



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

FERNANDO SÉRGIO PEREIRA DE SOUSA

**VOZES ENTRELAÇADAS SOBRE A DESCONSTRUÇÃO DE CRONICIDADE EM
SAÚDE MENTAL: ESPAÇO DE DIÁLOGO ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA,
ESPECIALIZADA E HOSPITALAR**

FORTALEZA-CEARÁ

2017

FERNANDO SÉRGIO PEREIRA DE SOUSA

VOZES ENTRELAÇADAS SOBRE A DESCONSTRUÇÃO DE CRONICIDADE EM
SAÚDE MENTAL: ESPAÇO DE DIÁLOGO ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA,
ESPECIALIZADA E HOSPITALAR

Tese apresentada ao Curso de Doutorado Acadêmico em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de doutor em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Política, Gestão e Avaliação em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Salete Bessa
Jorge

FORTALEZA - CEARÁ

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Sousa, Fernando Sérgio Pereira de.

Vozes entrelaçadas sobre a desconstrução de cronicidade em saúde mental: espaço de diálogo entre a atenção primária, especializada e hospitalar [recurso eletrônico] / Fernando Sérgio Pereira de Sousa. - 2017 .

1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 163 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Tese (doutorado) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2017 .

Área de concentração: Política, Gestão e Avaliação em Saúde..

Orientação: Prof.^a Dra. Maria Salete Bessa Jorge.

1. Situações Crônicas. 2. Rede de Cuidados Continuados de Saúde. 3. Saúde Mental. 4. Itinerário Terapêutico. I. Título.

FERNANDO SÉRGIO PEREIRA DE SOUSA

VOZES ENTRELACADAS SOBRE A DESCONSTRUÇÃO DE CRONICIDADE EM
SAÚDE MENTAL: ESPAÇO DE DIÁLOGO ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA,
ESPECIALIZADA E HOSPITALAR

Tese apresentada ao Curso de Doutorado Acadêmico em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de doutor em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Política, Gestão e Avaliação em Saúde.

Aprovada em: 28 de dezembro de 2017

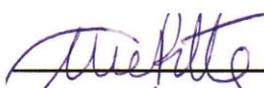
BANCA EXAMINADORA



Profª. Drª. Maria Salete Bessa Jorge (Presidente/Orientadora - UECE)



Profª. Drª. Milena Lima de Paula (3º Membro - UECE)



Profª. Drª. Ana Maria Fernandes Pitta (1º Membro - UCSAL)



Profª. Drª. Indara Cavalcante Bezerra (4º Membro - UNIFOR)



Prof. Dr. Silvio Yasui (2º Membro - UNESP)

Ao Senhor, por sua amizade, ressurreição e misericórdia;

Aos meus pais, Maria Cândida Pereira de Sousa e Raimundo Aguiar de Sousa, pelo amor, dedicação e confiança. À toda minha família Pereira pelo afeto, em especial para a minha irmã Regina e meu cunhado Tomás, que me acolheram em sua casa no início desta jornada de estudos, à minha prima Cláudia e ao Arthur, que também me acolheram em sua casa no momento do Mestrado e ao meu irmão Paulo, que além da acolhida, compartilha comigo esta caminhada de estudo;

À minha querida esposa Viviane Sales Silva, pelo amor, carinho e paciência, bem como por tantas alegrias e desafios compartilhados nesta próspera família;

À toda equipe de saúde mental do município de Sobral-CE, que contribuíram para meu crescimento profissional e pessoal. Especialmente Márcia Mont'Alverne, César Augusto, Roberta Sá, Trícia, Lúcia Galdino, Giovanni Granjeiro e Francimar. Pessoas as quais estimo e sempre se fazem presentes na minha memória;

À Profa Eliany Nazaré Oliveira, que desde a graduação me impulsionou para a pesquisa e ensino no campo da saúde mental e por sua amizade;

Às funcionárias da UECE, Mairla e D. Maria, pelo apoio e pelas incontáveis vezes que me tiraram do “sufoco”;

Aos amigos e professores do Doutorado Acadêmico em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE), pelo convívio, amizade e aprendizado mútuo. Em especial à amiga acadêmica e pessoal Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante, pelas trocas de experiências, vivências de alegria e, também, de um certo sofrimento (rsrsr). Convivência essa que se estendeu até o Doutorado Sanduíche na Espanha;

Um agradecimento à Ilse Tigre pela amizade e pelos momentos de “jogo de cintura”. Bem como, para Cybelle Linard pela proximidade e amizade;

À Profa. Dra. Adriana Catarina de Souza Oliveira pela amizade na temporada do Doutorado Sanduíche. Também, à Silvana e à Laís amizade construída no Doutorado Sanduíche.

DEDICATÓRIA ESPECIAL - *In memoriam*

À minha sobrinha Karine Cristina, que ao vivenciar esse momento de Luta pela Vida atravessou a minha existência.

À minha Grande Mestra da Assistência em Saúde Mental Carmem Silva, uma pessoa simples, profunda e exemplo de profissional, que sempre me mostrou com o seu trabalho que o cuidado na saúde mental pode ser cada vez melhor.

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento mais que especial à Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge por todas as possibilidades oportunizadas para a confecção deste trabalho e pela incansável luta pela Saúde Mental Cearense.

À Profa. Dra. Isabel Morales Moreno por ser minha co-orientadora no Doutorado Sanduíche na Espanha, momento de aprendizado, trocas de saberes e amizade.

Aos membros que compõem a banca examinadora desta tese. Em especial, à Profa. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta e ao Prof. Dr. Silvio Yasui pela luta na Reforma Psiquiátrica Brasileira e o compartilhamento de ideias e saberes que ajudaram de maneira substancial para a construção deste estudo.

Ao Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE) pelas discussões temáticas, debates construtivos, momentos e vivências.

Aos Trabalhadores de Saúde, Usuários e Familiares do CAPS e da ESF da Regional IV. Em especial à Érica (Assistente Social do CAPS) pelo apoio no campo de pesquisa e por ser uma “Guerreira” na saúde mental de Fortaleza. Assim como à Emanuela Linhares (Enfermeira do CAPS), por sua amizade.

Aos Trabalhadores de Saúde do Hospital Mental de Messejana na pessoa do Psiquiatra e amigo Frederico Emmanuel Leitão Araújo.

“O que passou, passou?”

Antigamente, se morria. 1907, digamos, aquilo sim é que era morrer. Morria gente todo dia, e morria com muito prazer, já que todo mundo sabia que o Juízo, afinal, viria e todo mundo ia renascer. Morria-se praticamente de tudo. De doença, de parto, de tosse. E ainda se morria de amor, como se amar morte fosse. Pra morrer, bastava um susto, um lenço no vento, um suspiro e pronto, lá se ia nosso defunto para a terra dos pés juntos. (...) Mas os danos eram pequenos. Descansou. Partiu. Deus o tenha. (...) Ninguém vivia pra sempre. Afinal, a vida é um upa. Não deu pra ir mais além. (...) Hoje a morte está difícil. Tem recursos, tem asilos, tem remédios. Agora, a morte tem limites. E, em caso de necessidade, a ciência da eternidade inventou a criônica. Hoje, sim, pessoal, a vida é crônica”.

(LEMINSKI, Paulo. La vie em close.)

RESUMO

O adoecimento crônico tem exercido forte peso no perfil de morbi-mortalidade característico das sociedades contemporâneas, especialmente daquelas que sofreram um intenso processo de industrialização e urbanização nos últimos séculos. Nesse sentido, esse novo perfil epidemiológico tem favorecido o surgimento de situações crônicas na saúde mental e assim, estar posto ao SUS, ao Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e aos sistemas de saúde mundiais o enorme desafio de lidar com o processo de cuidado e envelhecimento de um número crescente de pessoas por mais tempo. O objetivo principal foi analisar a atenção às pessoas em situações crônicas na rede psicossocial, com ênfase no espaço de diálogo entre a atenção primária, especializada e hospitalar. Tratou-se de um estudo com abordagem qualitativa hermenêutica. A pesquisa foi realizada na Secretaria Regional IV do município de Fortaleza-CE. Contemplou três cenários: unidade de saúde da Estratégia Saúde da Família, Centro de Atenção Psicossocial e Hospital Psiquiátrico. Contou com 23 participantes, sendo cinco trabalhadores de saúde da Estratégia Saúde da Família; oito trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial; seis trabalhadores de saúde do Hospital Psiquiátrico; dois usuários com Itinerário Terapêutico e dois familiares. Para coleta das narrativas, constituiu-se de entrevista em profundidade, roda de conversa e observação sistemática. A análise das entrevistas se deu através da hermenêutica de Paul Ricoeur, por meio das seguintes etapas: transformação dos discursos em textos, leitura exaustiva, análise estrutural, compreensão do texto de forma abrangente, interpretação e análise. Os resultados denotaram o entendimento sobre as situações crônicas em saúde mental e ainda encontram a sua maior expressão na concepção de cura, como algo que não se pode curar, mas se pode controlar, manter e estabilizar. Percebeu-se que o modelo de cuidado das situações crônicas continua alicerçado na dicotomia agudo e crônica. Para além dos aspectos “negativos”, que envolve a cronicidade numa clínica tradicional e biomédica, emergiu um foco de “positividade” ao entender as situações crônicas a partir da clínica dos encontros e da relação dialógica, possibilitando potência para ressignificar a vida do sujeito. Os casos acompanhados na rede são complexos e escancaram os limites e as fragilidades da rede. A forma de organização, gestão e planejamentos das ações em saúde mental não conseguem dar suporte adequado às situações crônicas, pois as condutas terapêuticas são restritas aos aspectos clínicos biologizantes. A rede se encontra em “verdadeiro retrocesso” que tem se caracterizado com o “Desmonte da Saúde Mental em Fortaleza-CE. Concluiu-se que se faz necessário uma maior valorização das dimensões dos itinerários terapêuticos e redes sociais dos indivíduos por parte das políticas de saúde na

configuração da rede de atenção psicossocial. No intuito de buscar articulações entre as redes, práticas que contribuam com a integralidade do cuidado, ancorando-se no acolhimento, na escuta, na corresponsabilização e na subjetividade. Esta possibilitará a compreensão das múltiplas vozes que constituem os significados e sentidos das práticas na atenção psicossocial.

Palavras-chave: Situações Crônicas. Saúde Mental. Rede de Cuidados Continuados de Saúde. Itinerário Terapêutico.

ABSTRACT

Chronic disease has strongly influenced the profile of morbidity and mortality characteristic of contemporary societies, especially those that have undergone an intense process of industrialization and urbanization in recent centuries. In this sense, this new epidemiological profile has favored the emergence of chronic situations in mental health, and thus, placing the SUS, the Brazilian Psychiatric Reform Movement and the world health systems in the face of the enormous challenge of giving it to the process of care and aging of an increasing number of people for longer. The main objective was to analyze the attention to people in chronic situations in the psychosocial network, with emphasis in the space of dialogue between primary, specialized and hospital care. This was a study with a qualitative hermeneutic approach. The research was carried out in the Regional Secretariat IV of the city of Fortaleza-CE. It contemplated three scenarios: Health Unit of the Family Health Strategy, Center for Psychosocial Care and Psychiatric Hospital. It counted on 23 participants, being five health workers of the Family Health Strategy; eight workers from the Center for Psychosocial Care; six health workers from the Psychiatric Hospital; two users with Therapeutic Itinerary and two relatives. In order to collect the narratives, it consisted of an in-depth interview, round of conversation and systematic observation. The analysis of the interviews took place through the hermeneutics of Paul Ricoeur, through the following steps: transformation of discourses into texts, exhaustive reading, structural analysis, comprehensive comprehension of the text, interpretation and analysis. The results denoted the understanding of chronic conditions in mental health still finds its greatest expression in the conception of healing, something that can not be cured, but can be controlled, maintained and stabilized. It was noticed that the chronic care model continues to be based on the acute and chronic dichotomy. In addition to the "negative" aspects that involve chronicity in a traditional and biomedical clinic, a focus of "positivity" emerged in the understanding of chronic situations from the clinic of encounters and the dialogical relationship, allowing the power to re-signify the subject's life. The cases monitored in the network are complex and open the limits and fragilities of the network. The form of organization, management and planning of the actions in mental health can not give adequate support to the chronic situations, since the therapeutic behaviors are restricted to the clinical aspects biologizante. The network is in "true retrocession" that has been characterized with the "Dismantling of Mental Health in Fortaleza-CE. It was concluded that a greater appreciation of the dimensions of the therapeutic itineraries and social networks of the individuals by the health policies in the configuration of the psychosocial care network is

necessary. In order to seek articulation between networks, practices that contribute to the integrality of care, anchoring in the reception, listening, co-responsibility and subjectivity. This will enable the understanding of the multiple voices that constitute the meanings and meanings of practices in psychosocial care.

Key words: Chronic Situations. Mental health. Continuous Health Care Network. Therapeutic Itinerary.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Análise Holística de Itinerários Terapêuticos.....	453
Figura 2 - Coordenadorias Regionais de Saúde de Fortaleza-CE.....	59
Figura 3 - Percurso terapêutico da usuária Fênix	121
Figura 4 - Caminho percorrido pela usuária Raio de Sol na busca de Cuidados.....	132
Quadro 1 - Processo de codificação dos temas.....	66
Quadro 2 - Análise das unidades de significação.....	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AM	Apoio Matricial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS –AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ESF	Estratégia Saúde da Família
HP	Hospital Psiquiátrico
HSMM	Hospital de Saúde Mental de Messejana
IT	Itinerário Terapêutico
OMS	Organização Mundial da Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RP	Reforma Psiquiátrica
SUS	Sistema Único de Saúde
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UIPHG	Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral
UECE	Universidade Estadual do Ceará

SUMÁRIO

1	APROXIMAÇÕES E CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	16
1.1	O ENCONTRO DO PESQUISADOR COM O OBJETO DE ESTUDO	16
1.2	A TECITURA DO OBJETO DE ESTUDO.....	17
2	OBJETIVOS.....	27
2.1	GERAL.....	27
2.2	ESPECÍFICOS.....	27
3	BASES TEÓRICAS.....	28
3.1	CRONICIDADE: ADOECIMENTO PARA O CAMPO MAIS AMPLO DA SAÚDE.....	28
3.2	SITUAÇÃO CRÔNICA PARA A SAÚDE MENTAL.....	30
3.2.1	A Institucionalização no Adoecimento Mental como Produtor do Crônico.....	33
3.2.2	Rede de Atenção à Saúde e Psicossocial: acesso as situações crônicas em saúde mental.....	37
3.3	ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: ESCOLHAS E ARENAS DE CUIDADO PERCORRIDO PELOS USUÁRIOS EM SITUAÇÕES CRÔNICAS EM SAÚDE MENTAL.....	46
4	MÉTODO.....	55
4.1	NATUREZA E TIPO DE ESTUDO.....	55
4.1.1	Discursividade: uma Interpretação Teórico- Metodológico da Hermenêutica Fenomenológica de Paul Ricoeur.....	55
4.2	CAMPO EMPÍRICO.....	58
4.2.1	Rede Assistencial em Saúde Mental de Fortaleza.....	61
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	63
4.4	ESTRATÉGIAS DE APREENSÃO DE NARRAÇÕES.....	64
4.5	DISPOSITIVO DE ANÁLISE: O LUGAR DA INTERPRETAÇÃO..	65
4.6	QUESTÕES ÉTICAS.....	67
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	68
5.1	ENTENDIMENTO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE SOBRE A SITUAÇÃO CRÔNICA EM SAÚDE MENTAL: EXPRESSÃO DO	68

	QUE SE PODE MANTER, CONTROLAR E ESTABILIZAR.....	68
5.2	MODELO DE ATENÇÃO EM REDE DANDO SUPORTE ÀS SITUAÇÕES CRÔNICAS EM SAÚDE MENTAL.....	80
5.2.1	Estruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na busca de subverter o Modelo de Atenção em Saúde Mental.....	80
5.3	A (IN) VISIBILIDADE DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: SERÁ POSSÍVEL DIALOGAR?.	105
5.4	OS CASOS E OS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS.....	115
5.4.1	Caso I – Fênix.....	115
5.4.2	Caso II – Raio de Sol.....	124
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS, LIMITES, REFLEXÕES.....	134
	REFERÊNCIAS.....	139
	APÊNDICES.....	154
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS TRABALHADORES	155
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS USUÁRIOS.....	156
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS FAMILIARES.....	157
	APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS TRABALHADORES DE SAÚDE.....	158
	APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS USUÁRIOS.....	159
	APÊNDICE F – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS FAMILIARES.....	160
	APÊNDICE G – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO NO CAMPO.....	161
	APÊNDICE H – TEMÁRIO DA RODA DE CONVERSA.....	162

1 APROXIMAÇÕES E CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

1.1 O ENCONTRO DO PESQUISADOR COM O OBJETO DE ESTUDO

O interesse pelo estudo começou inicialmente com a vivência na Rede de Saúde Mental do município de Sobral-CE, onde estive inserido como estagiário de Enfermagem bolsista do Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas, (CAPS-AD). Em seguida, fui para um estágio extracurricular na Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral Dr. Estevam (UIPHG), realizado a partir de uma parceria entre a Universidade Estadual Vale do Acaraú e a Prefeitura Municipal de Sobral e, com essa experiência, obtive a oportunidade de observar e me aproximar com o campo da saúde mental.

No decorrer dessa experiência, ainda como acadêmico em serviços de saúde mental, tornou-se perceptível que os conhecimentos teóricos assimilados durante o curso de graduação em Enfermagem mostraram-se insuficientes para solucionar os questionamentos específicos do domínio da saúde mental e coletiva, e somente na prática comecei a perceber como se dava o modelo de atenção psicossocial que tanto havia estudado.

Em 2006, após o término da graduação, obtive a conquista e a oportunidade de permanecer na Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral-CE, trabalhando, nesse momento, como Enfermeiro do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Geral). A possibilidade de trabalhar por meio de uma abordagem psicossocial e de um paradigma extra-hospitalar do atendimento em saúde mental foram fundamentais para que novas concepções fossem estruturadas e construídas no papel da Enfermagem nesse campo de trabalho.

Posteriormente, em 2009, ao perceber a necessidade de mais qualificação, despertei o desejo de adentrar em um mestrado. Para tanto, o caminho era um desafio, pois teria que residir em Fortaleza-CE, já que em Sobral não ofertava curso de mestrado na área de saúde pública. Com isso, surgiu a perspectiva do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Ao mesmo tempo, ocorreu a oportunidade de trabalhar no Centro de Atenção Psicossocial Comunitário do Bom Jardim (CAPS Geral SER V), em Fortaleza-CE.

Paralelamente a essas oportunidades, ocorreu a aproximação com a UECE, por meio da inserção no Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem - GRUPSFE. Um espaço que contava com intensas discussões e ampliação de conhecimento no campo da saúde mental, por intermédio da realização de projetos de pesquisas financiadas pelos órgãos de fomento, órgãos esses que projetam o campo da saúde mental nas pesquisas científicas em todo o estado do Ceará.

Em seguida, obtive, em 2010, a aprovação no Mestrado de Saúde Pública da UECE, surgindo, mais uma vez, a oportunidade de aprofundar meus conhecimentos sobre os construtos teóricos e práticos do campo da saúde mental. Defesa do mestrado ocorreu em 2011 e concomitante fui aprovado em concurso de professor efetivo da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Passando três anos no estado do Piauí, em 2015 retorno para ingressar no Doutorado Acadêmico em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE), ao inserir-me num projeto financiado pelo MS/CNPq: **Inquérito sobre o Funcionamento da Atenção Básica à Saúde e do Acesso à Atenção Especializada em Regiões Metropolitanas Brasileiras**, que tem como um dos destaques, o estudo das **Situações Crônicas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), enfatizando o espaço de diálogo entre a Atenção Primária, Especializada e Hospitalar**, o qual se caracteriza como o objeto de estudo proposto nesta pesquisa.

1.2 A TECITURA DO OBJETO DE ESTUDO

Em relação aos aspectos teóricos, os conceitos de “experiência de adoecimento”, “cronicidade”, “doenças de longa duração”, “cuidado” e “sofrimento” estão presentes, em maior ou menor grau nos estudos científicos e na literatura mundial e brasileira. Nota-se, entretanto, uma diversidade de abordagens teóricas desses conceitos, aos quais os autores recorrem para construir seus objetos de pesquisa, mais ou menos próximos das teorias do “*embodiment*” ou da “construção social do corpo e da pessoa” (cujas leituras e aproximações poderiam ser expressas, na Antropologia da Saúde brasileira, por exemplo, a partir dos trabalhos de Rabello, Alves e Souza (1999) e Duarte (1986).

