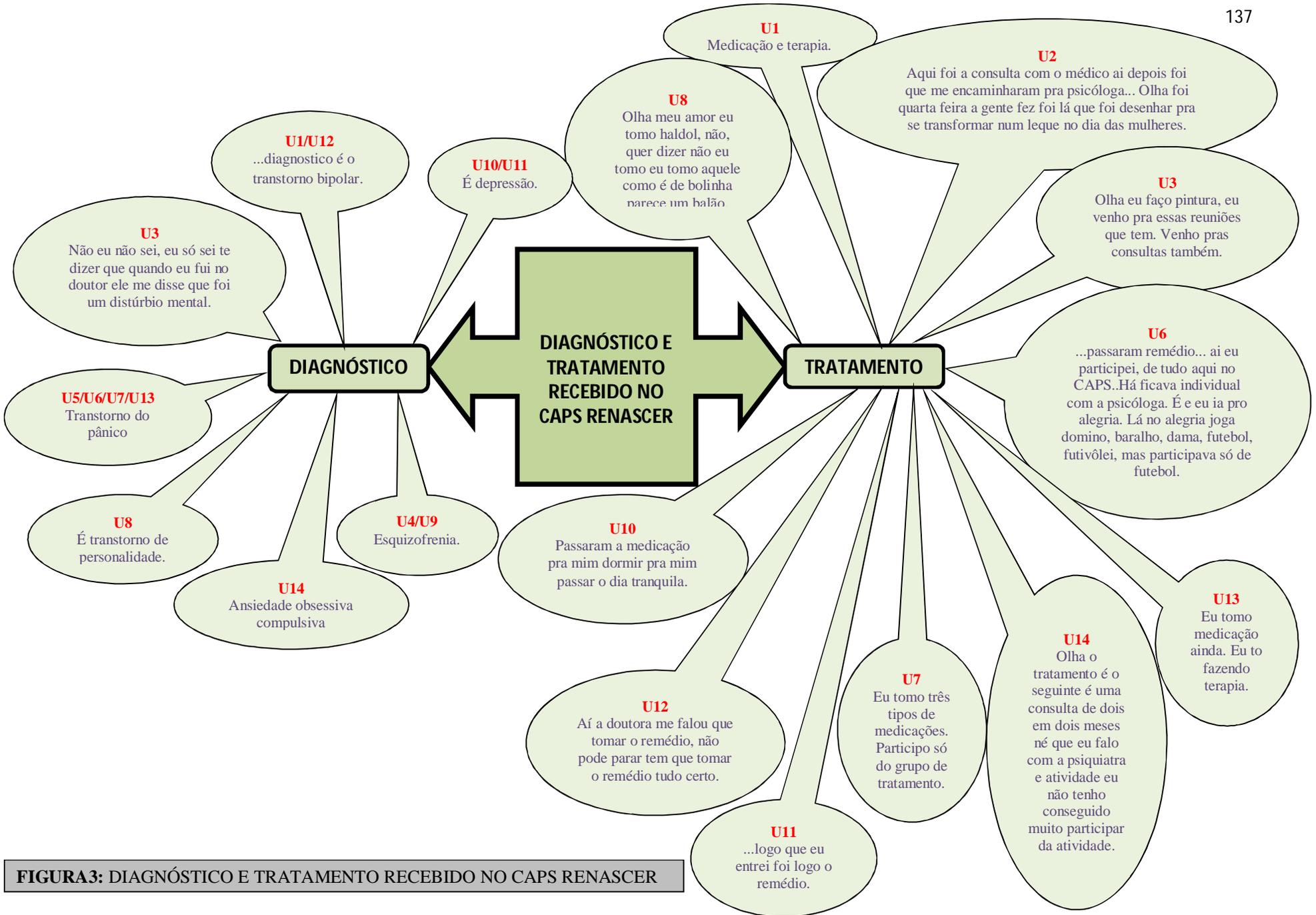


FIGURA3: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO RECEBIDO NO CAPS RENASCER

Põe-se com isso à prova a ideia de paciente como vítima passiva de um executor de diagnósticos e da ciência médica, e parte-se então para a crítica da atuação do próprio indivíduo nesse processo como parte fundamental na construção de seu diagnóstico, uma vez que são as descrições de suas sensações e seu reconhecimento enquanto doente que se torna a matéria para o trabalho clínico, conforme afirmam Baroni et al. (2010).

Nesse sentido, receber um diagnóstico para os usuários acaba por produzir uma espécie de alívio, tendo em vista que depois de identificado o nome da doença, parece haver uma esperança para a sua “cura”, na tentativa de amenizar o sofrimento intenso causado supostamente pelo problema de saúde.

Para Baroni et al. (2010) é necessário pensar a possibilidade do sujeito, diante deste evento histórico de subjetivação de diagnósticos, resistir em um processo ativo de problematizar sua posição nesse discurso totalizante da doença, na tentativa de redesenhar seu estilo de vida, recusando esse modo de subjetivação atual que o corporifica. Atividade que vai na contramão da tendência de aceitar como sentenças seu estado patológico, aderindo a uma identidade de doente e à medicalização passiva.

E é a partir dessas reflexões advindas de campos distintos e que dialogam e exploram de diferentes formas as relações entre o saber da saúde do sujeito e o sujeito, as afetações trazidas pela construção de um diagnóstico incidindo em um processo de subjetivação e as possibilidades de participação do sujeito dessa experiência de modo crítico que têm se demonstrado enfim a importância e a atualidade de se pensar essa problemática, segundo Baroni et al. (2010). Pensar sobre as possibilidades de produção de outras formas de subjetividade nesse contexto onde se inscreve e desenvolve a problemática da saúde mental requer a busca de pontos em que resistências se apresentem como linhas de fuga, onde novas práticas de si, referentes à relação com o corpo e a subjetividade tomados como objeto de trabalho para si, indiquem a produção de novos estilos de vida, novos nomes para a saúde, novos nomes para o sujeito.

4.3.4-O TRATAMENTO

A figura 3 ainda aponta para os discursos referentes ao tratamento recebido no CAPS Renascer. Como já ressaltado ao longo desse estudo, é possível perceber o quanto os discursos dos usuários estão inundados pela lógica “medicalizante”, “patologizante” e “biologizante” ao relatarem seus processos de saúde e doença. A medicação é apontada como tratamento principal como recurso terapêutico, tendo como

elemento central a figura do profissional médico e de suas consultas (U1, U6, U13, U7, U11, U12, U10).

Pinto et al. (2012) afirmam que na rede de atenção à saúde do SUS, a produção do cuidado recorre à hegemônica prática assistencial fundamentada na operacionalização de procedimentos de cunho biologizante, quase sempre voltados para a cura ou a reabilitação. Dessa forma, o modelo de atenção baseado na promoção da saúde, preconizado na formulação das políticas públicas, contrasta com a realidade vivenciada no cotidiano das relações terapêuticas. A consulta médica ainda é uma prática requisitada na gestão das demandas como única resolução. Para usuários e familiares, o atendimento médico significa um caminho para melhoria de sua condição de saúde.

Outras formas de tratamento e recursos terapêuticos também foram explicitadas pelos usuários, a exemplo das oficinas e atividades em grupo, bem como participação de eventos e outros tipos de atividades voltadas a esporte e lazer. Entretanto, essas outras possibilidades de tratamento, são percebidas pelos usuários como atividades complementares e secundárias dentro do projeto terapêutico individual, bem como a relação com outros profissionais não médicos, embora seja valorizada, não são consideradas essenciais para o seu processo de recuperação.

Yasui (2010) afirma que ao construir os novos serviços, as instituições não são mais unidades de produção de procedimentos médicos ou psicológicos, porém locais de produção de cuidados, de produção de subjetividades mais autônomas e livres, de espaços sociais de convivência, sociabilidade, solidariedade e inclusão social. Lugares para articular o particular, o singular do mundo de cada usuário, com a multiplicidade, com a diversidade de possibilidades de invenções terapêuticas. E isso significa desenvolver, a cada demanda que se apresenta, a cada usuário que recorre ao serviço, uma complexidade de estratégias que contemplem distintas dimensões do existir, que se concretizam no que se tem nomeado, no dia a dia de muitos serviços, como Projeto Terapêutico Individual (PTI).

De acordo com Sena e Jorge (2011) a reflexão sobre a construção de uma nova forma de assistência à pessoa com transtorno mental conduz à visão de um modelo distinto do tradicional, originado de concepções que fundamentem uma nova clínica. O primeiro aspecto a ser verificado diz respeito à ideia de que a Saúde Mental lida com um sujeito, não somente com o portador de uma doença determinada pelo saber médico. O sujeito é nas relações que estabelece na família, no trabalho e em todo campo do

coletivo, destacando as diversas redes de relações em detrimento da priorização do organismo biológico manifestado no determinismo do discurso científico. O controle do sujeito sobre sua existência por meio da restauração de sua capacidade de escolha e de autorresponsabilização é o foco central das intervenções terapêuticas que não estão focadas exclusivamente em uma determinada disciplina ou profissão (TORRE; AMARANTE, 2001).

Para Torre e Amarante (2001), todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de reforma psiquiátrica, na atualidade, bem como a literatura da área colocam a desconstrução como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade nas ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade. Os autores apontam também a incapacidade da psiquiatria de explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (BASAGLIA, 1981 e 1985; ROTELLI, 1990). A desconstrução está relacionada à noção de invenção, de construção do real, de produção da subjetividade, recolocando em discussão a ciência e a psiquiatria. “Desconstrução” do dispositivo psiquiátrico e clínico em seus paradigmas fundantes e suas técnicas de poder-saber. Desconstrução como uma “ação prática de desmantelamento das incrustações institucionais que cobriam a doença; foi necessário tentar colocar entre parênteses a doença como definição e codificação dos comportamentos incompreensíveis, para buscar suprimir as superestruturas dadas pela vida institucional, para poder assim individualizar quais partes eram de responsabilidade da doença e quais da instituição, no processo de destruição do doente e da doença” (BASAGLIA, 1981).

4.3.5- O COTIDIANO NO CAPS RENASCER

Na figura 4, os usuários discorreram a respeito de seu dia a dia no CAPS Renascer, falaram a respeito de suas rotinas e das atividades que participam em conjunto com os profissionais da equipe do referido CAPS e com os demais usuários do serviço. O símbolo  representa o cotidiano vivenciado pelos usuários no interior do CAPS Renascer, traduzindo uma dinâmica complexa e com uma multiplicidade de ações e projetos desenvolvidos como proposta de produção de encontros em diversos espaços com diversos cuidadores.

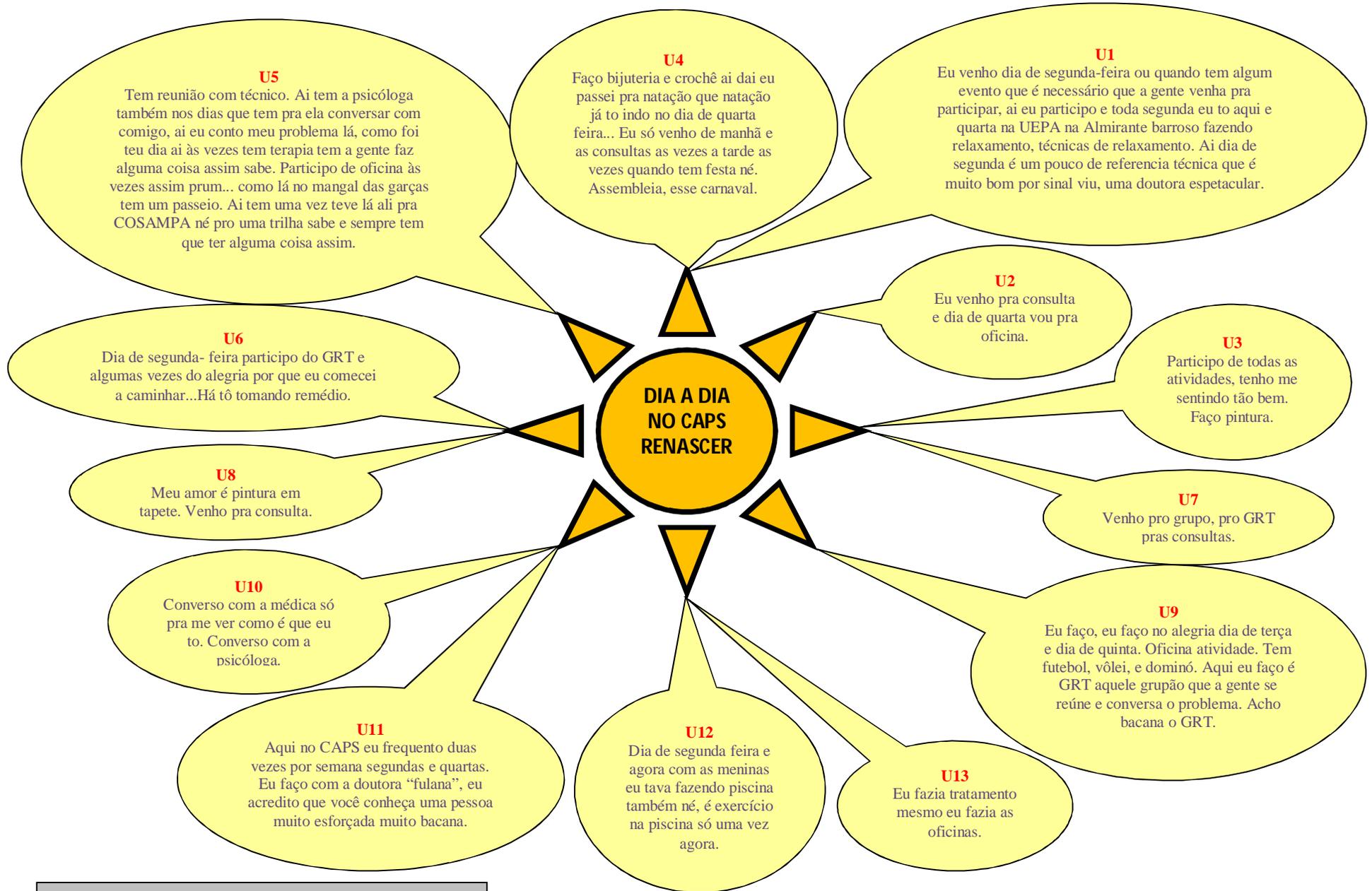


FIGURA 4: O COTIDIANO NO CAPS RENASCER

Ao adentrar no serviço do CAPS Renascer, primeiramente o usuário passa por um atendimento inicial, denominado acolhimento, conforme explicitado anteriormente, e verificado que o mesmo possui perfil para ser acompanhado pelo serviço, este é matriculado, e posteriormente se dá o início da construção do Projeto Terapêutico Individual (PTI). Cabe ressaltar que o técnico ou profissional que atende/acolhe o usuário pela primeira vez fica sendo o técnico de referência responsável por acompanhar o PTI.

A construção de um PTI se reveste de um grande desafio, pois segundo Yasui (2010), inicia-se com a semente de um vínculo, no momento crítico de aproximação do usuário ao serviço, de sua recepção, do acolhimento e da escuta de seu mundo, seu modo de viver e de seu entorno (família, trabalho, amigos). A relação de um usuário com o serviço não se dá *a priori*. Vínculos iniciais são frágeis e demandam uma atenção e um cuidado especial. Um descuido, uma desatenção qualquer, e eles se rompem, se quebram. Um exemplo disso foi quando os usuários avaliaram a qualidade do acolhimento nos diversos serviços da rede de saúde.

Ainda, de acordo com a autora, o Projeto Terapêutico Individual configura-se a partir de uma proposta de um conjunto de ações pactuadas entre diferentes atores: o usuário, seus familiares, integrantes da equipe e profissionais de outros serviços, ativados a partir da necessidade do usuário. Pacto que pressupõe uma negociação a envolver a organização de uma nova rotina, definição de quais ações participar, assunção de responsabilidades e compartilhamento de tarefas entre os diferentes atores.

Os usuários mencionam em seus discursos (U5, U6, U7 e U9 – figura 4) que participam de forma contínua das atividades do Grupo de Referência Técnica (GRT), e conforme definido no Capítulo 3, esse grupo se reúne semanalmente, onde participam os usuários e familiares sob a coordenação do técnico de referência, para refletir sobre o cuidado, impasses e sofrimento referentes ao processo de adoecimento. Tem como objetivo integrar o usuário e sua família ao tratamento, informar e esclarecer sobre o transtorno mental, buscar a facilitação da convivência do usuário com suas limitações, estimular a troca de experiências entre usuários e familiares que compartilham um problema comum, estimular a autonomia na busca de recursos e soluções junto à comunidade.

Nesse sentido, uma vez estabelecido o Projeto Terapêutico Individual, é o técnico de referência que fica responsável por sua efetivação, ou seja, responsabiliza-se pela articulação das diferentes ações dos profissionais, por acompanhar, verificar e

avaliar os efeitos das ações no usuário. Ratifica ou propõe mudanças no projeto. Para Yasui (2010), esse técnico exerce um duplo papel: de cuidador e de administrador das múltiplas ações do PTI.

No âmbito do CAPS Renascer é oferecido aos usuários um leque de atividades (já descritas no Capítulo 3) que de acordo com as necessidades individuais, os mesmos participam de forma contínua e rotineira das atividades indicadas nos respectivos projetos terapêuticos. As oficinas e grupos terapêuticos são algumas das principais atividades desenvolvidas no CAPS Renascer, conforme explicitado pelos usuários na figura 4. Como já apontado anteriormente, a maioria dos usuários participa do Grupo de Referência Técnica – GRT, configurando uma das principais atividades desenvolvidas no interior do serviço, tendo em vista o caráter de acompanhamento e avaliação do PTI.

Todos os usuários passam pelo menos de dois em dois meses por consultas médicas, com psiquiatras ou não, predominando neste caso o tratamento farmacológico. Alguns usuários fazem psicoterapia individual ou em grupo (U5 e U10). A maioria também participa de práticas de grupo e oficinas terapêuticas que são realizadas diariamente com diversos objetivos terapêuticos, tais como: desenvolver habilidades; melhorar a autoestima; promover autonomia; exercer a cidadania, o autoconhecimento, a reinserção social, o lazer, a educação em saúde; discutir questões relacionadas à medicação e à integração dos familiares ao tratamento etc. Além disso, participam também de reuniões e eventos em datas comemorativas, bem como participam de fóruns de discussão e decisão como as Assembleias Gerais e Conselho Gestor.

Yasui (2010) afirma que a palavra “oficina” significa “lugar em que se verificam grandes transformações”, e o contexto dos CAPS, trata-se de construir um espaço de acolhimento ao sofrimento psíquico; de possibilitar a “re-significação” e construção de serviços essenciais, de produção de uma subjetividade talvez menos oprimida, de circulação de reconquista dos espaços sociais; de transformação da qualidade de vida. O autor (2010, p. 167) ainda fala que as oficinas terapêuticas:

...não são um fim, são apenas trilhas, possibilidades de construção de novos territórios existenciais, a partir de um encontro com alguém e da produção de um algo. Alguém que ocupe esse lugar de acolhimento, de respeito à singularidade, de escuta, por vezes de incentivo, por vezes de intervenção na relação. Um lugar de suporte de uma relação que aposta no bom encontro, na provocação, na criação. É um algo produzido que é muito mais do que a concretude do objeto. É um algo que condensa relações de troca, marcas subjetivas, afetos. Um algo que produz linguagem. Convida ao diálogo, convida a uma reinvenção. Trata-se de um compromisso com a construção e a produção de uma subjetividade aberta à alteridade, atenta ao que propicia criação e potencializa os processos de transformação do cotidiano.

É importante ressaltar que apesar dos usuários participarem de diversas atividades terapêuticas, isso não significa dizer que os efeitos destas também sejam terapêuticos. Nesse sentido, Mângia e Muramoto (2006) chamam a atenção para o fato de que os profissionais devem ter cuidado em não reproduzir o exercício ritual de certas formas de cuidado que não revertem em benefícios reais para a pessoa, nem interferem em sua qualidade de vida. Nas palavras de Saraceno (1999), mantêm os usuários “entretidos”, reproduzindo aspectos da cultura manicomial. Saraceno (1999) provoca e ao mesmo tempo convoca todas as categorias profissionais a refletirem sobre as formas de entretenimento e nos incita ao “fim do entretenimento” como o principal desafio a ser enfrentado pelas práticas assistenciais e de reabilitação.

Yasui (2010) também afirma que a utilização de certas estratégias inadequadas acaba fazendo com que as oficinas terapêuticas, por exemplo, transformem-se não em um campo relacional de trabalho vivo, de encontro, de criação, mas na mera reprodução de técnicas muitas vezes de caráter moralizante e de controle, que transformam a potencialidade criativa em trabalho repetitivo, sem sentido, burocrático.

Lins (2007), afirma que a nova prática de atenção psicossocial busca um projeto terapêutico planejado a partir das singularidades do sujeito, devolve a palavra antes calada e cria um espaço terapêutico. Entretanto, como afirma Foucault (citado por LINS, 2007), as relações de poder estão por toda parte, onde possam existir diferenças. Elas buscam o controle uniformizante, a passividade, a docilidade. Por isso, devemos estar sempre nos questionando, revendo nossas práticas terapêuticas, para identificarmos se apesar da reforma, ainda estamos impregnados pela prática do poder disciplinar.

Nesse sentido, faz-se necessário observar como estas práticas estão situadas, enquanto exercícios do poder e quais as possibilidades de escapar de repetições de formas de dominação, num exercício constante de abertura de linhas de fuga que conduzam à resistência e à criação.

As mudanças nas políticas de saúde e de saúde mental, segundo Bedin (2010), têm buscado a transformação do cotidiano de exclusão e negação do sofrimento psíquico em ações que o coloquem na agenda da construção da cidadania. As práticas em saúde mental, no entanto, ainda se apresentam como desafios, pois há um cenário que, apesar de apresentar expansão dos serviços extra-hospitalares de saúde mental, aponta para a fragmentação dos mesmos.

4.3.6- O ATENDIMENTO NO CAPS RENASCER

Na figura 5 podemos observar a opinião dos usuários a respeito do tratamento recebido no CAPS Renascer, e mais do que isso, como eles se sentem ao frequentar e receber os cuidados oferecidos pelo serviço no cotidiano. Quando perguntei para eles como estavam se sentindo ao serem atendidos no CAPS Renascer, a expressão “eu me sinto bem” ou simplesmente “bem” foi a mais utilizada pelos usuários (U1, U2, U3, U4, U5, U6, U7, U10, U12 e U13). Observei que o curto tempo de resposta e a espontaneidade com que expressaram a satisfação em ser bem atendidos traduziu uma avaliação muito positiva do serviço, embora o mesmo ainda possua condições de melhorar cada vez mais.

Nesse sentido, Sisson et al. (2010) afirmam que a satisfação do usuário pode ser definida como as avaliações positivas individuais de distintas dimensões do cuidado à saúde; e existem vários modelos para realizar esta medida, mas todos têm, como características comuns, as percepções do usuário sobre suas expectativas, valores e desejos. Autores, como Donabedian (1980) e Pascoe (1983), consideram que a satisfação pode ser vista pela reação que os usuários têm diante do contexto, do processo e do resultado global de sua experiência relativa a um serviço. Para Donabedian (1984), autor clássico da área da avaliação em saúde, a noção de satisfação do usuário é um dos elementos da avaliação da qualidade em saúde. Reforçando este postulado, Favaro e Ferris (1991) mostraram que a perspectiva do usuário, abordada por meio da sua satisfação, implica um julgamento sobre as características dos serviços e fornece informação essencial para completar e equilibrar a qualidade da atenção.

Sisson et al. (2010) ainda apontam que o padrão subjetivo usado pelos indivíduos para julgar o cuidado de saúde experimentado pode ser uma, ou a combinação das seguintes dimensões: um ideal subjetivo de atenção, uma percepção subjetiva ou uma noção de atenção merecida, uma média da experiência passada em situações similares ou algum nível subjetivo de qualidade minimamente aceito. Ainda segundo os autores, explicações sociopsicológicas têm sugerido que os níveis de satisfação são moldados por diferenças entre as expectativas dos pacientes sobre o serviço e a atenção recebida. Entretanto, pesquisas recentes têm demonstrado que a expectativa é um conceito deveras complexo, assim como a ausência dela, como, por exemplo, quando há possibilidade dos usuários terem aprendido a diminuir as suas

expectativas quanto à atenção oferecida, ou quando um serviço que tenha recebido uma boa avaliação for resultado de uma baixa capacidade crítica dos usuários, ou o contrário.

Para Luzio (2011) é inquestionável a importância dos CAPS na construção de um novo modo de cuidado dos usuários da Saúde Mental. Eles têm possibilitado a diminuição das internações nos hospitais psiquiátricos, a criação de novas práticas de cuidado, a melhoria das condições de vida dos usuários que frequentam esses serviços, além de produzirem rupturas na hegemonia do modelo manicomial. Enfim, os CAPS têm permitido a construção de novas formas de cuidar das pessoas consideradas loucas e, conseqüentemente, contribuído para a definição de um novo lugar social para loucura. Porém, para ser de fato um dispositivo estratégico na construção do modelo da Atenção Psicossocial, o CAPS não deve ser apenas mais um serviço de Saúde Mental, gerador de novas receitas para o município. É preciso analisar como ele se organiza para atender seus objetivos e finalidades essenciais.