A experiência da doença é categoria central para alguns autores (Paulo Cesar Alves, Ednalva Neves e Yeimi Alexandra Alzate López e Leny Alves Bonfim Trad), na medida em que possibilita uma “articulação entre corpo e cultura” (como sugere Neves, em *Viver com*

(*e apesar de) a doença...*), enquanto as análises por meio de representações sociais estão mais presentes em outros textos. A complexa construção do sofrimento é tematizada nos textos de Marcio Bressiani Zamboni e Leonardo Carbonieri Campoy, respectivamente, que mostram como o contexto e as relações sociais de diversas ordens acabam por conferir valores, sentimentos e significados aos sujeitos enfermos (MAKSUD, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2003, cunhou o termo “condição crônica” para designar uma gama de problemas de saúde de naturezas variadas, tendo em comum a persistência no tempo de maneiras diversas e a necessidade de cuidados continuados. No entanto, embora amplie a concepção de doença crônica, essa designação ainda não abarca a complexidade da experiência com adoecimentos prolongados e/ou permanentes e o modo como afetam a vida da pessoa doente e sua família (SOUZA; BELLATO; ARAÚJO, 2016).

Ressalta-se que a tipologia de doença crônica se assenta no conceito tradicional de patologia e exclui outras condições que não são doenças, mas que exigem uma resposta social adequada dos sistemas de atenção à saúde. Partindo da concepção de condição crônica supracitada pela OMS, referindo-se aos agravos de saúde que têm, em comum, requerer certo grau de gerenciamento ao longo de um tempo pelos serviços de saúde; considera-se que tal conceito ainda se embasa na expressão individual da doença.

No entanto, a compreensão da Situação Crônica, aqui defendida, busca ampliar o olhar para os múltiplos contingenciamentos que pesam sobre as pessoas e famílias ao vivenciarem o adoecer e, nele, as possibilidades concretas delas se cuidarem e serem cuidadas, pondo em evidência os modos de existência que lhes sustentam o cuidado. Assim, abranger a vivência dessa situação de adoecimento implica “compreender, necessariamente, o adoecimento como modo próprio de experientiação da doença pelas pessoas e aquilo que almejam de “o melhor cuidado” (BELLATO et al., 2016, p.84).

Desse modo, coloca-se em discussão a concepção da Situação Crônica e no caso específico deste estudo a Situação Crônica na Rede de Atenção Psicossocial, como aquela que “envolve o adoecimento e os muitos cuidados requeridos, assim como os afetamentos do próprio adoecer e o buscar cuidados no viver da pessoa e de sua família, tendo certa perdurância” (BELLATO et al., 2016, p.82), com a vantagem de dirigirem-se mais explicitamente para a experiência (subjetiva) com a doença, dano ou agravo à saúde, elaborada ao longo de um percurso (trajetória de vida e itinerário terapêutico) por diversos contextos (interações sociais com os trabalhadores da saúde, familiares, amigos, e outros).

O adoecimento crônico tem exercido forte peso no perfil de morbi-mortalidade característico das sociedades contemporâneas, especialmente daquelas que sofreram um intenso processo de industrialização e urbanização, nos últimos séculos. Muitos pesquisadores têm realizado grandes esforços na investigação dos principais fatores determinantes dessa realidade, seja buscando descrever através do conceito de risco as exposições que levariam ao maior acometimento dessas doenças, seja buscando delinear causas estruturais presentes na organização social para explicar tal situação (CASTELLANOS, 2010).

As situações persistentes de saúde têm afetado de modo cada vez mais intenso, os perfis de morbidade e mortalidade populacional no mundo. Nos países em desenvolvimento, identifica-se uma concentração da mortalidade mundial relacionada a tais situações (ABEGUNDE et al., 2007). No Brasil, tem havido uma rápida transição demográfica, resultando no envelhecimento da população. A consequente transição epidemiológica indica o aumento da morbi-mortalidade por doenças crônico-degenerativas (FELICIANO; MORAES, 1999).

De modo mais específico, as enfermidades crônicas de saúde mental ocupam cinco posições no *ranking* das 10 principais causas de incapacidade no mundo, totalizando 12% da carga global de doenças. Isso representa mais de 400 milhões de pessoas acometidas por transtornos mentais ou comportamentais e esse progressivo aumento vem sendo correlacionado com o envelhecimento populacional e o agravamento dos determinantes sociais (OMS, 2003).

Considerando o ponto de vista do sistema de saúde, Silva e Magalhães Júnior (2008) salientam que a efetividade na atenção às situações crônicas é muito reduzida em sistemas de saúde fragmentados, direcionados, principalmente, para condições agudas, pois os usuários precisam ter assegurada a continuidade do atendimento e a garantia da longitudinalidade da atenção. As situações crônicas têm curso mais ou menos longo e, ao contrário de sistemas fragmentados, exigem um sistema que responda a elas de forma efetiva, resolutiva, contínua e integrada.

Nesse prisma, Heurtin-Roberts e Becker (1993) propõem a ideia de que os problemas crônicos de saúde conduzem às fronteiras dos sistemas sociais e de saúde, revelando seus limites e incongruências. Desse modo, esses problemas motivam respostas as mais diferenciadas e, muitas vezes, provisórias, instáveis ou até mesmo estigmatizantes das instituições de saúde e das redes sociais das famílias e indivíduos afetados.

Cabe refletir sobre o entendimento fatalista do termo “crônico”, algo que leva a pessoa adocida ao enclausuramento de sua vida e ao constante pensamento de “ter” uma “doença fatal” ou para “toda a vida”. O estigma que recai na pessoa “crônica” limita a expressão desse acontecimento como experiência de vida, não considerando o contexto sociocultural e o potencial da existência ao conviver com a doença. A possibilidade de continuar tendo espaços e vontades no meio social e familiar é resgatada quando se compreende que apesar da limitação é possível resistir e não tomar como verdade que a doença seja a expressão máxima do viver.

As ideias e os relatos ao longo da história sobre as concepções de doença, evidencia essa situação como castigo ou sanção, recebidos como compensação para a “transgressão das leis divinas”; concepção esta recorrente para aqueles que vivem ou viveram a experiência de uma doença de longa duração como o câncer, o transtorno mental, a hanseníase ou o HIV/AIDS, entre outras. Também, é possível ver discutida a ideia do doente como foco de infecção, cuja doença deve ser barrada para o bem da coletividade, o que o leva a pensar no doente como objeto de “evitação” por motivo de ordem “profilática” e, assim, a produção social do estigma (NOGUEIRA, 2009).

Nesse sentido, os silêncios e segredos que permeiam várias condições de saúde, entre elas a saúde mental e a dependência de álcool e outras substâncias, são estigmatizadas pela população ou pelos profissionais de saúde (FORTNEY et al., 2005). Fomentando a discussão, percebe-se que tradicionalmente a psiquiatria entende, a grosso modo, que a “doença mental” (agora denominada de transtorno mental) tem caráter crônico, incurável, evoluindo, naturalmente, para um quadro de degradação. Segundo essa perspectiva, os aspectos de degeneração da doença mental são inerentes à ela (KAPLAN, 1997).

Já numa perspectiva crítica, autores como Barton (1996), Basaglia (2005) e Goffman (2003) acentuam o papel da institucionalização na produção da cronicidade, mais do que a suposta natureza da doença mental. Entendem que as instituições psiquiátricas tradicionais, em especial os hospitais manicomiais, baseadas na tutela, na hierarquia entre trabalhadores e pacientes, no afastamento dos internos em relação à sociedade, entre outros aspectos, promovem um processo de cronificação dos pacientes.

Contudo, no decorrer dos mais de dez anos da regulamentação da lei da Reforma Psiquiátrica (RP) no Brasil, vários autores (Amarante, 2007; Desviat, 1999; Pande e Amarante, 2011; Severo, 2009) vêm apontando para o fenômeno da “nova” cronicidade que surge nos dispositivos substitutivos de saúde mental. Esses autores assinalam que, mesmo

indo contra o modelo tradicional da psiquiatria e da hospitalização, esses serviços podem gerar a institucionalização dos sujeitos através de práticas que seguem uma lógica de tutela e despolitização. A preocupação com o tema da nova cronicidade no âmbito dos serviços de atenção psicossocial tem surgido, recentemente, à medida que se evidenciam os grandes desafios na construção de serviços de fato inovadores (AMARANTE; TORRE, 2001).

Os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira supõem a superação do modelo asilar, subentendendo que a instauração de novos serviços, de portas abertas, de base territorial, com maior interlocução com a comunidade, proporcionaria um curso diferente daquele atribuído à suposta doença mental nas internações psiquiátricas. No entanto, com o surgimento dos novos serviços especializados na atenção psicossocial como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) retornam à crítica à institucionalização e a reflexão sobre a cronicidade, assim como o entendimento de que tais serviços podem criar novas formas de institucionalização, cronificação ou até mesmo manicomialização (MIELKE et al., 2009). Os CAPS são serviços-sínteses territoriais e multidisciplinares, responsáveis pelo tratamento dos casos mais graves (transtornos mentais severos e persistentes), tendo como um dos seus objetivos a não efetivação das internações psiquiátricas.

Para Yasui (2007, p. 155), o CAPS não pode ser entendido apenas como um serviço, mas como “uma estratégia para a mudança do modelo assistencial e para a produção de cuidado e bons encontros”. Segundo o autor, o CAPS é um espaço privilegiado de geração de cuidados, de subjetividades mais autônomas e de inclusão social, que articula a singularidade de cada usuário à diversidade de possibilidades de intervenções terapêuticas.

Dessa forma, os CAPS são dispositivos importantes que podem possibilitar um processo de empoderamento dos usuários e de suas famílias, entendendo esse processo como um fortalecimento do poder pessoal e coletivo de pessoas e grupos submetidos a longo processo de dor, opressão e discriminação, como grande parte dos usuários da rede de saúde mental (VASCONCELOS, 2003).

O processo de desinstitucionalização não se refere apenas à desospitalização dos sujeitos, mas sim à construção de práticas e saberes que produzam determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos. Para tanto, é preciso problematizar as bases do saber psiquiátrico e a função social e política desempenhada pela ciência, pelos técnicos e pelo manicômio (SARACENO, 2001).

Desse modo, deve-se reconhecer e levar em consideração os desafios que as situações crônicas representam para as pessoas afetadas, seus familiares e para os sistemas e serviços de

saúde. A experiência de ser adoecido cronicamente produz desde o momento do diagnóstico e ao longo do seu desenvolvimento, um impacto significativo na sua vida e na sua família. O momento do diagnóstico é traçado por momento de grande instabilidade emocional. Sentimentos de medo e desespero são intercalados por sentimentos de esperança e otimismo (BELTRÃO et al., 2007; PEDRO; FUNGHETTO, 2005).

É bastante pertinente abordar a experiência com as enfermidades de longa duração consideradas crônicas pela biomedicina, geralmente invisíveis, multifatoriais, cujas causas nem sempre são conhecidas, e que impõem aos adoecidos prolongado convívio com elas, demandando encontros frequentes com os médicos e profissionais de saúde, sem a eles se restringirem. Essas doenças produzem impactos sobre as vidas dos sujeitos e seu entorno, em função de suas especificidades e transtornos ocasionados.

Portanto, pensar as situações crônicas na saúde mental se faz necessário discutir que atenção e suporte se configura na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para lidar com as pessoas em situações crônicas, defendendo que somente é possível enfrentar esse panorama com ações em rede, que produzam uma articulação entre os mais variados níveis de complexidade da atenção em saúde. Assim, ocorre a aprovação da Portaria nº 3.088/2011, que institui a RAPS e estabelece os critérios de organização e implementação em todo o país, integrando a saúde mental em todos os níveis e pontos de atenção no SUS, abriu-se uma série de novos debates e desafios para a Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2011).

Desse modo, a Atenção Primária a Saúde (APS) desempenha um importante papel no cuidado e acompanhamento do adoecimento crônico, pois ao serem comparadas a serviços de atenção especializada, conseguem manter uma visão mais integral do processo saúde-doença. No que tange a pessoa com adoecimento mental, consegue conduzir seu tratamento para fatores além dos psíquicos, como os clínicos e sociais, mobilizando recursos comunitários para além do setor saúde, visando melhorar o manejo (MOYSÉS; FILHO; MOYSÉS, 2013).

O acompanhamento pelas equipes de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS) é longitudinal e contínuo, integrando-se à história de vida da pessoa, enquanto os serviços especializados são incluídos quando for necessário apoio à pessoa ou à equipe, assim como quando existe risco iminente à vida. O CAPS, por sua vez, é um instrumento que também tem a potencialidade de realizar esse trabalho horizontal, mesmo quando o usuário do serviço não está dentro do equipamento de saúde (ADAM; VENETIKIDES, 2013).

No que se refere à atenção hospitalar psiquiátrica, preconiza-se que o serviço de emergência e a unidade de internação em saúde mental sejam em hospitais gerais, pois dispõe de especialidades variadas para consulta imediata e de recursos diagnósticos apropriados à correta detecção de distúrbios orgânicos que possam estar causando o transtorno psiquiátrico. Nele, também, encontra-se a oportunidade para evitar o isolamento da psiquiatria ao integrá-la ao atendimento à saúde em geral. Ao mesmo tempo, evita-se a estigmatização da pessoa em sofrimento mental ao possibilitar um contato direto entre os familiares e a comunidade.

Nesse contexto, a consolidação do SUS encontra na epidemia das situações crônicas um desafio enorme. O enfrentamento do adoecimento crônico vai exigir, como indicam as evidências internacionais, mudanças radicais na atenção primária à saúde, na especializada e na hospitalar. No campo da saúde mental, assim como no caso das situações crônicas de saúde, é fundamental que o acesso dos usuários à atenção especializada e hospitalar (quando necessário) não represente a perda de seu vínculo e de sua inserção na APS. Pois, o espaço de diálogo e interconexão entre esses níveis de complexidade da atenção em saúde é essencial para que se possa efetivar uma rede de cuidados capaz de produzir saúde e não doença.

Assim, neste estudo, busca-se tratar o adoecimento crônico na perspectiva da Antropologia da Saúde ou Médica, por compreender que o estudo do adoecimento crônico requer pontos de vista multidimensionais capazes de fazer interagir a experiência individual, as biografias com os enfoques macroestruturais, incluindo as posições sociais, a própria cultura, juntamente com a organização do cuidado médico, dos saberes e terapias que o acompanham, que se completam com outras alternativas de cura ou com grupos societários que fornecem apoio aos adoecidos, que desafiam as pesquisas sociológicas e antropológicas (CANESQUI, 2007).

O tema da experiência humana referida ao aspecto mais particular do fenômeno saúde-doença-cuidado, a partir da perspectiva do sujeito que vive a experiência de adoecimento, vem sendo, desde a década de 1980, crescentemente estudado no campo das ciências sociais e humanas em saúde. Pesquisadores de diversos países têm realizado pesquisas sobre as representações sociais e as concepções sobre o processo saúde-doença e, principalmente, sobre as experiências e narrativas referentes ao adoecimento (KLEINMAN, 1988; GOOD, 1994; RABELO e col., 1999; PIERRET, 2003; ALVES, 2006; ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2008; CSORDAS e col., 2010).

Portanto, apresentam-se os pressupostos que sustentam no campo da antropologia da saúde ou médica com os seus representantes internacionais citamos Arthur Kleinman, Byron

Good, Lawrence Kirmayer, Ellen Corin e Thomas Csordas. No Brasil, o destaque fica para Miriam Cristina M. Rabelo, Paulo Cesar B. Alves e Ana Maria Canesqui. Para esta abordagem, conhecer como as pessoas vivem o seu mundo é central. O interesse que dirige esta tradição é saber como os indivíduos compreendem e atuam nas situações de adoecimento que experimentam ao longo da vida. Visto que este conhecimento não pode ser integralmente deduzido das representações abstratas ou das concepções sociais que o adoecimento carrega em cada cultura expressas através das narrativas, impõe-se que a experiência vivida, em especial a de adoecimento, ganhe centralidade. Este privilégio dado à experiência se constitui em um dos elementos que demandará a revisão da concepção de narrativa como abstração, simples relato de experiência ou mesmo invenção da cultura.

Logo, optou-se por trabalhar as narrativas na perspectiva da antropologia da saúde ou médica, considerando a dimensão do vivido, como um território existencial e experiencial, onde os sujeitos adoecidos conjugam individualmente as normas, os valores e as expectativas sociais, culturais e coletivas e desenvolvem formas específicas de pensar, explicar e agir nas situações vividas cotidianamente que dizem respeito ao seu adoecimento (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013).

Dessa forma, as considerações sobre as situações crônicas na RAPS e a necessidade de práticas profissionais mais integrativas e articuladas em rede, deveriam incorporar a experiência de adoecimento e valorizar a busca por cuidado empreendido pela pessoa, enfatizando a trajetória por ela percorrida e a lógica que a direcionou. Para possibilitar essa compreensão, podem-se desenhar os diversos percursos desta trajetória compondo, assim, o Itinerário Terapêutico (IT) dessa pessoa.

Sendo o IT compreendido neste estudo, como os percursos empreendidos pela pessoa adoecida e sua família na busca por resolver suas necessidades de saúde, assim como a lógica própria que o direciona, tecida nas múltiplas redes formais e informais, de apoio e de pertença, dentre outras, que possam lhes dar certa sustentabilidade na sua experiência de adoecimento. Comporta, também, como os serviços de saúde disponibilizam a produção de cuidados, segundo sua própria lógica e a forma como acolhem essa pessoa e sua família atendendo, em certa medida e de certo modo, suas necessidades de maneira integral (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008).

Desse modo, embora tenha-se estudos sobre a cronicidade em saúde mental, levando em consideração a dicotomia classificatória de agudo e crônico, pouco se tem pesquisado e discutido acerca dos aspectos socioculturais envolvidos nas situações crônicas na RAPS. Tais

aspectos permeiam a subjetividade e a vida coletiva dessas pessoas e, por esse motivo, deveriam ser considerados como relevantes, no entanto, ainda persiste a busca por meio da causalidade positivista e mecanicista biomédica, que prioriza a relação entre o agente patogênico causador da doença e o organismo biologicamente enfermo.

Acredita-se que este estudo possa interessar, principalmente, aos profissionais de saúde com atuação no campo da saúde pública e saúde mental, aos alunos de pós-graduação em saúde coletiva, saúde mental e psiquiatria, e aos formuladores e executores de políticas de saúde tanto em nível nacional quanto municipal e estadual, cujos beneficiários diretos serão os usuários e familiares.

Ademais, esta pesquisa pretende contribuir com o fortalecimento do processo de Reforma Psiquiátrica e com a construção de uma concepção dinâmica e histórica, de intervenção nas situações crônicas em saúde mental que contemple a complexidade da situação, levando em conta o usuário, seu ambiente relacional e os recursos da rede de saúde. Superando o paradigma dos sistemas de acompanhamento a saúde alicerçada na agudização, ao buscar um cuidado contínuo e horizontal às situações crônicas, pois estar posto ao SUS e aos sistemas de saúde mundiais o enorme desafio de lidar com o processo de envelhecimento ao ter que cuidar de um número maior de pessoas por mais tempo, bem como operar mudanças no modelo de atenção à saúde frente a esse novo perfil epidemiológico, que tem favorecido o surgimento de situações crônicas na saúde mental.

Diante dessas colocações, o estudo aponta as seguintes questões condutoras do processo de investigação: como se dá a atenção e o suporte às pessoas em situações crônicas na rede psicossocial? Há espaço de diálogo entre a atenção primária, especializada e hospitalar frente às situações crônicas na saúde mental? Quais as escolhas e arenas de cuidados acessados no enfrentamento do adoecimento crônico em saúde mental? Quais as experiências vivenciadas no percurso de busca por tratamento ou cura na rede de atenção psicossocial?

Para ampliação e aprofundamento das discussões, formulou-se um pressuposto teórico, com a finalidade de proporcionar embasamento teórico-metodológico para o desenvolvimento deste estudo: o campo da saúde mental apesar de experimentar avanços ao vivenciar novas experiências impulsionadas pela Reforma Psiquiátrica, ainda é alicerçado num modelo de atenção médico-centrado hegemônico, onde os serviços substitutivos de atenção psicossocial não conseguem dar o suporte efetivo às pessoas em situações crônicas na RAPS, configurando práticas que, paradoxalmente, potencializam as internações psiquiátricas

e a permanência do hospital psiquiátrico como estrutura necessária no cuidado em saúde mental. Resultando na omissão da experiência do vivido e desvalorização das sensações e práticas incorporadas pela pessoa adoecida.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar a atenção às pessoas em situações crônicas na rede psicossocial, com ênfase no espaço de diálogo entre a atenção primária, especializada e hospitalar.

2.2 ESPECÍFICOS

- a) (Des)velar a experiência da convivência paradoxal entre os serviços de atenção primária, especializados substitutivos e o hospital psiquiátrico, tendo como eixo o espaço de diálogo;
- b) Mapear o itinerário terapêutico dos usuários em situações crônicas na busca pelo tratamento ou cura nas redes de saúde no que se refere ao acesso à atenção primária, especializada e hospitalar na saúde mental;
- c) Compreender as concepções sobre a cronicidade em saúde mental e as modalidades de suporte às pessoas em situações crônicas na rede de atenção psicossocial.

3 BASES TEÓRICAS

3.1 CRONICIDADE: ADOECIMENTO PARA O CAMPO MAIS AMPLO DA SAÚDE

Tradicionalmente trabalha-se em saúde com uma divisão entre doenças transmissíveis (DT) e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Essa tipologia, talhada na perspectiva da etiopatogenia, é largamente utilizada, em especial pela epidemiologia. É verdade que essa tipologia tem sido muito útil nos estudos epidemiológicos, mas, por outro lado, ela não se presta para referenciar a organização dos sistemas de atenção à saúde. A razão é simples: do ponto de vista da resposta social aos problemas de saúde, o objeto dos sistemas de atenção à saúde, certas doenças transmissíveis, pelo longo período de seu curso, estão mais próximas da lógica de enfrentamento das doenças crônicas que das doenças transmissíveis de curso rápido (VON KORFF et al, 1997; HOLMAN; LORIG, 2000).

Além disso, é uma tipologia que se assenta no conceito de doença e exclui outras condições que não são doenças, mas que exigem uma resposta social adequada dos sistemas de atenção à saúde. Por tudo isso, tem sido considerada uma nova categorização, com base no conceito de condição de saúde, desenvolvida, inicialmente, por teóricos ligados ao modelo de atenção de longa duração (VON KORFF et al, 1997; HOLMAN; LORIG, 2000) e, depois, acolhida pela Organização Mundial da Saúde (2003): as condições agudas e as condições crônicas.

Para Lotufo (2004) é insuficiente classificá-las apenas segundo as suas etiologias, como doenças crônicas não transmissíveis e ou por sua temporalidade, como não agudas, cabendo abandonar o amplo leque dessas doenças e enforçar os seus diferentes grupos.

A concepção de doença crônica é uma construção do saber biomédico tradicional, que os enfermos socializados pela medicina podem reinterpretar ou dele se apropriar, uma vez que este saber erudito compõe e integra-se à ampla e calidoscópica matriz cultural, que abarca, simultaneamente, o conjunto de interpretações, saberes e representações eruditas e não eruditas de entendimento do sofrimento, da saúde e enfermidade na sociedade contemporânea, que é pluralista no seu universo sociocultural. A interpretação biomédica tem sido limitada, apesar de seu enorme arsenal tecnológico, por desprezar os entendimentos dos adoecidos sobre sua enfermidade, e antropólogos e sociólogos da saúde insistentemente levam em

consideração a complexidade dos significados e sentidos que um simples episódio da enfermidade contém para eles (CANESQUI, 2007).

No Brasil, tem havido uma rápida transição demográfica, resultando no envelhecimento da população. A conseqüente transição epidemiológica indica o aumento da morbi-mortalidade por doenças crônico-degenerativas, antes decorrente, sobretudo, de doenças infecciosas (FELICIANO; MORAES, 1999).

No contexto brasileiro, ainda no ano 1988, o diabete, a doença isquêmica do coração, a doença cérebro-vascular e o transtorno depressivo recorrente, já estavam entre as dez principais doenças crônicas, o que gerou uma prospecção para o ano de 2020, em que essas condições crônicas serão responsáveis por 60% da carga global de doença nos países em desenvolvimento (OMS, 2003).

Tais condições envolvem um grupo extenso de doenças e agravos à saúde bastante diversos entre si, mas que se caracterizam pela longa duração, por impor limites à vida dos sujeitos afetados, por gerar incertezas entre estes e seus cuidadores e por desafiar as intervenções em saúde tradicionalmente realizadas pelos serviços, programas e políticas de saúde.

Nessa lógica, a corrente norte-americana da antropologia médica tem sustentado que os problemas trazidos pela doença crônica são, principalmente, as dificuldades que os sintomas e a incapacidade criam em nossas vidas, em especial quando “nós podemos ficar desmoralizados e perder a nossa esperança de obter melhora, ou podemos estar deprimidos pelo medo da morte ou da invalidez. Nós nos afligimos com a saúde perdida, com a imagem corporal alterada, e com uma perigosa queda da autoestima (KLEINMAN, 1988; GONÇALVES, 1994).

As doenças crônicas provocam mudanças na vida das pessoas, não só na estrutura e funcionamento do organismo, como também, podem trazer alterações nas condições e qualidade de vida das pessoas. Há necessidade de desenvolver novos hábitos, revisar papéis sociais e incorporar a doença em seu processo de viver (SILVA, 2001; TRENTINI; SILVA, 1992).

Alguns autores apontam que as doenças crônicas representam um grande desafio para os sistemas de saúde: para Feliciano e Moraes (1999), elas exigem um planejamento amplo de ações, prioritariamente de prevenção e promoção; Mercado-Martínez et al., (1999) indica que os serviços são tradicional e fundamentalmente voltados para as doenças agudas; causam

grande impacto nos indivíduos e familiares; a atenção médica não proporciona grandes resultados; exigem um maior esforço para agregar uma visão integral; e têm uma grande relação com condições sociais, saindo do campo estrito da saúde; de acordo com Theme-Filha et al. (2005), elas produzem impacto na produtividade, atingindo a população economicamente ativa; provocam sobrecarga dos serviços; e trazem prejuízos aos pacientes, com dor, sofrimento e incapacidades.

Nesse ponto de vista, o olhar sobre as situações crônicas demanda ações intersetoriais e interdisciplinares dirigidas aos indivíduos e coletividades. Deve-se assentar, de um lado, sobre políticas públicas que atuem efetivamente sobre os determinantes sociais de saúde; de outro lado, implica a organização de modelos de atenção orientados pelo princípio da integralidade (PAHO, 2007).

Como lembram Adam e Herzlich (2001, p.123), “as enfermidades de longa duração impõem olhar para o sujeito que convive com uma condição que o acompanha a todos os lugares” e cuja forma de entender, explicar, representar e lidar com elas decorre de um constante movimento em que interpretações e ação se realimentam reciprocamente, balizando-se pelo contexto sociocultural imediato e mais amplo, no qual se inserem.

3.2 SITUAÇÃO CRÔNICA PARA A SAÚDE MENTAL

O termo “crônico” não é claramente conceituado na saúde mental. Muitas vezes, pela forma como é utilizado, tem-se a impressão que os autores já pressupõem ser muito clara sua definição e, por este motivo, a explicação do seu conceito aparece poucas vezes na literatura especializada.

Contudo, há algumas noções associadas à cronicidade desde os primórdios do alienismo, e algumas delas servirão como referência e poderão ajudar como espécies de “guias” no estudo sobre a cronicidade. Desviat (1999) aponta algumas ideias próximas à noção de cronicidade, dentre as quais constam a não resolutividade no tratamento e “cura” de pacientes agudos; incapacitação e limitação na qualidade de vida; longa duração da doença; dependência (p.89); incurabilidade; evolução progressiva e sistemática da doença (deteriorização) (p.90); condição de marginalização (p.91).

A cronicidade é um conceito da sociedade ocidental criado na interação com o sistema de saúde mental (HEURTIN-ROBERTS, 1993), para se referir às condições de saúde que podem ser gerenciadas, mas não curadas, apresentando sintomas contínuos ou periódicos que, de certo modo, podem interferir em várias dimensões da vida do adoecido e no seu entorno. Não obstante a centralidade do conhecimento biomédico no sistema de cura, o conceito é incorporado de maneira distinta pelos diferentes grupos sociais, que dispõem de interpretações do senso comum sobre as enfermidades em geral. Distinguem-se na linguagem da antropologia da saúde ou médica norte-americana a *disease*, como doença do ponto de vista biomédico, da *illness*, o ponto de vista leigo e a subjetividade dos adoecidos.

O estudo sobre as situações crônicas não se restringe ao campo da psiquiatria, sendo encontrado no campo da saúde como um todo. Apesar da vasta literatura a respeito de doenças crônicas, não foram encontradas muitas referências aos seus critérios de definição nem à sua problematização como conceito. Contudo, elas representam problemas de saúde pública estudados a partir de diferentes ângulos. Esse tópico procura retratar algumas características dessas enfermidades, assim como os motivos que levam diversos autores e sistemas de saúde a se voltarem para este campo.

O aumento das doenças crônicas, nomeadamente das doenças mentais crônicas, tal como as mudanças operadas no domínio das respostas à doença mental, coloca-nos perante a necessidade de avaliar os seus impactos na vida das pessoas, dos grupos e das organizações sociais, mas, também, de compreender as vivências, as alterações e ajustamentos que exige ao nível da identidade e dos modos de vida (NETO CECÍLIA; ALVES, 2012).

Portanto, ao discutir as situações crônicas em saúde mental opta-se por aprofundar essa compreensão da cronicidade no transtorno mental denominado esquizofrenia, deixando claro que a esquizofrenia não é objeto específico deste estudo, sendo apenas uma escolha para a discussão neste tópico, por representar um dos principais problemas de saúde pública, exigindo considerável investimento do sistema de saúde e causando grande sofrimento para a pessoa adoecida e sua família. Apesar da baixa incidência, por ser uma doença crônica, acumula-se, ao longo dos anos, um número considerável de pessoas com transtornos mentais, com diferentes graus de comprometimento e de necessidades.

Dunningham e Aguiar (1995) ressaltam que em todo o mundo, cerca de 20 milhões de pessoas estão diagnosticadas como esquizofrênicos. Afirmam ainda que a esquizofrenia atinge todos os grupos etários, mas por ser enfermidade crônica e se iniciar em idade precoce, tem um grande impacto sobre a queda e/ou perda da capacidade produtiva.

A esquizofrenia é um transtorno causado por diversos fatores biopsicossociais que interagem, criando situações, as quais podem ser favoráveis ou não ao aparecimento do transtorno. Os fatores biológicos seriam aqueles ligados à genética e/ou aqueles que são devidos a uma lesão ou anormalidade de estruturas cerebrais e deficiência em neurotransmissores.

Os fatores psicossociais são aqueles ligados ao indivíduo, do ponto de vista psicológico e de sua interação com o seu ambiente social, tais como: ansiedade muito intensa, estado de estresse elevado, fobia social e situações sociais e emocionais intensas. Enfim, indivíduos com predisposição podem desenvolver a doença quando estimulados por fatores biológicos, ambientais ou emocionais (FIGUEIRA et al., 1992; LIMA; CAETANO, 1995).

A própria definição fala que é um transtorno de longa duração, ou seja, uma situação crônica, durante o qual a pessoa experimenta períodos de crises e remissões que resultam em deterioração do funcionamento do doente e da família, causando diversos danos/perdas nas habilidades de todo o grupo. Por exemplo, diminuição da habilidade para cuidar de si mesmo, para trabalhar, para se relacionar individual e socialmente e para manter pensamentos completos (TOSTES, 1989).

Dessa maneira, percebe-se que existe um intervalo de tempo entre o surgimento dos sintomas e a procura pelo tratamento. Esse tempo pode influenciar no prognóstico. A demora na procura do tratamento pode indicar um mau prognóstico, pois os sintomas tornam-se mais intensos, implicando em maior tempo de tratamento psicofarmacológico e com doses mais elevadas. Por isso é recomendada a criação de serviços em saúde mental destinados ao atendimento de adolescentes e jovens, os quais poderiam contribuir para detectar e tratar precocemente o primeiro surto da esquizofrenia (GIACON; GALERA, 2006).

A intervenção adequada envolve o tratamento farmacológico, psicossocial e a inclusão da família. Deve-se fazer um diagnóstico diferenciado de cada paciente, respeitando sua individualidade (MALLA et al., 2001). A avaliação e a assistência devem ser feitas por uma equipe multiprofissional, composta, no mínimo, de médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, enfermeiro com especialização em psiquiatria e assistente social (LOUZÃ NETO, 2000; MALLA et al., 2001; MACCAY et al., 1996).

A internação psiquiátrica deve ser evitada, dando-se preferência para tratamento intensivo na comunidade, durante a fase aguda, e seguimento nos dois anos seguintes com o objetivo de se prevenirem recaídas e contribuir na adaptação do doente e sua família nesse período considerado crítico (MENEZES, 2000).

3.2.1 A Institucionalização no Adoecimento Mental como Produtor do Crônico

A preocupação típica do campo da saúde mental com a institucionalização das pessoas com transtornos psiquiátricos encontra correspondentes na literatura médica mais ampla. Ainda na década de setenta, uma pesquisa indicou os malefícios da hospitalização redundante, definida como “a permanência desnecessária do paciente no ambiente hospitalar”. Apontou que a hospitalização excessiva é muito comum nos casos de pessoas que padecem de doenças crônicas, raramente encontrando justificativas médicas plausíveis para a sua permanência na instituição. Disso resulta prejuízo aos pacientes (como infecções hospitalares e hospitalismo), um desperdício de leitos-dia, a “despersonalização do enfermo, sensação de isolamento do contato familiar e aumento de mortalidade” (CORDEIRO et al.,1977, p.121-128).

De modo geral, os estudos encontrados sobre as situações crônicas não as toma como consequência de uma relação institucional, mas como decorrentes de problemas orgânicos, provenientes da transição demográfica e, portanto, do envelhecimento populacional, exigindo medidas paliativas. As relações sociais que se estabelecem a partir da doença podem agravá-la ou diminuir seus prejuízos, partindo-se dos pressupostos de que há uma doença *a priori*.

Pensar acriticamente sobre essa institucionalização psiquiátrica pode colaborar para que não se compreenda e negligencie sua contribuição para o processo de tornar os “enfermos crônicos”. Assim, acaba reproduzindo pacientes institucionalizados na tentativa de acolhê-los ou salvaguardá-los de situações externas de riscos para si ou para outrem.

Ou seja, na literatura médica clássica, as doenças crônicas são tomadas como consequência de um processo meramente biológico e orgânico. Essa mesma ideia, se aplicada na psiquiatria, pode favorecer ainda mais a cronificação das ditas “doenças mentais”. Se nas instituições psiquiátricas as doenças mentais são tomadas naturalmente como crônicas e tratadas como tal, aumenta ainda mais a relação de dependência do internado com a instituição, e diminui a sua chance de sair deste quadro supostamente crônico.

Se, de acordo com algumas evidências médicas, as hospitalizações desnecessárias estão ligadas “às formas institucionais de conduta a tais casos” (CORDEIRO et al.,1977, p.126), na psiquiatria deve-se ir mais além, encontrando formas institucionais não de conduta a casos estabelecidos, mas também na sua própria responsabilidade na (re)produção desses casos.

Historicamente, a cronicidade tem sido considerada como um aspecto intrínseco à doença mental. Esta noção, tão antiga quanto à própria psiquiatria, encontra sua origem na concepção pineliana de alienação, e vem sendo reconfirmada ou reeditada por noções outras, como degeneração e demência precoce (Morel) e, mais recentemente, história natural da doença (HDN, por Leavell e Clarck).

Resende (2001) afirma que, a partir do final do século XVIII, o cuidado aos loucos saiu do campo das internações nos hospitais gerais, regidos pela lógica da caridade, adentrando no domínio médico, responsável pela cura dos alienados. Além de Pinel, na França, outros atores e movimentos se expandiram pelo Ocidente, tendo como representantes da medicalização da loucura Tuke, na Inglaterra; Chiaruggi, na Itália; Todd, nos Estados Unidos, entre outros.

Pinel, ao fundar a primeira especialidade médica, no final do século XVIII, conferiu ao louco o caráter de alienado, o que significa “estar fora de si próprio, de tornar-se um outro, de perder a consciência de si e das coisas” (AMARANTE 1996, p.42).

A loucura ganhou estatuto de doença mental, conferindo ao manicômio lugar privilegiado de tratamento. De acordo com Amarante (1996, p. 42), ao mesmo tempo em que Pinel define um estatuto patológico para a loucura, também abre possibilidades terapêuticas: “Pinel levanta a possibilidade de cura da loucura, por meio do tratamento moral”. O tratamento era baseado na reeducação, uma vez que, dentre as causas da loucura, Pinel encontrava aquelas de ordem moral.

A associação entre cronicidade e mortalidade não é exclusiva do campo das doenças orgânicas, podendo ser apreendida também no campo das alienações mentais. São curiosos os registros que apontam, ainda em finais do século XIX, que as mortes no hospício eram largamente explicadas pela incurabilidade da alienação mental.

Muitos autores consideram o hospital psiquiátrico como eminentemente iatrogênico, contribuindo para um processo de cronificação dos internos (Basaglia 1964, Cooper 1989, Goffman 2003, Barton 1966). Ao tomar para si a tarefa de “curar” os pacientes psiquiátricos, o hospício favorece, através de seu cotidiano e das relações que ali se estabelecem, o aumento ou mesmo a criação de sua cronicidade.

Se para a psiquiatria clássica a cronificação coincide com o processo natural da evolução da doença mental, para estes autores esta é consequência do modelo asilar. Alguns dos representantes mais notórios deste pensamento são Goffman, que introduziu os conceitos

de instituição total e mortificação do eu; Basaglia, que transmitiu a ideia de poder institucionalizante; Barton, com o termo neurose institucional; e Cooper, com violência institucional. Para esses autores, a cronificação era mais consequência do paradigma psiquiátrico (incluindo aí o entendimento social a respeito da loucura e a ciência que o legitima), baseado na segregação, no alheamento, no isolamento, do que de uma suposta “doença mental”.

A psiquiatria contemporânea, a despeito das inúmeras transformações que se sucederam desde então, ainda encontra muitos representantes da noção de que a cronicidade faz parte da natureza da doença mental. É necessário o entendimento de que as condições crônicas abrangem não só as doenças crônicas, portanto o cuidado deve considerar as limitações físicas, mas também a experiência de adoecimento como uma construção social, rompendo com a perspectiva tradicionalmente sustentada pelos profissionais de saúde sobre a doença (CANESQUI, 2007).

As desigualdades sociais, as diferenças no acesso à informação, aos bens e aos serviços, determinam, de modo geral, maior prevalência das doenças crônicas e dos agravos decorrentes da evolução dessas situações (SCHMIDT; DUNCAN et al., 2011). Esse cenário preocupante impõe a necessidade de medidas inovadoras, cujo desafio central consiste em garantir que pessoas em situações crônicas na saúde mental possam ser cuidadas de maneira integral de modo contínuo e resolutivo na RAPS, por meio do fortalecimento do diálogo entre os diversos serviços que compõem essa rede interdisciplinar e intersetorial.

Nessa acepção, com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira, supõe-se a superação do modelo asilar, subentendendo que a instauração de novos serviços, de portas abertas, de base territorial, com maior interlocução com a comunidade, proporcionaria um curso diferente daquele atribuído à suposta doença mental. No entanto, com o surgimento dos novos serviços, retornam a crítica à institucionalização e a reflexão sobre a nova cronicidade, assim como o entendimento de que tais serviços podem criar novas formas de institucionalização, cronificação ou até mesmo manicomialização (MIELKE et al., 2009).

A preocupação com o tema da nova cronicidade no âmbito dos serviços de atenção psicossocial tem surgido recentemente, à medida que se evidenciam os grandes desafios na construção de serviços de fatos inovadores (AMARANTE; TORRE, 2001).

Autores apontam a existência da nova cronicidade vinculada aos novos serviços. Pepper et al., (2000) destacam mais a característica dos pacientes adultos jovens crônicos,

perspectiva ligada ao entendimento tradicional de que parte da clientela dos serviços de saúde mental é crônica por sua natureza. Entendem que esses novos crônicos fazem uso recorrente, porém pouco resolutivo, dos serviços de saúde mental.

Desviat (1999) defende a posição de que, a despeito da mudança na atenção à saúde mental, em que a cura foi substituída pelo cuidado, e em que maiores são os esforços em aumentar a autonomia e qualidade de vida dos pacientes, “é preciso aceitar a cronicidade e a limitação da eficácia reabilitadora”. Classifica quatro tipos de nova cronicidade: 1 – Remanescentes institucionais – são, de acordo com a literatura norte-americana, os tipo *hard core*, dificilmente desinstitucionalizáveis e que retornam aos hospitais após tentativas de inserção nos novos serviços; 2 – Crônicos externalizados – são pacientes com longas internações em hospitais psiquiátricos que receberam alta devido à política de “redução de leitos”; 3 – Usuários crônicos dos ambulatórios – pacientes que chegam a ser crônicos sem nunca haver sido internados; são os eternos demandantes dos ambulatórios e dos centros psicossociais; não seguem tratamento regular porque não querem se deparar com seus conflitos internos e não sustentam a relação terapêutica; 4 – Pacientes adultos jovens crônicos (YACP, sigla em inglês) – termo cunhado por Pepper (2000), relativo a pacientes sem internações prolongadas, com comportamentos regredidos, quadros clínicos variados, dificuldade de adaptação social e uso “inapropriado” dos serviços, causando estresse aos profissionais. Caracterizam-se por agressividade, baixa tolerância à frustração, impulsividade e problemas com a lei. Apresentam grande mobilidade quanto ao uso dos serviços – fenômeno conhecido como porta-giratória ou *revolving-door*. Nos Estados Unidos, eles são 10% dos pacientes psiquiátricos, ocupando cerca de 40% do tempo dos terapeutas. É comum que procurem excessivamente as emergências e que passem por numerosas internações (DESVIAT; LIRIA; OLMEDO, 1986; SILVA, 2003).

Assim, Rotelli et al., (2001) defendem a ideia de que a nova cronicidade é produto das práticas reformistas, que apostam na “liberação” do controle social exercido pela psiquiatria e procuram resgatar seu aspecto terapêutico. O resultado foi um sistema complexo que, somente reproduzindo a desospitalização, acaba por selecionar, decompor não se responsabilizar e abandonar. Assim, a nova cronicidade torna-se o sinal mais evidente da falência das intenções da psiquiatria reformada.