Os estudos de satisfação, apesar de oferecerem informação limitada sobre seus determinantes (Ricketts, Kirshbaum, 1994), apontam a possibilidade de se ampliar a compreensão sobre as vivências e as expectativas dos usuários em relação ao modo como os serviços de saúde – e, nesse particular, os serviços do CAPS – estão ou devem estar organizados para solucionar problemas específicos e atender às suas necessidades. O desenvolvimento de novos referenciais e instrumentos que possibilitem uma visão sobre a satisfação dos usuários e de sua rede de relações pode se revelar especialmente útil para a atenção à saúde atualmente.

O sentimento de ser bem cuidado, bem acolhido, bem tratado e respeitado, foi expresso de forma unânime pelos usuários, principalmente quando realizaram comparações em relação ao acolhimento recebido em outros serviços da rede de saúde, conforme pudemos observar na figura 2 (avaliação negativa do acolhimento e das práticas de cuidado). Além disso, conforme apresentado anteriormente na figura 1 (avaliação positiva do acolhimento e das práticas de cuidado), os usuários também elegeram o CAPS Renascer como local em que foram mais bem acolhidos, ratificando o sentimento de satisfação em relação ao atendimento recebido no referido serviço. Nesse sentido, na figura 5 o símbolo 😊 representa a satisfação dos usuários e o símbolo 😞 representa o sentimento expresso através de seus discursos.

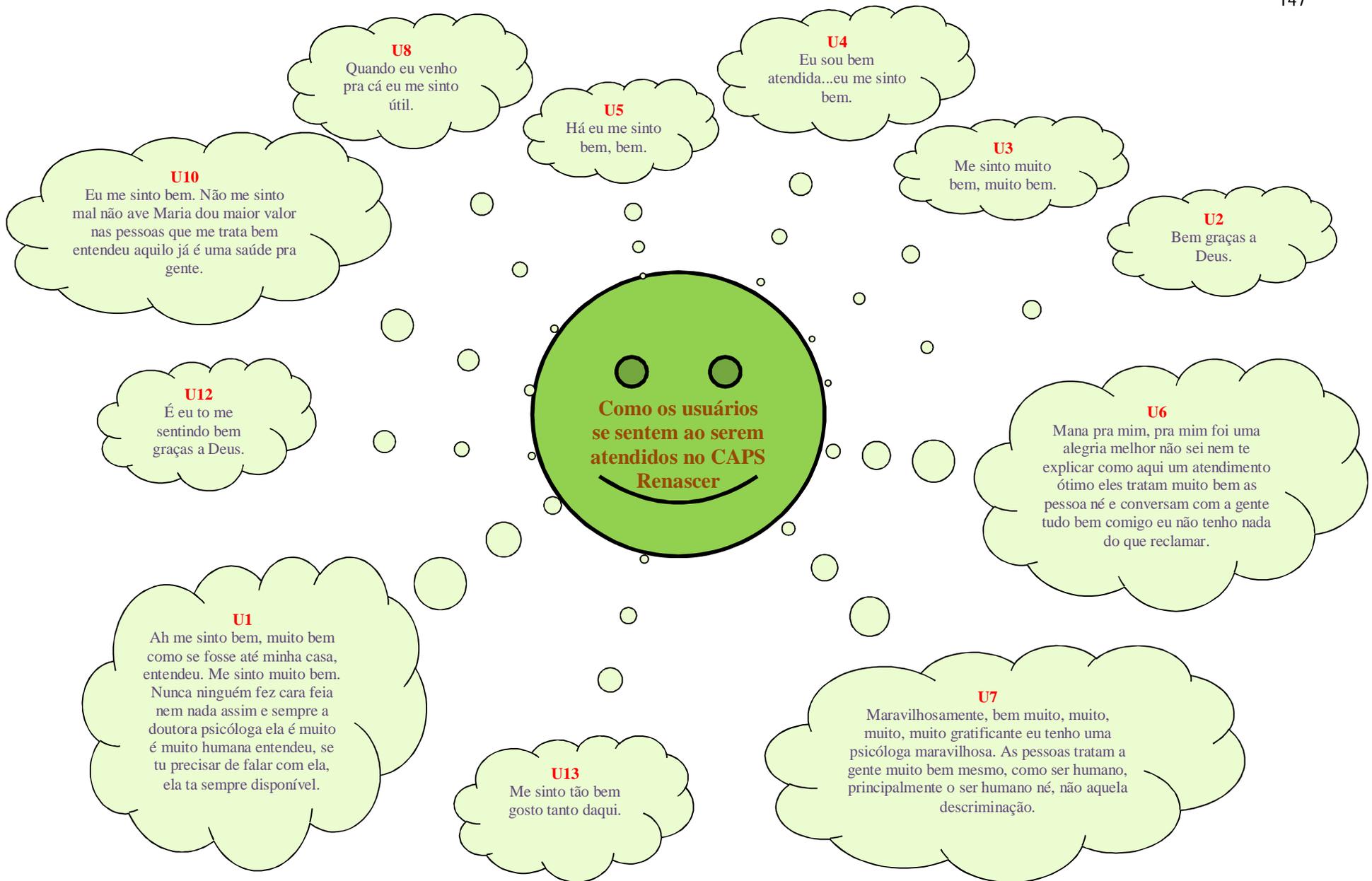


FIGURA 5: SENTIMENTO DOS USUÁRIOS EM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO NO CAPS

Ainda segundo Luzio (2011), o CAPS, entendido como uma estratégia de cuidado e de mudança do modelo da assistência em Saúde Mental tem dupla natureza, com finalidades distintas. Ele deve tanto viabilizar uma prática clínica centrada na vida cotidiana da instituição, de modo a permitir o estabelecimento de rede de sociabilidade capaz de fazer emergir a instância terapêutica, como também se responsabilizar, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidado em Saúde Mental, no âmbito do seu território. Para isso ele deve buscar a criação de espaços coletivos concretos destinados à circulação da fala e da escuta, da experiência, da expressão, do fazer concreto e da troca, do desvendamento de sentidos, da elaboração e da tomada de decisão. Além disso, o CAPS deve desenvolver ações que promovam a autonomia dos usuários e maior abrangência da clientela incentivando a participação da família e de outros segmentos sociais, viabilizando, assim, a gestão extraclínica da vida dos usuários (de forma a ampliar o poder contratual, as possibilidades de trocas afetivas e materiais), enfim, deve fomentar o exercício pleno da cidadania e difundir novos valores, noções, conceitos e modos de perceber a loucura e efetivar seu cuidado.

Um dos motivos apontados pelos usuários como essencial para considerar um atendimento como “bom” é o fato de ter profissionais preparados para acolher seus sofrimentos, suas angústias, suas singularidades e subjetividades, além de possibilitar um tratamento “humano” (U1 e U7) e um cuidado integral. Apenas dois usuários (U9 e U14) afirmaram que o atendimento no CAPS Renascer já havia sido melhor em outras gestões, quando o referido CAPS funcionava em outro espaço físico.

A atenção psicossocial, segundo Mont’Alverne de Barros et al.(2010), torna possível a desamarração das correntes virtuais do sofrimento, exclusão e dor. A inserção somente ocorre com o compartilhamento de sentimentos, desejos e saberes. Os saberes e práticas em saúde mental precisam permear a absorção e expansão de sua entranha técnica para que possa favorecer o ajuste, a adequação e a promoção de um equilíbrio mental no sujeito e em seus contextos. No espaço do trabalho, as equipes de saúde mental devem ter a perspectiva de que os serviços de saúde se comprometem política, ética e clinicamente com o cuidado integral em saúde mental. A atenção à saúde deve possibilitar o ato vivo e inerente ao cotidiano, à subjetividade e o suprimento das necessidades e demandas da população.

Ainda segundo os autores, a constituição do modelo de atenção em saúde mental instaura um período paradigmático ao apresentar elementos de ruptura com antigas concepções e fundamentos na elaboração de novos saberes e práticas no campo

psicossocial. A incorporação da experiência e da vivência no ato de cuidar eleva a sublime natureza humana de acolher e de ser solidário àquele com quem interage e, por conseguinte, mantém relações de vida com os mesmos. O trabalhador de saúde diferencia-se pelo núcleo específico de seu exercício laboral, porém, no processo dinâmico de produção do cuidado, os dispositivos que o potencializam na resolubilidade é parte comum de todos os sujeitos: usuários e equipe. Por vezes, os trabalhadores de saúde apresentam-se frente aos usuários com certa vantagem operacional, já que assimilam os saberes tecnológicos e, assim, os regem em relação ao acesso, acolhimento, vínculo e resolubilidade. O fracasso da produção do cuidado é exatamente o não alcance das necessidades de saúde pelo usuário. Ao interpor seus anseios e vaidades, o trabalhador de saúde, desconectado da responsabilidade de assistir de forma integral, pode dissolver toda uma rede ou conjunto de serviços direcionados ao cidadão.

Em relação aos profissionais de saúde da equipe do CAPS Renascer, os usuários expuseram, conforme os discursos apresentados na figura 6, suas avaliações concernentes aos cuidados recebidos pelos profissionais do referido serviço. Em geral, realizaram uma avaliação positiva, pois ressaltaram que os profissionais “atendem bem”, “são maravilhosos”, “legais”, “bons”, “educados”, “preparados”, “ótimos”, “olha no olho” (U1, U2, U3, U4, U5, U6, U7, U8, U9, U10, U11, U12 e U13) e que “se não fazem mais é porque não têm condições, por falta de recursos, não é por má vontade” (U11 e U14).

Para Lima (2011) o papel do profissional se reflete numa atitude de responsabilização pelo usuário, questionando a neutralidade científica e a compartimentalização do indivíduo e dos saberes. Desse modo, o profissional deve se vincular afetiva e eticamente com as pessoas que buscam os serviços e agenciar seus processos de cuidado, e evitar, por exemplo, os procedimentos de encaminhamentos como simples atos de repasse para outros profissionais bem como procurar acompanhar os sujeitos em suas trajetórias nos serviços e no movimento de cuidado como um todo.

Nesse sentido, podemos dizer que os profissionais do CAPS Renascer têm atendido de forma satisfatória aos anseios e às necessidades dos usuários, em que pese todas as dificuldades enfrentadas para desempenhar suas atividades no cotidiano dos serviços. Entretanto, não são todos os profissionais que estão comprometidos com os ideais da Reforma, muito menos com o cuidado em relação aos usuários. A seguir, apresento a figura 6, retratando avaliação dos usuários no que se refere aos profissionais do CAPS Renascer.

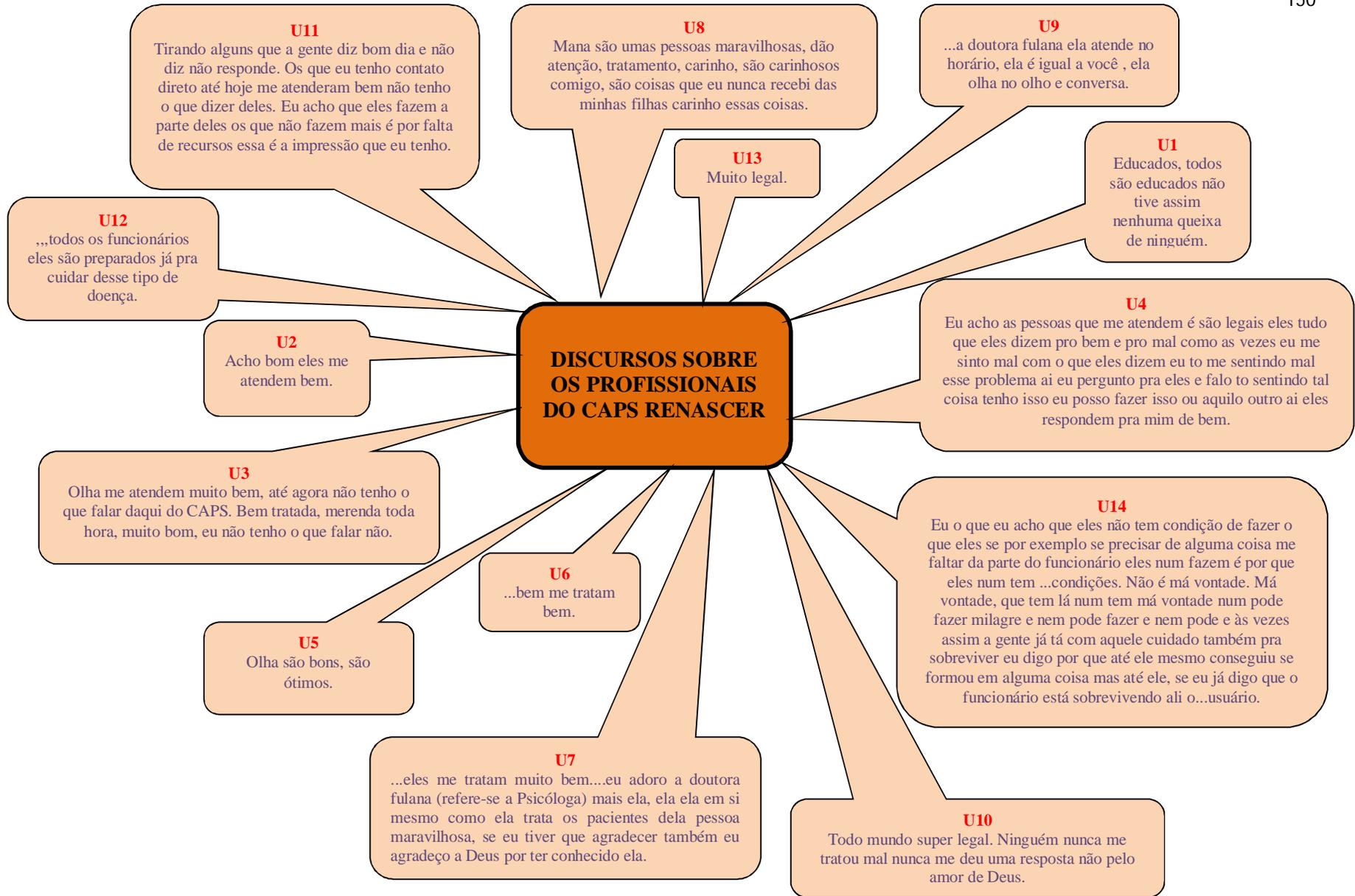


FIGURA 6: AS PRÁTICAS DE CUIDADO DOS PROFISSIONAIS DO CAPS RENASCER

De acordo com Azevedo et al.(2012) , o processo de reinserção social da pessoa em sofrimento psíquico, promovido pelos CAPS, envolve quatro elementos: o usuário do serviço, o profissional, a família e a gestão. O profissional age como um facilitador do processo, buscando meios de superar as barreiras que separam esses indivíduos de uma vida social, e esses meios devem ser garantidos pela gestão. Quando a gestão está atenta às necessidades da população, ela cria condições para que os profissionais guiem família e usuários na mudança desses paradigmas.

Vasconcelos (2010) afirma haver certas limitações estruturais para a viabilização do processo de reforma hoje. Na área pública, as condições estruturais criam obstáculos duros para a produção de um sistema intersetorial e integrado de bem-estar social e de direitos humanos, capaz de oferecer cuidado social personalizado e salvaguardas de direitos na comunidade, particularmente para todos os indivíduos que apresentam alguma forma de fragilidade ou dependência.

Apesar dos usuários perceberem as práticas de cuidados como benéfica para seu processo de reabilitação, faz-se necessário observar quais forças estão em ação nas diversas práticas assistenciais e como estas estão definindo, nas suas ações concretas do dia a dia, os seus objetos. Forças que podem estar produzindo continuidade ou descontinuidade, controle ou mudança, repetição ou resistência/criação, ativando ou atrapalhando o aparecimento de movimentos e redes.

Pinto (2007) constata que as Equipes de Saúde Mental costumam trabalhar com concepções previamente formadas em relação às suas práticas. Não é comum a compreensão de que as práticas formam os objetos. Com isso, muitas equipes estão lançadas na corrente da repetição do que é o habitual e o habitual, está impregnado pelas formas dominantes de relações de poder: controle e disciplina. As equipes que conseguem superar esta determinação são as que se negam a aceitar como dados imutáveis, por exemplo, os conceitos de “doença mental” e de “paciente” enquanto essências fixadas numa identidade. Recusam-se, também, a reproduzir “tratamentos” já estabelecidos, afirmando o novo através da criação de práticas clínicas, de convívio e de produção que ativam redes sociais e movimentos autônomos. Identificam-se, nestas últimas, algumas práticas nas quais se podem perceber a descontinuidade em relação à repetição do controle.

Mas, ainda permanecem as que se alinham na sequência da continuidade com as práticas da segregação, da objetivação, da produção de subjetividades moldadas. O predomínio, ainda, do poder médico, a centralização de muitas ações na figura do

psiquiatra e a ampla divulgação das pretensas maravilhas dos medicamentos de ação no sistema nervoso, como tratamento único, ajudam a manter relações de poder nas práticas de Saúde Mental que nos fazem cativos dos séculos XVIII e XIX. Não há um dispositivo em Saúde Mental que sempre produza a descontinuidade. Não é por ser “novo”, que um dispositivo produz descontinuidade. O que importa são as práticas que são realizadas e inventadas.

Se a reforma da assistência psiquiátrica é uma tentativa de dar ao problema da loucura, uma outra resposta social, uma resposta não asilar e que, tratando-se de uma resposta social, podemos convocar outras instâncias que não as exclusivamente clínicas. Os profissionais devem valorizar o ponto de vista do doente, sua fala, suas condições de vida e sua participação na assistência.

Para Yasui (2010), a equipe de profissionais é o principal instrumento de intervenção/invenção/produção dos cuidados em saúde mental. Trata-se de uma produção que se dá no agenciamento de afetos para produzir vínculos, na negociação de interesses divergentes, na pactuação para um projeto de cuidado, enfim, nas relações que emergem no encontro entre a demanda e o sofrimento do usuário com o trabalhador, sua subjetividade e sua “caixa de ferramentas” – sentido utilizado por Mehy (2002) como conjunto de saberes de que se dispõe para ação de produção dos atos de saúde. Quando esse objetivo não é alcançado, o desencontro que ocorre nessa relação submete o usuário e o trabalhador a um lugar de sujeição, de produção de subjetividades enquadradas, conformadas e bem-comportadas. Produção de afetos tristes. Renúncia à potencialidade criativa, ao desejo, à autonomia. Nesse sentido, já não haveria um CAPS aqui, apenas mais um serviço de saúde mental organizado segundo a mesma lógica hegemônica do modelo psiquiátrico asilar.

Os usuários não citaram apenas aspectos positivos em relação ao cuidado desenvolvido pelos profissionais do CAPS Renascer, principalmente no que diz respeito à atuação do profissional médico, além disso, trouxeram em seus discursos as experiências vividas em outros locais em que foram atendidos, denotando o quanto o atendimento na área da saúde mental ainda é dominada por práticas inundadas pelo modelo hegemônico da racionalidade médica, assunto este que comentarei a seguir.

4.3.7- O CUIDADO NA PRÁTICA MÉDICA NO CONTEXTO DOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS DE SAÚDE MENTAL

Na figura 7, apresento a avaliação dos usuários em relação ao atendimento médico disponibilizado nos serviços de saúde da rede pública durante a busca por cuidados para resolver seus problemas de saúde. Dentre os profissionais destacados como cuidadores no processo de tratamento realizado tanto no CAPS Renascer quanto em outros locais da rede, foi ressaltado o profissional médico.

Nos discursos dos usuários, pude perceber a importância dada ao profissional médico em detrimento aos outros profissionais da equipe responsável pelo cuidado e pelo projeto terapêutico dos mesmos. Entretanto, justamente por ter demasiada importância é que os usuários explicitaram suas insatisfações em relação às práticas de cuidado dos médicos, e em especial dos médicos psiquiatras. Além disso, como o foco do tratamento ainda é centralizado na questão da medicação, os usuários precisam estar constantemente em consultas médicas, para obter a receita médica, já que a maioria das medicações é ministrada ininterruptamente.

Silva et al. (2011) afirma que apesar das mudanças ocorridas nas políticas de saúde mental desde a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial, a prática clínica realizada pelos médicos nos CAPS ainda está bastante permeada pela condução diretiva e prescritiva da abordagem psicofarmacológica, influenciada pelo tradicional modelo “queixa-conduta”. A visão ambulatorial da classe médica contrapõe-se à clínica psicossocial dos serviços substitutivos de saúde mental, pois, no CAPS, as modalidades de atendimento devem constituir um universo de prática que visa dar suporte ao paciente em crise, envolvendo não só o tratamento clínico, mas uma compreensão da situação que o circunda, com intervenções que têm por objetivo assegurar sua reinserção no contexto social e familiar.

Seis usuários (U2, U4, U5, U7, U9 e U11) expressaram de forma clara seu descontentamento em relação às práticas de cuidado de alguns profissionais médicos, afirmando que não receberam a devida atenção, nem mesmo um olhar direcionado, um acolhimento caloroso, pelo contrário, sentiram-se desrespeitados pela forma que foram tratados, ou melhor, pela forma com que foram “destratados”, com “ignorância” (U5), “frieza” (U7), “rigidez” (U7), “aos gritos (U4), sem ao menos o profissional perguntar “se estava se sentindo bem” (U2), atendendo de forma rápida (U2), às vezes só para copiar a mesma receita que a consulta anterior (U2).

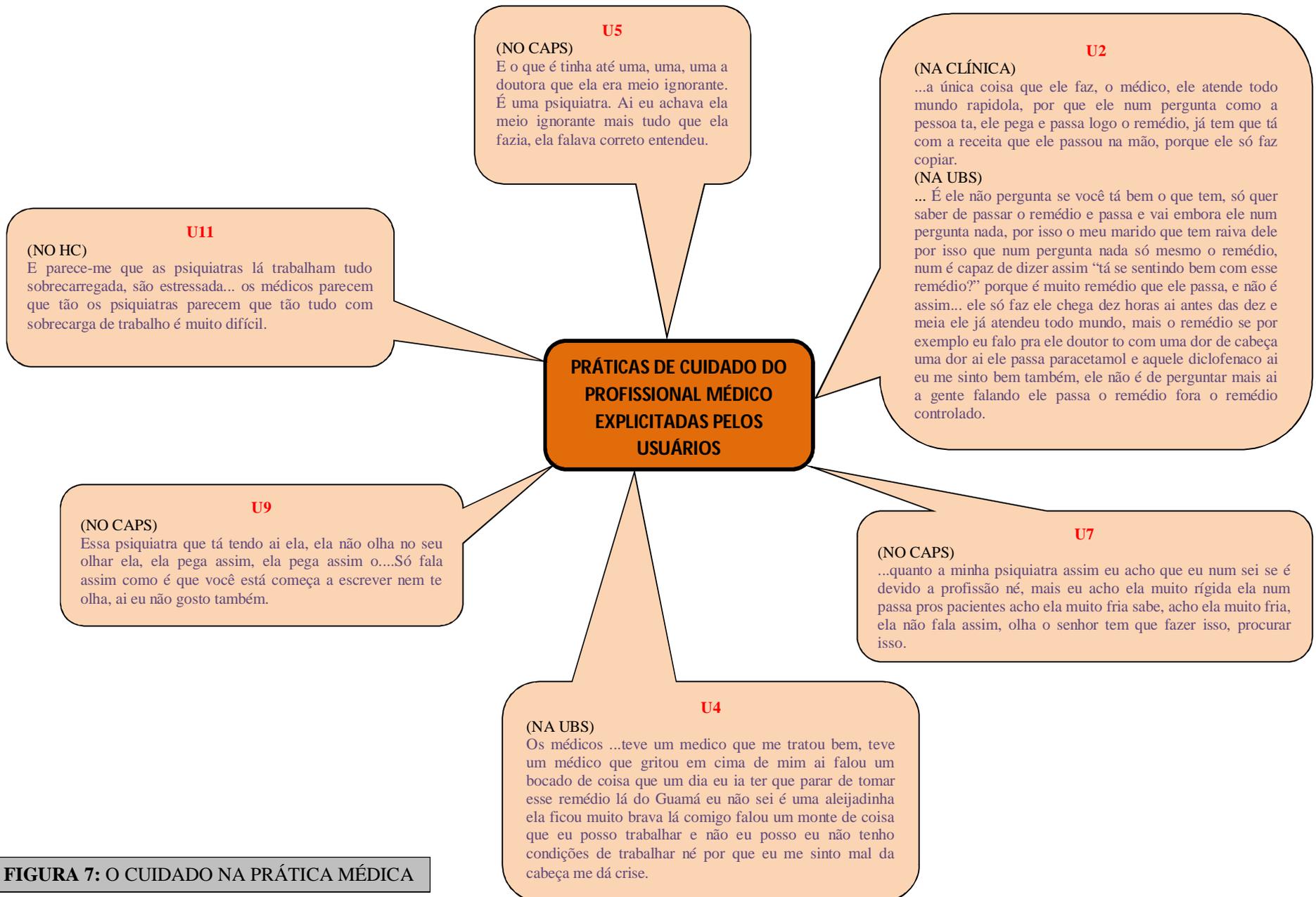


FIGURA 7: O CUIDADO NA PRÁTICA MÉDICA

Para Yasui (2010), o modelo médico hegemônico se reproduz, centrado na doença e na técnica sobre o corpo. Não há possibilidade de um encontro entre sujeitos, entre subjetividades. Apenas entre o saber médico e o seu objeto de estudo e de intervenção. A proposta de ruptura com a racionalidade médica, que deveria estar presente no cotidiano dos novos serviços, encontra ainda inúmeras dificuldades em se efetivar. Yasui (2010) constata que em sua experiência profissional em CAPS ainda tem encontrado uma organização dos processos de trabalho que ainda se norteia pelo modelo hegemônico da racionalidade médica, centrada nos fenômenos patológicos e no ato prescritivo. A presença do psiquiatra e os seus atos determinam a dinâmica e a estratégia terapêutica, via de regra, medicamentosa. As discussões de caso em equipe, quando existem, geralmente ocorrem sem a presença daquele profissional e tendem a reduzir o sofrimento psíquico ao quadro patológico.