3.2.2 Rede de Atenção à Saúde e Psicossocial: acesso às situações crônicas em saúde mental

As redes de atenção à saúde são arranjos institucionais compostos por serviços e unidades assistenciais do SUS articuladas entre si por níveis de complexidade e, possivelmente, também pela intersetorialidade. As conexões existentes nesses pontos assistenciais devem favorecer a promoção e o restabelecimento do processo saúde-doença conforme o modelo de atenção previsto nas políticas de saúde do País.

Urge a necessidade de transpor a piramidal hierarquização dos serviços de saúde para a integralização circular e múltipla nas linhas de cuidado em consonância com as necessidades de saúde da população. Os níveis de complexidade da atenção à saúde devem estar definidos como dimensões do processo de cuidado dos indivíduos e das coletividades, mas sem fragmentar a atenção à saúde em parciais (CECÍLIO, 1997).

Nesse sentido, a construção de redes de serviços é um desafio complexo. Envolve desejos e intencionalidades coletivas, conhecimento integrado dos dispositivos terapêuticos e articulação da gestão, financiamento e avaliação. E, nesse contexto, apresenta-se o atual dilema do SUS: articulação em rede.

Grande esforço tem sido realizado para a gestão dessa complexa rede de serviços, objetivando assegurar acesso e atendimento em tempo adequado às condições de saúde que dependem de intervenções básicas e especializadas. Apesar do grande investimento em sistemas de informação em saúde, de estratégias especiais de pagamento, de controle, avaliação e regulação do fluxo de usuários, até hoje, o SUS não conta com um mapa territorial que aponte estrangulamentos do atendimento nos serviços de atenção básica e especializada. Nem mesmo logramos avaliar se as filas e entraves ao acesso decorrem da capacidade instalada insuficiente, de equívocos nos encaminhamentos ou de problemas de gestão do sistema (UNICAMP, 2015).

Ademais, a partir da regionalização enquanto princípio é que se desenvolveu, no Brasil, conceitos como níveis de complexidade da atenção, referência, contrarreferência, população referenciada os quais orientam a discussão dos processos integrados de gestão e propiciam atendimento em saúde com resolubilidade nos diferentes níveis assistenciais, organizadas de forma hierárquica, num contexto de acomodação da densidade tecnológica, aliada à disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e capacidade financeira de captação de novas tecnologias (JESUS; ASSIS, 2010).

Cecílio et al., (2012), em estudo sobre a regulação do acesso e utilização dos serviços de saúde, definiram a categoria “acesso” como “entrada no sistema”, a obtenção do cuidado julgado necessário (pelos profissionais e/ou pelos usuários), de forma oportuna e qualificada. Ou seja, essa categoria diz respeito a acessar um lugar (um serviço, um profissional etc.), no tempo adequado (um tempo entre tentar e conseguir), e obter o que precisa (produzir uma resposta, um ato de saúde). Cabe considerar, contudo, que a definição e qualificação do que significa “lugar adequado”, “tempo adequado” e “resposta adequada” dependem de quem as enunciam, sendo, portanto, marcadas por dissensos, disputas e conflitos.

Vários autores têm apontado as dificuldades em se construir uma rede integrada e integral de cuidado em saúde. Os obstáculos apontados são vários. Em geral, atribui-se à fragmentação do sistema e da gestão o principal obstáculo ao adequado acesso e fluxo de casos. Apesar da criação de instâncias de gestão entre os entes federativos (comissões de gestão bi e tripartite) e de normas regulatórias (como a mais recente Contrato Organizativo da Ação Pública - COAP), o processo de regionalização e de hierarquização de fato da rede de serviços pouco avançou no país. Atribui-se às secretarias de estado o papel de coordenar esse processo, porém conflitos políticos, financeiros e mesmo de ordem técnica, têm dificultado a constituição de um sistema único (UNICAMP, 2015).

É com o entendimento destes conceitos que se converge para um outro entendimento: a democratização e ampliação do acesso a serviços de saúde no lócus onde se encontra o usuário, sua família e comunidade são condições indispensáveis para as políticas de assistência à saúde e essas ações se encontram atreladas a múltiplas visões, saberes e práticas.

Os resultados desse sistema nas regiões e Estados brasileiros são heterogêneos devido ao ritmo e à forma como vem se configurando a reestruturação da gestão e da organização dos serviços. Em contrapartida, os princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade, definidos para o SUS são desafiadores, em virtude das diferenças financeiras, administrativas e técnicas dos municípios do país (MOLENISI et al., 2010).

Em geral, o comando único em cada região não chega a se constituir, já que a atenção básica costuma ser gerenciada pelos municípios e a rede hospitalar e de centros especializados pelos estados (BRASIL, 2011a). Outro obstáculo que tem dificultado a integração entre rede básica e serviços de média e alta complexidade é a predominância de organizações privadas na prestação desse tipo de atendimento. Isso sem contar a rede de serviços universitários que também pouco se articulam com a rede básica.

Nesse sentido, afirma-se que a organização e estruturação do SUS pressupõem que na maioria das populações, são mais frequentes os casos que necessitam de atenção em serviços de menor complexidade do que aqueles com maior complexidade. Sendo que, para melhor alocação e utilização dos recursos assistenciais, também é preciso considerar o custo para manter determinada unidade de saúde com relação à sua produtividade (SILVA, 2011; JESUS; ASSIS, 2010).

Para garantir qualidade na operacionalização do SUS, se dispõe da premissa que serviços voltados para atendimentos de maior complexidade, quanto maior for o volume de procedimentos realizados junto à demanda prioritária daquele perfil assistencial, melhor será a qualidade resultante de sua experiência adquirida. Desse modo, a centralização de serviços mais complexos, com a garantia do acesso e a distribuição equânime é o caminho para manter equipes hábeis e qualificadas para o cuidado especializado e evitar a ociosidade (PIERANTONI; VIANNA, 2003; KUSCHNIR; CHORNY; LIRA, 2010).

O acesso aos sistemas que focam a universalidade deve ocorrer por livre escolha do usuário, independentemente do nível de complexidade tecnológica. A partir de um planejamento epidemiológico, sociodemográfico e financeiro, a produção do cuidado tem como finalidade ético-assistencial a manutenção da vida, para tanto, o direito à saúde requisita a universalização e a integralidade a partir do evento disparador da entrada no sistema (JESUS; ASSIS, 2010).

Organizacionalmente, o primeiro nível da rede SUS, ou seja, a atenção primária em saúde tem como funções básicas: acolhimento, vinculações e corresponsabilizações comunitárias. Atua, prioritariamente, na promoção, prevenção, tratamento e acompanhamento de agravos comuns e prevalentes na população do distrito sanitário. Para sua resolutividade, requisita ainda integração com os outros níveis assistenciais, a dispensação de medicamentos, exames laboratoriais e de imagem, dentre outros (KUSCHNIR; CHORNY; LIRA, 2010).

O segundo nível de complexidade engloba o cuidado ambulatorial especializado, ou seja, a atenção secundária. Embora ainda recorra a mecanismos de agendamentos burocratizados, encaminhamentos desconectados de interlocução com os outros níveis e precária disponibilidade tecnológica, enfatiza a assistência às pessoas com problemas específicos no processo saúde-doença.

Por fim, o terceiro nível de complexidade envolve a rede de atenção hospitalar e os serviços de emergência. Há intensa carga operacional nesse nível assistencial por atuar nos

eventos com risco iminente de vida ou sofrimento intenso. A articulação hospitalar e/ou pré-hospitalar com as ocorrências em toda a rede assistencial é importante para dar resolutividade e reduzir danos à vida humana (KUSCHNIR; CHORNY; LIRA, 2010).

Segundo Penchansky e Thomas (1981) o acesso é um conjunto de dimensões específicas nas quais a relação entre os beneficiários dos serviços e o sistema de cuidados de saúde são descritas. Essas dimensões são compreendidas como sendo a disponibilidade de serviços, acessibilidade aos serviços, acomodação entre formas de organização dos serviços e sua apropriação pelos beneficiários desses serviços, capacidade de compra e sua aceitabilidade social. “A regulação do acesso, também dita regulação assistencial, como ação mediata para o ordenamento das relações entre a gestão do SUS, a rede prestadora de serviços de saúde e o cuidado aos cidadãos beneficiários desses serviços” (SIQUEIRA; BUSSINGUER, 2010, p. 254).

O acesso da população aos serviços de saúde é um dos fatores que influenciam na qualidade de saúde, tanto quanto na satisfação dos usuários dos serviços de saúde. A cobertura desses serviços busca contemplar a todos, no entanto de acordo com o que são observados pelo noticiário da imprensa nacional os serviços de saúde apresentam uma qualidade irregular (NASCIMENTO, 2009).

A equidade no acesso é um desafio aos sistemas de saúde, sendo esse um objetivo explícito, mas que enfrenta muitas barreiras na sua efetividade. O processo regulatório utilizado como instrumento de gestão pode auxiliar no alcance desse objetivo, podendo ser um potente equalizador social do sistema de saúde, reduzindo a desigualdade relacional entre os entes público e privado, auxiliando ainda na atenuação da relação necessidade, demanda e oferta, com coerência, compatibilidade e ausência de grandes distorções (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

Na rede de serviços públicos, a descentralização define a ascendência da ação gestora, com participação e controle social, na disposição das unidades assistenciais, focalização de programas estratégicos e o repasse de recursos financeiros voltados para cada bloco de atividades sanitárias. Os pactos tomam as demandas de cada território e contrapõem à capacidade assistencial de cada região na formulação de arranjos institucionais resolutivos.

Portanto, as redes assistenciais conformam o modelo de atenção à saúde para as necessidades e demandas da população quando considera em seus níveis organizacionais de

complexidade a densidade tecnológica disponível nos serviços e a forma como seus subsistemas e setores específicos devem agir de forma integrada e articulada.

A rede de atenção à saúde integral requisita o fortalecimento de cada lócus de intervenção (primária, secundária e terciária). Torna-se relevante fortalecer as funções e perfis assistenciais de cada nível de atenção. No entanto, sem dividir excessivamente as margens assistenciais que possam dar condições a uma articulação integrada.

Na área da saúde mental, a fragmentação e parcialização do cuidado dificulta e estreita a possibilidade emancipatória e inclusiva dos sujeitos em seus projetos terapêuticos (KUSCHNIR; CHORNY; LIRA, 2010).

Pensando-se efetivamente em uma rede suficiente de cuidados em saúde mental, as políticas públicas devem envolver o compartilhamento e a complementaridade nas ações desenvolvidas entre os diferentes responsáveis pela execução dos serviços oferecidos, sendo necessária uma cultura de solidariedade que envolva usuários, famílias, trabalhadores e gestores no intuito de organizar os serviços de saúde para que sejam oferecidos de forma efetiva, eficaz, eficiente e humanizada, podendo, assim, enfrentar a expressiva demanda por meio de cuidados que garantam a equidade, a cidadania e, principalmente, a reabilitação psicossocial e a inclusão social dos que sofrem com os transtornos mentais (RAZZOUK et al., 2006).

Nesse seguimento, a RAPS de acordo com a Portaria GM/MS nº 3.088/2011 preconiza o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Sendo assim, formada por 7 componentes: I - Atenção Básica em Saúde; II - Atenção Psicossocial Especializada; III - Atenção de Urgência e Emergência, IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório, V - Atenção Hospitalar, VI - Estratégias de Desinstitucionalização e VII - Reabilitação Psicossocial.

Também, a rede psicossocial possui os seguintes pontos de atenção: Unidades Básicas de Saúde; Núcleos de Apoio à Saúde da Família; Consultórios Na Rua; Centros de Convivência; Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades; Atenção de Urgência e Emergência; Unidades de Acolhimento; Serviços de Atenção em Regime Residencial; Leitos de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas em Hospitais Gerais e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

Enfatiza-se que o CAPS assume um importante papel no cenário das novas práticas de saúde mental, configuram-se como dispositivos estratégicos para a transformação do

modelo hospitalocêntrico. São serviços que objetivam articular as ações de saúde mental em rede, mas compreende-se que a rede tem capilaridade e não é centralizada apenas no CAPS, há uma interconexão entres esses serviços que não podem ser hierarquizados, e sim horizontalizados e com fluxos que sejam pautados nas necessidades dos usuários.

Desse modo, os CAPS são entendidos como serviços de atenção diária inseridos na comunidade, sendo oferecidos desde cuidados clínicos aos transtornos mentais, até atividades de reinserção social do usuário, na qual atende pessoas que sofrem quadros psiquiátricos severos e persistentes (psicoses, neuroses graves, quadros limítrofes), em seu território de abrangência (STEFANELLI et al., 2008; FRANCHINI; CAMPOS, 2008).

É fundamental pensar o CAPS como estratégia e não como um serviço isolado. Atribuir a responsabilidade da organização da rede de cuidados não significa dizer que a totalidade das tarefas deva ser executada pelo serviço. A organização de um CAPS que assume isoladamente a responsabilidade de “dar conta” de toda a demanda e toda a complexidade da vida do sujeito é muito semelhante à proposta pretensiosa e autoritária do Hospital Psiquiátrico (YASUI, 2010).

Além dos CAPS, outros dispositivos também foram criados, formando uma rede de cuidados às pessoas com adoecimentos mentais e suas famílias. Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são parte do processo gradual da redução de leitos implementada pelo Estado. Como processo de desinstitucionalização, os dispositivos têm o objetivo de acolher as pessoas com transtornos mentais graves egressas ou não dos hospitais psiquiátricos que perderam completamente seus vínculos familiares e sociais. São casas localizadas na comunidade, no espaço urbano, com a capacidade de garantir moradia, respeitando as necessidades, os gostos, hábitos e a dinâmica dos moradores (DELGADO et al., 2007).

Essa articulação e organização em rede pelos serviços substitutivos possibilitam uma maior capilaridade de ações tanto em relações aos serviços que compõem a rede assistencial em saúde mental, bem como demais setores sociais como escolas, associações de bairros, centros comunitários, sendo assim interconectados com os diversos setores que estão inseridos no território. A proposta de construção de uma rede de cuidados, aprende a olhar para o território buscando ver e usar os recursos que sempre lá estiveram, ou seja, toda a complexidade da rede de relações e trocas que se pode efetuar com o entorno.

Outra ação que contribui para ampliação da rede extra-hospitalar é o descredenciamento dos hospitais psiquiátricos em más condições, de acordo com avaliação do Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de Avaliação Hospitalar (PNASH/Psiquiatria). A princípio tem-se como meta a redução dos leitos de hospitais psiquiátricos de grande porte para hospitais de menor porte e, finalmente, com a utilização de leitos em hospitais gerais. Para que a redução ocorra, são necessários outros dispositivos, acionados como parte do movimento de transformação do modelo de assistência à saúde mental (DELGADO et al., 2007).

Os centros de convivências e os CAPS são iniciativas que procuram interagir com os demais dispositivos, como no nível de atenção primária, no acompanhamento e apoio matricial (AM) de casos na Estratégia Saúde da Família (ESF), atendendo casos de transtornos mentais e, ainda, sendo responsáveis pelo acompanhamento dos usuários nas unidades de internação nos hospitais gerais, perpassando os diferentes níveis de complexidade da rede de saúde (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

Defende-se, neste estudo, a concepção de “Rede” como uma raiz do tipo rizoma, de acordo com o conceito de Deleuze e Guattari (1995), onde a forma de organização é caracterizada pelas múltiplas dimensões e interconexões, ou seja, uma RAPS rizomática e não “CAPSCÊNTRICA”. Não possui uma hierarquia preestabelecida e sim várias possibilidades de entrada e de circulação por esse emaranhado da rede que se interconecta com o objetivo de prestar atenção aos que dela precisam, possibilitando não só uma capilaridade no atendimento de seus usuários entre os serviços que a compõem a atenção à saúde mental, mas também com os outros serviços de saúde em seus diversos níveis de complexidade.

Dessa forma, a organização em rede rompe com o modelo de hierarquização tradicional e aproxima-se, de acordo com Silva Júnior, Alves e Alves (2005) de uma rede circular, com múltiplas entradas e se organizando a partir das necessidades dos usuários. Uma rede onde não há maior ou menor, posterior ou anterior, início e fim, e sim um emaranhado de ligações e conexões que têm como objetivo final o atendimento da demanda do usuário e a articulação de diversas possibilidades para o cuidado dos pacientes.

No entanto, considerando que a relação entre as unidades assistenciais (níveis de complexidade) numa rede de serviços deve dar-se com o estabelecimento de mecanismos de referência e contrarreferência e que esta organização é premissa para a determinação à integralidade assistencial, questiona-se como a questão do acesso define fluxos,

funcionamento, capacidade e necessidade de expansão e organização da rede em saúde mental para o cuidado progressivo ao usuário na direção da dimensão cuidadora?

A resposta pode ser desenhada a partir do entendimento de que a rede organizada de serviços deve ter suas “portas de entrada” abertas a fim de contemplar as demandas/necessidades de saúde dos usuários com transtornos mentais. Com isso, ensejam-se mudanças na organização assistencial: passando de uma burocrática pirâmide para a transversalidade horizontal defendida no modelo do círculo (CECÍLIO, 1997).

Em relação às necessidades, Cecílio (2001) afirma que se pode associá-las à garantia da universalização do acesso, da equidade, das relações que compõem a rede assistencial entre o micro e o macro, do controle e da busca de soluções. São construções, sejam coletivas ou individuais, que acompanham as experiências históricas e sociais de cada povo e de cada indivíduo.

Compreende-se que a existência de redes deve envolver diferentes sujeitos ou organizações, vinculadas entre si por estabelecimento de pactos de compartilhamento da gestão do cuidado e, também, na manutenção de objetivos em comum, os quais possibilitam o caminhar do usuário para o atendimento de suas necessidades de saúde (FLEURY; OUVRENEY, 2007).

No âmbito da saúde mental, um arranjo que possibilita essa interconexão e compartilhamento entre a rede de saúde e psicossocial é o Apoio Matricial (AM) ou Matriciamento, considera-se que o AM em saúde mental compreende as necessidades dos sujeitos, desviando o foco do procedimento para as relações entre as equipes no cenário, onde elas se encontram, configurando-se como potência para abrir “linhas de fuga” para se trabalhar com “microrredes” no interior da organização (FRANCO, 2006, p. 459). Como resultado, a gestão do cuidado vai se estabelecendo a partir de linhas de cuidado que rompem com a hierarquia vertical e burocratizada, para se constituir em conexões que sejam resolutivas com base em dispositivos, como o acolhimento e práticas não integrantes do sistema formal de atenção à saúde (CECIM; FERLA, 2006).

Ademais, na rede hierarquizada o tempo de espera para uma consulta pode demandar dias ou meses, além do problema da distância/barreira geográfica. Com as ações de saúde mental redirecionadas em círculo (CECÍLIO, 1997), esse tempo diminui, pois pode se estruturar de modo a ofertar o serviço no próprio território, respaldado por práticas que valorizam a integralidade e contemplem as necessidades dos usuários.

Contudo, conforme enfatizam Dimenstein et al. (2009), ainda há muitos entraves para o acesso das pessoas em adoecimento psíquico ao campo da saúde mental, por exemplo no Ceará, os centros de saúde da ESF vêm tradicionalmente respondendo por menos de 10% da demanda, quando deveriam ser o local privilegiado de acolhimento, evitando que o hospital psiquiátrico se configure como porta de entrada para os serviços.

Com relação à porta de entrada nos serviços de saúde mental, Cecílio (1997) trabalha com o simbólico, com o percebido, para identificar contradições e caracterizar novas formas de se fazer saúde – da pirâmide ao círculo. Trata da questão da porta de entrada do sistema como um espaço ambíguo, permeado por interesses dos diversos sujeitos que por ele transitam e que nele atuam. Além disso, reflete sobre essa dimensão quando discute os vínculos provisórios, enquanto um sistema de relações intersubjetivas capazes de promover acolhimento e responsabilização.

Consideram-se as contribuições de Jesus e Assis (2010) como pertinentes para a organização da rede de saúde na dimensão do acesso. Para esses autores, o acesso aos serviços de saúde é entendido, também, a partir das representações sociais da atenção à saúde e dos serviços e revela, portanto uma tensão-contradição entre a realidade subjetiva e a realidade concreta dos sujeitos em ato, no tocante às dimensões específicas da acessibilidade, disponibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade da assistência à saúde mental.

Esta concepção ampliada do processo saúde/doença é complementada por elementos econômicos, técnicos, políticos, sociais e antropológicos, que reforçam o papel dos sujeitos e de suas representações, sem, contudo, minimizar a capacidade transformadora da práxis e do senso comum. Logo, na conjuntura da saúde mental os critérios que passam a dar suporte à constituição da rede (seus fluxos, encontros, agenciamentos) podem ser diversos em relação ao que determina a política oficial (BRASIL, 1990).

Assim, a RAPS deve integrar, horizontal e verticalmente, os sistemas de saúde e ofertar serviços integrais, coordenados e contínuos a fim de vencer os entraves como os processos burocratizantes do acesso, atenção primária à saúde de baixa qualidade, cultura organizacional com base na autonomia dos serviços, debilidade na gestão integrada dos sistemas de saúde, entre outros. Pois, a proposta de rede verticalizada, com fluxos de atendimentos normatizados e bem definidos, vem sendo superada pelo modelo de assistência psicossocial, visto a sua permeabilidade de atuação nos diversos níveis de atenção do sistema de saúde.

Fomentando a discussão em relação à atenção à saúde mental, a incorporação das ações dimensionadas no campo psicossocial deve se efetivar de modo integralizado nas redes assistenciais. O projeto terapêutico integral e singular das pessoas em sofrimento psíquico ou com transtorno mental, assim como a própria promoção da saúde mental requisita atitudes e integração em rede de cuidados terapêuticos e socioafetivos.

A construção dos projetos terapêuticos institucionais ou singulares consideram como base as necessidades de saúde de cada usuário, levando em consideração o projeto de vida destes numa interação democrática e horizontal entre os atores envolvidos no processo de cuidar (trabalhadores/usuário/família). O alicerce dessas relações é a utilização do acolhimento e vínculo, propondo novos fluxos e circuitos dentro do sistema assistencial, simbólico e afetivo, mobilizando e reconhecendo os movimentos de vida social dos usuários com a incorporação ativa de tecnologias de trabalho e de gestão (JORGE et al., 2011).

Na produção do cuidado em saúde mental, a flexibilização e a participação dos envolvidos configura-se num processo (re)construção contínuo de saberes, práticas e experiências para potencializar a vida em condutas terapêuticas adequadas às demandas e às necessidades. Cada projeto terapêutico a ser (re)construído busca a resolubilidade integral e, por isso, conta com a equipe multidisciplinar e interdisciplinar articulando opiniões, responsabilizações e reconhecimento dos equipamentos comunitários e sociais na vida do usuário em seu próprio meio (VASCONCELOS; MORSCHEL, 2009; JORGE et al., 2011).

As dificuldades do tornar pleno o processo resolutivo da atenção psicossocial ocorrem, principalmente, pela articulação ainda frágil dos serviços de saúde, redes sociais e intersetorialidade. O sofrimento ou transtorno psíquico é apenas um elemento nessa trajetória social que caracteriza-se por consequência e causa, concomitantemente. As condições sociais e a sobrevivência do usuário no mundo contemporâneo advêm da realidade comum a toda população (JORGE et al, 2011; PINTO et al., 2012).

Dessa forma, a construção da atenção integral à saúde pressupõe o reconhecimento da dimensão psicossocial como enfoque necessário em todas as ações assistenciais e de promoção da saúde, para tanto, exige-se uma composição gerencial e política que priorize intersubjetividade, participação e articulação intersetorial para consolidar as ações de saúde mental no SUS.

A ampliação dos serviços e cobertura assistencial, bem como a disponibilidade de atividades terapêuticas apenas toca o estreito ápice das demandas em saúde mental. O

caminho para resoluções equânimes e resolutivas exige a execução de políticas sociais de inclusão e convivência social saudável, desse modo, amplia-se o cuidado na direção das necessidades em saúde do usuário (JORGE et al., 2011; PINTO et al., 2012).

No escopo da saúde mental, toda essa gama de ações e políticas devem convergir para a garantia do acesso a serviços e ações na tecitura de uma rede que promovam uma maior capilaridade das ações em saúde mental no território e desconstrói a lógica piramidal hierárquica do Sistema Único de Saúde, permitindo várias opções de “portas de entrada” para seus usuários na rede de serviços, possibilitando o trânsito dos profissionais da rede de atenção através dos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde, permitindo ao usuário estar de acordo com seu projeto terapêutico em vários níveis de complexidade ao mesmo tempo, sendo os serviços verdadeiros agenciadores das ações de saúde mental.

3.3 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: ESCOLHAS E ARENAS DE CUIDADO PERCORRIDO PELOS USUÁRIOS EM SITUAÇÕES CRÔNICAS EM SAÚDE MENTAL

Ao reconhecer que o cuidado integral às situações crônicas na RAPS se efetiva a partir das interlocuções dialógicas e interfaces entre a racionalidade biomédica e a popular, se torna relevante a concepção dos itinerários terapêuticos, como uma opção estratégica para a concretização das práticas em saúde mental mais próximas às noções de território.

Pois, refazer o percurso de busca de cuidados terapêuticos ou resolução para os problemas de saúde dos indivíduos e suas famílias permite um olhar compreensivo para as necessidades em saúde das pessoas e o acesso aos serviços disponíveis, possibilitando, desse modo, uma qualidade nos serviços de atenção psicossocial. O movimento de idas e vindas, de espera, de acesso e negação de acesso, além das relações estabelecidas entre indivíduos e a comunidade, devem servir como eixo de análise da lógica que se estabelece no cuidado em saúde (VASCONCELOS, 2014).

Dessa maneira, conforme Alves e Sousa (2004), os estudos sobre itinerários terapêuticos se fundamentam no núcleo de conhecimentos da antropologia, que têm contribuído para pensarmos a saúde/doença no que diz respeito à relativização dos conceitos biomédicos, ao conhecimento da estrutura dos mecanismos terapêuticos (eficácia simbólica), ao conhecimento das relações entre saúde/doença, realidade social, sua contextualização e intersubjetividade. Minayo (2006) argumenta que é necessário considerar como os sujeitos

definem sua situação, suas experiências biográficas, seu estoque de conhecimento e estruturas de relevâncias.

A literatura da antropologia médica utiliza modelos para analisar o processo interpretativo dos indivíduos sobre a doença e a escolha entre as diversas formas de tratamento numa determinada sociedade. Entre elas, os conceitos de “Modelos Explicativos” e “Sistema de Atenção à Saúde” de Kleinman (1978). Esses foram criados a partir de uma pesquisa etnográfica e comparativa do sistema médico com o sistema cultural, tendo o intuito de ampliar o olhar sobre o comportamento dos indivíduos em busca de serviços para manutenção ou cura de seus problemas de saúde. Interessa destacar que os dois modelos incluem em sua análise as dimensões culturais, cognitiva, social e a influência das redes sociais na tomada de decisões dos indivíduos.

Assim, a preocupação do autor é entender como a cultura, definida como um sistema de significados simbólicos, modela a realidade social e a experiência individual. Kleinman (1978) considera que a maioria dos sistemas de saúde contém três arenas sociais, dentro das quais a doença é experienciada. Estas são a arena popular: compreende principalmente o contexto familiar da doença e da cura, mas também inclui a rede social e atividades na comunidade, com a automedicação, conselho de amigos, vizinho, assistência mútua etc.; a arena profissional: consiste na medicina científica, ocidental ou cosmopolita e conta com o científico e profissional; e a arena *folk* que conta com especialista em cura não profissionais, como curandeiros, rezadeiras, espiritualistas.

Utilizando as considerações críticas de Alves e Souza (1999, p. 135) sobre a lógica explicativa dos itinerários terapêuticos, reafirma-se que este “é um fenômeno por demais complexo para que possa ser subsumido a generalidades que procedem pela descoberta de leis que ordenam o social”. Pois, se as concepções e ideias dos indivíduos sobre o processo saúde-doença e a cura decorrem de construções intersubjetivas e de experiências vivenciadas, como tentar enquadrar num modelo explicativo as escolhas e avaliações que os indivíduos fazem no decorrer dos seus itinerários em busca de cuidados de saúde e tratamento para os problemas de saúde?

Desse modo, a análise dos itinerários terapêuticos não se limita à descrição do caminho percorrido pela pessoa nos serviços disponíveis, os seus “modelos explicativos” para o processo saúde-doença e a utilização que os indivíduos fazem pelas agências de cura. Tais dimensões são insuficientes para compreender o complexo processo de escolha. É necessário

levar em consideração que a escolha de tratamento é influenciada pelo contexto sociocultural em que se situam os sujeitos e suas famílias (ALVES; SOUZA, 2004).

Conhecer a construção de itinerários terapêuticos propicia o entendimento sobre como ocorre o movimento de identificação dos problemas acarretados pelos transtornos mentais e a busca de soluções que possam estabilizar o cotidiano dos sujeitos e sustentar novas maneiras de organizar suas vidas (MÂNGIA; YASUTAKI, 2008).

Assim, o itinerário terapêutico entendido como o resultado de um determinado curso de ações, uma ação realizada ou o estado de coisas provocado por ela. Estabelecido por atos distintos que se sucedem e sobrepõem, o itinerário terapêutico é um nome que designa um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999).

A descrição de Alves e Souza (2004) sobre itinerários terapêuticos o designa como um conjunto de planos, estratégias e projetos que objetiva o tratamento do problema de saúde, mas que nem sempre são elaborados antecipadamente. Nesse percurso observam-se o entrecruzamento de racionalidades biomédicas e populares de saúde, que orientam o processo de escolha, avaliação e adesão (ou não) a determinadas formas de tratamento.

Gerhardt (2006) contribui com a discussão sobre itinerário terapêutico ao afirmar que este revela não somente a diversidade e a pluralidade das escolhas, mas evidencia as estratégias complexas dos atores sociais, a partir do universo sociocultural (individual e coletivo) em que se inserem e, sobretudo, do papel dos indivíduos enquanto sujeitos sociais. A autora utiliza a subjetividade, posicionando o indivíduo como autor de sua própria história, mas numa relação com um macrocontexto, o perfil da doença, o acesso econômico e tecnologias disponíveis para delinear o caminho percorrido pelo indivíduo ao buscar solução para seus problemas de saúde.

Neste aspecto, o que chama atenção na análise do itinerário é a capacidade individual de mobilizar recursos ou formular estratégias de enfrentamento de seus problemas do dia a dia e de suas necessidades elementares, sempre moldadas pela história de vida, “pela experiência vivida pelos indivíduos e suas famílias, pela dinâmica individual que resulta disso ou até mesmo pela personalidade individual; cada um interpreta e constrói sua própria situação de vida” (GERHARDT, 2006, p. 2451).

Assim, partindo da ideia da diversidade de estratégias terapêuticas influenciadas pela interpretação individual em cada situação de vida, encontra-se um ponto de concordância, em

que em todas elas há a utilização de diferentes formas de cuidado, coexistindo e perpassando por todas as arenas disponíveis, ou seja, cuidado domiciliar, serviços formais de saúde, redes informais etc. Não há um antagonismo nem exclusão de alternativas ou de arenas de cuidado, mas sim perspectivas e usos diferentes, e em que a análise dos itinerários terapêuticos ou da “carreira do enfermo” sinalizará a variedade de articulações que os indivíduos executam e avaliam quando devem ser utilizados em determinado contexto (MENÉNDEZ, 2003).

Ao refazer este percurso, no sentido de interpretá-lo assume-se uma tentativa consciente de se remontar ao passado com objetivo de conferir sentido ou coerência aos atos fragmentados. Nesse processo, é importante considerar a escolha e a avaliação do acompanhamento pelo indivíduo ou família é feita com base em subjetividades, valores, crenças e experiências vivenciadas e influenciadas por relações intersubjetivas, em que a imagem acerca de um tratamento é construída dentro de uma rede de relações sociais (ALVES; SOUZA, 2004).

Sobre esta ideia, os referidos autores consideram que no ato de escolha e na tomada de decisão, “o que existe é uma imagem do que pode ser a sua opção: trata-se, no caso, de uma imagem de que determinado tratamento seja o mais adequado para a sua aflição”. São nestes momentos de aflição que as redes sociais são mobilizadas e constituídas. De modo dinâmico vão se transformando no processo, mas resguardam a característica de sustentar as elaborações de imagens relacionadas a determinados tipos de cuidados (ALVES; SOUZA, 1999, p. 134).

Por redes sociais compreende-se um “[...] conjunto de seres com quem interagimos de maneira regular, com quem conversamos, com quem trocamos sinais que nos corporizam, que nos tornam reais” (SLUZKI, 1997, p. 15). Essas estão associadas à saúde, à doença e aos cuidados e são capazes de influenciar a constituição da identidade pessoal, adquirindo relevância nas escolhas por tratamentos de saúde e na participação dos indivíduos em atividades sociais.

São nesses contextos que o itinerário empreendido pelo indivíduo ou família se delinea. Influenciado pelo acumulado de experiências individuais ou do grupo, acessando diferentes arenas de cuidado e nesse percurso recebendo e ofertando apoio. A rede social sinaliza, desta forma, para a possibilidade de enfrentar os problemas de saúde através do estabelecimento de relações de cuidado e solidariedade entre os sujeitos, uma vez que a condição de enfermidade, por si só, coloca os indivíduos diante de limitações, impedimentos e

situações que mudam a relação da pessoa com o trabalho, com seus familiares, amigos e parceiros, bem como abalam sua identidade (ANDRADE; VAITSMAN, 2002).

A identificação das redes de apoio social, assim como a capacidade individual em mobilizar recursos é de extrema importância para a compreensão do itinerário terapêutico. Essa identificação está vinculada ao entendimento que a rede social do indivíduo, muitas vezes, constituída por familiares e amigos, arenas de cuidado formais e informais que a partir de uma situação de doença de um membro do grupo são mobilizadas. Essa mobilização inclui o apoio, a tomada de decisão, iniciativas e, por isso, devem ser consideradas as relações e vínculos envolvidos nesse processo (GERHARDT, 2006).

Para Canesqui e Barsaglini (2012) o apoio social pode ser visto como um tipo de prestação de ajuda que se situa em dois contextos: uma das relações entre indivíduos, grupos e instituições e outro das mudanças econômicas, sociais, políticas e culturais. Ou seja, no primeiro temos os intercâmbios, obrigações e padrões de reciprocidade entre indivíduos, grupos, famílias e instituições, portando significados para os atores neles envolvidos, nas suas respectivas experiências cotidianas e contextos. No segundo, o dar, receber e retribuir apoio influenciam-se e são influenciados pelas mudanças econômicas, sociais, políticas e culturais que afetam as transformações das sociedades modernas.

Desse modo, o itinerário terapêutico permite a análise sobre as dimensões de acesso e acessibilidade aos serviços de saúde, sejam públicos ou particulares, e as formas encontradas pelas famílias ao buscarem apoio ou ajuda para si mesma, salientando que estas guardam relação com os mitos que as famílias estabelecem na dinâmica com a sociedade.

Cabral et al., (2011), afirmam que a intenção sobre o conhecimento do itinerário é subsidiar a escolha de estratégias adequadas que garantam acesso aos usuários em momento oportuno e de forma contínua, propiciando vínculo com a equipe de profissionais de saúde e, conseqüentemente, adesão ao tratamento proposto. Potencializando, assim a organização das intervenções terapêuticas, o planejamento das ações e a articulação com os serviços. Aliado a estes, o reconhecimento das singularidades das famílias e dos sujeitos no processo de saúde-doença.

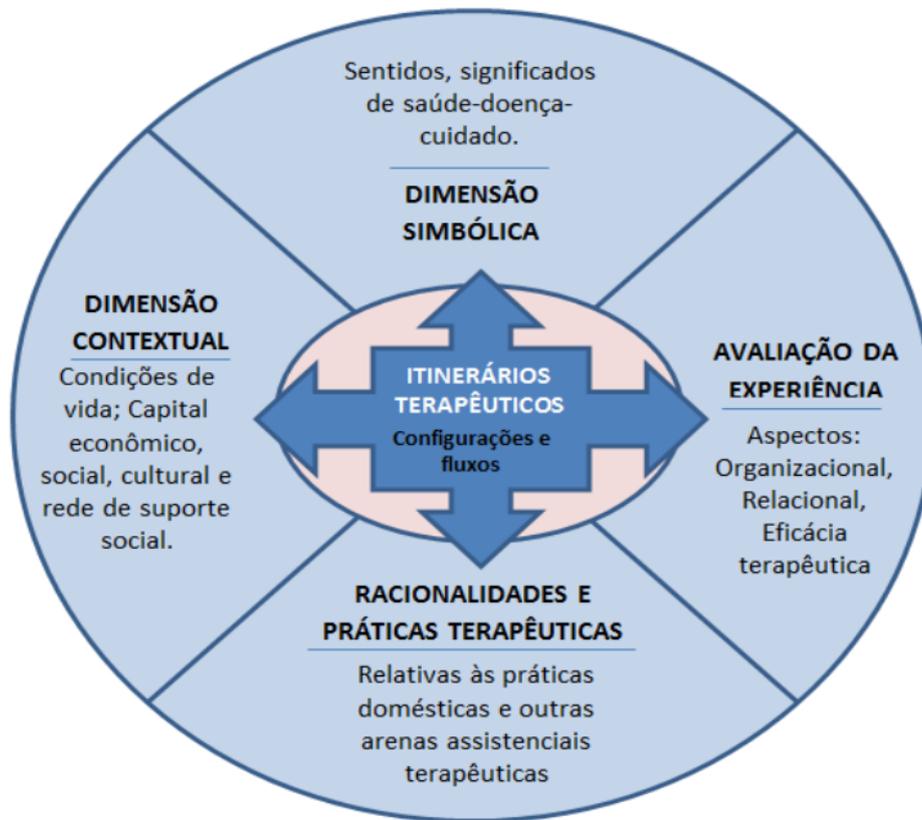
Além disso, os itinerários terapêuticos envolvem experiências construídas e reconstruídas cotidianamente, a partir de informações acumuladas pela família, aliando racionalidades biomédicas e populares de saúde numa interação com o macrocontexto social (GERHARDT, 2006).

Em síntese, o itinerário terapêutico possibilita analisar a rede de apoio social acessada pelas famílias, os recursos materiais disponíveis, o que inclui a composição da família, condição econômica e papéis familiares os processos de escolha; as relações sociais, enfatizando a interação com os serviços formais e informais e a avaliação que se faz sobre os serviços utilizados; o acesso aos serviços formais de saúde; além da concepção do processo saúde-doença mental para as famílias (VASCONCELOS, 2014).

É importante sinalizar que há diversos autores que trabalham com a ideia de itinerário terapêutico. Assim, é preciso explicitar que neste estudo adotou-se a perspectiva do modelo analítico proposto por Trad (2014, p. 3) em que descreve que o itinerário: [...] por um lado, permite apreender processos cognitivos/interpretativos relativos aos processos de adoecimento, tratamento e cura; e, por outro, fornece evidências sobre a disponibilidade e características (organizacionais e relacionais) dos recursos e serviços disponíveis. Um conjunto de elementos que incide notadamente na escolha, avaliação e adesão (ou não) a determinadas formas de tratamento ou serviços por parte de indivíduos ou grupos sociais.

De modo mais esquemático, essa proposta escolhida está representada pela figura a seguir, que corresponde ao modelo de uma Análise Holística de Itinerários Terapêuticos proposto por Trad (2014). Neste modelo a compreensão acerca dos itinerários terapêuticos inclui quatro eixos interdependentes de análise que se articulam entre si de forma fluida e dinâmica. Nessa mobilização dos eixos destaca-se a imbricação ou interpenetração entre eles, bem como entre os diferentes elementos que serão abordados em cada um.

Figura 1 - Análise holística de Itinerários Terapêuticos.



Fonte: Trad (2014).

Nesse diagrama considera-se que as configurações dos itinerários terapêuticos realizados pelos usuários de saúde mental em situações crônicas perpassam por recursos/arenas terapêuticas acessadas no processo de busca de tratamento ou cura para suas problemáticas de saúde. É válido ressaltar que não se trata de um percurso planejado e articulado previamente, e este é um ponto de confluências entre os autores (TRAD, 2014, GERHARDT, 2006; ALVES; SOUZA, 1999), pois o usuário ou familiar ao acionar esta ou aquela arena/recurso de cuidado, é influenciado por aspectos simbólicos (representações e significados relativos ao processo saúde-doença, culturalmente construídos) e contextuais (incluindo condições de vida, disponibilidade de recursos assistenciais, intermediação de redes de suporte social) (TRAD, 2014).

Além dessas dimensões, refazer o percurso terapêutico implica na análise das racionalidades subjacentes e das práticas terapêuticas das diferentes arenas de cuidado, sendo necessário um olhar para o autocuidado ou para as práticas domésticas de atenção. Trad (2014) salienta a importância de tipificar características específicas em cada caso: os agentes de cura/cuidado, os preceitos etiológicos, nosológicos, terapêuticos.

Por fim, na ótica de Vasconcelos (2014), essa análise perpassa pelo componente da avaliação da experiência, considerado pela autora como eixo estratégico para a compreensão da dinâmica dos itinerários terapêuticos dos sujeitos/grupos investigados e transformações que se processam nas sucessivas escolhas e fluxos, tal como nas significações sobre a doença em questão, prognósticos etc. É nessa dimensão que os aspectos organizacionais, relacionais e sobre a eficácia terapêutica serão revelados e poderão subsidiar o trabalho de profissionais e gestores de saúde, tendo como referência a avaliação dos usuários da rede de serviços.

4 MÉTODO

4.1 NATUREZA E TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo baseado na abordagem qualitativa, assumindo como arcabouço teórico a hermenêutica de Paul Ricoeur, que tem como preocupação central a interpretação das narrativas da experiência dos sujeitos, buscando entender os sentidos e significados dos comportamentos interligando o texto e a ação (RICOEUR, 1989).