Os usuários em geral afirmam se preocupar em não perder as consultas médicas, tendo em vista que ficam reféns destas para pegar as receitas. Além disso, falam que o número de profissionais médicos atuando no CAPS Renascer é reduzido para a demanda, causando longa espera pela próxima consulta, isso faz com que fiquem sem a medicação por um período de tempo, prejudicando o tratamento. Nesse sentido, parece que a relação entre médico e usuário, nesses casos, se reduz a uma mera prescrição de psicofármacos, configurando uma prática clínica centrada na doença, sem levar em consideração a subjetividade das pessoas.

Silva et al. (2011) aponta que a prática clínica centrada nos binômios causa-efeito, doença-cura e medicalização-satisfação ainda está predominante no cenário social brasileiro, arraigada desde a formação profissional até a formação cultural dos usuários, os quais só se sentem satisfeitos com a conduta dos profissionais de saúde que prescrevem e medicalizam seus sintomas de ordem social/econômica/afetiva/biológica.

As necessidades dos usuários, de acordo com Dalmolin (2006), parecem não comportar mais a forma tradicional de produção de cuidado, a qual reduz a complexidade da vida a um quadro nosológico, quando, ao contrário, essa experiência abarca todo o seu contexto de relações e, por isso, requer recursos múltiplos, criativos e transdisciplinares.

Diversos estudos apontam que o discurso médico e as práticas de medicalização ainda ocupam um importante espaço na configuração dos serviços em saúde mental. Os profissionais da equipe multiprofissional contribuem para a sustentação desse modelo, sem promover alternativas não médicas, para abordagem de alguns problemas de saúde

mental. A potência do trabalho multiprofissional nesse contexto fragiliza-se, transformando-se em complemento do tratamento prescrito pelo psiquiatra.

Lima (2012) aponta que há indícios de que o poder psiquiátrico vem se adaptando e continua operando nas novas estruturas sob os “velhos preconceitos” estritamente ou biologizantes que lhe garantem todo saber-poder e que implicam uma série de relações de forças que se perpetuam no dia a dia dos serviços e nas relações médico-paciente. Por outro lado, iniciativas têm surgido na tentativa de colocar em prática novas possibilidades de relação e meios de lidar com o “louco e as loucuras sociais de nosso tempo”, respeitando os pressupostos de modo de atenção psicossocial.

Para Quebra (2011), ao invés de romper com o modelo asilar ao qual pretende combater, em muitos pontos, a Reforma Psiquiátrica e os serviços substitutivos por ela instituídos, reeditam as convenções medicalizantes e asilares da era moderna. A autora constata em seu estudo realizado em um CAPS no Estado do Pará, que além do ideal reformista do qual não se pode recuar e pelo qual o serviço se organiza, a herança moderna do discurso psiquiátrico sobre a loucura como doença, o que leva a identificar o discurso medicalizante disseminado dentro dessa assistência, bem como, as formas de intervenção que se pretendem submetidas a este saber. Assim, é possível perceber como as verdades que se operam num CAPS, por exemplo, representam ou recortam uma problemática não apenas da psiquiatria em si ou de um serviço de assistência psiquiátrica, mas desse macrossistema que se chama saúde mental, e que aparece difundido nos diversos ramos da saúde (coletiva), que traz o discurso medicalizante e medicalizado como o principal para sustentar tal categoria.

Nesse sentido, Lemos e Filho (2012, p. 60) afirmam que:

...passados dez anos da aprovação da lei e da implantação do novo modelo nota-se que os CAPS vêm sendo psiquiatrizados – reapropriados pelo poder psiquiátrico – o que envolve certa “subversão” dos princípios da atenção psicossocial em benefício de uma retomada do modelo psiquiátrico patologizante tradicional.

Com os movimentos da Reforma Psiquiátrica, o modelo de atenção em saúde mental passa por um processo de (re)construção, visando à transição de uma prática clínica centrada na doença para uma centrada nas singularidades do ser. Para romper com essas relações, é necessário, de acordo com Yasui (2010), ousar, inventar, correr riscos. A produção de novas relações e a construção de projetos de vida autônomas não se dão em lugares com relações mediadas pelo medo, pela covardia, pelo comum, na mesmice, na mediocridade. Para a autora, medíocre aqui é algo de qualidade média,

modesto, sem expressão ou originalidade, pouco capaz, sem qualquer talento, que, de modo geral fica aquém. Quer dizer serviços absolutamente comuns que reproduzem as mesmas práticas que podemos nomear de manicomiais ou asilares.

Aliada a toda essa discussão é importante trazer à tona a reflexão que Lima (2012) faz a respeito do discurso cientificista do projeto de lei do Ato Médico que é claramente contrário à proposta de atenção integral em saúde do SUS e da reforma psiquiátrica antimanicomial, pois coloca em xeque os demais saberes dos profissionais da equipe multiprofissional, contrariando os princípios e diretrizes da reforma antimanicomial. A hierarquização dos saberes e a submissão dos demais profissionais da área da saúde à decisão centralizada no médico inviabilizam a atuação sob uma perspectiva interdisciplinar, o que reduziria a intervenção em saúde à lógica organicista da medicina tradicional, diante deste cenário a autor aponta para uma ampla mobilização de diferentes segmentos e classes de profissionais da área da saúde, no sentido de denunciar o “abuso” que o projeto de lei do Ato Médico representa. Esta mobilização pode ser evidenciada inclusive pela moção de repúdio desse projeto aprovada pela plenária fina da IV Conferência Nacional de Saúde Mental.

Nesse sentido, produzir cuidado por meio do encontro de subjetividades, na perspectiva de uma ruptura epistemológica com as práticas hegemônicas, ainda segundo Yasui (2010), significa coragem para correr riscos, abrir-se para a potencialidade produtiva do encontro, do bom encontro, como fala Espinosa (citado por Yasui, 2010).

4.3.8- PRÁTICAS DE CUIDADO: MODELO ASILAR X MODELO PSICOSSOCIAL

Para Gastão e Campos (2005), a produção de novos projetos, ações e centros de atenção psicossocial, que compõe as redes substitutivas de saúde mental de base comunitária/territorial no contexto da reforma psiquiátrica em curso no cenário nacional, coloca em cena a necessidade de transformação e superação do modelo asilar. Dessa forma, diferente de uma simples mudança administrativa do lócus de intervenção, essa produção inscreve múltiplas dimensões: as políticas públicas, os saberes, os modos de fazer saúde, as formas e os sentidos de cuidar, a projetualidade das instituições, os direitos, os processos socioculturais.

Não teria como discutir este eixo sobre as práticas de cuidado em saúde mental sem realizar uma reflexão a respeito dos modelos ou modos básicos das práticas em

saúde mental, assim compreendida por Costa-Rosa (2000) como modo asilar e modo psicossocial. A seguir apresentarei um quadro com as principais concepções relacionadas a cada modelo, resumido por Botti (2004) a partir das considerações elaboradas por Costa-Rosa (2000).

Quadro 9: Modelos de Cuidado em Saúde Mental

MODO ASILAR	MODO PSICOSSOCIAL
Concepções do “objeto” e dos “meios” de trabalho	
<ul style="list-style-type: none"> - Ênfase nas determinações orgânicas dos problemas; - Meio básico de intervenção medicamentosa; - Pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito (como subjetividade desejante); - O organismo é o destinatário principal das ações; - O indivíduo é visto como doente pela família e sociedade e, portanto, deve ser tratado; - Recursos multiprofissionais enquadrados no modelo de divisão do trabalho correspondentes a “linha de montagem”, onde as tarefas e o sujeito são fragmentados e encadeados como mercadoria da produção comum; - O prontuário é o elo de interconexão dos profissionais da equipe; - Os recursos multiprofissionais considerados auxiliares secundários tanto em termos teóricos quanto técnicos, são os “paramédicos” ou “não-médicos”; - Psicose, alcoolismo, drogadição, neurose e outras problemáticas são consideradas como doenças, para qual deve-se buscar 	<ul style="list-style-type: none"> - Consideração dos fatores políticos e bio-psico-socioculturais, como determinantes; - Meios de intervenções – psicoterapias, laborterapias, socioterapias e dispositivos de reintegração sociocultural, com destaque para as cooperativas de trabalho, além da medicação; - Importância atribuída ao sujeito e a sua mobilização, como participante principal do tratamento; - Consideração da pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social; - Participação da família e do grupo ampliado no tratamento (associação de usuários e familiares); - Como meio de tratamento propõe o reposicionamento do sujeito (implicação subjetiva) de tal modo que ele, em vez de sofrer os efeitos dos conflitos, passa a se reconhecer não só como um dos agentes implicados nesse “sofrimento” como também um agente de mudanças; - ênfase na reinserção social do indivíduo, principalmente quanto as formas de recuperação da cidadania pela via das cooperativas de trabalho; - Meio de trabalho característico é o desenvolvido pela equipe interprofissional

<p>cura segundo o modelo médico;</p> <ul style="list-style-type: none"> - O hospital psiquiátrico fechado é a instituição típica, porém também encontram-se dispositivos extra-asilares que funcionam segundo os mesmos parâmetros e lógica deste hospital. 	<p>que inclui uma série de dispositivos e formas de intercambio das suas teórico-técnicas e das suas práticas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Os problemas são vistos como múltipla determinação e então a eficácia da ação terapêutica há de ser interprofissional; - Utiliza contribuições da psicanálise e do materialismo histórico; - Dispositivos institucionais típicos: CAPS, NAPS, Ambulatórios de Saúde Mental, equipes multiprofissionais de Saúde Mental de centros de saúde e hospitais gerais.
Formas da Organização Institucional	
<ul style="list-style-type: none"> - Organogramas típicos são piramidais ou verticais, com fluxo do poder unidirecional do ápice para a base. - Há campos ou espaços interditados ao usuário e população em geral; - Estratificações de poder e saber; - Indiferenciação entre o “poder decisório” e o “poder de coordenação” 	<ul style="list-style-type: none"> - Organograma horizontal; - Os dispositivos instrumentam todas as dimensões da instituição a serviço da técnica e da ética, geralmente por meio das diversas assembleias de usuários, familiares e trabalhadores da Saúde Mental; - Distinção entre o “poder decisório” e o “poder de coordenação” – saber é diferente de poder, o poder decisório se dá em reunião geral da instituição, e o poder de coordenação é marcado pela espera do saber técnico ou do saber-fazer; - Ênfase ocorre com a participação da população e da clientela efetiva da esfera do poder decisório.
Formas do relacionamento com a clientela	
<ul style="list-style-type: none"> - A instituição é um espaço de relação entre loucos e sãos, ou entre doentes e são, ou variantes desta relação; - A instituição é lócus depositário ou “agenciadora de suprimento” diante de 	<ul style="list-style-type: none"> - Espaço de interlocução preconizando a colocação em cena da subjetividade e das práticas de intersubjetividade horizontal; - A instituição funciona como ponto de fala e de escuta da população, o que exige

<p>uma clientela considerada carente;</p> <p>- Interdição do diálogo produzindo um discurso que fixa o usuário à mobilidade e ao mutismo;</p> <p>- Em relação à produção de subjetividade, há reprodução das relações intersubjetivas verticais, típicas do modo capitalista de produção.</p>	<p>capacidade para discriminar a dimensão da demanda social;</p> <p>- Organização programática em forma de equipamentos integrais; destes, a integralidade ocorre em relação ao território e ao ato terapêutico propriamente dito.</p>
Concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos	
<p>- “Defeitos do tratamento”, como cronificação asilar e benzodiazepinização;</p> <p>- Remoção ou tamponamento de sintomas alinhada à perspectiva de uma ética de duplo eixo: dimensão ego-realidade e carência-suprimentos, cujos desdobramentos são a adaptação.</p>	<p>- Reposicionamento subjetivos, além da supressão sintomática, leva em conta a dimensão subjetiva e a sociocultural;</p> <p>- Reposicionamento da perspectiva de uma ética da singularização que tome como duplo eixo a dimensão sujeito – desejo e carecimento – ideais.</p>

Nesse sentido, podemos verificar as principais diferenças dos dois modos básicos de práticas de saúde mental, e com base nessas ideias gerais, podemos afirmar, de acordo Costa-Rosa (2000), que só é possível considerar que dois modelos de atuação no campo da saúde mental são alternativos se são contraditórios. E dois modelos serão contraditórios se a essência das suas práticas se encaminhar em sentidos opostos quanto a seus parâmetros basilares. Desta forma para Costa-Rosa (2000, p. 144):

Não será, portanto, com critérios como o de bom ou mau, melhor ou pior, humano ou desumano, democrático ou autocrático etc., que poderemos caracterizar a alternatividade de dois modos de ação em saúde mental. Por exemplo, poderemos concordar que um modelo “hospitalocêntrico” e “médico-centrado” é diferente de um modelo centrado no ambulatório e no trabalho da equipe multiprofissional; percebemos, porém, que nem por isso os dois são alternativos, pois tanto o ambulatório pode continuar ocupando o lugar de “depositário” que é do hospital psiquiátrico, por exemplo, quando a equipe interprofissional pode continuar depositando na medicação a expectativa da eficiência das suas ações, não prescindindo do hospital psiquiátrico para atender a clientela da área em que se situa; assim como pode continuar situando-se como sujeito da especialidade (da disciplina) perante a clientela concebida como objeto inerente de sua intervenção.

É importante a observação do autor para o contexto deste estudo, tendo em vista que as práticas de cuidado em saúde mental refletidas nos discursos dos usuários traduzem uma relação complexa e por vezes ambígua. É difícil afirmar até que ponto as práticas de cuidado no interior dos serviços substitutivos como o CAPS Renascer,

realmente estão organizados e funcionando pela lógica do modo psicossocial, conforme apresentado acima. É provável que em suas entranhas ainda existam um ranço do modo asilar, misturadas ao processo de resistência por parte dos profissionais militantes da Luta Manicomial e da Reforma Psiquiátrica.

Para que a Reforma Psiquiátrica Brasileira possa responder ao questionamento a respeito se está, de fato, transformando, ao invés de modernizar o modo asilar, é necessário que suas práticas reflitam as suas postulações. Para isso, profissionais, usuários, aparelho formador, o conjunto da sociedade, enfim, precisa abordar o tema controle/transformação, no sentido de que as práticas em Saúde Mental sejam aquelas de interesse da população e trabalhem para a sua autonomia e libertação.

Nesse sentido, faz-se necessário observar como estas práticas estão situadas, enquanto exercícios do poder e quais as possibilidades de escapar de repetições de formas de dominação, num exercício constante de abertura de linhas de fuga que conduzam à resistência e à criação. Por resistência, entende-se aqui, as práticas que se contrapõem à dominação, negando-a ou afirmando posições que oferecem barreiras à repetição dos modos dominantes de exercício do poder os quais moldam subjetividades consumidoras do mesmo. Por criação quero indicar as práticas da invenção do novo enquanto desconhecido, inusitado, desviante, mutante, sem molde.

Para uma discussão a respeito das possibilidades de resistência e criação, nesses tempos de globalização e de maciça produção de subjetividade, através dos meios de comunicação, temos a necessidade de tomarmos o caminho da criação de novos espaços nos quais mecanismos de subjetivação que não sigam a forma dominante sejam potencializados e adotem a própria vida como matéria-prima.

Retomando a questão dos dois modos de práticas em saúde mental – o asilar e o psicossocial – posso dizer que tive a oportunidade de entrevistar três usuários que passaram por atendimento no Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira já descrito no Capítulo 1. Para lembrar, esse hospital, assim como qualquer instituição asilar, reproduziu a lógica da exclusão social da loucura, assim como, o descaso com as mínimas condições de cuidado às pessoas com transtorno mental, apesar das mudanças propostas na época.

Nos discursos desses três usuários (U8, U11 e U14), conforme demonstrado na figura 8, podemos ter exemplos bem claros da forma de tratamento recebido em instituições onde a lógica era dominada pelo modo asilar. O que hoje é considerado inadmissível enquanto forma de tratamento, na época (1892-1989) era considerado

comum e inclusive terapêutico. Ao escutar os relatos desses usuários, não pude deixar de imaginar as cenas de “horror” vivenciadas por eles. Pude perceber que ao relembrar tais cenas, os usuários foram tomados por sentimentos de repúdio e aflição demonstrados por meio de gestos, tons de voz e expressões faciais.

Sem dúvida, que essas experiências deixaram marcas profundas nos usuários e talvez nunca mais sejam esquecidas, ocasionando inclusive o agravamento de seus problemas de saúde. Agora é importante ressaltar que atualmente, esses usuários estão passando por outra experiência ao serem atendidos em um serviço considerado substitutivo, que no caso é o CAPS Renascer. Nos itens anteriores, em suas avaliações referentes aos cuidados recebidos no CAPS, relataram que foram bem acolhidos e que são bem tratados pelos profissionais do referido serviço, diferente do tratamento que recebiam no Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, demonstrando um novo olhar no atendimento à saúde mental.

Em relação a esse novo olhar, Boarini (2011) diz que é necessário fazermos referência ao processo da desinstitucionalização, uma vez que desinstitucionalizar diz respeito às relações interpessoais e as instituições que “ajustam” a pessoa a uma determinada situação, impossibilitando qualquer expressão fora das normas, no âmbito das relações sociais, familiares, de trabalho, dos serviços em geral. Nesses termos, a desinstitucionalização da atenção à saúde mental se traduz pelo abandono do paradigma que valoriza o “ajustamento social” e a norma e faz da razão seu único apoio. É o rompimento com o paradigma que entende o transtorno mental como sinônimo de incapacidade e periculosidade, e por esta razão justifica, adota e advoga medidas de tutela e exclusão, conforme podemos observar nos discursos dos usuários na figura 8.

U8

...me internaram no Hospital Juliano Moreira passei um tempão lá com ele lá era mingau de, de, mingau de gorgulho era tudo era com gorgulho era arroz com gorgulho era mingau de gorgulho era feijão de gorgulho quer dizer que só por que nós era doente nós tinha obrigação de tomar não isso tá errado num é, a gente num é cachorro num animal né, e eu passei muito tempo ai no tempo do médico daquele médico moreno que passou o seu eu esqueci o nome dele ia me dar um choque e a médica ligou pro finado Aluísio da Costa Chaves pra não me dar por que eu só tava com é insônia só insônia dai comecei tomar remédio comecei coisar a minha vida num foi fácil não. Naquela época o pessoal amarrava colocava no cadeado essas coisas tudinho...ficava pelado. No transitório uma vez eu pedi assim que eu queria ficar no quarto pra mim dormir tranquila né me, me eles botam no bico, era um lugar cheio é grade colocaram lá.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO JULIANO MOREIRA**U11**

...o Juliano Moreira né cheguei a entrar duas vezes fiquei horrorizado de ver aqui se alguém entrar meio louco sai louco e meio.

U14

...existiu um hospital que se chama Juliano Moreira. eu suporrei quatro dias lá por que lá parece o inferno. Esses dias doutora olha a gente comia uma comida parece que não era nem pra humanos parece pra animais pobres que os pobres criam os animais que os ricos criam é se alimentam melhor do que nós pobres e lá parece que era alimento pra animais pobres né, e agente tinha que passar com aquilo mesmo e quando chegava seis horas da tarde a gente era trancado lá na enfermaria onde a gente ficava onde tinha uma coisa toda esfarrapada pra gente deitar, e lá fez a gente ficar trancado e lá...Num tinha grade pra olhar pra fora nada, nada, e a gente num era atendido com ninguém se se sentisse aperreado como a gente se sentia mesmo. Muito aperreado lá podia gritar com toda a força que ninguém atendia a gente, aquele que amanhecia o dia se sobrevivesse amanhecia o dia é quando iam abrir pra gente sair né era colocado uma pessoa mais forte dos internos os mais fortes dos internos pra repreender da forma deles. Como justiceiros, como falava os justiceiros assim que ele acha que alguma coisa não tá do jeito que ele quer ele vai obrigar a pessoa a fazer como ele quer por que ele tem a força. Como aqueles desenhos de...De super heróis... eu cheguei a apanhar lá por que eles, eles não sabem o que tão fazendo lá... eu já implorrei pra medica lá já me dar me liberar. Me libertar. É me libertar. Tá certo, pois é doutora e ela me libertou e quando foi dia de visita no quarto dia eu já fui embora pior do que eu estava.

FIGURA 8: PRÁTICAS DE CUIDADO NO MODELO ASILAR

As cenas de extrema violência relatadas pelos usuários denotam um tipo de tratamento desumano, aos moldes da lógica asilar/manicomial, principalmente quando apresentam expressões do tipo “lá parece o inferno”, “a comida parece que não era nem pra humanos, parece pra animais”, “se alguém entrar meio louco sai louco e meio”, “era um lugar cheio é de grade”, “lá podia gritar com toda a força que ninguém atendia a gente”, “eu cheguei a apanhar lá por que eles, eles não sabem o que tão fazendo lá”, “fiquei horrorizado”, “a gente não é cachorro, não é animal”. Tais expressões são bem diferentes daquelas expressões contidas nos discursos referentes aos tratamentos recebidos no CAPS, embora algumas práticas ainda são remanescentes do modo asilar.

Segundo Daúd Jr. (2011), o hospital psiquiátrico, desde o primeiro criado em 1841 no Rio de Janeiro, capital do império, passando pelo mais moderno do mundo, criado em 1898, o Juquerí, e todos os outros criados pelo poder público até 1960, vem se somar às outras instituições de repressão e controle social voltados a disciplinar a mão de obra excedente, a mão de obra fabril, a pobreza, a reprodução da raça negra e a ativa rebelde pretensão do livre arbítrio humano de desqualificar os valores morais e sociais dominantes, seja quanto ao padrão de conduta sexual, de gênero, de opção política e ideológica, entre outros.

O autor ainda afirma que a constituição do Sistema Asilar Manicomial brasileiro não passa pela simples criação dos Hospitais Psiquiátricos como organismo assistencial hegemônico. Sua hegemonia relaciona-se justamente com o papel complementar que exerce em relação a outras instituições da disciplina e da norma, tendo que elaborar um discurso legal, científico, assistencial e cultural que no seu conjunto transforma a instituição psiquiátrica em dispositivo disciplinar imprescindível ao funcionamento da nossa sociedade e que, em determinados momentos históricos, é instrumentalizada por interesses meramente lucrativos, de exploração econômica do sofrimento mental.

Os usuários permaneceram pouco tempo internados no Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira (menos de uma semana), porém foi tempo suficiente para causar-lhes “sequelas morais” irreversíveis pela tamanha violência a que foram expostos. Eles são exemplos vivos de usuários que vivenciaram o paradigma asilar e agora estão vivenciando a transição para o paradigma psicossocial. Na realidade, são protagonistas dessa história, em que pese terem sofrido intensamente durante esse processo pela busca de cuidado em saúde mental.

Lima (2012) afirma que a atual conjuntura do campo da saúde mental apresenta-se como um amplo universo social, com suas contradições e embates de verdades e

tendências, no qual têm emergido diferentes atores e segmentos, em especial aqueles que passaram muito tempo trancafiados e amordaçados, seja pelas camisas de força concretas, pelos muros manicomiais, ou pelas amarras simbólicas da exclusão e negação de direitos básicos. Neste sentido os instrumentos e recursos legais representam avanços, mas não garantem os direitos conquistados, já que, para tal, são necessárias também mudanças culturais que demandam tempo e investimento a longo prazo, no sentido de criar condições reais para convivência com a diversidade humana, assim como disponibilização de meios e recursos para a manutenção e a sustentabilidade da própria vida dos usuários diante do contexto atual de extrema competitividade e individualismo característico de nossa sociedade contemporânea.

Então ainda se nota nos serviços considerados substitutivos um ambiente rico em contradições e repleto de diferentes modos de atuação dos profissionais. Em algumas situações, a passividade promove a aceitação dos mecanismos de exclusão, mesmo com reclamações que não se materializam em ações de mudança. Em outros ambientes de trabalho, percebemos a recusa à aceitação passiva dos mecanismos de poder que utilizam a Psiquiatria como o velho tapete para baixo do qual o que é tido como sujeira social é varrida.

Um dos eixos centrais deste estudo, que inclusive faz parte do título, são as práticas de cuidado em saúde mental na “voz” dos usuários. Desta forma, foi possível compreender como estão se dando os processos de produção de cuidado no cotidiano dos serviços e, em especial no CAPS Renascer.