Na ótica de Minayo (2013), o método qualitativo permite desvelar processos sociais, ainda pouco conhecidos, referentes a grupos particulares, ademais propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo. Por isso, é também utilizado para elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias.

Como pode ser depreendido, por esse caminho teórico-metodológico é possível compreender a dinâmica cotidiana vivenciada pelas pessoas em situações crônicas na RAPS, desvelando os sentidos e significados relacionados à experiência da saúde-doença mental num contexto sociocultural.

4.1.1 Discursividade: uma Interpretação Teórico-Metodológico da Hermenêutica Fenomenológica de Paul Ricoeur

A hermenêutica é vista, hoje, como uma teoria ou filosofia de interpretação, capaz de tornar compreensível o objeto de estudo mais do que sua mera aparência ou superficialidade. A hermenêutica busca aprofundar o sentido além daquilo que aparentemente está exposto, sua condição permite-nos vivenciar pela interpretação os significados a partir do diálogo com o mundo (SILVA, 2010).

A fundamentação teórica-metodológica da tese diz respeito ao olhar fenomenológico de Paul Ricoeur (1990), que possibilita a contribuição de maneira bastante significativa mediante uma teoria da interpretação ancorada na dialética entre explicação e compreensão, mediada pela interpretação. Contempla um método reflexivo que estabelece uma conexão

com o vivido. Considera importante a compreensão da existência, dessa maneira, busca “redescobrir a autenticidade do sentido” por meio da verdade.

A hermenêutica, uma palavra cuja origem grega é “*hermeneia*”, e que está relacionada à figura de Hermes, o tradutor da linguagem dos deuses, tornando-a acessível aos homens. O deus Hermes procurava compreender aquilo que o humano não alcançava em algo que esta compreensão pudesse alcançar (SILVA, 2010).

Dessa forma, a hermenêutica propõe reflexões acerca da experiência estética e da linguagem humana. Ela se constitui a interpretação do sentido do que não está dito ou mostrado, ao fazer-se algo. Busca a identificação do significado, o qual é fundamental na descrição da experiência e tem por objetivo alcançar uma teoria da interpretação do ser. Paul Ricoeur busca um “método reflexivo” que esclareça a existência e elucide “seu sentido” (RICOEUR, 1990).

Desse modo, acrescenta que a hermenêutica é compreendida como a teoria das operações da compreensão em sua relação com a interpretação dos textos, porque interpretar é tentar desvelar a própria descrição, ou seja, perceber sentido na existência humana (RICOEUR, 1990).

Como bem destaca Jorge et al. (2012), essa experiência vivida do sujeito, essa maneira de ser é expressa e trazida ao coletivo, e nele poderá ser processada, reelaborada e transformada. Essa visão se distancia de qualquer percepção de um conhecimento do sujeito em relação a si mesmo de forma intuitiva e direta. Ao contrário, revela uma compreensão do si mesmo de maneira indireta por meio da linguagem, onde o sujeito se apresenta como narrador da sua própria experiência. “Para Ricoeur, o si mesmo é, portanto, o autor, o narrador e o personagem de sua própria história, conferindo a ele um papel central à mediação da narração na constituição do si mesmo” (SODRÉ, 2004, p. 68).

A hermenêutica é que recupera o sentido da coisa, levando em consideração a ocupação do contexto histórico que acontece. O sujeito interpretativo não pode eximir-se de sua história, pois esta é a condição da busca da verdade. A realidade social é tomada como texto a ser analisado e interpretado a partir do contexto histórico. O sujeito é que interpreta e dá sentido ao texto a partir do contexto histórico que ocorre, buscando investigar o mundo pessoal das experiências e não um ente independente do sujeito.

A interpretação coloca-se entre a linguagem e a vida vivenciada mediante uma série de conceitos interpretativos, destacando-se o distanciamento, a apropriação, a explicação, a compreensão (RICOEUR, 1991; 1995).

A linguagem para Ricoeur (1988, p.14) se configura elemento de expressão de todos os simbolismos, assim, ele menciona as suas concepções específicas concernentes ao símbolo e à interpretação.

Chamo símbolo a toda a estrutura de significação em que um sentido direto, primário, literal designa por acréscimo um outro sentido indireto, secundário, figurado, que apenas pode ser apreendido através do primeiro. A interpretação é o trabalho do pensamento que consiste em decifrar o sentido escondido no sentido aparente, em desdobrar os níveis de significação implicados na significação literal (...)

No que concerne ao distanciamento, Geanellos (1998a) chama atenção para o fato de que a objetivação do texto reduz a intenção do autor, eliminando a ideia de que exista uma única forma de compreensão. Um texto tem vários significados e as pessoas interpretam diferentemente o mesmo texto.

O distanciamento produz a objetivação do texto libertando-o do seu autor e de suas intenções, fornecendo uma vida própria. O distanciamento não é imposto metodologicamente, ao contrário, é um aspecto constitutivo da sua transformação em texto escrito por meio da fixação da língua falada em língua escrita (RICOEUR, 1991; 1995). Um outro conceito é representado pela apropriação, quando o intérprete apropria-se do significado de um texto, transformando este em algo familiar, próprio. A apropriação do significado do texto é similar ao sentimento de pertença a uma tradição (GEANELLOS, 1998b; 1998b; WIKLUND et al., 2002).

A noção de texto, na perspectiva produtora do distanciamento, é elaborada, considerando-se cinco aspectos: realização da linguagem como discurso; discurso como obra; relação da fala com a escrita; o mundo do texto e compreender-se diante da obra (RICOEUR, 1983).

Enquanto a apropriação acontece quando a pessoa que lê o texto apropria-se do seu significado e o transforma em algo seu (CAPRARA; VERAS, 2005), a articulação entre explicação e compreensão se dá no plano do “sentido da obra” (RICOEUR, 2000).

Para Ricoeur (1991), a explicação concentra-se no que o texto diz, em relacionar as partes internas do texto desvelando sua estrutura. A compreensão tem o propósito de fazer o leitor se apropriar do que o texto fala.

A interpretação/compreensão acontece em dois momentos: compreensão *naive* ou simples e compreensão profunda. A compreensão *naive* capta de modo superficial os significados do texto (GEANELLOS, 2000), nesse momento da leitura deve emergir um sentido geral do texto (WIKLUND; LINDHOLM; LINDSTROM, 2002).

A compreensão profunda refere-se não somente ao que foi expresso, mas também ao não dito; nesse momento, são levados em conta os conhecimentos prévios do intérprete (GEANELLOS, 2000). Nesse momento, a interpretação apreende além do que está dito no texto, utilizando a pré-compreensão do pesquisador como horizonte ao texto.

O que se pretende compreender não é o discurso, mas a significação, o sentido. “O discurso (...) é realizado como acontecimento, mas compreendido como sentido” (RICOEUR, 1989, p.116).

O ato de interpretar implica na produção de um novo texto, mediante a adição de sentido que lhe fora dada pelo intérprete dentro de uma concepção dialógica. Essa adição de sentido decorre da consciência da história do intérprete. Para Gadamer (2007), o processo hermenêutico: a compreensão, a interpretação e a aplicação consistem em aspectos que se fundem numa única coisa. A compreensão de um texto histórico somente é possível a partir da historicidade do intérprete.

Graças à imersão do pesquisador no meio pesquisado, o estudo reconstitui as visões da base mais variada do que as imagina, permite o cruzamento de diversos pontos de vista sobre o fenômeno e torna mais nítida a complexidade das práticas, aproximando da sua densidade (BEAUD; WEBER, 2007).

O processo interpretativo, portanto, se verifica em etapas onde a experiência de vida é expressa por meio da verbalização, a qual é coletada através de entrevistas e transcrita em textos e, daí, interpretadas (GEANELLOS, 2000).

4.2 CAMPO EMPÍRICO

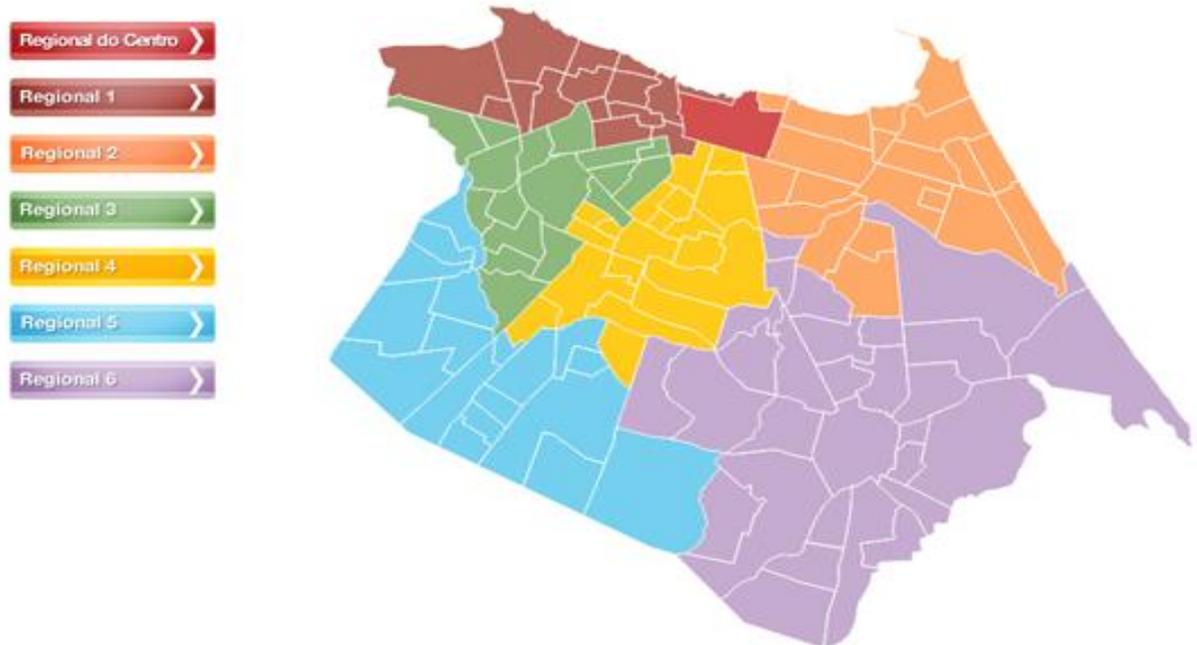
Com o intuito de captar as experiências dos sujeitos, utilizou-se o trabalho de campo. De acordo com Flick (2009, p. 114), entrar no campo inclui mais do que apenas estar lá. Consiste no processo complexo de “situar-se e de estar situado no campo. Tem a ver com assumir e com fixar em um papel no campo”, uma vez que a pesquisa qualitativa não se

interessa simplesmente pela apresentação exterior dos grupos sociais. Ao contrário disso, o que se quer é envolver-se em um mundo ou cultura diferentes, e em primeiro lugar compreendê-la ao máximo possível dentro dele e de sua própria lógica.

A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza, capital do estado do Ceará, que segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é a cidade mais populosa do Ceará e a quinta maior cidade do país, com população estimada de 2.447.409 habitantes, sendo a capital de maior densidade demográfica – 7.764,6 hab/km². A Região Metropolitana de Fortaleza possui 3.435.456 habitantes e é composta por 13 municípios: Aquiraz, Caucaia, Chorozinho, Eusébio, Fortaleza, Guaiúba, Horizonte, Itaitinga, Maracanaú, Maranguape, Pacajus, Pacatuba e São Gonçalo do Amarante (IBGE, 2010).

A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza é o órgão da administração direta da Prefeitura de Fortaleza que gerencia a oferta de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. No modelo de descentralização da administração pública municipal em Fortaleza, a Secretaria se articula diretamente com as seis CORES (Ver Figura 2), por meio dos respectivos Distritos de Saúde (FORTALEZA, 2014).

Figura 2 – Coordenadorias Regionais de Saúde de Fortaleza-CE



Fonte: Mapa Fortaleza, 2014.

A Secretaria Municipal de Saúde administra uma rede própria de serviços de saúde e mantém convênio com uma rede de hospitais e clínicas públicas, particulares ou filantrópicas. A rede própria é formada por 92 postos de saúde, dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), o Centro de Especialidades Médicas José de Alencar (CEMJA), duas Farmácias Populares, 14 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), oito hospitais secundários, um hospital terciário, outro de atenção secundária e terciária e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A rede conveniada é composta por clínicas e hospitais públicos, privados e filantrópicos credenciados, que prestam serviços de consultas, exames e internações (FORTALEZA, 2014).

A porta de entrada dos serviços de saúde são os postos de saúde ou Unidades Básicas de Saúde, que oferecem a atenção básica ou primária à população, tendo como referência o PSF. Os postos abrigam equipes da ESF, que reúnem médicos, enfermeiros, dentistas e agentes comunitários de saúde, e contam com o suporte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), formados por outros profissionais, como fisioterapeutas, educadores físicos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e assistentes sociais.

Nas UBS os profissionais poderão, dependendo da necessidade dos usuários, encaminhá-los para consultas com especialista (CEO, CAOS, SEMJA, Policlínica e UPA), assim como para realização de exames especializados, que são oferecidos nos centros especializados da rede pública municipal, como também nas clínicas credenciadas ao SUS (FORTALEZA, 2014).

Os atendimentos de emergência e os tratamentos para problemas de saúde mais complexos são oferecidos na rede hospitalar pública municipal ou conveniada. A atenção secundária na rede própria é feita pelos oito hospitais distritais, conhecidos como Frotinhas (três) e Gonzaguinhas (três), além do Centro de Atenção à Criança e do Hospital Nossa Senhora da Conceição. A atenção terciária municipal é realizada no Instituto José Frota (IJF). O Hospital da Mulher de Fortaleza é de atenção secundária e terciária. A rede hospitalar municipal tem 956 leitos, sendo 553 nos hospitais secundários e 403 no hospital terciário – IJF (FORTALEZA, 2014).

4.2.1 Rede Assistencial em Saúde Mental de Fortaleza.

Fortaleza tem seu processo de transformação do modelo assistencial em saúde mental atrasado. Em 1993, é criada uma Comissão de Reforma Psiquiátrica, por iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde, com o objetivo de implantação de nove CAPS, nos dois anos seguintes. No entanto, as mudanças são limitadas, pois a assistência hospitalar psiquiátrica formada por dois hospitais psiquiátricos, um estatal e outro privado, absorve boa parte dos investimentos na área, restando um singelo deslocamento de recursos para uma instituição intermediária: o hospital-dia. Iniciativa muito aquém para a transformação do modelo (SAMPAIO; SANTOS; ANDRADE, 1998).

A assistência à saúde mental em Fortaleza até 2004 constituía-se de apenas três CAPS Geral e sete Hospitais Psiquiátricos, sendo 01(um) público e 06(seis) conveniados com o SUS, prevalecendo, portanto, como eixo estruturante dos atendimentos em saúde mental, o modelo hospitalocêntrico. Os CAPS contavam, em média, com cinquenta e quatro (54) profissionais em suas equipes, com infraestrutura precária para realização de atendimentos e visitas domiciliares e institucionais, não havendo articulação com o território, tão pouco articulação intersetorial. Somente a partir de 2005, importantes ações foram realizadas, tais como a ampliação e a recuperação dos CAPS já existentes e a implantação de novos serviços (ANDRADE et al., 2007).

Atualmente, a cidade possui 14(catorze) CAPSs, sendo 06(seis) CAPSs tipo II, 01 CAPS tipo III, 06(seis) CAPSs álcool e Drogas e 02(dois) CAPSs Infantil. A Rede de hospital psiquiátrico, atualmente, é composta pelos seguintes serviços: Hospital Mental de Messejana, São Vicente de Paula e Nosso Lar.

Ressalta-se que esta pesquisa adotou como ponto de partida o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS tipo II), localizado no distrito de saúde da Secretaria Regional IV em Fortaleza. A escolha pelo território da Regional IV foi em virtude desta estar pactuada com a Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do município com a Universidade Estadual do Ceará (UECE). Portanto, a instituição de ensino assume corresponsabilidade sanitária com a saúde da população de Fortaleza, implementando ações e desenvolvendo pesquisas que contribuam para o equacionamento dos desafios sanitários do município (ELLERY et al. 2010). No que se refere à APS, a unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) escolhida também pertence à Secretaria Regional IV em Fortaleza e no que se refere à

atenção hospitalar, o Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM) foi o escolhido como campo de pesquisa por ser referência e porta de entrada das internações psiquiátricas no estado do Ceará.

Iniciou-se o trabalho de campo em setembro de 2016, com uma discussão dos objetivos deste estudo com a coordenadora do serviço no momento e com a assistente social na busca de mapear o perfil de alguns usuários do serviço que tivesse perfil para a pretendida pesquisa, bem como, por meio da observação do investigador da dinâmica do CAPS, da ESF e do Hospital Psiquiátrico (HP), nos três espaços de estudo foram realizadas essa mesma estratégia de aproximação. Nesse momento não foram realizadas entrevistas, apenas uma familiarização com o ambiente e as pessoas que frequentavam os serviços. Utilizou-se o diário de campo para registro e apontamentos das observações realizadas. O intuito era iniciar um contato com esse serviço e a identificação de possíveis informantes, para então obter o contato dos usuários e dos familiares colaboradores da pesquisa.

No decorrer dos seis meses, foi possível estabelecer vínculo com o serviço e com os profissionais, participando algumas vezes de roda de diálogo (conversa). Estas tinham o intuito de discutir o processo de trabalho da equipe multiprofissional do serviço por meio de casos de usuários em situações crônicas, que naquele certo momento estavam instigando os trabalhadores envolvidos no cuidado direto e como se traçar um projeto terapêutico para dar conta daquela demanda.

A partir da identificação dos usuários participantes, realizou-se visita domiciliar, participação no apoio matricial entre CAPS e ESF, bem como entrevistas individuais com os usuários e seus familiares e, assim, foi possível desenhar o itinerário terapêutico em busca de cuidados e assistência à saúde, foram identificadas, também, instituições formais de saúde, como a unidade de atenção primária e o hospital psiquiátrico, todos localizados no mesmo bairro e acessados pela população quando necessitavam de solução para seus problemas de saúde. No que tange os trabalhadores de saúde mental do CAPS e ESF realizou-se as rodas de diálogo (conversa) e entrevistas individuais. O retorno ao campo de estudo se deu no início do mês de agosto do ano de 2017 para entrevistar os trabalhadores de saúde do hospital psiquiátrico, não sendo possível realizar as entrevistas de usuários e familiares dessa instituição; e aprofundar algumas entrevistas com os usuários e trabalhadores de saúde do CAPS.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os sujeitos da pesquisa foram distribuídos em cinco grupos: Grupo I – Trabalhadores de Saúde vinculados de alguma forma com a saúde mental na ESF, Grupo II - Trabalhadores de Saúde do CAPS, Grupo III - Trabalhadores de Saúde do HP, Grupo IV - Usuários e Grupo V - Familiares.

Partiu-se do princípio que a amostragem na pesquisa qualitativa significa o resultado de operações para construir o *corpus* empírico da investigação. É entendida como processo dinâmico, contextualizado e não generalizável, que pode incluir no decorrer da pesquisa de campo o convite aos participantes do estudo, sendo esses intencionalmente selecionados. Martínez-Salgado (2012) indica que cada unidade, ou conjunto de unidades é cuidadosamente e intencionalmente selecionada por sua capacidade de fornecer informações completas e detalhadas sobre o tema de investigação. Salienta-se ainda, que a qualidade científica de uma pesquisa não depende do tipo de amostra, mas de como esta foi construída no decorrer da investigação (PIRES, 2010).

Assim, todos os informantes foram intencionalmente convidados a participar da investigação. Entre os trabalhadores, considerou-se importante destacar sua atuação com o usuário de saúde mental e aproximação com as famílias. No que diz respeito aos critérios de inclusão e exclusão dos participantes da pesquisa, optou-se por trabalhadores de saúde (gestores ou não) que estiverem atuando na ESF, nos CAPS e HP; e que tenham acompanhado algum usuário com transtorno mental considerado crônico no último ano. Quanto aos usuários foram aqueles que estavam em acompanhamento nos CAPS e em situação crônica e que tivesse efetivado algum tipo de intervenção no Hospital Psiquiátrico pesquisado. No que tange os familiares, optou-se por aqueles que mais se faziam presentes nos atendimentos juntamente com o usuário.

Ao todo, a investigação contou com 23 participantes, assim, distribuídos: entrevistados no Grupo I - cinco trabalhadores (enfermeiros, médicos e agentes de saúde), Grupo II - oito trabalhadores (enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos e técnicos de enfermagem), Grupo III - seis trabalhadores (enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, psicólogos e assistentes sociais), Grupo IV - dois usuários com Itinerário Terapêutico e Grupo V- dois familiares.

4.4 ESTRATÉGIAS DE APREENSÃO DE NARRAÇÕES

Para alcançar as informações de um diferente nível de compreensão, incluindo as narrativas de trabalhadores, usuários e familiares, o sentido que eles atribuem a questões das situações crônicas em saúde mental foi utilizado para a produção destas informações: a entrevista em profundidade, roda de conversa (uma durante o apoio matricial realizado na unidade básica entre os profissionais do CAPS e ESF; e outra com os profissionais enfermeiro, assistente social e terapeuta ocupacional no CAPS com discussão do caso de um usuário participante) e a observação sistemática.

As entrevistas em profundidade e as rodas de conversas foram gravadas em aparelhos digitais, com autorização prévia dos entrevistados através da leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. O material gravado foi transcrito na íntegra e analisado pelo pesquisador em questão, que se responsabilizou em garantir o anonimato dos participantes.

Segundo Minayo (2013), a entrevista em profundidade baseia-se na comunicação verbal utilizando-se de questões abertas. Nessa modalidade de entrevista, o entrevistado tem mais liberdade para discorrer sobre as questões abordadas. É uma técnica na qual a subjetividade pode ser bem analisada.

Já as rodas de conversas possibilitaram encontros dialógicos, criando possibilidades de produção e ressignificação de sentido – saberes – sobre as experiências dos partícipes. Sua escolha baseia-se na horizontalização das relações de poder. Os sujeitos que as compõem se implicam, dialeticamente, como atores históricos e sociais críticos e reflexivos diante da realidade (SAMPAIO et al., 2014).

A outra técnica utilizada foi a observação sistemática, sendo considerada aquela em que se realiza no intuito de responder a propósitos preestabelecidos, através de um planejamento prévio. Todavia, as normas não devem ser padronizadas, nem rígidas demais (LAKATOS; MARCONI, 2007), ou seja, o observador sabe o que procura e o que carece de importância em determinada situação.

A observação sistemática foi orientada por um roteiro com o intuito de possibilitar o confronto com os dados apreendidos entre a representação (fala/depoimento) e a prática concreta na RAPS de Fortaleza-CE. As observações foram registradas em diário de campo.

Conforme Minayo (2013), toda observação deve ser registrada no diário de campo, considerado instrumento que constam todas as informações que não sejam o registro das entrevistas formais. Portanto, no decorrer das nossas observações registramos conversas informais, sentimentos, comportamentos, gestos, expressões, experiências, atos e atitudes que permitem captar as diferentes realidades a serem observadas.

A natureza do *corpus* desta pesquisa foi constituída por: entrevistas em profundidade, rodas de conversas e observação sistemática, realizados com diferentes grupos de interesse (trabalhadores, usuários e familiares).

4.5 DISPOSITIVO DE ANÁLISE: O LUGAR DA INTERPRETAÇÃO

Ao longo do percurso metodológico, as narrativas geradas das entrevistas passaram por uma exaustiva leitura, no qual foi realizada uma primeira interpretação (*naive*) no intuito de compreender o conteúdo em termos gerais e identificar os temas principais (CAPRARA; VERAS, 2005). Para a conformação dos grandes eixos temáticos da pesquisa, a partir do material coletado nas entrevistas, deu-se uma análise com base na hermenêutica fenomenológica de Paul Ricoeur. E as anotações em diário de campo foram utilizadas como complementação aos dados analisados oriundos das entrevistas em profundidade.

Ao considerar a coerência entre a abordagem hermenêutica, segundo Ricoeur (1990), propor elucidação do significado, o desvelamento do sentido, sedimentando uma compreensão acerca do mundo, optou-se por analisar os dados das narrativas dos trabalhadores, usuários e famílias de pessoas em situações crônicas na saúde mental que estavam em acompanhamento na ESF, CAPS e HP. Assim, a interpretação direcionou-se para análise das relações internas do texto, que representa as partes dos discursos e tenta compreender os significados revelados por estes, ou seja, o todo em relação às partes.

Interpretar o texto consiste em desvelar a mensagem implícita no discurso, acontecimento a ocorrer no tempo, quando alguém se expressa ao falar, na tentativa de descrever ou representar seu mundo (OLIVEIRA, 1998).

Busca-se analisar as unidades de significação, pequenos fragmentos de discurso (EKMAN et al., 2000), ou seja, subtemas mais profundos que podem estar expressos por

metáforas ou outras figuras de linguagem ou estilo narrativo. Dessa forma, destaca-se no quadro a seguir:

Quadro 1 - Processo de codificação dos temas.

Entrevistas	Fragmento do texto	Tema

Fonte: elaborada pelo autor

Em seguida, foram destacados os subtemas que contribuirão para a conformação dos grandes temas que emergir a partir da análise, como destacado no quadro abaixo:

Quadro 2 - Análise das unidades de significação.

Unidades de significação	Interpretação	Relação com a teoria

Fonte: elaborada pelo autor

A fenomenologia hermenêutica de Paul Ricoeur permite uma nova visão da dinâmica da consciência, da linguagem e das significações intencionais, da relação do si mesmo e da alteridade, levando em conta a perspectiva das comunidades históricas (SODRÉ, 2004).

A teoria interpretativa de Ricoeur (1990), eleita para análise dos dados deste trabalho, oportuniza a compreensão do expresso e do não expresso no discurso. A interpretação simples e profunda favorece o entendimento das partes do texto em relação ao todo e vice-versa, facilitando reflexão sobre os diferentes temas que emergem a partir das informações adquiridas.

Em síntese, a análise seguiu os seguintes passos: transformação dos discursos em textos; leitura simples, com o intuito do entendimento dos textos como um todo; análise estrutural, que examina o texto na sua estrutura; compreensão do texto de forma abrangente; interpretação e análise. Desse modo, emergiram as seguintes categorias - Entendimento dos trabalhadores de saúde sobre a situação crônica em saúde mental: expressão do que se pode manter, controlar e estabilizar; Modelo de atenção em rede dando suporte às situações

crônicas em saúde mental; A (in)visibilidade do hospital psiquiátrico na rede de atenção psicossocial: será possível dialogar? e Os casos e os itinerários terapêuticos.

4.6 QUESTÕES ÉTICAS

A presente investigação é um destaque do projeto intitulado “Inquérito sobre o Funcionamento da Atenção Básica à Saúde e do Acesso à Atenção Especializada em Regiões Metropolitanas Brasileiras”, que tem como instituições proponentes e parceiras a UNICAMP, USP, UNB, UFRGS, UECE, UNIFOR e UFC, financiada pelo MCTI/CNPq/MS. Como exigido, o projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), tendo parecer favorável, sob o número 968.511/2015.

Os participantes do estudo tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e assinaram assumindo o desejo de participar da pesquisa, atendendo aos princípios éticos, conforme Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Em síntese, a coleta das informações respeitou os princípios éticos que norteiam o trabalho científico, guardando o anonimato e sigilo quanto à autoria das respostas dos entrevistados e observados. Para caracterização dos usuários foram utilizados nomes fictícios. Também, foi acordado com todos os participantes, que será feita a devolutiva dos resultados finais para coordenadores, gestores, familiares, usuários e redes de apoio social.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ENTENDIMENTO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE SOBRE A SITUAÇÃO CRÔNICA EM SAÚDE MENTAL: EXPRESSÃO DO QUE SE PODE CURAR, MANTER, CONTROLAR E ESTABILIZAR

Na apreensão das narrativas dos trabalhadores de saúde nos três cenários (ESF, CAPS e HP) em análise sobre o adoecimento crônico, percebe-se que o entendimento sobre as situações crônicas em saúde mental vem passando por múltiplas transformações ao longo da história, mais ainda hoje encontra a sua maior expressão na concepção de “Cura”, onde toda experiência de doença ou comportamento humano “desviante” que não se pode “Curar” se denomina de crônico, como nestas narrativas: “Cronicidade é chegar a um ponto que o quadro não evolui (...) não tem expectativa de “cura”, permanece como está (...) não podemos considerar que esteja estável e sim crônico em termos de situação de saúde e qualidade de vida”. Ou em outras palavras: “O paciente crônico desenvolve uma doença que ainda não tem cura, pode até haver tratamento (...) mas não a cura propriamente dita”. Ou ainda neste discurso: “Ser crônico é sempre ter recidivas e, por isso, viver internando no hospital psiquiátrico, já que não tem cura, ele vem ao hospital para sair da crise e não se curar”.

No intuito de aprofundar a discussão a respeito da situação crônica, destaca-se que na contemporaneidade tem se tornado uma visão bastante consistente, a concepção que a possibilidade de controlar, manter estável o quadro crônico é um avanço da medicina e, assim, a experiência de conviver com as situações crônicas com qualidade de vida por um longo período de tempo, considerando a transição de algumas doenças, que antes eram agudas como exemplo emblemático a HIV/AIDS, que levava subitamente à morte e, atualmente, se consegue controlar, e logo se tornaram situações crônicas, a doença deixou de ser considerada aguda e passou a ser crônica, prolongando o tempo de vida.

Dicotomia dessa classificação meramente aguda e crônica é algo que se deve superar, pois não consegue abarcar e nem dar conta da complexidade do fenômeno saúde/doença. É evidente que não se pode negar as contribuições da inovação da biotecnologia na medicina, com novas substâncias farmacológicas e terapêuticas tecnológicas avançadas no tratamento e controle de diversos agravos agudos ou crônicos. No entanto, não se pode deixar de continuar avançando no sentido de compreensão dos discursos dos trabalhadores da ESF e CAPS, o que

se faz agora com o crônico, “a doença não mata? Porém, se torna crônica.”, conforme narram: “A pessoa não morre (...) mais leva para toda a vida. Sempre vou ao posto nas consultas e pegar os medicamentos para controlar a doença; a cronicidade em saúde mental é como as doenças crônicas hipertensivas e diabetes que têm controle, manutenção e estabilidade. As pessoas ficam estáveis e controladas, não apresenta quadros agudos”.

Nesse sentido, emerge a inquietação a respeito da concepção de que a situação crônica em saúde mental é a expressão de algo que não se pode curar, mas se pode controlar, manter e estabilizar, implicando mudanças de hábitos e comportamentos, vivência com os impactos sociais e emocionais da doença e de seus sintomas, utilização ininterrupta de medicações, frequente interação com profissionais de saúde e a permanente convivência com a impossibilidade de cura, ou seja, a “condenação” de viver com a doença a vida toda mesmo que controlada e estabilizada.

Diante disso, questiona-se: o controle do adoecimento psíquico crônico se daria por todo o aparato tecnológico da farmacologia, biotecnologia, que conseguem controlar o emocional e a vida social? Logo, se problematiza a forma como a sociedade contemporânea em discussão se pauta na sociedade do controle, da manutenção e da estabilidade. Se vive, atualmente, num ambiente conturbado, ligeiro, estressante, com mudanças e transformações sejam climáticas, biológicas, sociais e culturais com uma velocidade assustadora. Como exigir que uma pessoa com adoecimento psíquico possa estar controlada e estabilizada com tantos dilemas e desafios complexos a serem superados? Os informantes para a pesquisa da ESF, CAPS e HP consideram que as situações crônicas parecem poder ser controladas por terapêutica medicamentosa e mudança de comportamentos, e são definidas como qualquer condição prolongada, geralmente progressivas e não curáveis:

O quadro crônico é uma manifestação de sinais e sintomas persistentes, no entanto, com o grande avanço farmacológico e da neuropsiquiatria, temos muitas pesquisas e medicamentos excelentes que podem controlar e estabilizar o paciente (...) terá que fazer uso do medicamento diariamente e para a vida toda, mesmo fazendo outras terapias não medicamentosas.

A cronicidade não significa que o paciente vai ser eternamente aquele quadro (...) mas ele pode ter seu período de estabilidade e por que não a partir desse momento a diante, não ter mais também essa estabilidade, fica nessa oscilação já que vivemos numa sociedade instável, “muda tudo a todo instante”, baseada na produtividade acelerada, propícia ao adoecimento psíquico.

Os que têm a doença bem desenvolvida se não tomar medicação irão ficar em crises constantes e voltando para internação direta, têm pacientes com mais de 20 internamentos por ano (...) tem que controlar o quadro na internação hospitalar.

Reforçando esse achado, Fleischer e Franch (2015) afirmam que as situações crônicas são aflições que não podem ser curadas, mas sim “controladas” graças aos avanços da biotecnologia e da medicina. Por isso, elas se estabelecem na vida dos sujeitos como condições com as quais é preciso conviver por extensos períodos de tempo, nomeadamente desde seu diagnóstico ou emergência até a morte, que pode advir, ou não, de complicações decorrentes dessa mesma doença.

Ainda fomentando essa discussão, Byung-Chul Han (2015) afirma que a aceleração do cotidiano, em que as pessoas se assolam de atividades, empobrece as redes de solidariedade que poderiam oferecer um espaço de acolhimento e trocas afetivas para lidar com as adversidades da vida. Os valores da solidariedade são sobrepujados pela competição, em que o não reconhecimento do outro é a lógica, já que é preciso sobrepujá-lo. O fenômeno aceleratório amplia uma exaustão cumulativa de certa forma responsável pelo distanciamento físico entre as pessoas e, conseqüentemente, potencializa o adoecimento psíquico.

Problematizando a discussão, a passagem da modernidade para a contemporaneidade ocasionou a mudança de um modelo de sociedade. De uma sociedade vista por Foucault como “Disciplinar”, para um modelo de sociedade identificada por Gilles Deleuze (1992) como de “Controle”. Hoje, nós encontramos-nos num momento de transição entre um modelo e outro. O momento é de saída de uma forma de encarceramento completo para uma espécie de controle aberto e contínuo.

Como argumenta Deleuze (1992), a passagem de uma sociedade disciplinar a uma sociedade de controle, tem como estratégia fundamental esvaziar a imagem da sua virtualidade, para torná-la pura informação, parte dos dispositivos de vigilância e monitorização. Ao atribuir à imagem a potencialidade da informação, desloca-se a abordagem do campo de representação, passando a compreendê-la enquanto a própria expressão dos acontecimentos.

É importante perceber que na sociedade do controle, o aspecto disciplinar não desaparece, apenas muda a atuação das instituições. Os dispositivos de saber/poder que ficavam circunscritos aos espaços fechados dessas instituições passam a adquirir total fluidez, o que lhes permite atuar em todas as esferas sociais.

Entre os princípios norteadores desta dinâmica, destaca-se a abolição do confinamento enquanto técnica principal. É nesse sentido que a noção de confinamento, amplamente utilizada a partir do século XVIII, norteadora do funcionamento desses

estabelecimentos, deixou de ser a estratégia principal do exercício do poder. O controle, ao contrário, ultrapassa a fronteira entre o público e o privado. Aqui, reside um dos aspectos fundamentais na construção da passagem da sociedade disciplinar para a de controle: há um processo de instauração da lógica do confinamento, em toda a sociedade, sem que seja necessária a existência de muros que separem o lado de dentro das instituições do seu exterior (DELEUZE, 1992).

Uma sociedade que deixou de ser a sociedade disciplinar foucaultiana para ser a “sociedade do desempenho”, cuja dinâmica resulta na “guerra do sujeito consigo mesmo em processos de autoagressão, de autofiscalização e de autoacusação destrutiva geradores da depressão e do sentimento do fracasso” (HAN, 2015, p. 51).

Esse controle excessivo no campo da saúde é exercido, principalmente, pela indústria farmacêutica com suas tecnologias, que sobrevive desse olhar sobre o ser humano, que utiliza o remédio como a única expressão de cuidado. Logo, ao se cuidar de uma pessoa com transtorno mental, se busca torná-lo medicado, calmo e sem agitação. Não perturbar mais e fica imperceptível para a sociedade, pois não incomoda mais, estar controlado e estável. Não se busca trabalhar as dimensões subjetivas, emocionais, sociais e culturais dessa pessoa, sua relação com a família, com a sociedade, com o trabalho e com suas potencialidades. “Um ser crônico, porém, controlado e estabilizado”.

O campo da produção de subjetividades encontra-se, no contemporâneo, atravessado pela problemática da desterritorialização, como apontaram Deleuze e Guattari em *O Anti-Édipo* (1976). Se de um lado a desterritorialização possibilita e intensifica processos que se caracterizam pela criação de múltiplos modos de existir e de subjetividades singulares, por outro lado, poderosos dispositivos de controle perpassam também o campo social. E não pense que tais dispositivos agem de modo repressivo, operando a partir de lógicas binárias do tipo opressor-oprimido.

Linhas moleculares, linhas segmentares e linhas de fuga constituem-se em emaranhados complexos de saber/poder, tornando indefinível a direção a tomar na construção de dispositivos de resistência (DELEUZE; PARNET, 1998). Entende-se que a psiquiatria biológica atual se insere no quadro desses poderosos dispositivos de controle contemporâneos, cuja marca principal é seu caráter abrangente e global. Seu arsenal farmacológico já não se dirige apenas aos “loucos” mas, predominantemente, aos “normais”, ou seja, a todos.

Os grandes avanços na saúde mental poderão ser considerados como “novos diagnósticos psiquiátricos”, da medicalização da existência, como algo que eu posso controlar e estabilizar mesmo nos espaços abertos e territorializados, como a ESF e os CAPS? No entanto, se convive de certa forma “pacífica” com a sociedade disciplinar e com o modelo de psiquiatria tradicional e de portas fechadas, desta forma destacado no discurso do trabalhador de saúde mental hospitalar: “(...) os pacientes crônicos não têm expectativas de melhora! Porque dependendo da sua condição diagnóstica, a internação em hospital psiquiátrico e os medicamentos são ainda a primeira escolha para o tratamento”.

Promete-se uma cura sintomática rápida caso se faça uso do medicamento correto. É na consulta médica que se edificará o lugar e a carreira daqueles que, por aderirem sem questionar aos pontos de vista cientificistas, doravante receberão o seu novo estatuto: o de doente crônico-anormal. Sim, é possível uma vida normal, desde que o paciente faça uso da medicação “por toda a vida”, tal é o vaticínio proferido com frequência nas consultas médicas. Tanto a previsão de incurabilidade quanto da cura pelo uso perene de medicação são enunciações de saberes que definem o futuro como se este já estivesse dado (RAUTER; PEIXOTO, 2009).

Desse modo, deve-se colocar em discussão a “verdadeira eficiência” dos variados medicamentos psiquiátricos existentes e prescritos para o sofrimento psíquico. Pois, uma grande parcela dos quadros psíquicos se sustenta no controle dos sinais e sintomas pelo uso ininterrupto e por vezes excessivas de fármacos cujos efeitos, até hoje, são questionáveis, não tendo pesquisa científicas o suficiente que demonstre o uso seguro desses medicamentos.

O autor Robert Whitaker em seu livro intitulado: *Anatomia de uma Epidemia – pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*, que foi publicado pela primeira vez em 2010 nos Estados Unidos e em 2017 no Brasil, aborda sobre uma epidemia de transtornos mentais incapacitantes induzida pelos fármacos e busca desvendar as razões de uma autêntica epidemia de transtornos mentais, com números alarmantes no mundo inteiro de pessoas com algum diagnóstico psiquiátrico, de prescrições de drogas psiquiátricas, e de pessoas cronificadas a depender de tratamento psiquiátrico para sobreviver (WHITAKER, 2017). Pode-se assim dizer que se está induzindo certos quadros psiquiátricos que são efeitos iatrogênicos dos medicamentos, no qual esse uso indiscriminado, por exemplo, poderá ser um dos fatores “produtores” das situações crônicas em saúde mental.

Também, potencializado pela produção infinita de “novos diagnósticos psiquiátricos” a partir do recente Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais - DSM-5

(APA, 2013), onde se apresentam várias oposições a esta nova edição deste manual que, repetindo o modelo das versões anteriores, apresenta grandes fragilidades epistemológicas, limitando-se a elencar uma lista de sintomas pouco claros para um conjunto cada vez maior de patologias mentais.

Como de modo geral os especialistas reconhecem que os “tratamentos” não têm conseguido a “cura” dos transtornos mentais, estes se destinam a controlar os sinais e sintomas e, frequentemente, a fazer com que cada um aprenda a conviver com a sua doença pelo resto da vida. Assim, pode-se afirmar que a situação crônica é um domínio que continua sob forte controle da biomedicina e da indústria farmacêutica.

Fomentando a discussão, percebe-se que variadas problemáticas de origem social, histórica e política são transformadas em situações crônicas no campo da saúde e segundo os sujeitos da ESF e com a reflexão de Moysés e Collares (2013), que problematizam sobre alguns dilemas que se enfrentam atualmente, situando-os nesse processo da denominada “medicalização da vida”:

No caso específico da saúde mental, vem surgindo muitos diagnósticos novos, coisa que não se considerava doença hoje é (...) e já aparece de certa forma como crônicas. Viver e existir parece ter se tornado doentio (...), são quadros que precisam de muita atenção, bastante tempo de acompanhamento já que não sabemos bem como lidar com elas, apenas se tem a ideia de precisar de muita medicação e terapia. A maioria dos casos que já atendi de saúde mental são crônicos ou poderão ficar crônicos, seja em que quadro clínico esteja sempre ficarão obrigados ao uso de medicamentos.

Sabe-se que, no Brasil e no mundo, as doenças crônicas crescem tendencialmente, acompanhando o aumento da expectativa de vida, o desenvolvimento de novas terapêuticas e o aprofundamento do processo de medicalização das sociedades (FLEISCHER; FRANCH, 2015).