Foram avaliados pelos usuários aspectos do cuidado relacionados ao acolhimento, ao diagnóstico, ao tratamento, ao atendimento dos profissionais de forma geral e em relação às atividades desenvolvidas no cotidiano do serviço. De fato, ficou claro nos discursos dos usuários, que o CAPS Renascer foi o local em que se sentiram mais satisfeitos no que se refere ao cuidado, principalmente quando comparado ao tratamento recebido em outros serviços de saúde da rede pública e privada. Entretanto, ainda é observado no âmbito desses serviços, a coexistência de práticas de cuidado que corroboram para os ideais da Reforma Psiquiátrica e outras que ainda reproduzem a lógica manicomial.

Embora ainda não constituindo uma cultura hegemônica, a busca da transformação dos modos de cuidar em saúde se constitui em um forte movimento para o qual convergem esforços de segmentos identificados com esse ideário. O arcabouço de mudanças conceitual e de práticas tem criado novas formas de pensar, tratar e cuidar

em saúde mental que abrange a estruturação de uma rede de serviços e cuidados que envolve usuários, familiares, os trabalhadores, gestores e comunidade. Nesses processos se identifica claramente a promoção de rupturas e inovações na prática da saúde.

É necessário haver ética no cuidado à pessoa com transtorno mental e sua família, respeitando-se a sua cidadania e promovendo a sua reabilitação. Um cuidado ético preocupa-se com tudo que envolve o ser humano, com tudo que o rodeia, ou seja, com a sua singularidade, igualdade, desigualdades, harmonias e conflitos. Não pode ser baseado numa única estratégia; deve ser livre, criativo e não pode ter medo de inovar.

Já existem muitos consensos teóricos, mas ainda há imensos obstáculos a serem superados presentes no cotidiano das práticas de cuidado e formação profissional, dentre eles o da heterogeneidade da formação técnica e a multiplicidade de linguagens tradicionais em disputa no agir em saúde ainda presente em muitos cenários assistenciais.

Nesse sentido, os discursos dos usuários que emergiram a partir deste eixo da pesquisa permitem compreender as práticas de cuidado como produzidas intensamente dentro e fora dos serviços, configurando-se conforme as forças corporativas, profissionais e de usuários envolvidas em um cenário novo, mas com matrizes que se reproduzem a partir de interesses, pois não há separação entre práticas e marcos, o que há são esses mesmos interesses de usuários e de corporações a buscar serviços que os representem e possibilitem suas demandas.

4.4- EIXO TEMÁTICO: USUÁRIO E AUTONOMIA

O tema, os objetivos e a linha de argumentação desta pesquisa, tiveram como foco central a voz dos usuários, na perspectiva de se discutir o sentido dado por estes ao processo de saúde e doença (eixo 1), aos itinerários terapêuticos (eixo 2) e às práticas de cuidado em saúde mental (eixo 3), evidenciando a importância do protagonismo desses usuários na avaliação dos serviços prestados no âmbito da saúde mental, e especificamente no CAPS.

Na organização e estruturação deste estudo, fiquei pensando em iniciar a análise das entrevistas por esse eixo que denominei *usuário e autonomia*, considerando que a voz deles – dos usuários – é imprescindível para a consolidação de uma política de saúde mental que considere o seu protagonismo e a sua autonomia uma condição necessária à mudança de paradigma do modelo manicomial para o psicossocial, conforme abordado anteriormente no eixo sobre as práticas de cuidado em saúde mental. Entretanto, preferi deixar com que a voz dos usuários conduzisse de certa forma, as discussões, as reflexões, os dilemas, os conflitos e inclusive as contradições que envolvem a condição de ser e de estar desses sujeitos no mundo.

Antes de iniciar a análise deste eixo, acho necessário definir alguns conceitos relacionados à temática em questão, como a própria definição da palavra “usuário” e todo o significado que ela traz consigo, inclusive a questão da autonomia, do empoderamento e do protagonismo.

Nesse sentido, para Amarante (2007, p.82), o termo “usuários”:

...foi introduzido pela legislação do SUS (Leis 8.080/90 e 8.142/90), no sentido de destacar o protagonismo do que anteriormente era apenas um “paciente”. A expressão acabou sendo adotada com sentido bastante singular no campo da saúde mental e atenção psicossocial, na medida em que significava um deslocamento no sentido do lugar social das pessoas em sofrimento psíquico. Atualmente o termo vem sendo criticado pelo fato de ainda manter uma relação do sujeito com o sistema de saúde. Este é um importante indício do movimento permanente de reflexão e construção no campo da reforma psiquiátrica.

Tavares e Sousa (2009) destacam que, de acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira, o usuário do serviço de saúde mental deve ser, prioritariamente, o foco da atenção. Nessa perspectiva, não é objeto de ação o transtorno mental em si, ou os sintomas na sua simples corporeidade, mas sim a compreensão desse sofrimento por

meio da conceituação “existência-sofrimento”, a qual é definida por Costa-Rosa, Luzio & Yasui (2003) como sendo a transformação do imaginário social relacionado à doença mental e à anormalidade, buscando ressignificar esses sujeitos, percebendo-os como cidadãos que desejam e “almejam poder de contratualidade social” (p.33). Para esses autores a contratualidade social, se refere à condição de estabelecer contratos sociais de reciprocidade e de trocas, de se responsabilizar pela própria decisão e de ser capaz de enfrentar, aos poucos, as adversidades da vida.

Outro conceito abordado neste eixo e que denota o protagonismo do usuário em questão, é o conceito de autonomia. Para Adorno (1995) autonomia é a possibilidade de resistência a uma ordem posta, é a universalização, é a capacidade de dizer não à uniformização e à totalização. O próprio Adorno (1995) quando argumenta sobre a educação para emancipação o faz afirmando que a educação deve consideravelmente diferenciar-se de modelagem de pessoas ou de simples transmissão de conhecimento, mas deve sim destacar-se como produtora de uma consciência verdadeira, a qual só seria possível pela experiência de educar para a contradição e para a resistência.

Entretanto, Tavares e Sousa (2009) afirmam que essa autonomia, certamente não é o mesmo princípio de autonomia que orienta o trabalho no CAPS e na saúde mental, de modo geral. Com o discurso de resgate da autonomia ao sujeito com sofrimento psíquico o que se tenta restituir-lhes é o direito à convivência social, nos moldes da estruturação social de heteronomia, com a falsa promessa de que agindo como se espera eles serão cidadãos livres e autônomos.

O processo de reforma psiquiátrica brasileira tem tido avanços significativos nas últimas décadas, pois de acordo com Figueiro e Dimenstein (2010), podemos perceber investimentos em equipamentos, recursos humanos e políticas de atenção em saúde mental. Porém, o desafio que se coloca na atualidade diz respeito ao aumento da participação dos usuários nesse processo. Dessa forma, os autores fazem a seguinte indagação: “Como torná-los protagonistas do processo de reforma psiquiátrica?”. Levando em consideração que a atenção profissional não atende às diversas questões presentes no cotidiano dos usuários (necessidades culturais, de lazer, econômicas etc.), os autores afirmam ser necessário investir mais fortemente em novas estratégias e atores capazes de agenciar forças instituintes a esse movimento, como os usuários, por exemplo, para que se possa alavancar o processo de reforma psiquiátrica, não só em nível de uma atenção técnica/especializada, mas no que diz respeito a uma maior participação e empoderamento desses sujeitos (VASCONCELOS, 2008).

Vasconcelos (2008) define o conceito de empoderamento como um conjunto de estratégias de fortalecimento do poder, da autonomia e da auto-organização dos usuários e familiares de serviços públicos nos planos pessoal, interpessoal, grupal, institucional, e na sociedade em geral. Acrescenta, ainda, que, no campo da saúde mental, entende esse conceito como uma perspectiva ativa de fortalecimento do poder, da participação e da organização dos usuários e familiares no âmbito dos serviços formais, dos dispositivos autônomos de cuidado e suporte, da defesa de direitos, do controle social no sistema de saúde e na sociedade em geral.

A partir disso, a problemática do protagonismo, de acordo com Costa e Paulon (2012), insere-se enquanto questão pertinente ao tema do controle social e pode ofertar um precioso instrumento conceitual e metodológico para o enfrentamento dos riscos das cristalizações institucionais, que figuram na complexa trama de impasses a serem superados para a realização dessa fundamental diretriz constitucional de participação no sistema de saúde. Esse tema ganha ainda maior relevância quando se trata deste peculiar usuário do SUS, que ainda carrega uma herança de preconceitos e estigmas associados à loucura

Ainda segundo Costa e Paulon (2012), para a dramaturgia grega, ser o protagonista sinalizava ser o primeiro a entrar em cena. Por isso, ainda hoje, a etimologia da palavra *protagonista* guarda algo dessa disputa, pois *proto* significa primeiro, principal, e *agón* significa luta, disputa, discussão. O primeiro a falar na *ágora* grega, portanto, o “protoagonista”, é justamente aquele que anuncia o que se irá discutir, o primeiro a pôr aquilo que está em disputa, em discussão, em cena. Não será mesmo isso – aquilo que não pode calar – que o usuário da saúde mental anuncia em sua demanda/agonia participativa? O que “precisa” ser posto na roda? Trazer essa metáfora para o cenário da Reforma Psiquiátrica sugere que, quando se trata de uma personagem como o “louco”, esse lugar relativiza-se. Ser o primeiro a falar/participar/debater ainda implica enfrentar desafios que carregam antigos atavismos manicomial. Por isso, a importância da construção de territórios onde o protagonista possa, realmente, exercitar essa experimentação subjetiva de “entrar em cena”.

4.4.1- O QUE FAZER PARA MELHORAR OS SERVIÇOS PRESTADOS NO CAPS RENASCER?

Foi perguntado aos usuários se eles teriam sugestões para melhorar os serviços prestados no CAPS Renascer, considerando todos os aspectos que envolvem a dinâmica de funcionamento do serviço, desde sua organização e estrutura até as práticas de cuidado desenvolvidos no cotidiano do referido CAPS. Desta forma, puderam expressar diversas possibilidades e formas de agir, para que pudessem se sentir contemplados em suas necessidades, em que pese todas as dificuldades enfrentadas pela gestão e pelos trabalhadores do CAPS.

Sisson et al. (2010) afirmam que as narrativas das experiências dos usuários permitem identificar os múltiplos aspectos implicados na qualidade da atenção recebida, que devem ser levados em conta na implementação de políticas e programas que se relacionam com a promoção da saúde, com a efetividade e a melhoria estrutural da rede de serviços de saúde. Os autores apontam, ainda, a necessidade do desenvolvimento de atitudes e ações que possibilitem construir a integralidade da atenção e do cuidado, evidenciando o papel da humanização da assistência, o desenvolvimento de relações coordenadas entre os sistemas público, privado e informal de cuidados, além dos aspectos econômicos e arranjos técnico-assistenciais presentes na atenção à saúde.

Nesse sentido, nos discursos dos usuários, conforme figura 1, pude identificar aspectos que os mesmos consideram importantes para que os serviços prestados no âmbito do CAPS pudessem atender de forma mais satisfatória suas necessidades. Pelo menos metade dos usuários entrevistados apontou que para melhorar os serviços no CAPS seria necessário aumentar o número de profissionais da equipe, principalmente o número de profissionais médicos, considerando que há uma carência desses profissionais em relação à demanda. Afirmaram que o quadro de profissionais médicos se encontra reduzido porque alguns desses profissionais estão de licença, outros estão saindo do CAPS por questões de terem outros vínculos, além de ter situações em que o profissional é contratado e o contrato está sendo finalizado. Essas e outras situações de escassez de profissionais no âmbito do CAPS prejudicam a evolução do processo de reabilitação do usuário, que já fragilizado pela própria condição de adoecimento, ainda tem que enfrentar essas dificuldades.

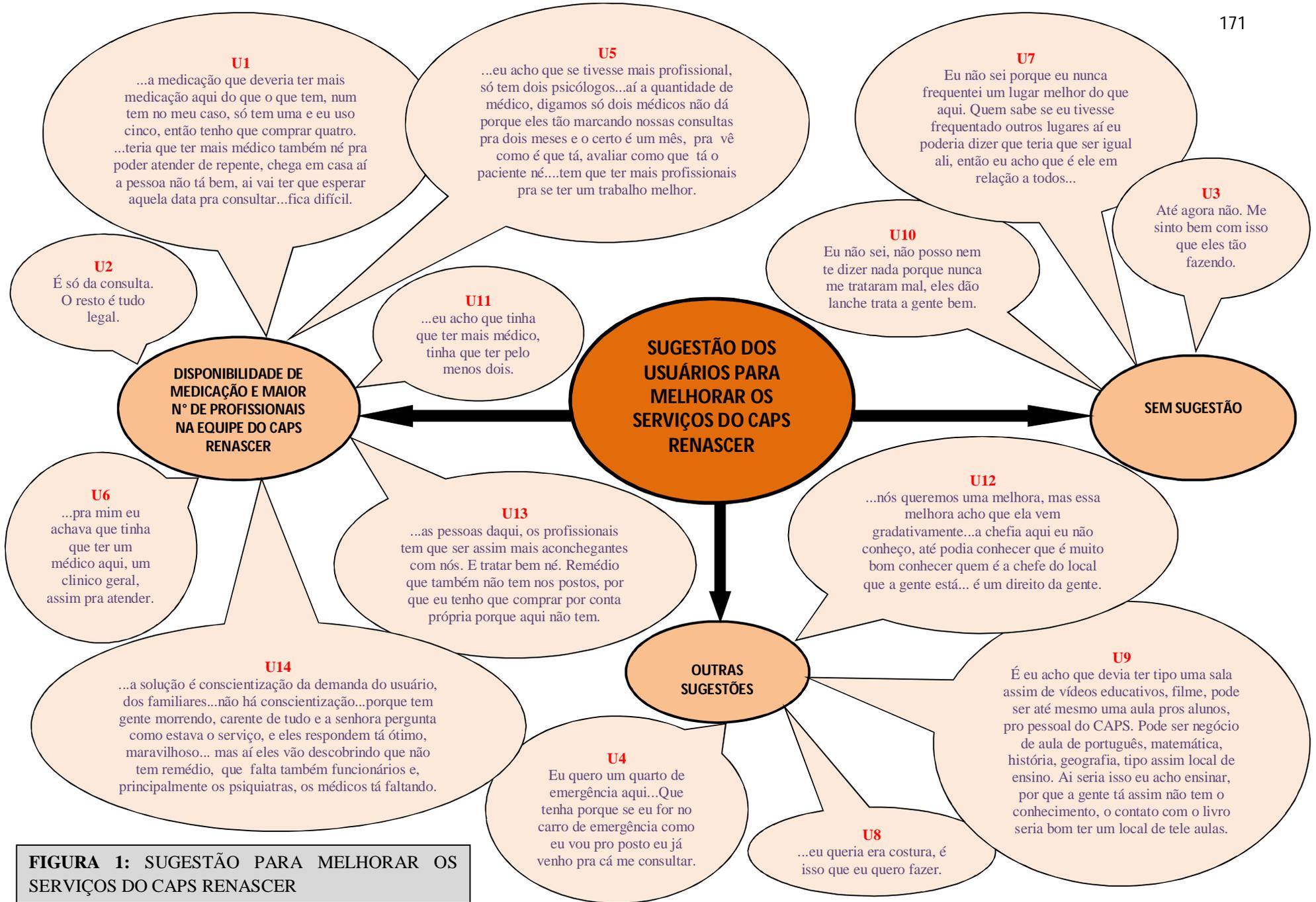


FIGURA 1: SUGESTÃO PARA MELHORAR OS SERVIÇOS DO CAPS RENASCER

Interessante notar que de todos os usuários que explicitaram que seria necessário aumentar o número de profissionais no CAPS Renascer, apenas um (U5) citou a necessidade de mais psicólogos, ou seja, todos os demais especificaram a necessidade apenas de médicos. Mais uma vez é possível observar nos discursos dos usuários a ênfase dada às práticas de cuidado centrada no profissional médico e, por conseguinte, nas práticas medicalizantes, uma vez que foi ressaltado também enquanto sugestão para melhoria dos serviços, a disponibilidade de medicação no CAPS. Cabe ressaltar que não estou descartando a importância da medicação no tratamento à pessoa com sofrimento psíquico ou transtorno mental, pois no decorrer desse estudo já havia problematizado e refletido sobre a questão da “medicalização da vida e da patologização dos comportamentos”.

A questão dos medicamentos explicitados pelos usuários significa dizer que não há a dispensação de todos os remédios receitados pelos médicos, fazendo com que sejam comprados por conta própria. A maioria dos usuários, não possuem condições de comprar todas essas medicações, até porque muitos se encontram desempregados ou afastados de seus trabalhos até por conta de sua condição de adoecimento. Dessa forma, contam com o apoio da família e de amigos próximos para dar conta de adquirir os medicamentos, além disso, ainda há aqueles que recebem benefício.

Outra situação levantada pelos usuários é o fato de que algumas vezes os médicos passam uma medicação com custo alto, como foi um exemplo de um usuário que foi na farmácia comprar uma medicação que custava mais de 500 reais, sendo que ele teria que tomar tal medicação mensalmente. Como o usuário se encontrava desempregado, ficaria quase que impossível adquirir a medicação, e como ele mesmo afirmou só se ele parasse de comer só para poder comprar a medicação. O mais cômico foi ele dizer que já ficou “bom só em escutar o preço do remédio”.

Vale destacar que apesar dos discursos dos usuários estarem impregnados pela racionalidade médica, há que se contrapor com a questão da qualidade no atendimento já explicitada por eles. Quero dizer que quando avaliam as práticas de cuidado dos vários profissionais que compõem a equipe do CAPS em questão, a prática de cuidado desenvolvida pelo profissional médico foi a mais criticada em detrimento aos outros profissionais, que receberam avaliações positivas. Dessa forma, podemos visualizar uma valorização dos profissionais não médicos, como enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, dentre outros. Isso se deve à qualidade do acolhimento e do cuidado recebido no âmbito do CAPS Renascer. Agora, não gostaria de generalizar

afirmando que este ou aquele profissional, principalmente o profissional médico, é melhor ou pior que o outro, o que interessa de fato é o que as suas práticas estão produzindo em termos de efeitos no cuidado desses usuários, e principalmente qual modelo (asilar ou psicossocial) este profissional está se baseando, não só em termos de ideologia, mas em termos de práxis.

Com esses exemplos, percebe-se o quanto a prática no campo da atenção psicossocial reproduz a própria ampliação da contradição que emerge a partir da inclusão de mais atores sociais na atenção psicossocial, na qual surgem novos profissionais e uma nova possibilidade para o usuário. São contradições que demarcam avanços da Reforma Psiquiátrica, mas que também apontam os seus entraves, pois ampliar a mobilidade social do sujeito em sofrimento psíquico significa atribuir-lhe condição plena de escolhas e autonomia racional como apontam Tavares e Sousa (2009).

Além dessas duas questões referentes ao aumento de número de profissionais médicos e da disponibilidade de medicamentos, os usuários apontaram enquanto sugestão outras possibilidades de atividades a serem desenvolvidas no CAPS Renascer, como por exemplo, a criação de um espaço interativo e educativo no CAPS (U9) e a realização de oficinas de costura (U8). Isso denota que nem todas as atividades e oficinas realizadas no cotidiano dos serviços atendem às necessidades dos usuários, uma vez que se deve levar em conta a singularidade e a subjetividade de cada um, conforme já ratificado no decorrer desse estudo. A criatividade deve dar a tônica para o desenvolvimento das diversas atividades e oficinas, possibilitando aos usuários participarem da formulação das ideias, dando sugestões e porque não dizer coordenando algumas dessas atividades.

Um usuário (U12) relata que gostaria de conhecer a atual gestora do CAPS Renascer, que na época da entrevista tinha assumido a gestão há pouco tempo. Diz ser importante ter contato com a equipe gestora do serviço, pois considera ser um direito, uma vez que o modelo de gestão deve ser compartilhada através de dispositivos como as Assembleias Gerais e o Conselho Gestor que comentarei mais adiante. Nesse sentido, Figueiro e Dimenstein (2010) defendem um modo de funcionamento do serviço que seja mais flexível, mais permissivo à possibilidade de co-gestão dos CAPS por seus usuários, permitindo, assim, que estes se apropriem desses dispositivos, (re) criando-os e criando condições de funcionamento que atendam da melhor maneira possível suas demandas.

Outros usuários (U3, U7, U10) explicitaram que não têm sugestões para melhorar os serviços do CAPS Renascer, porque de uma forma geral se sentem contemplados e satisfeitos com o atendimento recebido. Provavelmente, o parâmetro de comparação para avaliação dos serviços do CAPS deveu-se ao fato de não terem sido bem acolhidos em outros serviços da rede de saúde ou de não terem recebido um tratamento melhor que o do referido CAPS. O discurso do U14 acaba refletindo uma realidade que acontece ao nos depararmos com esse tipo de situação em que o usuário nada tem a sugerir, ou seja, ele aponta que é necessária uma maior “conscientização” do usuário em relação às suas necessidades, pois os serviços sempre possuem pontos a serem melhorados e para esses usuário é como se nada houvesse a ser feito, uma vez que acham que está tudo “perfeito”. Isto quer dizer que acabam se contentando com um serviço que apesar de oferecer o mínimo para atender as necessidades mais básicas, deixam passar batido outras questões que prejudicam um atendimento integral.

4.4.2- OUTRAS POSSIBILIDADES PARA ALÉM DO CAPS

Azevedo et al. (2012) afirmam que não é possível promover a reinserção social da pessoa em sofrimento psíquico apenas dentro dos limites do CAPS, isso porque tal fato representa reproduzir o isolamento do passado. Essa preocupação aponta para o risco de uma “manicomialização” dos novos equipamentos, críticas que podem expor os serviços a uma deslegitimação social. Nesse sentido, Os usuários relataram que para ficar bem, além de frequentarem e participarem das atividades e oficinas terapêuticas do CAPS Renascer, também realizam outros fazeres para se sentirem bem, complementando o tratamento e o cuidado recebidos no âmbito do CAPS Renascer.

As pessoas que experienciam o sofrimento psíquico intenso constroem diversas estratégias para lidar com suas necessidades. Isto nos remete aos itinerários terapêuticos escolhidos pelos usuários na busca por cuidados, considerando que o CAPS constitui-se apenas como uma das possibilidades terapêuticas pertencente aos serviços de saúde do sistema oficial, juntamente com outras agências, instituições e redes sociais da própria comunidade, que compõem diferentes estratégias de tratamento, proteção e acolhimento.

Para Dalmolin (2006), a busca de recursos para a situação de sofrimento psíquico é ampla e abrange uma gama de possibilidades que vão desde o suporte afetivo no âmbito familiar e da vizinhança até às instituições e entidades de cunho religioso, de

proteção aos direitos e de prestação de serviços de saúde, específicos para essa população. As necessidades dos usuários parecem não comportar mais a forma tradicional de produção de cuidado, a qual reduz a complexidade da vida a um quadro nosológico, quando, ao contrário, essa experiência abarca todo o seu contexto de relações e, por isso, requer recursos múltiplos, criativos e transdisciplinares.

Yasui (2010) afirma que é necessário romper com a monotonia, com a repetição sem sentido das coisas do dia a dia; produzir e inventar ações de ruptura, “explodir o tempo” com significados e sentidos; rearranjar a rotina do CAPS, criando novos e outros caminhos. Assim, praticar atividades físicas (musculação, caminhadas e ginásticas); praticar esportes (futebol); investir em momentos de lazer (escutar música, dançar e passear na praça); cozinhar e degustar novos sabores; frequentar alguma instituição religiosa que lhes tragam bem-estar; são exemplos de dispositivos para ampliar e intensificar modos diversos de estar no mundo. Redescobrir a dimensão do cotidiano como produção criativa da vida é produzir outra temporalidade, resgatar sua relação com o passado e o futuro, potencializar a vontade de fazer história, conforme nos fala Yasui (2010).

Em geral, os usuários citaram mais de uma possibilidade de “modos de andar a vida” como define Canguilhem (2006), diante das adversidades enfrentadas tendo em vista o processo de adoecimento vivenciado, demonstrando capacidade (re) adaptativa. Além do CAPS Renascer como recurso terapêutico, os usuários utilizam e criam outras possibilidades de apoio e cuidado de si, como a prática de esporte, lazer e atividades físicas variadas, conforme podemos visualizar na figura 2. Nesse sentido, Rios et al. (2011) afirmam que as atividades físicas e de lazer são elementos importantes frente às morbidades psíquicas, pois o indivíduo, ao participar de atividades de lazer, sejam elas físicas ou socioculturais, acaba por fazer parte de um círculo social promovendo a sua sociabilidade, além de se beneficiar de uma melhor saúde, tanto mental quanto física. O lazer e as atividades físicas funcionariam, portanto, como descarregadores de estresse, ansiedade e depressão, promovendo a melhoria do bem-estar e da autoestima do cidadão e evitando seu isolamento social.

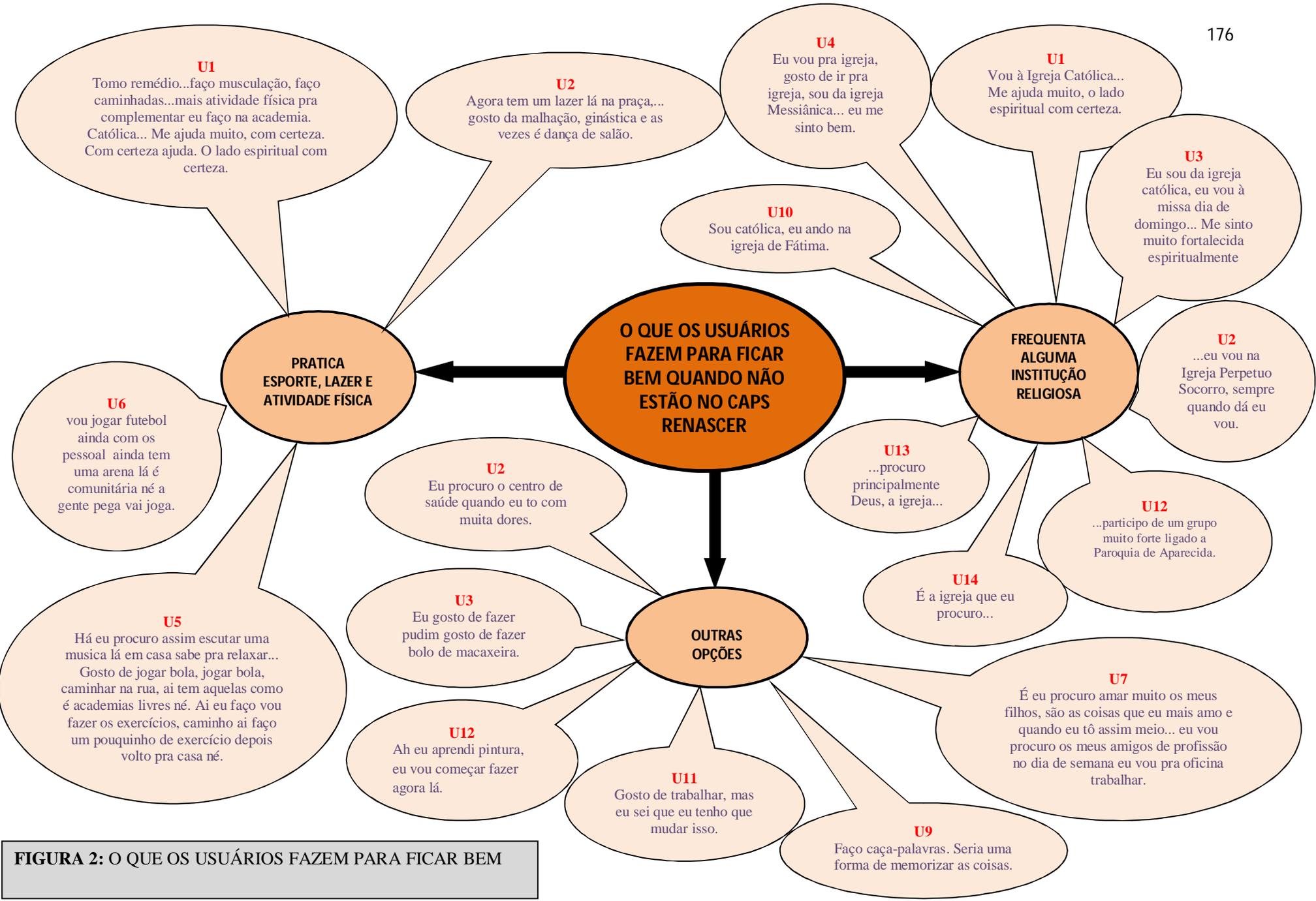


FIGURA 2: O QUE OS USUÁRIOS FAZEM PARA FICAR BEM

Além da prática de esporte, lazer e atividades físicas, alguns usuários procuram frequentar uma religião para se sentirem fortalecidos, pois consideram uma questão fundamental para o seu processo de melhora, uma vez que os ajuda a encarar os desafios da vida, fazendo-os suportar inclusive os sofrimentos e as adversidades do dia a dia. Essa questão acerca da religiosidade e saúde mental já foi comentada no eixo sobre os itinerários terapêuticos, entretanto o que gostaria de ressaltar é que se a religião é benéfica ou prejudicial, dependendo do contexto e dos pressupostos teóricos que embasam essa discussão, o que interessa nesse momento é o sentido dado pelos usuários.

Outras práticas também foram explicitadas pelos usuários como opções, formas ou modos de se sentirem bem consigo mesmos, na relação com o outro e com a sociedade de uma forma geral. É na prática de ações simples, como por exemplo, cozinhar, estar reunido com a família ou mesmo trabalhando, que os usuários se sentem respeitados, acolhidos e de fato cidadãos. Nesse sentido, de acordo com Azevedo et al. (2012), uma vez em tratamento e acompanhamento pelo CAPS, os usuários necessitam de estímulos para que “reaprendam a viver”, de forma tal que não deixem que o sofrimento ou o transtorno psíquico causem, além da exclusão social, uma limitação física. Logo, entende-se que cultivar práticas inclusivas dentro dos limites das instituições é controverso e de baixo impacto quando se pretende que o usuário do CAPS torne-se novamente um cidadão, deixando de ser estigmatizado como um peso social. Promover o empoderamento dentro da realidade de cada um é o objetivo dessas ações, que utilizam recursos culturais para retirar esses indivíduos e seus familiares do cárcere de suas próprias mentes.

Sob essa perspectiva, observa-se que viver é aprender a superar dificuldades, dificuldades essas que, para a pessoa em sofrimento psíquico, podem estar associadas a um simples fazer caça-palavras. Dessa forma, as estratégias adotadas por esses usuários visam a impulsioná-lo a viver melhor, a auxiliá-lo a lidar com seus medos, vergonhas e com a discriminação que lhe é imposta.

4.4.3- RESSONÂNCIA DA VOZ DOS USUÁRIOS NO COTIDIANO DO CAPS: UMA POSSIBILIDADE DE MUDANÇA OU UM “EFEITO NO VÁCUO”?

Nesta seção trarei algumas reflexões pertinentes aos efeitos provocados pela “vibração” dos discursos dos usuários no interior dos serviços. O título proposto desta seção pretende problematizar a questão do principal efeito que o “som” da voz dos usuários provoca na dinâmica do CAPS. Se provoca mudanças que vão ao encontro da proposta da Reforma Psiquiátrica, ressaltando o protagonismo dos usuários e de seus familiares nesse processo, ou se provoca o que chamei de “efeito no vácuo”, para traduzir a não escuta das necessidades dos mesmos, principalmente por parte dos profissionais e gestores. Assim como a maioria das pessoas, aprendi há muito tempo um dos fundamentos da física de que “o som não se propaga no vácuo”. Se esta afirmativa está correta ou não, para este estudo, considerarei essa expressão representativa da ideia de que a voz dos usuários não está tendo ressonância no processo de organização das práticas no cotidiano dos serviços do CAPS.

Durante o período em que passei no CAPS Renascer, coletando os dados da pesquisa, bem como entrevistando os usuários, tive a oportunidade de acompanhar duas reuniões que considero importantes no processo de escuta dos usuários. A primeira refere-se a uma Assembleia Geral e a segunda a do Conselho Gestor do CAPS (ambos apresentados no Capítulo 3). Essas duas reuniões são exemplos de espaços de discussão coletivos em que participam usuários, familiares, trabalhadores e gestores, com o objetivo de discutir, avaliar e propor encaminhamentos para o serviço, configurando inclusive uma instância de controle social. Além de discutir os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido.

Cabe ressaltar que gravei essas duas reuniões integralmente, entretanto, como foram realizadas em ambiente aberto, a acústica ficou prejudicada impossibilitando a transcrição integral desses dois momentos. Dessa forma, descreverei algumas situações pontuais que ocorreram durante essas reuniões, como base de reflexão para a temática que levantarei no decorrer dessa seção.

A Assembleia Geral ocorreu pela parte da manhã, sob a coordenação de um dos técnicos da equipe do CAPS Renascer, com a temática voltada para o Dia Internacional da Mulher, considerando que era mês de março. Na abertura da programação, a coordenadora realizou uma apresentação a respeito do objetivo da reunião, que era a

primeira realizada no novo espaço do CAPS Renascer após a mudança de espaço físico. Várias atividades foram oferecidas durante o evento, como leitura de textos, poemas e poesias em homenagem ao Dia da Mulher, oficina para construção de origamis, momento de debate para discutir as condições de funcionamento e organização do CAPS onde foram trazidos à tona os principais avanços e dificuldades identificados no cotidiano dos serviços.

Participaram dessa Assembleia, todos os atores citados acima, sendo que a participação dos usuários e familiares teve que ser estimulada principalmente pelos trabalhadores e pela coordenação do evento. A impressão que me passava é que as pessoas estavam apáticas, acanhadas diante daquela situação, sem se sentirem à vontade para se expressar. Até então, imagina ver um debate acalorado, crítico e reflexivo em relação aos problemas identificados pelos usuários no que se refere ao cuidado oferecido no CAPS Renascer. Pelo contrário, os primeiros usuários e familiares que se levantaram para falar ao microfone, ressaltaram que estavam muito satisfeitos com o tratamento, o funcionamento e a organização no âmbito desse serviço substitutivo. Elogiaram os profissionais, e relataram que estavam melhorando cada vez mais, tendo em vista o cuidado adequado que estavam recebendo.

A técnica que estava coordenando a Assembleia percebendo que os usuários não estavam levantando questões referentes a algumas dificuldades enfrentadas no dia a dia do CAPS Renascer, como a redução no quadro de profissionais médicos e falta de medicamentos no CAPS Renascer, resolveu instigá-los com o propósito de problematizar tais questões e buscar soluções para esses problemas. Foi a partir daí que alguns usuários e familiares começaram a relatar que estavam ficando prejudicados em seus tratamentos por causa da demora de atendimento nas consultas médicas, já que precisavam da receita médica para comprar medicamentos. Além disso, tinham direito às consultas médicas uma vez por mês e estavam sendo consultados de dois em dois meses. Outra questão refere-se ao fato do tempo de atendimento estar cada vez menor por causa da grande demanda, prejudicando a atenção dispensada aos usuários.

Ratificaram ainda a necessidade de aquisição e dispensação de medicamentos, considerando que os usuários em geral, precisam comprar por conta própria os medicamentos, e muitos deles não possuem condições financeiras para custear esse tipo de tratamento.

A coordenadora da Assembleia passou algumas informações referentes às principais providências que a gestão estava tomando em relação aos problemas

levantados, como contratação de mais profissionais médicos e aquisição de medicamentos. Além disso, abordou o processo de transição do CAPS I para CAPS III, que está em fase de finalização tendo em vista que algumas situações ainda estão sendo concluídas.

Dessa forma, Figueiro e Dimenstein (2010), dialogando com Chauí (1986) perceberam que o conceito de “Comunicação de Massa” poderia ser útil para pensar sobre o modo como as assembleias (e as próprias relações nos CAPS) acontecem. Segundo Chauí (1986), a comunicação de massa tem como pilar central o pressuposto de que tudo é passível de ser dito, comunicável, desde que fique claro quem pode dizer e quem pode ouvir. O que geralmente é presenciado nas assembleias, como no caso acima mencionado, é que se discute sobre algumas propostas previamente colocadas pela coordenação, configurando nada mais do que a comunicação de massa posta em prática.

Para Figueiro e Dimenstein (2010) cria-se um espaço irreal, em que há a ilusão de pertencer a um grupo (homogêneo e transparente), tal qual o “nós, brasileiros, nós telespectadores” (CHAUÍ, 1986, p. 31) e, o “nós, usuários”, mascarando o fato de que os emissores autorizados a falar são os especialistas (tendo em vista os conhecimentos que o autorizam a falar). Ao contrário dos “receptores” autorizados, que têm a permissão de falar: “[...] como opinador ou como contraditor, com direito a aceitar ou recusar, julgar e avaliar, interpretar o que recebeu, mas no interior do espaço definido previamente pela própria estrutura da emissão” (CHAUÍ, 1986, p. 31). Nesse sentido, os usuários são convidados a participar dos processos decisórios não como sujeitos ativos, construtores de suas realidades, mas como espectadores passivos do processo de gestão do serviço e, talvez, de suas próprias vidas.

Em que pese toda essa discussão estar permeada pela ideia de “Comunicação de Massa” causando desdobramentos contrários à autonomia e ao empoderamento dos usuários, pude perceber um imenso esforço por parte dos profissionais do CAPS Renascer em estimular um ambiente democrático, participativo, acolhedor, estimulador e reflexivo. Podemos observar esse aspecto na fala de um dos profissionais do CAPS que estava participando da Assembleia:

a gente não quer que vocês vejam a gente só como trabalhadores acolhedores, isso é importantíssimo porque a gente tá garantindo aqui o princípio da humanização que o SUS tanto preconiza nas suas diretrizes, mas também a gente precisa que vocês (usuários e familiares) nos vejam como militantes da luta antimanicomial. Se vocês estão aqui nesse modelo de atendimento

participativo e democrático, humanizador, acolhedor; existe um outro modelo que vive rondando o SUS que é o modelo manicomial que é totalmente diferente deste aqui, então nós além de acolhedores, técnicos comprometidos nós somos militantes da luta antimanicomial e vocês também como usuários precisam assumir esse papel, se sentir também militantes. Militante significa uma pessoa comprometida com a garantia de direitos.

O profissional norteado por essa perspectiva deve ajudar a fazer do CAPS um espaço favorável ao encontro, à produção de potência nos/dos usuários, acreditando sempre no ser humano, e em sua capacidade de se apropriar de sua vida, vencendo obstáculos, transpondo limites, atualizando forças a favor da expansão de possibilidades, de vida, conforme apontam Figueiro e Dimenstein (2010). Segundo esses autores, é necessário acreditar no encontro entre " potências" , entre sujeitos, entre " loucos" . Não nas condições em que se efetivam atualmente, no interior (ou fora) dos serviços, sob relações de tutela, mas em circunstâncias nas quais haja maior possibilidade para a atualização de seus fluxos de potência.

Outro espaço de participação dos usuários no âmbito do CAPS Renascer é o Conselho Gestor, conforme havia explicitado anteriormente. A reunião do Conselho Gestor ocorreu no espaço do próprio CAPS Renascer, pelo turno da manhã, sendo que fui convidada pelos seus representantes para participar da reunião de retomada das atividades após a mudança de espaço físico do CAPS. Estavam presentes na reunião dois representantes dos trabalhadores, um representante da gestão, um representante dos usuários e mais dois convidados, contando comigo.

A pauta discutida foi baseada no processo de organização e funcionamento do próprio Conselho Gestor, considerando que haveria nova eleição para a composição do Conselho, além disso, foi ressaltada que as reuniões ordinárias haviam sido temporariamente suspensas por causa da mudança de endereço do CAPS Renascer, ocasionando uma desarticulação e dispersão dos membros do Conselho. Foi discutida ainda a questão dos possíveis candidatos para compor o Conselho Gestor, principalmente em relação à representação dos usuários, uma vez que os que estão em exercício não estavam comparecendo com frequência às reuniões.

Isso denota que apesar de ter um espaço coletivo de discussão e cogestão instituído no âmbito do CAPS Renascer, não significa que de fato haja um movimento de empoderamento, de autonomia e de protagonismo desse usuário. Nesse sentido, Costa e Paulon (2012) afirmam que apenas a institucionalização desses fóruns participativos não garante, por si só, a efetiva realização dos objetivos principais desses

espaços democráticos. Entretanto, é louvável a iniciativa do CAPS Renascer em fortalecer os dispositivos institucionais de participação (assembleias, oficinas, grupos de trabalho, conselho gestor, caixa de sugestões etc.), evidenciando uma valorização da participação social e mobilização dos usuários e familiares em prol da conquista dos direitos de cidadania.

Desse modo, Costa e Paulon (2012) entendem a participação social enquanto processo de afirmação de singularidades possíveis, forjado nos encontros, parcerias, embates e discussões que se dão no cotidiano do trabalho em saúde, tanto nos espaços instituídos formais, criados para que as pessoas participem levando suas reivindicações e delegando poderes, quanto nos encontros que compõem o dia a dia da vida de um usuário da saúde mental, como efeito dos processos instituintes que aí possam se produzir. Um usuário, deliberando acerca das rotinas do CAPS na Assembleia ou no Conselho Gestor, votando uma tese na Conferência Nacional de Saúde Mental ou definindo seu Plano Terapêutico com a equipe que lhe cuida na unidade de saúde, pode ter, do ponto de vista da micropolítica do processo de cuidado, a mesma potência transformadora de vidas. Trata-se, portanto, de apostar nesse plano subjetivo – movimentos de resistência e criação.

Iniciei este eixo trazendo a definição de conceitos relacionados ao processo de valorização do usuário (empoderamento, protagonismo e autonomia), na tentativa de identificar mecanismos e estratégias utilizadas no âmbito do CAPS Renascer que desse “voz” aos seus usuários. Não somente que desse “voz”, mas que o som dessa “voz” ressoasse no cotidiano dos serviços, a partir da escuta de suas necessidades. Dessa forma, pude observar que já há um movimento no sentido de dar maior autonomia a esse usuário, principalmente quando o CAPS possibilita a constituição de espaços participativos, fazendo com que o usuário possa, realmente e cada vez mais, ser o protagonista, capaz de criar caminhos para si e, com isso, alcançar os propósitos da Reforma Psiquiátrica.

Quando os usuários indicaram sugestões para melhorar os serviços no âmbito do CAPS; quando explicitaram as alternativas que procuram para lidar com os desafios da vida (os modos de andar a vida); quando participam efetivamente de espaços democráticos de cogestão; é possível escutar a “voz” dos usuários ressoando nas salas, nas oficinas, nas consultas, na conversa com os profissionais e até no desencadeamento das “crises”, ocupando todos os espaços no interior do CAPS. O usuário fala até quando está em silêncio, até quando não se manifesta na Assembleia Geral, até quando deixa de

frequentar as reuniões do Conselho Gestor. É necessário ter muita sensibilidade para compreender o que os sussurros, os gritos, os silêncios e as ausências têm para nos dizer. Nesse sentido, escutar, acolher e cuidar, sem subjugar, sufocar, aniquilar e silenciar a subjetividade desses usuários é uma das melhores atitudes para fazer valer os seus direitos de cidadania. É preciso ainda respeitar seus sistemas particulares de crenças culturais, morais e religiosas, com todos os seus rituais de cura, suporte e cuidado.

Afirmar que o CAPS Renascer está de fato escutando a “voz” de seus usuários, e acolhendo suas demandas, isso não é possível afirmar plenamente até porque os processos são sempre inconclusos. Mas é possível afirmar que esforços coletivos estão sendo feitos com o objetivo de atender da melhor forma possível as necessidades desses usuários, em que pese o conflito de forças presentes no interior dos serviços. Logo, trabalhadores, gestores, usuários e familiares devem estar atentos para que o CAPS atue a favor da cidadania, da ampliação de conquistas políticas, de mudanças culturais na sociedade para que se rompa com a exclusão imposta à loucura, enfim, por uma sociedade e por relações sociais mais justas.

CAPÍTULO 5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciei esta dissertação relatando uma experiência pessoal, uma situação vivenciada no âmbito dos serviços de cuidado em saúde mental, a qual fiz questão de trazer no bojo deste estudo. Tratou-se de um atendimento realizado em um CAPS, cujo usuário era meu familiar. Como havia comentado, tal experiência foi uma das motivações que me levaram a escolher o tema desta pesquisa e que também me instigou a realizá-la. Nesse sentido, foi um tanto desafiador assumir o papel de pesquisadora, justamente pelo fator que me motivou a investigar as práticas de cuidado em saúde mental na perspectiva dos usuários. Além disso, não poderia deixar de lado outra questão importante que é o fato de ser trabalhadora do Sistema Único de Saúde. Esse entrelaçamento de papéis (pesquisadora, usuária e trabalhadora do SUS), ora complementar e ora contraditório, permeou toda a dinâmica de realização desta pesquisa.

A priori, o conjunto de fatores causou-me certa preocupação pelo grau de interferência que poderia causar no decorrer da realização da pesquisa, trazendo como consequência um viés que deturpasse os resultados do estudo. Foi quando percebi o quanto estava raciocinando pela lógica da tão pregada objetividade, imparcialidade e neutralidade da ciência moderna. Então, para tentar apreender certa concepção de mundo e de subjetividade trazida pela voz dos usuários, seria necessário me permitir enquanto pesquisadora, estabelecer uma relação, um encontro com esse sujeito sem tantas amarras, uma vez que a produção de conhecimento se dá também a partir das percepções, sensações e afetos vividos no encontro com esse outro no campo de pesquisa, que não é neutro, nem tampouco isento de interferências.

Neste estudo buscou-se analisar como as práticas de cuidado em saúde mental são percebidas pelos usuários de um CAPS do Estado do Pará, além de procurar conhecer seus itinerários terapêuticos. Outro objetivo foi verificar se o discurso dos usuários é incorporado no processo de organização das práticas no cotidiano dos serviços do CAPS. Nesse sentido, procurei neste trabalho escutar os usuários, por entender que todo o debate em relação à política e às práticas de cuidado em saúde mental deve levar em consideração o protagonismo do usuário como centro de suas ações, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Não poderia deixar de fazer alusão aos avanços alcançados na política de saúde mental no Brasil por meio da atuação dos movimentos sociais, como o movimento da Reforma Sanitária, movimento da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, conforme apontam Amarante, Onocko-Campos e Furtado, Almeida, Ribeiro, Barros, Ferla, dentre outros. Além disso, as modificações na legislação concernente à saúde mental a partir principalmente da promulgação da Lei Paulo Delgado, também trouxeram contribuições importantes para a mudança de paradigma do modelo manicomial para o psicossocial. A redução de leitos psiquiátricos e a abertura de serviços substitutivos como os CAPS, foram uma das principais medidas tomadas para a implementação da política de saúde mental voltada aos princípios da Reforma Psiquiátrica. Entretanto, todas essas ações e medidas realizadas ao longo desse processo, segundo Costa-Rosa, Luzio, Yasui, Boarini e Lima, não são garantia de que práticas manicomiais inexistam no cotidiano de produção de cuidado no âmbito dos serviços de saúde mental.

Nos discursos dos usuários ainda é possível notar a impregnação de uma lógica hegemônica baseada na racionalidade médico curativista de cunho biologicista e medicalizante, presente ainda no âmbito dos serviços de saúde mental, como analisa Caponi. No processo saúde e doença, o sentido dado ao adoecimento explicitado por meios do relato das histórias de vida dos usuários, acaba por localizar a doença no corpo físico, no órgão. O intenso sofrimento psíquico, de acordo com os usuários entrevistados, produz sintomas orgânicos e psíquicos que acabam desencadeando “crises”. Em geral, foram a partir das chamadas “crises”, que os usuários estabeleceram o primeiro contato com a rede de serviços em saúde mental. Infelizmente, esse primeiro contato se deu no âmbito da internação hospitalar, onde de certa forma o cuidado se reduz às práticas de contenção, centrada na administração de medicamentos, conforme ratifica Dalmolin. A partir desse “batizado” no mundo da internação hospitalar, os usuários, em sua maioria, foram encaminhados para outros serviços da rede de atenção à saúde mental, e em especial, para o CAPS.

As trajetórias percorridas pelos usuários na busca por cuidados e os recursos utilizados pelos mesmos para lidar com o sofrimento psíquico intenso vivenciado no processo de adoecimento, traduzem-se no que foi denominado de itinerários terapêuticos neste estudo, de acordo com Gerhardt, Ferreira e Silva. Os itinerários terapêuticos escolhidos pelos usuários levaram em consideração aspectos concernentes ao contexto sociocultural ao qual estão inseridos, utilizando-se de recursos e estratégias

ligadas ao próprio acesso aos serviços de saúde da rede formal, bem como aos recursos pertinentes à religiosidade e aspectos relacionados ao apoio da família e dos amigos. Os percursos realizados pela rede formal de saúde rendeu aos usuários experiências positivas e negativas, uma vez que o tipo de acolhimento recebido nos serviços de saúde frequentados, foi uma variável considerada determinante para a avaliação do atendimento.

As práticas de cuidado em saúde mental no âmbito do CAPS Renascer foram avaliadas pelos usuários a partir de aspectos relacionados não só ao acolhimento, mas também relacionados ao tratamento e diagnóstico recebido, além da avaliação das atividades realizadas no cotidiano do CAPS Renascer e das práticas de cuidado desenvolvidas pela equipe multiprofissional do serviço citado. Na avaliação dos usuários, foi unânime a opinião de que o CAPS Renascer foi o local onde se sentiram melhor acolhidos, expressando satisfação em relação ao tratamento e cuidado recebidos, principalmente em detrimento a outros serviços da rede pública e privada de saúde. Contudo, foi ressaltada, a questão do cuidado na prática médica, que foi criticado em sua maioria, considerando a falta de acolhimento por parte de alguns profissionais médicos. Aliado a isso, encontram-se ainda no cotidiano dos serviços, práticas centradas na excessiva medicalização enquanto principal recurso terapêutico.

Na atuação dos profissionais foi possível observar um campo fértil de tensões, conflitos e contradições que contém elementos de conservação e de transformação no que se refere à produção de cuidado no cotidiano dos serviços, conforme aponta Merhy. Essa realidade vivenciada pelos profissionais, por vezes, contribui para a produção de um cuidado fragmentado, uma vez que o diálogo e a reflexão crítica não encontram eco, desviando-se, assim, o foco da atenção, que deveria estar na relação de cuidado, para as relações puramente institucionais. Desta forma, ainda é percebido a produção de ações que repõem a cultura manicomial e reativam processos de segregação ainda que no âmbito dos CAPS, corroborando com as análises apontadas por Quebra e Lins. Cenas que delineiam impasses que dificultam o avanço da Reforma, que apontam para uma certa reprodução de práticas aprisionantes e manicomiais em dispositivos que deveriam funcionar em uma perspectiva libertária, inclusiva e de reconhecimento do diferente. São cenas que aconteceram nos espaços de relação intersubjetiva entre profissionais e usuários destes serviços e que nos levam a refletir acerca do modo como estão se dando as práticas de cuidado no interior dessas instituições.

Ainda é evidente a dissociação entre o discurso e a prática. Discursos cativantes de profissionais que reproduzem o ideal da Reforma Psiquiátrica, mas que recorrem a uma prática assistencial mecânica e rotineira, fechada dentro de consultórios em entrevistas rápidas e superficiais. Apesar desses profissionais trabalharem em equipe, o trabalho muitas das vezes é solitário e individual, mesmo em instituições desenvolvidas nos moldes da desinstitucionalização como são os CAPS.

É necessário então refletir acerca da aplicação desses ideais da Reforma Psiquiátrica na realidade e no cotidiano dos serviços, pois corre-se o risco de tomá-la como uma perspectiva apenas prescritiva em relação às práticas em saúde mental, desconsiderando as diferenças, os tensionamentos, os conflitos e as contradições locais, os processos históricos de constituição dos serviços específicos bem como as estruturas contextuais para execução das políticas de saúde.

O processo de mudança de paradigma, ainda que fortemente estimulado por políticas públicas, se produz verdadeiramente de dentro para fora, no cotidiano dos serviços, na experiência de encontros e desencontros entre seus atores sociais, dos seus acertos, tentativas de acertos e erros. É possível afirmar que o modelo assistencial brasileiro em saúde mental continua em um processo de transição onde o modelo antigo não domina, mas o novo ainda não predomina.

Todos os atores envolvidos no processo de cuidado às pessoas com sofrimento psíquico e/ou transtorno mental, como gestores, trabalhadores, familiares e os próprios usuários, devem criar condições, estratégias e espaços de participação possibilitando a discussão e problematização de todas as questões que envolvem o contexto e o cotidiano implicados no cuidado. É necessário repensarmos e refletirmos a respeito das práticas de cuidado produzidas no âmbito dos serviços, no sentido de identificarmos qual modelo de atenção predomina nesse processo, no caso do modelo manicomial, o psicossocial.

Apesar de ainda persistirem grandes desafios no sentido de se romper de vez com o modelo manicomial/asilar, muitas estratégias estão sendo construídas no cotidiano das práticas de cuidado, produzindo e inventando novos modos de cuidar, novas formas de fazer-acontecer, baseado em relações sociais pautadas por princípios e valores que buscam reinventar a sociedade, constituindo um novo lugar de acolhimento para o sofrimento, no que concordo com Yassui.

Diante dos discursos dos usuários, foi possível observar um redirecionamento do modelo assistencial, com vista ao resgate da cidadania dos sujeitos em sofrimento

psíquico, possibilitando a construção de novas práticas, sustentadas a partir do comprometimento, do compromisso e da responsabilização. Tais práticas pressupõem sem dúvida, que cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele, é na verdade, ser capaz de acolher, dialogar, produzir novas subjetividades, exercitar a capacidade crítica, transformar criativamente os modos de ver, sentir, pensar, já estabelecidos.

A experiência de realizar esta pesquisa trouxe-me ganhos imensuráveis, tanto de ordem acadêmica, como profissional e pessoal. No sentido acadêmico, pude aprender e aperfeiçoar as técnicas, as estratégias e a metodologia de pesquisa, possibilitando um aprendizado rico e cheio de novidades e, por que não dizer?, “surpresas”. Acredito que o que há de mais interessante em uma pesquisa são as “surpresas”, as “descobertas”, o “inesperado”. Desde a construção do projeto de pesquisa até a finalização de sua execução, muitas situações ocorreram, algumas dificultando e outras facilitando o transcorrer do estudo, e todos os acontecimentos devem ser levados em consideração quando optamos por realizar uma pesquisa acadêmica, pois em pequenos detalhes, em fatos que passamos despercebidos, em nuances que mal damos importância, é que podem estar boas explicações para compreendermos uma dada realidade, dependendo da perspectiva que abraçamos. E é difícil estarmos atentos a tudo, a todas as possibilidades, a todas as novidades e surpresas. E o quero dizer com surpresas? Simplesmente quero dizer que por mais que tenhamos elaborado hipóteses a respeito do que esperávamos encontrar ao realizar uma pesquisa e por mais que tenhamos encontrado em nossos resultados achados que ratificassem as nossas suposições, arrisco dizer que sempre será possível encontrar novidades, sempre será possível nos surpreendermos. É possível inclusive chegarmos à conclusão de que nada do que pensávamos anteriormente foi confirmado por meio de nossas investigações.

É necessário estarmos abertos para recebermos essas outras possibilidades, como algo que fará parte de uma construção, ou melhor, de uma desconstrução benéfica à nossa trajetória acadêmica, profissional e pessoal.

Enquanto ganho pessoal, foi gratificante perceber que a maioria dos usuários do CAPS estudado, recebeu um cuidado bem diferente do que aquele vivenciado por meu familiar, conforme relatado no início desta dissertação, cujas marcas de um péssimo atendimento permanecem até hoje. Acredito ser esta a principal “surpresa” encontrada nos resultados desta pesquisa, embora muitas semelhanças em relação a esse tipo de atendimento ainda continue rondando o cotidiano dos serviços de saúde mental.

Espero que os resultados desta pesquisa contribuam para fomentar reflexões pertinentes acerca da política e das práticas de cuidado em saúde mental no Estado do Pará, considerando que estas práticas precisam ser questionadas constantemente em sua intencionalidade clínica e política para que possam caminhar na direção da emancipação do usuário e não da manutenção de um “paciente”, “doente mental”, incapaz ou crônico, sob a tutela seja dos familiares, seja dos profissionais nos serviços de saúde mental.

REFERÊNCIAS

ADORNO, T. W. **Educação e Emancipação**. Tradução: Wolfgang Leo Maar. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

ALMEIDA, P.F. **O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços em saúde mental**: um estudo de caso do centro de atenção psicossocial Rubens Corrêa/RJ . Rio de Janeiro, 2002.

ALVES, D.S. **Integralidade nas Políticas de Saúde Mental**. In: PINHEIRO, R.; ATTOS, R. A (Orgs.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. Pág. 167 – 176

AMARANTE, P. **Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**/ coordenado por Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. (Coord.). **Saúde mental: políticas e instituições**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Fiocruz, EAD/Fiocruz, 2003.

AMARANTE, P. & CARVALHO, A. L., 1996. **Avaliação de qualidade dos novos serviços de Saúde Mental: em busca de novos parâmetros**. Saúde em Debate, 52: 74-82.

ARANTES, R. C., MARTINS, J. L. A., LIMA, M. F., ROCHA, R. M. N., SILVA, R. C., e VILLELA, W. V. **Processo saúde-doença e promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais**. Rev. APS, v. 11, n. 2, p. 189-198, abr./jun. 2008

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde**. Saúde soc. [online]. 2004, vol.13, n.3, pp. 16-29. ISSN 0104-1290.

AZEVEDO, Elisângela Braga de et al. **Práticas inclusivas extramuros de um Centro de Atenção Psicossocial: possibilidades inovadoras.** Saúde debate [online]. 2012, vol.36, n.95, pp. 595-605. ISSN 0103-1104.

AZEVEDO, E.B.; FERREIRA FILHA, M.O.; ARARUNA, M.H.M.; CARVALHO, R.N.; CORDEIRO, R.C.; SILVA, V.C.L. **Práticas inclusivas extramuros de um Centro de Atenção Psicossocial: possibilidades inovadoras.** Saúde em Debate • Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 595-605, out./dez. 2012

BALLARIN, M. L.; CARVALHO, F. & FERIGATO, S. (2009) **Os Diferentes Sentidos o Cuidado: Considerações Sobre a Atenção em Saúde Mental.** *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 33, n. 2, 2009, p. 218-224.

BARROS, R.B. **Reforma Psiquiátrica Brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais** In Loucura, Ética e Política: escritos Militantes. Organização Conselho Federal de Psicologia, São Paulo, 2003.

BASAGLIA, F 1981. Basaglia F 1981. **Introduzione generale ed esposizione riassuntiva dei vari gruppi di lavori.** In Basaglia scritti I, xix-xliv. Einaudi, Turim.

BASAGLIA, F. **A instituição negada.** Trad. Heloísa Jahn. Rio de Janeiro: Graal; 1985

BARONI, D. P. M., Vargas, R. F. S., & Caponi, S. N. **Diagnóstico como nome próprio.** Psicologia & Sociedade, v. 22, n. 1, p. 70-77, 2010.

BEDIN, Dulce Maria. **Passos e descompassos: práticas em saúde mental na perspectiva da integralidade.** Porto Alegre, 2010.

BIRMAN, J. & COSTA, J. F. **Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária.** In: AMARANTE, P. (org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. (p. 41-71).

BOARINI, Maria Lúcia. **Atenção à Saúde Mental: um novo olhar**. In: Boarini, Maria Lúcia (Org.). Desafios na atenção à saúde mental. 2. Ed. Maringá: Eduem, 2011.

BOTTI, N. C. L. **Oficinas em Saúde Mental: história e função**. Ribeirão Preto, 2004.

BRAGA, D. **Lances Históricos da História da Psiquiatria no Estado do Pará In História, Loucura e Memória: o acervo do hospital psiquiátrico “Juliano Moreira”** / Magda Ricci; Rodolfo Valentim (Org). Belém: Secretaria de Estado de Cultura/Arquivo Público do Estado do Pará, 2009.

BRANT, L. C. & MINAYO, C. G. **A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho**. Ciência & Saúde Coletiva, 9(1):213-223, 2004.

BRASIL. Decreto nº7508 de 28/06/2011- **Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados 10**, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE)**. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004

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**, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336/GM** de 19 de fevereiro de 2002.

BRASIL. **Portaria Ministério da Saúde SNAS 189/91**, de 19 de Novembro de 1991. Diário Oficial de 20 de novembro de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011** - Institui a Rede de Atenção Psicossocial 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 3.089, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011**- Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 3.090, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011** - Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 121, DE 25 DE JANEIRO DE 2012** - Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 122, DE 25 DE JANEIRO DE 2012** - Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 123, DE 25 DE JANEIRO DE 2012** - Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 130, DE 26 DE JANEIRO DE 2012** - Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 131, DE 26 DE JANEIRO DE 2012** - Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 132, DE 26 DE JANEIRO DE 2012** - Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 148, DE 31 DE JANEIRO DE 2012** - Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados 10**, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 20152-2015**. Brasília, 2012b

CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna; MARTINEZ-HEMAEZ, Angel; ANDRADE, Eli Iola Gurgel e CHERCHIGLIA, Mariangela Leal. **Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011, vol.16, n.11, pp. 4433-4442. ISSN 1413-8123.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. (Original publicado em 1943.)

CANZONIERE, A. M. **Metodologia da pesquisa qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2010.

CAPONI, Sandra. **Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada.** Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2012.

CAROSO, C; RODRIGUES, N e ALMEIDA FILHO, N. **Manejo comunitário em saúde mental e experiência da pessoa.** Horizontes Antropológicos, (90):63-83, 1998.

CAVALCANTI, Maria Tavares et al. **Adaptação da "Critical Time Intervention" para o contexto brasileiro e sua implementação junto a usuários dos centros de atenção psicossocial do município do Rio de Janeiro.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011, vol.16, n.12, pp. 4635-4642. ISSN 1413-8123.

CERQUEIRA, R. F. **Religiosidade e os espaços de produção de sentido: um olhar sobre o território da saúde mental.** Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007.

CHAUÍ, M. **Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil.** São Paulo: Brasiliense, 1986.

COSTA-ROSA, Abílio. **O modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar.** In: AMARANTE, Paulo (Org.) Ensaio-subjetividade, saúde mental e sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. P. 141-168.

COSTA, D.F.C.; PAULON, S.M. • **Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo.** Saúde em Debate • Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 572-582, out./dez. 2012

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S.. **Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva.** In: Amarante, Paulo Duarte (Coord.). Archivos de Saúde Mental e atenção psicossocial (pp. 13-44). Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

COUTINHO, J.P.M. **Perfil Epidemiológico de Pacientes Internados na Clínica Psiquiátrica de um Hospital Público em Belém-Pa: contribuições para a gestão em saúde mental.** Belém: [s.n], 2008.

COUTINHO, J.P.M. **Saúde mental: a roda viva da política pública do estado do Pará.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido, Belém, 2012.

CUNHA, A. G. **Dicionário etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa** (2ª ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1996.

CUTRIM, J. E. C. **Resenha histórica da assistência aos doentes mentais no Pará.**In: **Boletim do Centro de Estudos do Hospital Juliano Moreira.**Ano I, vol. I nº 2-3. Belém, Pará, maio-dezembro, 1967.

DALMOLIN, Bernadete Maria. **Esperança Equilibrista: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico.** Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2006.

DAÚD JR., **Considerações histórico-conceituais sobre a instituição psiquiátrica no Brasil e a desinstitucionalização do doente mental.** . In: Boarini, Maria Lúcia (Org.). **Desafios na atenção à saúde mental.** 2. Ed. Maringá: Eduem, 2011.

DALGALARRONDO, P. **Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais.** Rev. Psiq. Clín. 34, supl 1; 25-33, 2007

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención medica: definición, método e evaluación.** México: La Prensa Médica Mexicana, 1984.

_____. **Exploration in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment.** Ann Arbor: University of Michigan, 1980.

DIAS, Marcelo Kimati; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Leitos de atenção integral à saúde mental em hospital geral: configuração atual e novos desafios na política de saúde mental.** In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira.** São Paulo: Hucitec, 2010.

FAVARO P.; FERRIS L.E. **Program evaluation with limited fiscal and human resources.** In: LOVE, A.J. (Ed.).Evaluation methods sourcebook. Ottawa: Société Canadienne d'Evaluation, 1991. p.4-25.

FEITOSA, E. S. **Assistência psiquiátrica hospitalar no Pará; uma trajetória histórica Belém - Pará, 1990** – caderno acad  mico n   2.

FERLA. A.A. Relatório de Pesquisa. **Incorporac  o da tecnologia de linhas de cuidado na Saúde Suplementar: análise multicêntrica de experiências no ciclo mãe-beb   e em saúde mental nas Regiões Norte e Sul do Brasil a partir de marcadores selecionados.** Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do sul, 2010.

FERREIRA DC, SILVA GA. **Caminhos do cuidado – itinerários de pessoas que convivem com HIV.** Ciência & Saúde Coletiva, 17(11):3087-3098, 2012.

FIGUEIRO, Rafael de Albuquerque; DIMENSTEIN, Magda. **O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura?.** Fractal, Rev. Psicol. [online]. 2010, vol.22, n.2, pp. 431-446. ISSN 1984-0292.

FIGUEIREDO, A; e RODRIGUES, S. **Alienados, pajés e leprosos: medicina, estigma e exclusão social na Amazônia (1830-1930)** In: Magda Ricci, Rodolfo Valentim (Org). História, Loucura e Memória: o acervo do hospital psiquiátrico “Juliano Moreira”Belém: Secretaria de Estado de Cultura/Arquivo Público do Estado do Pará, 2009.

FIGUEIREDO, A. M. & TANAKA, O., 1996. **A avalia  o no SUS como estratégia de reordena  o da saúde.** Cadernos Fundap, 19: 98-105.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. & MERHY, E.E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, 15(2):345-353, 1999.

FRASER, Márcia Tourinho Dantas e GONDIM, Sônia Maria Guedes. **Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa.** Paidéia (Ribeirão Preto) [online]. 2004, vol.14, n.28, pp. 139-152. ISSN 0103-863X.

FREUD, S. **O Futuro de uma Ilusão** (1996a). In: J. Strachey (Ed e J. Salomão, Trad.), Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. XXI, pp. 13-63). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1927)

FREUD, S. **Mal-Estar na Civilização** (1996b). In: J. Strachey (Ed e J. Salomão, Trad.), Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. XXI, pp. 67-148). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1929)

FREUD, S. (1976). Novas conferências introdutórias sobre a psicanálise: Conferência XXXV: **A questão de uma Weltanschauung** (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol.22). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1933 [1932]).

FUCKNER, Ismael. **No hospício, o império da razão republicana.** 2008. Disponível em: <http://www.webartigos.com/articles/7678/1/Corpos-Em-Delirio-Discursos-Psiquiatricos-E-Praticas-Asilares-Em-Belem-Do-Para-1870-A-1920/pagina1.html>

FUNDATO CT, PETRILLI AS, DIAS CG, GUTIÉRREZ MGR. **Itinerário Terapêutico de Adolescentes e Adultos Jovens com Osteossarcoma.** Revista Brasileira de Cancerologia 2012; 58(2):197-208

GASTÃO, F. N.; CAMPOS, G . W. S. **Instituições de “portas abertas”.** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 16, n. 1, p.40-46, jan./abr., 2005.

LEMOS, Flavia Cristina Silveira; FILHO, Kleber Prado. **Uma breve cartografia da luta antimanicomial no Brasil.** Contemporânea-Revista de Sociologia da UFSCar, v. 2, n. 1, p. 45, 2012.

GASKELL, G. **Entrevistas individuais e de grupos**. Em M.W. Bauer & G. Gaskell (orgs.), Pesquisa qualitativa com texto, imagem, e som. Um manual prático (pp.64-89). Petrópolis: Vozes, 2002.

GERHARDT, Tatiana Engel. **Itinerários terapêuticos e suas múltiplas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor**. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Org.). Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2007. p.279-300.

GERHARDT, Tatiana Engel; RIQUINHO, Deise Lisboa; BEHEREGARAY, Livia Rocha; PINTO, Juliana Maciel; RODRIGUES, Fernanda Araújo. **Determinantes sociais e práticas avaliativas de integralidade em saúde: pensando a situação de adoecimento crônico em um contexto rural**. In: PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique (Orgs). Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. P. 287-298.

GONDIM, S.M. **Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: Desafios metodológicos**. Paidéia. Cadernos de Psicologia e Educação. 2002, 12(24), 149-161.

GIL A. C, LICHT R.H.G, RIECKMANN B, SANTOS M. **Por que fazer pesquisa qualitativa em saúde ?** Caderno de Saúde – Vol.1 – N.2, 2006.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>

LABOSQUE, A.M. **Experiências da Loucura**. Garamond. Rio de Janeiro, 2001.

LIMA, M. et al. **Signos, significados e práticas de manejo da crise em Centros de Atenção Psicossocial**. Comunicação, Saúde e Educação v.16, n.41, p.423-34, abr./jun. 2012

LIMA, Emanuel. J. B. **O cuidado em saúde mental e a noção de sujeito: Pluralidade e movimento.** In: SPINK, M. J. P.; FIGUEIREDO, Pedro e BRASILINO, Jullyane (organizadores). Psicologia Social e Pessoaalidade. Centro Edelstein de Pesquisas Sociais e ABRAPSO (Associação Brasileira de Psicologia Social), Rio de Janeiro, 2011

LIMA, Vitor. **Um Estudo Arqueológico sobre a IV Conferência de Saúde Mental e o Contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira.** Florianópolis, 2012.

LINS, Cristina B. A. **Hospital Dia, Subjetividade e Relações de Poder: um estudo de caso.** Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Social – Universidade Federal do Pará. Belém: 2007.

LOUREIRO, M.N.P. **Psiquiatria no Estado do Pará: repetição do padrão institucional.** In: Saúde Mental em Foco – série atualização e desenvolvimento da saúde na Amazônia. Belém: Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, 1995.

LOTUFO NETO, Francisco; LOTUFO JUNIOR, Zenon; MARTINS, José Cássio. **Influências da religião sobre a saúde mental.** Santo André: ESETec, 2009.

LUZIO, Cristina Amélia. **Atenção Psicossocial: reflexões sobre a reforma psiquiátrica e o cuidado em saúde mental no Brasil.** In: Boarini, Maria Lúcia (Org.). Desafios na atenção à saúde mental. 2. Ed. Maringá: Eduem, 2011.

MACIEL, Karla Daniele de Sá Araújo e ROCHA, Zeferino de Jesus Barbosa. **Dois discursos de Freud sobre a religião.** Rev. Mal-Estar Subj. [online]. 2008, vol.8, n.3, pp. 729-754. ISSN 1518-6148.

MACHADO, D.M. **A desconstrução do manicômio interno como determinante para inclusão social da pessoa em sofrimento mental.** Brasília, 2006.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. **Integralidade e construção de novas profissões no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental.** Ver. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 17, n.3, p. 115-122, set./dez., 2006.

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.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira e MURAMOTO, Melissa Tieko. **Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores**. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo [online]. 2008, vol.19, n.3, pp. 176-182. ISSN 1415-9104.

MARI, Jair de Jesus. **Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011, vol.16, n.12, pp. 4593-4596. ISSN 1413-8123.

MELMAN, J. **Família e doença mental: repensando relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo (S P): Escrituras; 2002.

MERHY, Emerson Elias – **Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde**. 2007

MERHY, Emerson Elias. **Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves**. Rio de Janeiro, 2003. www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy. Acesso em 15/09/2010

MERHY E E, FEUERWERKER LCM. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea**. In: Mandarino ACS, Gomberg E (org). Leituras de novas tecnologias e saúde. Bahia: Editora UFS; 2009. p 29-56.

MINAYO, Maria Cecília de Souza.; O. Cruz Neto; S. F. Deslandes & R. Gomes. **Pesquisa Social: teoria, método e Criatividade**. 23.a. Ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 10 a. Ed. São Paulo; HUCITEC, 2007.

MICHELONI, Adilson. **Avaliação como instrumento gerencial: a rede básica de saúde do município de Campinas**. 1999. 152f. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas.

MONTEIRO, João Bosco. **Nos rastros da história da assistência da psicologia no Pará: a inserção do psicólogo no Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira (1978-1984)**. Universidade Federal do Pará. Belém: 2011

MONT'ALVERNE DE BARROS, M., JORGE, M., PINTO, A.. **Prática de saúde mental na rede de atenção psicossocial: a produção do cuidado e as tecnologias das relações no discurso do sujeito coletivo**. *Revista de APS*, América do Norte, 13, jan. 2010. Disponível em:<http://ojs.hurevista.ufjf.br/index.php/aps/article/view/515>. Acesso em: 30 Jun. 2013.

MORENO, V. & ALENCASTRE, M. B.. **A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico**. *Revista Enfermagem USP*. 37 (2), 43-50, 2003.

NAJJAR, E. C. **A Terapia ocupacional em saúde mental no Estado do Pará e suas tendências**. Monografia – especialização em fundamentação e metodologia da terapia ocupacional. Belém-Pará: Universidade do Estado do Pará, 1993

Organização Pan-americana da Saúde e Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS). **Relatório sobre a Saúde no Mundo – Saúde Mental: Nova Concepção**. Nova Esperança. 2001.

ONOCKO-CAMPOS R.T; FURTADO, J.P. **Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol 22, nº5, maio, 2006.

PARÁ. Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará/ Coordenação Estadual de Saúde Mental. **Saúde Mental em Rede: Informativo Eletrônico sobre a Política estadual de Saúde Mental, álcool e outras drogas**. Ano II nº 01. Janeiro/Abril de 2010.

PARÁ. Conselho Estadual de Saúde – CES/PA. **Relatório da IV Conferência Estadual de Saúde Mental- Intersetorial**. Belém. Maio de 2010

PASCOE, G.C. **Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis**. Eval. Program Plann., v.6, n.3, p.185-210, 1983.

PEDROSO, J. S. **Loucura e Assistência Psiquiátrica no Pará (1833-1984)**. Belém/PA: NAEA, 2008.

PEREIRA, Diogo Neves. **Itinerários terapêuticos entre Pacientes do Hospital de Base (DF)**. Brasília, 2008

PINTO, Antonio Germane Alves et al. **Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012, vol.17, n.3, pp. 653-660. ISSN 1413-8123.

PITTA, A. *et al.*, 1995. **Determinantes da qualidade de serviços de saúde mental em municípios brasileiros – Estudo da satisfação com os resultados das atividades desenvolvidas por pacientes, familiares e trabalhadores dos serviços**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 44 (9): 441-452

PLANO OPERATIVO ANUAL – POA DA FUNDAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA (FHCGV), 2012.

QUEBRA, Sâmea C. F. **Discurso Moderno e Psiquiatria Reformada: considerações sobre um centro de atenção psicossocial (CAPS)**. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Social – Universidade Federal do Pará. Belém: 2011.

QUINDERE, Paulo Henrique Dias and JORGE, Maria Salete Bessa. **(Des)construção do modelo assistencial em saúde mental na composição das práticas e dos serviços**. Saude soc. [online]. 2010, vol.19, n.3, pp. 569-583. ISSN 0104-1290.

RABELO, MCM., ALVES, PCB., and SOUZA, IMA. **Experiência de doença e narrativa** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 264 p. ISBN 85-85676-68-X. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

RIBEIRO, J. M. **A Agência Nacional de Saúde Suplementar e as Políticas de Saúde Mental Direcionadas para Portadores de Enfermidades Mentais Severas**. Rio de Janeiro, 2003.

RIBEIRO, José Mendes and INGLEZ-DIAS, Aline. **Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011, vol.16, n.12, pp. 4623-4634. ISSN 1413-8123.

RICKETS, T.; KIRSHBAUM, M.N. **Helpfulness of mental health day care: client and staff views**. J. Adv. Nurs., v.20, n.2, p.297-306, 1994.

RIOS, Luzana Cirqueira et al. **Atividades físicas de lazer e transtornos mentais comuns em jovens de Feira de Santana, Bahia**. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul [online]. 2011, vol.33, n.2, pp. 98-102. ISSN 0101-8108.

ROTELLI, F. **Per lanormalità - taccuinodiunopsichiatranegliannidella grande riformascritti 1967-1998**. Trieste: ScienzaNuova editore /Asterios Editore, 1999.

SARECENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, 2001.

SANTOS, Kwame Yonatan P., YASUI, Silvio, DIONÍSIO, Gustavo Henrique. **O sujeito-comprimido**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.4, n.9, p.103-112, jul./dez., 2012

SARGES, M. N. BELÉM: **Riquezas produzindo a Belle Époque(1870-1912)**. Belém/PA: Paka-Tatu, 3ª edição, 2010.

SENA J.M.F.; JORGE M.S.B. **Subjetividades produzidas no cotidiano do CAPS: sujeitos, praticas e relações.** *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 90, p. 445-453, jul./set. 2011.

SESPA. Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará. **Plano Estadual da Rede de Atenção Psicossocial 2013-2016.** Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/SESPA, Belém, 2013.

SILVA, Daniel, et al. **A Prática Médica No Contexto Dos Serviços Substitutivos De Saúde Mental.** *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.35, n.2, p.374-386 abr./jun. 2011 377.

SILVA-JUNIOR, Nadson Duarte; GONÇALVES, George; DEMÉTRIO, Franklin. **Escolha do itinerário terapêutico diante dos problemas de saúde: considerações socioantropológica.** Bahia, 2012.

SILVA, M. S. & ZANELLO, W. M. **Religiosidade e loucura: a influência da religião na forma como o “doente mental” enfrenta a doença.** *PSICOLOGIA IESB*, 2010, VOL. 2, NO. 1, 37-47

SILVA, L.; MORENO, V. **A Religião e a Experiência do Sofrimento Psíquico: escutando a família.** *Ciência, Cuidado e Saúde*. Maringá, v. 3, n. 2, p. 161-168, mai/ago. 2004

SISSON, Maristela Chitto et al. **Satisfação dos usuários na utilização de serviços públicos e privados de saúde em itinerários terapêuticos no sul do Brasil.** *Interface (Botucatu)* [online]. 2011, vol.15, n.36, pp. 123-136. Epub Dec 17, 2010. ISSN 1414-3283.

SOUZA, Ana Vicentina Santiago. **O Conceito de Saúde.** [Mimeo] Pesquisa teórica. Pará, 2007.

SOUZA, Ana Vicentina Santiago. **A Integralidade na Prática Clínica e Institucional na Relação Ensino-Serviço: Um Estudo de Caso Sobre a Formação do Psicólogo em Hospital Público**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Pará. Belém, 2009.

STENZEL, Ana Cecília Bastos. **A temática da avaliação no campo da saúde coletiva: uma bibliografia comentada**. 1996.251f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, universidade Estadual de Campinas.

TAVARES, R. C., E SOUSA, S. M. G.. **O usuário de CAPS: quem é esse sujeito?**. Revista Psicologia e Saúde, 1.1, 2009.

TEIXEIRA, R.R. **O Acolhimento num Serviço de Saúde entendido como uma rede de conversações**. In: **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRSCO, 2003, pg. 89 – 111.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. **Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental**. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001.

TORRES, Caroline Gonzaga. **A Perspectiva Freudiana sobre o fenômeno religioso**. Revista de Psicologia, Fortaleza, v. 3 n. 1, p. 136-140, jan./jun. 2012

TURATO, E.R. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa**. Rev Saúde Pública 2005; 39 (3): 507-14.

VASCONCELOS, E. M. **Abordagens psicossociais: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares**. São Paulo: Hucitec, 2008. v. II.

VASCONCELOS, E. M. (org) **Desafios Políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2010.

VILLARES, Cecília Cruz; MARI, Jair Jesus. Esquizofrenia e contexto familiar. In: SHIRAKAWA, Itiro; CHAVES, Ana Cristina; MARI, Jair Jesus. **O desafio da esquizofrenia**. São Paulo: Lemos Editorial, 1998. p. 243-255.

VILLARES, Cecília Cruz; REDKO, Cristina; MARI, Jair Jesus. Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n.1, p. 36-47, jan./mar. 1999.

WETZEL, C. **Avaliação de serviço em Saúde Mental: a construção de um processo participativo**. Ribeirão Preto, 2005.

YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2010.

Apêndice A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Pesquisa: Com a voz os usuários: discursos sobre as práticas de cuidado em saúde mental em um CAPS do Estado do Pará

Instituição: Universidade Federal do Pará (Programa de Pós-Graduação em Psicologia)

Orientador: Prof. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

Esta pesquisa tem como propósito a elaboração de minha Dissertação de Mestrado em Psicologia, assim como colaborar para ampliação de dados para futuras pesquisas nesta área. A mesma tem por objetivo principal analisar como as práticas de cuidado em saúde mental são percebidas pelos usuários de um CAPS do Estado do Pará. Este projeto está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal do Pará, sob orientação do professor Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira.

Você está sendo convidado para participar da pesquisa, na condição de voluntário. Mesmo que decida participar, você tem plena liberdade para sair do estudo a qualquer momento sem incorrer em nenhuma penalidade. Você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo ou a qualquer momento do mesmo.

A sua identidade será mantida como informação confidencial. Os resultados da pesquisa poderão ser publicados, mas sua identidade não será revelada sem seu consentimento por escrito.

A coleta de informações ocorrerá através de entrevista. A entrevista será gravada, para posterior transcrição, e os dados obtidos serão arquivados por um período não inferior a cinco anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 196/96).

Sua participação não envolverá nenhuma despesa ou recompensa financeira e/ou de qualquer outra origem. A pesquisa não irá provocar exposição a agentes físico, químico, biológico ou de qualquer outra ordem, face o procedimento utilizado – entrevista – limitar-se a contato interpessoal na instituição de saúde onde realiza tratamento, deixando a seu critério a decisão de responder ou não às questões apresentadas.

O estudo não apresenta riscos a sua integridade física ou moral, favorecendo a livre expressão de pensamentos e sentimentos. Entretanto, você está ciente que a participação na pesquisa envolve riscos mínimos, como por exemplo, desconforto emocional ao entrar em contato com o tema, agravada por possíveis lembranças dolorosas que possam lhe causar mal-estar e sofrimento atual. Caso se sinta prejudicado (a) neste sentido, terá direito a receber atendimento psicológico de orientação/apoio por parte da pesquisadora, que é psicóloga (CRP 10/02053).

As informações obtidas nesta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa serão divulgados na referida Dissertação e em artigos, seminários e congressos de forma a não possibilitar sua identificação.

Declaro que eu li e entendi todas as informações sobre esta pesquisa, me sinto perfeitamente esclarecido (a) sobre o conteúdo da mesma e todas as minhas perguntas foram respondidas a contento. Portanto, consinto voluntariamente em participar.

Nome do participante: _____

RG Nº: _____

Assinatura: _____

Local e Data: _____

Responsável pela pesquisa: **Márcia Roberta de Oliveira Rodrigues**

Caso necessite de algum esclarecimento sobre sua participação no estudo, poderá contatar com a responsável pela pesquisa no telefone (91) 8368-7878. Também poderá solicitar informações na secretaria do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará, situada no Campus Universitário do Guamá, na Rua Augusto Correa, n. 01, Guamá, CEP 66075-110, Belém, Pará.

Anexo A – Parecer do CEP

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Com a voz os usuários: discursos sobre as práticas de cuidado em saúde mental em um CAPS do Estado do Pará

Pesquisador: MÁRCIA ROBERTA DE OLIVEIRA RODRIGUES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 09294212.5.0000.0018

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ (HOSPITAL UNIVERSITARIO BETTINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 208.045

Data da Relatoria: 31/01/2013

Apresentação do Projeto:

O objetivo deste trabalho consiste em analisar como as práticas de cuidado em saúde mental são percebidas pelos usuários de um CAPS do Estado do Pará. O caminho metodológico escolhido está inserido no campo das abordagens qualitativas, de acordo com as proposições realizadas por Minayo (2007) e Turato (2005), que trabalham em uma perspectiva de pesquisa qualitativa no campo da saúde. A pesquisa será realizada em um

Centro de Atenção Psicossocial CAPS do Estado do Pará. Participarão desse estudo usuários do serviço acima citado e os dados serão coletados a partir de trabalho de campo a ser realizado, utilizando-se os seguintes instrumentos: observação participante, pesquisa documental e bibliográfica, além de entrevistas semi-estruturadas. Para análise dos dados provenientes das entrevistas será utilizada a técnica de sistematização e

operacionalização metodológica utilizado por Minayo (2004), que consiste na análise de conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar como as práticas de cuidado em saúde mental são percebidas pelos usuários de um CAPS do Estado do Pará.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Riscos Éticos (quebra de sigilo, revelação de identidades dos usuários, exposição de nomes de

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.

Bairro: Campus Universitário do Guamá

CEP: 66.075-110

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-7735

Fax: (91)3201-8028

E-mail: cepccs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



profissionais e locais da rede de serviços)- Riscos Subjetivos (carga emocional dos usuários agravada por possíveis lembranças dolorosas do atendimento na rede de saúde do SUS e dificuldades extremas enfrentadas).

Benefícios:

- Os resultados desta pesquisa poderão trazer contribuições significativas tanto em nível teórico quanto em relação à organização dos serviços de saúde mental oferecidos no CAPS estudado, a partir da percepção dos usuários sobre as práticas de cuidado desenvolvidas, contribuindo para a melhoria contínua na qualidade do atendimento prestado à população.- Garantia aos usuários quanto ao sigilo absoluto de informações, nomes, identidades e serviços citados na pesquisa, com informe aos usuários de indenização prevista na Legislação em caso de danos morais e faltas éticas.- Oferta de ambiente de pesquisa acolhedor e sem juízos de valor moral, possibilitando a livre expressão dos usuários em relação as suas percepções sobre as práticas de cuidado em saúde mental.- Minimização dos Riscos por Exclusão imediata da pesquisa em casos de inadequação e riscos emocionais, subjetivos e éticos.- Caso os usuários apresentem demanda de acompanhamento psicológico, a pesquisadora realizará encaminhamento do mesmo para a rede assistencial do SUS, conforme a situação apresentada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta metodologia e critérios bem definidos. Sem implicações éticas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados estão de acordo com a Resolução 196/96 do CNS/MS.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do projeto. Este é nosso parecer, SMJ

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



BELEM, 28 de Fevereiro de 2013

Assinador por:
Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

Apêndice B

Roteiro de entrevista com os usuários

Dados de Identificação:

Idade:

Sexo:

Local de Entrevista:

Escolaridade:

Profissão/Ocupação:

Renda Familiar:

Estado Civil:

- 1) Qual o problema de saúde que lhe o procurar atendimento no CAPS?
- 2) Quando e como começou o seu problema de saúde?
- 3) O que você fez desde que o problema começou?
- 4) Qual o itinerário que você fez até chegar no CAPS? Foi fácil, a partir de sua demanda, ser encaminhado para o CAPS?
- 5) Qual local você acha que foi mais bem acolhido e por quê?
- 6) Qual local você acha que foi mais mal acolhido e por quê?
- 7) Quem você procura quando não está bem?
- 8) Como você teve acesso ao CAPS?
- 9) Que tipo de diagnóstico e tratamento você recebeu no CAPS?
- 10) Como é o seu dia a dia no CAPS?
- 11) Como você se sente ao ser atendido no CAPS?
- 12) O que você acha dos profissionais que lhe atendem no CAPS?
- 13) Você teria alguma sugestão para melhorar os serviços de saúde prestados no CAPS?
- 14) Além do CAPS, o que você procura ou faz para ficar bem?

Apêndice C – Quadros de sistematização das entrevistas

EIXO: PROCESSO SAÚDE E DOENÇA														
PERGUNTAS ROTEIRO DE ENTREVISTA	RESPOSTA USUÁRIO 1	RESPOSTA USUÁRIO 2	RESPOSTA USUÁRIO 3	RESPOSTA USUÁRIO 4	RESPOSTA USUÁRIO 5	RESPOSTA USUÁRIO 6	RESPOSTA USUÁRIO 7	RESPOSTA USUÁRIO 8	RESPOSTA USUÁRIO 9	RESPOSTA USUÁRIO 10	RESPOSTA USUÁRIO 11	RESPOSTA USUÁRIO 12	RESPOSTA USUÁRIO 13	RESPOSTA USUÁRIO 14
1) Qual o problema de saúde que lhe fez procurar atendimento no CAPS?	<p>PESQUISA DORA: 1.1- A primeira pergunta, qual o problema de saúde que lhe fez procurar atendimento aqui no CAPS? USUÁRIO 1: 1.1- Transtorno bipolar, entendeu? Eu já tinha tido uma vez mais ou menos dez anos atrás aí mais fui tratada mais não pelo CAPS, foi particular né e aí agora voltou depois de dez anos aí a gente foi pro hospital das clínicas, do hospital das clínicas</p>	<p>PESQUISA DORA: 1.1- Bom à primeira pergunta: qual o problema de saúde que lhe fez procurar atendimento aqui no CAPS? USUÁRIO 2: 1.1- Foi dor de cabeça né.</p>	<p>PESQUISA DORA: 1.1- Então qual foi o problema de saúde que lhe fez procurar atendimento aqui no CAPS? USUÁRIO 3: 1.1- Olha eu vim encaminhada do hospital de clínicas pra cá. PESQUISA DORA: 1.2 - E o quê que a senhora tava sentindo? USUÁRIO 3: 1.2- Eu tava sentindo foi me deu um negocio assim tipo um desmaio eu tranquei os dentes sem falar nada foi o pessoal do</p>	<p>PESQUISA DORA: 1.1- E qual foi o problema de saúde que te fez procurar atendimento aqui no CAPS? USUÁRIO 4: 1.1- Olha eu vivia doente a muito tempo e por muito tempo, quando foi de manhã cedo, fui pegara água na ponte, peguei aquela resfriagem e não e senti bem, carreguei e a partir daí, passanso alguns tempos me deu uma tontura e eu fiquei preocupada,</p>	<p>PESQUISA DORA: 1.1- Tá, vou começar aqui a pergunta. É qual o problema de saúde que te fez procurar atendimento aqui no CAPS? USUÁRIO 5: 1.1- Olha foi à depressão,</p>	<p>PESQUISA DORA: 1.1- Então, primeira pergunta, qual o problema de saúde que te fez procurar atendimento aqui no CAPS? USUÁRIO 6: 1.1- Como surgiu? PESQUISA DORA: 1.1.1- É isso...Qual foi o problema que te fez... USUÁRIO 6: 1.1.1- O meu pai faleceu, faleceu hoje e ontem ele foi enterrado isso foi no dia, qual é o dia primeiro de do dia do trabalhador é dia primeiro de março...maio</p>	<p>PESQUISA DORA: 1.1- Então qual o problema de saúde que o fez procurar atendimento aqui no CAPS? USUÁRIO 7: 1.1- Bem isso começou com o falecimento da minha esposa né.</p>	<p>PESQUISA DORA: 1.1- É qual o problema de saúde que lhe fez procurar atendimento aqui no CAPS? USUÁRIO 8: 1.1- Meu marido me batia muito, por isso que eu to aqui tomando remédio controlado por que ele é o ocupado da minha vida de ficar desse jeito.</p>	<p>PESQUISA DORA: 1.1- Qual o problema de saúde que te fez procurar atendimento aqui no CAPS? USUÁRIO 9: 1.1- Não é tipo assim, olha eu tenho um computador eu coloquei uma senha de onze dígitos onze a quinze se eu não me engano, eu coloquei uma senha lá e ficou a senha lá e eu esqueci a senha eu esqueci a senha, esqueci a senha quando você coloca a senha e erra a senha o computador</p>	<p>PESQUISA DORA: 1.1- Qual foi o problema de saúde que lhe fez procurar atendimento aqui no CAPS? USUÁRIO 10: 1.1- Por causa do meu filho que deu uma depressão.</p>	<p>PESQUISA DORA: 1.1- Qual foi o problema de saúde que lhe fez procurar atendimento aqui no CAPS? USUÁRIO 11: 1.1- A gente precisa assim de um pouco de objetivo bem eu desde de muito novo tinha bastante transtorno de sono. Se tá entendendo? E na minha família era é uma espécie de esteio todo não problema fala com o Pedro, Pedro sabe como é que é. Até aconselhei meus irmãos mais velho e</p>	<p>PESQUISA DORA: 1.1- Qual o problema de saúde que lhe fez procurar atendimento aqui no CAPS? USUÁRIO 12: 1.1- O problema é que a minha filha, que o marido dela deixou ela aí eu ficava a noite toda assim é acordada pensando sabe é ela tem duas filhas, se as minhas netas tinha alguma coisa pra comer que nem tinha sabe aquela preocupação . Ai eu ficava a noite toda acordada dai que eu</p>	<p>PESQUISA DORA: 1.1- Então assim primeira pergunta qual foi o problema de saúde que fez a senhora procurar aqui o CAPS renascer? USUÁRIO 13: 1.1- Foi por que eu tinha uma depressão. Foi depressão que começou esse negocio.</p>	<p>PESQUISA DORA: 1.1- É primeira pergunta, qual foi o problema de saúde que lhe fez procurar aqui o CAPS USUÁRIO 14: 1.1- Veja bem o primeiro problema de saúde que me fez procurar o CAPS é o mais forte assim que é me levou a procurar mesmo foi um complexo de inferioridade . PESQUISA DORA: 1.2- Inferioridade , certo, e faz quanto tempo seu Benedito?</p>

encaminhará para o Mário Machado e do Mário Machado eu vim pra cá pro CAPS.			<p>SAMU lá em casa pegou nas minhas mãos e a minha mão não apertava eles diziam que era pra mim apertar a mão e eu num apertei a mão deles ai eles me levaram pra lá, ai só que eu tava com as vozes..</p> <p>PESQUISA DORA: 1.2.1- Tava escutando vozes?</p> <p>USUÁRIO 3: 1.2.1- Tava escutando vozes</p> <p>PESQUISA DORA: 1.2.2- Ai o SAMU lhe levou lá pro hospital de clínicas?</p> <p>USUÁRIO 3: 1.2.2- Foi me levou pra lá.</p>	<p>ai quando deu uma tontura quando eu dei conta de mim eu tava me batendo no chão, ai eu sentei e a minha cabeça ficou assim.</p> <p>PESQUISA DORA: 1.1.1- Rodando?</p> <p>USUÁRIO 4: 1.1.1- Rodando, naquela aceleração, aí de vez em quando atacava isso em mim, aí depois ai o meu esposo com o meu compadre me bateu né com folha de peão, fiquei com muito machucamento muitos problemas eles me batem de cinta</p>		<p>... primeiro de maio...Ai a gente enterramos ele no final do...</p> <p>PESQUISA DORA: 1.1.2- Isso no ano passado?</p> <p>USUÁRIO 6: 1.1.2- Não, faz seis anos, ai foi enterrado ai quando foi dia primeiro de maio foi no final do mês de lá, por exemplo, foi enterrado hoje amanhã foi dia primeiro de maio né, ai eu tava na frente de casa quando o carburador nessa época eu tinha dois carros, eu tava eu tinha eu tava consertando um bem na frente de casa ai chegaram...</p>			<p>não abre né. Ai eu fiz a primeira vez num consegui abrir a senha no primeiro dia não consegui ai no segundo dia não consegui, no terceiro também não consegui no quarto não consegui no quinto, depois na semana não consegui eu dei uma porrada no CPU só uma porrada ai se desencadeou esse problema eu não acho que seria uma esquizofrenia, eu acho que seria tipo eu ter me aborrecido com uma coisa qualquer um pode se aborrecer um aborrecimento.</p>		<p>eu nunca procurei ajuda né e ai eu tive também um relacionamento de uns doze anos é eu acredito é que isso tenha contribuído e eu me separei pra ninguém não conversei o assunto com ninguém segurei a onda sozinho como dizem na gríria né. Mais eu achei que tava tudo bem só que eu sempre é, é trabalhei muito dormi muito pouco cheguei é teve épocas na minha vida que eu tinha um emprego de sete horas num e oito horas noutro.</p>	<p>comecei a saber com esse problema ai agravao mais o problema sabe, ai eu tive que procurar um psiquiatra para poder me tratar.</p> <p>PESQUISA DORA: 1.2- E o que que a senhora sentia?</p> <p>USUÁRIO 12: 1.2- Eu não sentia sono, nada né passava a noite acordada fazendo as coisas eu fazia os serviços de dia eu fazia a noite ia lavar banheiro, eles brigavam que só comigo</p>		<p>USUÁRIO 14: 1.2- Faz mais de quarenta anos é desde, olhe é eu comecei a perceber coisas em mim a partir da assim desde a minha infância bem pequeno quando eu estava começando a me entender eu já até fui comando a me entender com a anormalidade.</p>
NÚCLEO														

EIXO: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO														
PERGUNTAS ROTEIRO DE ENTREVISTA	RESPOSTA USUÁRIO 1	RESPOSTA USUÁRIO 2	RESPOSTA USUÁRIO 3	RESPOSTA USUÁRIO 4	RESPOSTA USUÁRIO 5	RESPOSTA USUÁRIO 6	RESPOSTA USUÁRIO 7	RESPOSTA USUÁRIO 8	RESPOSTA USUÁRIO 9	RESPOSTA USUÁRIO 10	RESPOSTA USUÁRIO 11	RESPOSTA USUÁRIO 12	RESPOSTA USUÁRIO 13	RESPOSTA USUÁRIO 14
3) O que você fez desde que o problema começou?	<p>PESQUISA DORA: 3.1- E o quê que você fez desde quando começou o transtorno?</p> <p>USUÁRIO 1: 3.1- O quê que eu fiz, como assim?</p> <p>PESQUISA DORA: 3.1.1- Qual foi à ajuda que você procurou o que fizeste assim?</p> <p>USUÁRIO 1: 3.1.1- Ah tá, eu faço parte aqui do CAPS tá, como eu te disse foi lá no hospital das clínicas a minha família notou que eu não tava bem</p>	<p>PESQUISA DORA: 3.1- E o quê que a senhora fez desde quando esse problema apareceu?</p> <p>USUÁRIO 2: 3.1- O negócio é o seguinte, eu me aborreci, porque antes de ter um filho eu já fiquei internada, passei seis meses em tratamento no Hospital das Clínicas.</p> <p>PESQUISA DORA: 3.1.1- Seis meses?</p> <p>USUÁRIO 2: 3.1.1- Seis meses no Hospital das Clínicas.</p>	<p>PESQUISA DORA: 3.1- E o quê que a senhora fez desde que começou esse problema?</p> <p>USUÁRIO 3: 3.1- Ah me levaram pra pro doutor Dacio, que é psiquiatra.</p> <p>PESQUISA DORA: 3.1.1- E o que foi que aconteceu?</p> <p>USUÁRIO 3: 3.1.1- Ele passou remédios pra mim, e eu comecei a tomar e fui me sentindo bem né, já depois, fazia doze anos que eu num conseguia...</p>	<p>PESQUISA DORA: 3.1- Aí, aí... o que você fez quando começou manifestar essas vozes?</p> <p>USUÁRIO 4: 3.1- Ai eu comecei a orar né entrei em crise de oração jejum eu orava de dia e de noite jejuava e ele insistindo, insistindo mesmo ai eu briguei muito com esse sofrimento ai me atacou a crise me depressão ai eu não podia varrer casa nunca podia agarrar no cabo de</p>	<p>PESQUISA DORA: 3.1- E e o quê que você fez quando começou esse problema?</p> <p>USUÁRIO 5: 3.1- Ai foi que eu comecei a foi que ai quando me deu uma crise forte eu fui parar no hospital de clínicas ai aplicaram um remédio forte pra eu dormir ai foi que me encaminharam pro CAPS. Ai foi que eu comecei a fazer o tratamento ai eu me lembro que esse CAPS</p>	<p>PESQUISA DORA: 3.1- E o que vc fez desde quando começou esse problema?</p> <p>USUÁRIO 6: 3.1- Ai eu fiquei na igreja foi pro espiritismo não aconteceu nada ai foi pra universal passei dois anos na universal. Ai não consegui mas eu tava tomando remédio, comprando remédio ai ia na psiquiatria lá eles só me dava receita. Ai eu tomava remédio não passava ai</p>	<p>PESQUISA DORA: 3.1- É o que é que o senhor fez desde, desde quando começou esse problema ai o senhor procuro o senhor já te falou um pouco o senhor procurou macumba pra tentar entender o quê que tava acontecendo até pra fazer um tratamento depois o senhor foi lá pro centro espirita pra poder fazer um tratamento espiritual.</p> <p>USUÁRIO 7:</p>	<p>PESQUISA DORA: 3.1- É o quê que a senhora fez desde quando começou esse seu problema de saúde?</p> <p>USUÁRIO 8: 3.1- Só tomava remédio, só quando dava eu pagava uma pessoas para tomar conta das minhas filhas, elas viviam na mão de um, na mão de outra, uma se queimou no ferro. E eu quero dizer pode ser inimiga eu num quero essa</p>	<p>PESQUISA DORA: 3.1- que você fez desde que o problema começou?</p> <p>USUÁRIO 9: 3.1- Ai eu fiquei acho que uns quatro cinco anos sem tomar remédio e desencadeou desde dois mil todo o inicio dois mil e dois, dois mil e dois pra cá e tá com onze anos acho bem entendeu, que é Levosin, o remédio Levosin que eu tomava ele é bem fraquinho, é meia banda de Levosin,</p>	<p>PESQUISA DORA: 3.1- então como começou esse problema?</p> <p>USUÁRIO 10: 3.1- Eu nunca vou me esquecer do meu filho, é por isso que a doutora Terezinha me dá a medicação assim pra mim passar o dia tranquila passar o dias bem entendeu, num é dizer que eu tenho depressão que eu fiquei doida não meu filho ficou de uma tal maneira que ele</p>	<p>PESQUISA DORA: 3.1- Sim, entendi e assim o que, o que o senhor fez desde quando começou esse problema?</p> <p>USUÁRIO 11: 3.1- Me levaram.</p> <p>PESQUISA DORA: 3.2- Há o senhor entrou em</p>	<p>PESQUISA DORA: 3.1- E o que que a senhora fez desde quando começou o problema, só eu sei que a senhora eu sei que a primeira no psiquiatra foi na universidade federal?</p> <p>USUÁRIO 12: 3.1- Foi é lá tinha um médico mesmo. Quem foi que me encaminhou prá lá mesmo acho que foi o Betina Ferro, porque o Marco Aurélio que ele é o</p>	<p>PESQUISA DORA: 3.1- O que que você fez desde que o problema começou?</p> <p>USUÁRIO 13: 3.1- Eu só tomava agua e um pouquinho de leite depois eu vi que minhas pernas não tavam mais funcionando direito, ai eu corri pro CAPS no mesmo dia que ele foi criado aqui na viletta.</p> <p>PESQUISA DORA: 3.2- A senhora morava sozinha nessa época?</p> <p>USUÁRIO 13:</p>	<p>PESQUISA DORA: 3.1- E deixa eu lhe perguntar o que que o senhor fez desde quando começou assim por onde o senhor caminhou o que que o senhor procurou de serviço de saúde que que aconteceu ou o senhor procurou alguma religião o que que o senhor fez desde quando o senhor começou a sentir esse problema?</p> <p>USUÁRIO 14:</p>

EIXO: PRÁTICAS DE CUIDADO														
PERGUNTAS ROTEIRO DE ENTREVISTA	RESPOSTA USUÁRIO 1	RESPOSTA USUÁRIO 2	RESPOSTA USUÁRIO 3	RESPOSTA USUÁRIO 4	RESPOSTA USUÁRIO 5	RESPOSTA USUÁRIO 6	RESPOSTA USUÁRIO 7	RESPOSTA USUÁRIO 8	RESPOSTA USUÁRIO 9	RESPOSTA USUÁRIO 10	RESPOSTA USUÁRIO 11	RESPOSTA USUÁRIO 12	RESPOSTA USUÁRIO 13	RESPOSTA USUÁRIO 14
5) Qual local você acha que foi mais bem acolhido e por quê?	<p>PESQUISA DORA: 5.1- E desses locais todos por onde você passou qual foi o local onde tu foste mais bem acolhida?</p> <p>USUÁRIO 1: 5.1- Aqui.</p> <p>PESQUISA DORA: 5.1.1- No CAPS?</p> <p>USUÁRIO 1: 5.1.1- Aqui.</p> <p>PESQUISA DORA: 5.1.2- Por quê?</p> <p>USUÁRIO 1: 5.1.2- por que a gente tem um pouco de liberdade e já tá tomando consciência</p>	<p>PESQUISA DORA: 5.1- E desses locais todos quando a senhora me disse que a senhora foi lá na sacramenta né, já foi pro hospital de clínicas, já foi pra clínica Mário Machado até chegar aqui no CAPS, onde a senhora se sentiu mais bem acolhida, onde a senhora se sentiu melhor?</p> <p>USUÁRIO 2: 5.1- Aqui no CAPS,</p>	<p>PESQUISA DORA: 5.1 - E onde a senhora se sentiu mais bem acolhida?</p> <p>USUÁRIO 3: 5.1- Aqui.</p> <p>PESQUISA DORA: 5.2- Aqui no CAPS por quê?</p> <p>USUÁRIO 3: 5.2- Assim por que as acho pessoas todas do coração alegre como você estagiaria é alegre e to me sentido bem.</p>	<p>PESQUISA DORA: 5.1- Sei e desses locais todos que você passou qual foi o local que você gostou mais se sentiu melhor bem acolhida?</p> <p>USUÁRIO 4: 5.1- Bem acolhida eu aqui no CAPS, aqui no CAPS né eu me senti bem acolhida tendida quando tem remédio eles dão quando não tem eles mandam comprar as vezes, aí se tu não se sentiu bem eles ajudam a gente pra</p>	<p>PESQUISA DORA: 5.1- E assim do hospital de clínicas e aqui onde tu foste bem mais acolhido na tua opinião?</p> <p>USUÁRIO 5: 5.1- Eu acho que aqui, aqui no CAPS.</p> <p>PESQUISA DORA: 5.2- Por quê?</p> <p>USUÁRIO 5: 5.2- Não porque assim eu não tenho do que reclamar os funcionários aqui me tratam muito bem é o técnico, a psicóloga né a Jose né. Conversam</p>	<p>PESQUISA DORA: 5.1- E desses locais por onde tu passastes no hospital de clínicas enfim procurastes a própria igreja, onde tu foste bem mais acolhido foi aqui no CAPS?</p> <p>USUÁRIO 6: 5.1- Aqui, aqui no CAPS.</p> <p>PESQUISA DORA: 5.2- Tu te sentes bem aqui no CAPS?</p> <p>USUÁRIO 6: 5.2- No CAPS.</p>	<p>PESQUISA DORA: 5.1- Agora deixa eu lhe perguntar, o senhor já me falou de vários locais onde o senhor foi atendido, santa casa o próprio centro de saúde né, e hospital de clínicas também é mais o CAPS qual o local dentre esses locais o senhor se sentiu mais bem acolhido?</p> <p>USUÁRIO 7: 5.1- CAPS.</p> <p>PESQUISA DORA: 5.2- CAPS, por quê?</p> <p>USUÁRIO 7:</p>	<p>PESQUISA DORA: 5.1- E desses locais todos por onde a senhora passou onde a senhora foi mais bem acolhida, onde a senhora se sentiu melhor?</p> <p>USUÁRIO 8: 5.1- Meu amor olha eu fiquei acolhida é aqui no, no, no grão Pará é aqui no, no renascer, e no Hospital das Clínicas também foi bom, porque todos foi muito legal por que eu gostava de andar com livro essas coisas tirava</p>	<p>PESQUISA DORA: 5.1- E desses locais que tu passaste tu falaste ai do centro de saúde, do hospital de clínicas, o CAPS onde tu te sentiste melhor, melhor acolhido te sentiste bem? Qual foi o melhor local?</p> <p>USUÁRIO 9: 5.1- No primeiro CAPS. No primeiro o CAPS foi na santa se centro de saúde que eu participei isso foi em dois mil e doze, dois mil e doze eu achei</p>	<p>PESQUISA DORA: 5.1- Ai desde lá a senhora vem sendo acompanhada por aqui pegando forças medicament os pra senhora ficar bem, e desses locais todos que a senhora passou onde a senhora se sentiu melhor, que a senhora pelo menos como foi com o seu filho, foi uma luta né?</p> <p>USUÁRIO 10: 5.1- Não isso eu penei muito mais os dois hospitais que eu achei</p>	<p>PESQUISA DORA: 5.1- E desses locais todos por onde a senhora passou onde a senhora se sentiu melhor mais acolhida?</p> <p>USUÁRIO 12: 5.1- Aqui no CAPS.</p> <p>PESQUISA DORA: 5.2- Por quê?</p> <p>USUÁRIO 12: 5.2- Por que eu achei a doutora muito boa daqui ótima e o atendimento das pessoas dos, das da pessoas da Jose né que é psicóloga também o</p>	<p>PESQUISA DORA: 5.1- Isso que eu ia lhe falar é o local que a senhora foi mais bem acolhida foi aqui no CAPS que a senhora se sentiu melhor ?</p> <p>USUÁRIO 13: 5.1- Aqui no CAPS Renascer que foi.</p>	<p>PESQUISA DORA: 5.1- E deixa eu lhe perguntar, desses locais todos onde que o senhor se sentiu melhor mais acolhido?</p> <p>USUÁRIO 14: 5.1- Todo né durante todo tempo.</p> <p>PESQUISA DORA: 5.2- Durante toda essa sua trajetória.</p> <p>USUÁRIO 14: 5.2- Olha o acolhimento que eu tem um ditado uma maneira assim popular que diz assim: isso é coisa</p>	

<p>apesar de que o médico que me tratou lá me deu alta eu passei dois dias internada lá.</p> <p>PESQUISA DORA: 5.1.3- No Mário machado? USUÁRIO 1: 5.1.3- também no Mário machado ai de lá já veio pra cá e aqui eu me sinto acolhida por que é, faz até falta pra mim entendeu, quando eu sair por que a gente tá acostumado mais eu tenho que retomar meu trabalho né...retomar minha vida, a minha vida tá normal só não está mais por que eu to sem benefício. Não to recebendo</p>	<p>eles são super legal mais só que é muito eles dão muita injeção, e injeção dói e aqui graças a Deus não deram.</p> <p>PESQUISA DORA: 5.2- A senhora se sente bem aqui? USUÁRIO 2: 5.2- É, porque aqui não tem injeção...no hospital da clinica são legal as pessoas de lá, também no hospital machado a gente é parece que parece que tão como é que se diz num hotel cinco estrela tem a vem o café uma fruta ai no almoço tem a bandeja vem de fora do almoço a bandeja ainda tem a</p>		<p>dizer como a gente tá se agente não tá dormindo bem quando eu tava passando mal me dava crise eu ia dizer pra dona Luiza assim dizer pro seu João era remédio dois meses faltou remédio, e agora? mais não é eu bebo todo dia eu não peço assim mais falta as vezes assim hoje eu tenho a ultima pílula das duas horas pra mim tomar e a consulta era só amanhã por que já era duas horas eu já ia tomar o remédio mais eu não sei se tem remédio por que não tinha mês passado só teve um</p>	<p>comigo me orientam né olha tu não pode fazer isso por que isso é prejudicial pra tua saúde entendeu ai conversam comigo por que a mamãe fala as vezes eu mesmo não ligo né o puxão de orelha é maior aqui entendeu?!. Ai o Pedro fala olha tu não pode fazer isso porque isso vai prejudicar ai depois vai dar problema entendeu A gente não quer que tu chegue tu regrida no tratamento. Ele conversa muito comigo ai, ai até um dia né eu tava meio coisa eu falei que melhorou muito quando eu tava lá no</p>		<p>5.2- Por que eu tive um tratamento aqui, eu num sei eu gosto de falar sempre a verdade eu num digo que eu num faço, que eu não minto porque todo mundo mente mais tem certas coisas que num dá pra mentir, eu adoro a doutora Rose adoro a doutora Rose mais ela, ela ela em si mesmo como ela trata os pacientes dela pessoa maravilhosa, se eu tiver que agradecer também eu agradeço a Deus por ter conhecido ela, quanto a minha psiquiatra assim eu acho que eu num sei se é devido a</p>	<p>de mim eu tinha mania de fazer do, do arame óculo essas coisas eu fazia um bocado de coisas de que Deus me dava essas coisas pra mim fazer do arame, que Deus me dava um monte de coisa pra eu fazer.</p> <p>PESQUISA DORA: 5.2- Então é o local que a senhora se sentiu melhor foi aqui no CAPS no renascer, lá no CAPS grão Pará e no hospital de clinicas? USUÁRIO 8: 5.2- E eu fiquei, eu fiquei, no, no, no ali em são em são Brás não a tem o coisa idosos. Como é dos adultos</p>	<p>pra dois mil e um lá foi melhor lá ai eu não tive do que reclamar o pessoal sempre me tratavam bem falavam comigo me convidavam pra ir pra casa dos outros na minha casa também convidavam aqui não, aqui não o pessoal são muito assim recolhido não querem se aproximar um do outro conversar saber o que se tá passando eu acho ruim como eu falei pro Josiel sabe quem é Josiel?</p> <p>PESQUISA DORA: 5.2 - Não, não sei. USUÁRIO 9: 5.2- Ele é o nosso técnico ele.</p>	<p>assim sobre o tratamento médico de foi aqui no CAPS lá no hospital das clinicas também num tenho o que dizer o médico foi bacana atendeu logo ele foi logo rápido passou a dedicação ainda mandaram eu esperar o carro pra vim me deixar, mana vou te dizer eles sabem minha situação o hospital das clinicas ainda mandou eu esperar o carro chegar, mandou o carro vim me deixar na minha casa que viram que eu não tava nem com condições de pagar um taxi, porque foi um</p>		<p>atendimento dela é muito bom. Todos eles.</p>		<p>de outro mundo né. Acontecer uma coisa dessas é coisa de outro mundo eu doutora o melhor tratamento que eu tive foi os oito anos que o Edmilson passou no como prefeito de Belém.</p> <p>PESQUISA DORA: 5.3- Tanto no centro de saúde quanto no CAPS o senhor se sentiu bem? USUÁRIO 14: 5.3- É como coisa de outro mundo sabe a senhora já pensou ter ar condicionado o na sala de espera dos usuários, ter ar condicionado o nas enfermarias, os usuário se alimentam com fartura</p>
---	--	--	---	---	--	---	---	--	---	--	--	--	--

EIXO: USUÁRIO E AUTONOMIA														
PERGUNTAS ROTEIRO DE ENTREVISTA	RESPOSTA USUÁRIO 1	RESPOSTA USUÁRIO 2	RESPOSTA USUÁRIO 3	RESPOSTA USUÁRIO 4	RESPOSTA USUÁRIO 5	RESPOSTA USUÁRIO 6	RESPOSTA USUÁRIO 7	RESPOSTA USUÁRIO 8	RESPOSTA USUÁRIO 9	RESPOSTA USUÁRIO 10	RESPOSTA USUÁRIO 11	RESPOSTA USUÁRIO 12	RESPOSTA USUÁRIO 13	RESPOSTA USUÁRIO 14
8) Como você teve acesso ao CAPS?	<p>PESQUISA DORA: 8.1- Eu já te perguntei né como você teve acesso ao CAPS, fostes encaminhada da clínica Mário machado, teve um acesso fácil né?</p> <p>USUÁRIO 1: 8.1- Teve me trouxeram de combi pra cá, não do hospital das clínicas pro Mário machado ai do Mário machado eu fui pra casa ai a minha irmã já marcou uma consulta pra cá.</p> <p>PESQUISA DORA:</p>	<p>PESQUISA DORA: 8.1- Eu acho que eu to com o nariz entupido por causa do, do ar condicionado e como é que a senhora teve acesso ao CAPS? Só me explique mais o hospital de clínicas encaminhou a senhora pra cá como é que a senhora fez?</p> <p>USUÁRIO 2: 8.1- O hospital das clínicas me encaminhou pra cá ai me encaminhou pra cá não encaminhou, encaminhou lá pro telegrafo, do</p>	<p>PESQUISA DORA: 8.1- Então o acesso que a senhora teve aqui no CAPS foi através do hospital de clínicas?</p> <p>USUÁRIO 3: 8.1- Foi, foi.</p> <p>PESQUISA DORA: 8.2- A senhora passou seis dias lá eles encaminharam a senhora?</p> <p>USUÁRIO 3: 8.2- Foi, foi me encaminharam pra cá, foi.</p>	<p>PESQUISA DORA: 8.1- E, e como é que você teve acesso ao CAPS?</p> <p>USUÁRIO 4: 8.1- Acesso?</p> <p>PESQUISA DORA: 8.1.1- Isso como você chegou até aqui?</p> <p>USUÁRIO 4: 8.1.1- No CAPS né?</p> <p>PESQUISA DORA: 8.1.2- É aqui no CAPS renascer.</p> <p>USUÁRIO 4: 8.1.2- Nesse daqui?</p> <p>PESQUISA DORA: 8.1.3- É nesse aqui como é que você</p>	<p>PESQUISA DORA: 8.1- Entendi. Agora como tu tivestes acesso ao CAPS tu já falaste foi através do hospital de clínicas...</p> <p>USUÁRIO 5: 8.1- Foi.</p>	<p>PESQUISA DORA: 8.1- Então você teve acesso ao CAPS através do Hospital de Clínicas?</p> <p>USUÁRIO 6: 8.1- Foi lá do Hospital de Clínicas sim.</p>	<p>PESQUISA DORA: 8.1- Tá ok, ai como o senhor teve acesso ao CAPS o senhor até já explicou, é só pra entender o senhor foi foi da santa casa num foi desses locais todinhos que encaminhou aqui pro CAPS ai o senhor né, relutou um pouquinho.</p> <p>USUÁRIO 7: 8.1- Eu fui bem atendido aqui eu cheguei aqui e fui logo acolhido né! Depois é conversei com a doutora, a psicóloga,</p>	<p>PESQUISA DORA: 8.1- Entendi. E como foi que a senhora teve acesso aqui ao CAPS?</p> <p>USUÁRIO 8: 8.1- Acesso?</p> <p>PESQUISA DORA: 8.2- Quem foi que lhe encaminhou pra cá?</p> <p>USUÁRIO 8: 8.2- Olha meu amor quem me encaminhou foi o pessoal do hospital que me encaminhou pra cá por que.</p> <p>PESQUISA DORA: 8.3- Do hospital de clínicas?</p> <p>USUÁRIO</p>	<p>PESQUISA DORA: 8.1- E como foi que tu tivesses acesso ao CAPS foi a tua família?</p> <p>USUÁRIO 9: 8.1- Foi a minha família.</p> <p>PESQUISA DORA: 8.2- Que procurou?</p> <p>USUÁRIO 9: 8.2- Foi.</p> <p>PESQUISA DORA: 8.3- Será que foi o HC que encaminhou pra cá tu sabes?</p> <p>USUÁRIO 9: 8.3- Acho que foi o HC que eu me lembro.</p>	<p>PESQUISA DORA: 8.1- E como você teve acesso ao CAPS?</p> <p>USUÁRIO 10: 8.1- Foi depois que meu filho morreu, aí o pessoal daqui do CAPS disse pra mim continuar aqui, que eu precisava.</p>	<p>PESQUISA DORA: 8.1- Como você teve acesso ao CAPS?</p> <p>USUÁRIO 11: 8.1- Como lhe falei vim encaminhado do Hospital de Clínicas.</p>	<p>PESQUISA DORA: 7.2- Como você teve acesso ao CAPS?</p> <p>USUÁRIO 12: 7.2- Foi do Centro para cá.</p>	<p>PESQUISA DORA: 8.1- Entendi e a senhora falou foi fácil chegar até o CAPS?</p> <p>USUÁRIO 13: 8.1- Foi por que Deus encaminhou diretamente, diretamente que eu fui encaixada aqui.</p> <p>PESQUISA DORA: 8.2- Ai deixa só eu fazer uma retrospectiva do que a senhora falou, a senhora teve é começou com esse processo de depressão aconteceu algumas coisas na sua vida</p>	

	<p>8.1.2- Ai já passou pelo processo de acolhimento? USUÁRIO 1: 8.1.2- Isso, isso. Com o doutor Bosco, depois que eu fui pra doutora Jose. PESQUISA DORA: 8.1.3- O Bosco é psicólogo? USUÁRIO 1: 8.1.3- É.</p>	<p>dejalma Dutra, ai eu chegando lá eles disseram que não era pra lá era do bairro da pedreira e tinha esse CAPS. PESQUISA DORA: 8.1.1- Perto da sua casa? USUÁRIO 2: 8.1.1- É que é melhor ai. PESQUISA DORA: 8.2- E a sua trajetória a senhora achou fácil pra chegar aqui no CAPS? USUÁRIO 2: 8.2- Não a gente veio direitinho pelo endereço que disseram direitinho.</p>		<p>chegou? USUÁRIO 4: 8.1.3- Eu cheguei pelo endereço ai eu pedi o endereço eles me deram. PESQUISA DORA: 8.2- Ai mais foi o HC que mandou você pra cá pro CAPS o Hospital de Clinicas? USUÁRIO 4: 8.2- Não já to no CAPS já faz é bem uns cinco anos a primeira vez o HC mandou pro CAPS ai do CAPS que eu já to aqui ainda não fui encaminhada pra canto nenhum. PESQUISA DORA: 8.2.1- Então do Hospital de Clinicas eles te encaminharam direto pro CAPS? USUÁRIO</p>			<p>psiquiatra ai depois passei pra vim com a doutora Jose dai pra frente. PESQUISA DORA: 8.2- Tem pouco tempo que o senhor tá aqui no CAPS? USUÁRIO 7: 8.2- Seis, seis sete meses.</p>	<p>8: 8.3- Eu moro em Benfica e lá num tem num tem, tem psiquiatra mais num tem é coisa pra fazer pintura essas coisas num tem. PESQUISA DORA: 8.4- Essas atividades que a senhora tem aqui no CAPS? USUÁRIO 8: 8.4- É, num tem. E graças a Deus eu não tenho o que falar das moças são muito boas, são umas excelente pessoas, que entende a gente as moças, e o tratamento deles assim num tenho o que falar nem, agora lá no, no, lá no em são Braz em são Braz, tem pessoas</p>					<p>dolorosas né não tem como a gente não, não sofrer com isso com perdas de pessoas queridas problemas em casa com o marido né se sentir sozinha incompreendida ai tem uns quatro anos que a senhora começou a ficar em depressão passou a não comer não foi isso que a senhora falou? USUÁRIO 13: 8.2- Foi. PESQUISA DORA: 8.3- E ai a senhora começou a procurar ajuda a onde ajuda profissional? USUÁRIO 13: 8.3- Procurei na santa casa. PESQUISA</p>	
--	---	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--

				<p>4: 8.2.1- Foi.</p> <p>PESQUISA DORA: 8.3- Que já faz cinco anos que você já tá aqui.</p> <p>USUÁRIO 4: 8.3- É.</p>				<p>que tratam bem mais tem os outros que não, que não dá assim aquela, aquela atenção àquela coisa tudinho só tá ali por que é coisa dela tudinho por que num é assim não agora aqui você vai ver e lá no grão Pará me trataram muito bem só que quando eu cheguei lá que eu fui que eu disse assim que eu queria passar um dia pra me descoisar que eu tava muito precisando que eu tava muito agitada, agitada, e o rapaz disse como assim, eu não to acreditando, aí eu disse moço aí eu pedi por que na minha casa não tem</p>					<p>DORA: 8.4- A senhora passou primeiro na santa casa?</p> <p>USUÁRIO 13: 8.4- Passei primeiro na santa casa.</p> <p>PESQUISA DORA: 8.5- A senhora foi voluntariamente lá na santa casa ou alguém lhe indicou?</p> <p>USUÁRIO 13: 8.5- Não por que eu faço tratamento na santa casa.</p> <p>PESQUISA DORA: 8.6- Tratamento de que, que a senhora faz lá?</p> <p>USUÁRIO 13: 8.6- Tudo de tudo.</p> <p>PESQUISA DORA: 8.7- É aí da santa casa lhe encaminhará m?</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

								<p>a minha filha quando ela tá com os dias dela ruim ela começa a me coisar e faz besteira sabe briga lá essas coisas então ai eu já fico já tremendo nu é medo. Eu queria fazer uma besteira eu disse assim meu Deus tira essas por que quando eu me aborreço mana eu já quero, eu já quero agredir passar do limite sabe fazer besteira fazer, fazer uma coisa que a pessoa não pode tirar a vida de ninguém então é por isso que eu fico assim que eu tomo remédio essas coisas que eu olha eu sou analfabeta num sou uma pessoa que entende tudo</p>					<p>USUÁRIO 13: 8.7- Pra Icoaraci. PESQUISA DORA: 8.8- Pro CAPS de Icoaraci? USUÁRIO 13: 8.8- É que lá eles não dão remédio. PESQUISA DORA: 8.9- Tá a senhora gostou de lá do CAPS de Icoaraci? USUÁRIO 13: 8.9- Não é, é no mesmo dia que eu fui lá em Icoaraci logo eles me despacharam pra Marambaia. PESQUISA DORA: 4.10- Pro CAPS da Marambaia? USUÁRIO 13: 8.10- Da Marambaia depois do CAPS da Marambaia é que eu, eu</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