Procura-se discutir de que forma o saber médico adentrou a intimidade das pessoas e passou a influenciar e a controlar as esferas da vida social e política, a partir da análise das práticas que sustentaram a intervenção médica na população. Sendo a saúde algo que precisa ser consumida, e assim aparece como mercadoria disponível para se viver melhor a vida.

Apesar das transformações ocorridas no cuidado às pessoas com transtorno mental grave, percebe-se a permanência da lógica psiquiátrica clássica no discurso da psiquiatria biológica. Ela está presente no diagnóstico, pelo modo de construção e operação dos manuais de classificação psiquiátricos, na construção dos instrumentos de pesquisa epidemiológica a

respeito dos problemas mentais e na forma como acontece o processo de medicalização do social (PEREIRA, 2000; CAPONI, 2009; RUSSO, 2006).

Peter Conrad (2007) classificou o processo de medicalização como reducionista, já que convertia questões sociais a fenômenos de causalidade orgânica. De acordo com sua perspectiva, a medicina passa, então, a organizar a própria vida e a descontextualizar as questões históricas, culturais, políticas e sociais.

Foucault (1979), por sua vez, apesar de não fazer uso sistemático do termo medicalização, faz referência ao processo quando aponta para a constituição de uma sociedade na qual o indivíduo e a população são entendidos e manejados por meio da medicina. A medicina moderna – que nasceu no final do século XVIII – se apresentou como uma prática social e transformou o corpo individual em força de trabalho com o objetivo de controle da sociedade. Primeiramente, o investimento era realizado diretamente nos indivíduos por intermédio da ação sobre o biológico e, posteriormente, controlavam-se as consciências e ideologias. Dessa forma, Foucault fala do desenvolvimento de um poder sobre a vida – um biopoder – que é exercido sobre os corpos por meio da tecnologia disciplinar. A partir de suas análises sobre a biopolítica, Foucault aponta o controle sob o qual a população está submetida. O autor contrapõe o poder que era exercido na soberania a essa nova noção que surge como alvo de intervenção sobre os fenômenos que se prescrevem na esfera da população (FOUCAULT, 2006, 2008).

O controle da sociedade sobre os indivíduos não estava apenas sobre o território da consciência, mas no corpo. Segundo Foucault (2006, 2008), a sociedade capitalista investiu primeiramente no biológico, no corporal, transformando o corpo em uma realidade biopolítica. O autor afirma que as sociedades modernas se construíram a partir desse amplo processo pelo qual a vida passa a ser investida por cálculos e estratégias de poder. Processo esse que marca o ingresso do biológico no campo da política, em oposição à lógica aristotélica que trabalhava com o conceito de homem como ser vivente capaz de existência política. Nessa nova concepção, o homem moderno é um animal cujo campo político determina sua existência como ser vivo. A partir de então, ocorre uma identificação entre o vital e o político, já que o corpo, a saúde, a vida em si, não pertencem mais à esfera pré-política, mas transformam-se em questões políticas por excelência.

Fazendo um contraponto, algumas narrativas alcançam um escopo de concepção de crônico de maneira mais ampliada como uma expressão social e um reflexo de organização e como se expressam culturalmente a cronicidade, assim, o controle e a busca pela estabilidade

pelo aparato biotecnológico não são capazes de suprir e escapa sempre uma forma de “ser no mundo” que não se enquadra, não se encaixa nesse formato controlado da sociedade contemporânea. Sendo indivíduos sociais mais mutáveis, móveis e flexíveis.

A pessoa “se cronifica” por não conseguir um “lugar social” para expressar a sua dor, seu sofrimento, a sua alegria e a sua forma de entender a vida, que muitas vezes é diferente do padrão estabelecido socialmente. Cronicidade em saúde mental ligada à vulnerabilidade social, perpassando as questões socioeconômicas, não posicionamento no espaço social como cidadão de direito, ausência de lugar de cuidado afetivo seja nos serviços de saúde, na sociedade ou na família na percepção dos trabalhadores do CAPS: “um quadro crônico sempre precisa ser acompanhado, mas na minha percepção nem todo caso de saúde mental é crônico, muitas vezes se torna mais grave e vulnerável pela falta de apoio social, estruturas econômicas e sociais precárias”.

Dessa maneira, o pensamento de atores sociais da pesquisa do hospital psiquiátrico seu posicionamento destaca que os elementos de vulnerabilidade sociais fragilizam os usuários, potencializando o adoecimento psíquico: “Saltava aos olhos no paciente crônico é seu baixo suporte social (...) sem vínculos, não tem um “lugar de cuidado do outro” (...) um “lugar de afeto, de acolhida, de dormida”. Estar em situação de rua, para muitos deles não é o incômodo, está tranquilo (...) o incômodo é estar desamparado em todos os sentidos da vida”.

As relações entre saúde/doença mental e vulnerabilidade social são muito complexas e exigem uma série de reflexões e contextualizações para serem compreendidas de forma que não reproduzam uma lógica simplista que associa “loucura” e “pobreza”, reforçando a estigmatização e o preconceito com relação à população menos favorecida (GAMA et al., 2014).

O conceito de vulnerabilidade está relacionado a um contexto que gera incertezas, desequilíbrio familiar em sua capacidade de funcionamento, gerando desestrutura, distanciamento, alteração na vida familiar e conflitos familiares (PETTENGILL; ÂNGELO, 2005). A ideia é complementada quando é refletida como multidimensional, implica em gradações e mudanças ao longo do tempo e tem caráter relacional. As pessoas não são vulneráveis, elas estão vulneráveis com relação à determinada situação e num certo ponto do tempo e do espaço. É importante destacar o caráter relacional de qualquer situação de vulnerabilidade (GOROVITZ, 1994).

Já para Abramovay et al. (2002), vulnerabilidade social é definida como situação em que os recursos e a habilidade de dado grupo social são insuficientes e inadequados para lidar

com as oportunidades oferecidas pela sociedade. Essas oportunidades constituem uma forma de ascender a maiores níveis de bem-estar ou de diminuir probabilidades de deterioração das condições de vida de determinados atores sociais. Assim, o conceito de vulnerabilidade social está indiretamente vinculado ao de mobilidade social, posto que as possibilidades que indivíduos em vulnerabilidade social possuem em relação ao movimento nas estruturas sociais e econômicas são restritas, em termos de modificação de inscrição social. Todavia, essa dificuldade de mobilidade social não pode ser reduzida às questões de pobreza ou de populações carentiadas. Vulnerabilidade não está restrita à categoria econômica — passa, também, por organizações políticas de raça, orientação sexual, gênero e etnia, dentre outros.

Outro destaque relevante refere-se à subjetividade contemporânea, apontando uma tendência ao empobrecimento simbólico e à necessidade de restabelecimento de um espaço subjetivo que propicie a criação de sentidos integradores no cotidiano (ONOCKO- CAMPOS et al., 2008).

Assim, a aproximação entre vulnerabilidade social e saúde/doença mental deve ser trabalhada com elementos que extrapolem o discurso técnico-científico tradicional, incorporando outros saberes ligados aos sujeitos que são afetados pelo sofrimento.

Merece atenção, que o cuidado exercido pelo profissional técnico de saúde necessita ser repensado, saindo do lugar tradicional que é de imposição de uma lógica racional e burocrática, para transformar-se numa espécie de mediador entre comunidade e recursos da sociedade no processo de construção da saúde (AYRES, 2003).

Nesse sentido, a cultura e trabalho em redes de apoio social torna-se medidas decisivas para combater vulnerabilidade de sujeitos com desvantagens sociais e situações de exclusão social (AMARANTE, 2015, PINHO, 2014).

Essa dor do existir cotidiano gera esse mal-estar, que sendo tão pouco tolerado, não encontra mais escuta nos espaços relacionais interpessoais e sociais como declara o trabalhador do HP: “(...) não penso no paciente aquele que é de difícil controle, que não tem mais medicação para dar conta daquele comportamento, aquele processo psíquico severo (...) eu penso na cronicidade nessa repetição de ausência de lugar de cuidado e de escuta das dores existenciais”.

Na compreensão do pesquisador sobre as situações crônicas, percebe-se, também, a interpretação numa visão estigmatizante. É notório nas narrativas o quanto o estigma e o preconceito ainda estão enraizados no imaginário da sociedade em relação às pessoas com transtornos mentais. Os usuários recebem, em sua maioria, o rótulo de “louco”, que no máximo poderá ser estabilizado.

Pode-se afirmar que o estigma da doença mental tem sido alvo de crescente atenção nos últimos anos, com um aumento exponencial de publicações sobre o tema. No entanto, a ampliação da discussão sobre a temática no meio científico ainda não foi capaz de exercer uma mudança sociocultural sobre o estigma. Assim, esse fenômeno ainda se constitui para as pessoas adoecidas uma fonte de sofrimento, representando um obstáculo à concretização de projetos pessoais e à integração social plena, objetivo principal da prática psiquiátrica atual e explicitada pelo trabalhador do CAPS, a qual ilustra no seu discurso: “(...) infelizmente, até hoje se tem esse preconceito muito grande em relação à cronicidade da saúde mental (...) o estigma que são pessoas sem jeito”.

O termo “estigma” deriva do grego antigo *steizen*, que designa a marca que era gravada no corpo de escravos e criminosos, destinada a assinalar aos cidadãos que aqueles eram membros da sociedade com menor valor. O seu derivativo em latim, *stigma*, passou então a traduzir o conceito de “marca de infâmia ou ignomínia” (ARBOLEDA-FLOREZ; STUART, 2012).

Erving Goffman, eminente sociólogo, pode ser considerado um dos pioneiros no estudo do fenômeno do estigma, na doença mental e noutros campos. Na sua obra seminal *Stigma – Notes on the Management of Spoiled Identity*, Goffman (1963), define sinteticamente o estigma como “...um atributo profundamente oneroso...” cujo portador “...é reduzido, nas nossas mentes, de uma pessoa completa e normal para uma pessoa maculada, diminuída”.

Mais recentemente, Link e Phelan (2001) conceptualizaram o estigma como decorrente de um conjunto de componentes inter-relacionados, nomeadamente a atribuição de um “rótulo” às diferenças interindividuais tidas como socialmente relevantes, a associação desse “rótulo” a características indesejáveis de acordo com estereótipos negativos culturalmente vigentes, a distinção entre o “nós” e “eles”, a perda de *status* e a discriminação que conduz a perda de oportunidades daqueles que são estigmatizados. Os autores enfatizam que a estigmatização é inteiramente contingente a assimetrias de poder em termos sociais, econômicos ou políticos.

Corrigan (2004), psiquiatra que também tem se dedicado extensamente ao estudo do estigma da doença mental, deu importantes contributos para a sua definição. Esse autor decompõe o processo de estigmatização em quatro componentes: “indícios”, estereótipos, preconceitos e discriminação. Assim, os “indícios” são indicadores manifestos que podem assinalar a presença de doença mental (por exemplo, excentricidades do comportamento),

embora de forma falível. Os estereótipos consistem em “estruturas de conhecimento”, generalizadas, relativas a um determinado grupo social, enquanto que o preconceito abrange as respostas cognitivas e afetivas negativas ao estereótipo, que conduzem a um comportamento ativo de exclusão ou evitamento, e a discriminação (CORRIGAN, 2004).

Num movimento dialógico com as narrativas, para além dos aspectos “negativos” que envolve as concepções sobre a cronicidade alicerçada numa clínica tradicional e biomédica, emerge um foco de “positividade” nas situações crônicas, ao pensar a cronicidade não como algo limitante, estruturante ou centrada no diagnóstico patologizante, e sim assentado na concepção de uma clínica de cuidado a situação crônica pautada nas potencialidades dos sujeitos, conforme ilustra os trabalhadores da ESF, CAPS e HP:

(...) interessante pensar nos crônicos, desde que não se tenha foco no diagnóstico, doença em si (...) mas na pessoa com suas potencialidades, que possa ter empoderamento, mesmo reconhecendo os limites, ter potência de vida; (...) cronicidade não significa incapacidade!; é muito subjetiva, eu não compreendo como crônico aquele paciente que “não tem cura”, centrado na sua patologia, que vai ser eternamente dependente de medicação e eternamente daquele jeito (...), e sim numa pessoa com muitas possibilidades.

Nessa perspectiva, o trabalho clínico em saúde se dá a partir de encontros entre trabalhadores e usuários, isto é, são fluxos permanentes entre sujeitos. Esses fluxos são operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos e formam uma rede de relações a partir da qual os produtos referentes ao cuidado se estabelecem. Assim, as pessoas devem ser cuidadas como sujeitos, na singularidade de sua vida, seus devires, sua história, seus anseios, conflitos e delírios, sem tentar enquadrá-las, organizá-las em uma estrutura rígida, burocrática, centrada apenas nos sintomas (FRANCO, 2006).

É válido ressaltar que o conceito de sujeito envolvido nesse cuidado precisa ser situado, Oliveira et al. (2008, p. 525): “Sujeito não é tomado aqui como sinônimo de indivíduo, uma entidade unitária, portadora de uma essência. Trata-se antes de um processo, uma produção de subjetividade, que articula, por sua vez, o plano do desejo ao plano”.

Nesse plano, o sujeito é detentor de desejos aqui compreendidos com base no pensamento de Guattari e Rolnik (1986) como ação empreendedora dos movimentos existenciais; qualquer abordagem desse sujeito deve necessariamente considerar os desejos em questão para ele. A clínica, então, se volta para o sujeito e seus desejos em busca de respostas às suas demandas e necessidades de saúde.

Defende-se o entendimento das situações crônicas a partir da clínica dos encontros e da relação dialógica, que poderá dar potência ou não para ressignificar sua vida. Nessa perspectiva, quando a recuperação da saúde se fizer necessária, ela deverá integrar os desejos do sujeito que adoeceu e estar integrada à busca por aumentar sua potência de vida, por meio do fortalecimento de sua autonomia para gerir-se, movido por sua singularidade e subjetividade. “A saúde é assim entendida como algo vivenciado, não passível de redução formal a medições, médias ou normalizações. E será sempre relativa e singular”, segundo Martins (2008, p. 28).

Para Vieira; Silveira; Franco (2011), a subjetividade é compreendida como processo de engendramento contínuo do sujeito em um terreno de forças que se recompõem de forma ininterrupta e em estreita articulação com o contexto sócio histórico. Nele, o sujeito é produzido à medida que também produz as dimensões da vida que o cercam.

Tomando como referência o pensamento espinosista, a clínica se compõe de encontros entre sujeitos, onde suas existências se afetam mutuamente. As afecções (*affectio*), que são compreendidas como aquilo que existe em si, como ocorrências e fatos juntamente com suas propriedades de imprimir marcas no modo de ser e existir. Implicando, portanto, em registros corporais e existenciais, os afetos (DELEUZE, 2002).

É possível, então, entender que a vivência de um adoecimento crônico possibilita a mudança de alguns comportamentos, uma maneira de se emaranhar nos fluxos da vida, buscando reorganizar sua subjetividade e existência. Os sujeitos que estão no processo de adoecer percebem diversos aspectos da vida, de acordo com as suas histórias, desvelando possibilidades antes ignoradas. Potencializando habilidades, aproveitando melhor as oportunidades, transformando situações do cotidiano, optando por coisas que, realmente, façam sentidos com sua experiência e forma de olhar a vida e, sobretudo, gastando tempo com seus desejos criativos.

Mesmo a pessoa em situação crônica é possível ultrapassar as barreiras físicas e psicológicas, que se apresentam com a doença, contorna os conceitos sociais estereotipados das pessoas que estão com uma enfermidade, demonstrando a possibilidade de outros significados mediante as exigências do encontro com a saúde (MOURA, PERES, GONZÁLEZ REY, 2011).

Ao considerar toda essa complexidade envolvida na situação crônica em saúde mental, se sobressai uma narrativa expressa por um trabalhador de saúde que compõe o HP,

ao denotar que se faz preciso compreender o sujeito, em sua totalidade, considerando o contexto em que o mesmo vive: “(...) é crônico, porque o nosso olhar é de padrão, que rotula, controla e busca a cura. Um olhar fixo e cristalizado no questionamento: o que preciso fazer para que essa pessoa fique boa e não venha mais buscar atendimento? E não um olhar que admite acolher essa pessoa da forma como ela é (...) respeitando a maneira de funcionar dela, com sua dinâmica própria”.

As discussões expressas nesse tópico ora analisadas, implicam necessariamente em uma reconstrução de conceitos e significados frente ao entendimento das situações crônicas em saúde, no qual o sujeito passa à condição de protagonista do seu existir, gerindo suas escolhas e desejos, bem como uma reconfiguração dos saberes e das práticas clínicas, que seja capaz de uma autêntica e inovadora transformação nos processos de agir em saúde, em que os espaços de fala e escuta dos sujeitos sejam valorizados e disparadores dos encontros de cuidado.

5.2 MODELOS DE ATENÇÃO EM REDE DANDO SUPORTE ÀS SITUAÇÕES CRÔNICAS EM SAÚDE MENTAL

Para que o redirecionamento do modelo de assistência psiquiátrica do asilo para a comunidade fosse efetivado, no intuito de dar suporte, principalmente às pessoas em situações crônicas na saúde mental, foram construídos dispositivos de assistência territorializados como os CAPS, entre outros. Porém, sabe-se que somente a implantação e implementação de serviços nesse campo não dá conta de efetivar a reversão do modelo de assistência em saúde mental, tendo como base a atenção psicossocial. A reversão do modelo se dá, prioritariamente, a partir de mudanças no agir cotidiano de cada trabalhador de saúde mental, nas suas práticas diárias e, principalmente, nas relações estabelecidas.

5.2.1 Estruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na busca de subverter o Modelo de Atenção em Saúde Mental

A análise das narrativas revelou que o acompanhamento das pessoas com transtornos mentais, sofreu algumas modificações no intuito de extinguir gradualmente a internação em

hospital psiquiátrico que, até então, era o único recurso de oferta de tratamento para as pessoas em situações crônicas ou não, e acrescentando que, a partir da Reforma Psiquiátrica, um leque de ofertas terapêuticas para além da internação foram inicialmente implantadas no município ora analisado, alicerçadas numa rede de serviços territoriais de atenção psicossocial.

Porém, o modelo de atenção psicossocial em rede é estabelecido de maneira incompleta, fragmentada e desarticulada. É evidente que diante da exclusiva opção que se tinha antes com a internação psiquiátrica, mesmo com todas as dificuldades e desafios que a rede de saúde mental enfrenta, considera-se um avanço, conforme as narrativas dos trabalhadores da ESF: “(...) rede oficialmente estabelecida no papel, conquistada com as novas políticas de saúde mental, mas incompleta e fragilizada no cotidiano; (...) rede que avance com a inclusão e cuidado integral”.

No olhar atento dos trabalhadores da ESF, o CAPS retrata ser um dispositivo de substituição às internações em hospitais psiquiátricos, e um avanço na RAPS. Já na percepção do familiar há uma “peregrinação” para a pessoa em adoecimento psíquico ao buscar resolução de suas necessidades de saúde na rede. A ideia expressa na narrativa do familiar: “(...) minha filha foi acolhida no CAPS, mas [fomos] encaminhados para vários locais e ninguém resolvia o problema mental dela (...)”.

Desse modo, pode-se afirmar que o modelo de atenção psicossocial em rede aos usuários de saúde mental, ainda é recente no Brasil e, também, resulta como as demais atenções de saúde, de um amplo processo de manifestações e reivindicações, tanto de usuários, como dos trabalhadores que atuam nesta área. Logo, para este modelo psicossocial alcançar o patamar de política pública que assegura direitos às pessoas com transtornos mentais, muitas lutas foram e deverão continuar sendo travadas.

Consoante a essa ideia, se destaca RAPS, ao estabelecer a estruturação dos serviços e a implementação de estratégias de atenção psicossocial em redes integradas e regionalizadas de saúde. Pois, as ações de saúde mental devem obedecer ao modelo de redes de cuidado de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas voltadas ao estabelecimento de vínculos e acolhimento.

É importante salientar que a reflexão proposta aqui, sobre rede, coaduna com a concepção de Franco (2006), que traz a rede como dispositivo de cuidado, sendo esta uma rede produzida, em ato, pelos próprios trabalhadores, usuários e familiares, a qual não tem

uma regulação *a priori*, mas acontece no exato momento dos encontros e no contexto do processo de trabalho. Inspirado em Deleuze e Guattari (1995), o autor sugere que esta rede tem as características de uma rede rizomática, ou seja, não tem pontos fixos de entrada e saída, podendo ser qualquer um. Essa rede tem grande capacidade de se regenerar, quando interrompida, faz desvios, caso encontre obstáculos, é múltipla e heterogênea.

Ao refletir sobre o modelo e a rede de atenção em saúde mental nas rodas de conversas com os trabalhadores do CAPS e da ESF, evidenciou-se que, diante do aumento da ocorrência das situações crônicas em saúde nos serviços em gerais e não somente na saúde mental, encontra-se o desafio de buscar transpor as propostas de organização da assistência orientadas quase que exclusivamente para o tratamento de problemas agudos. Embora esses problemas continuem sendo relevantes, pois mesmo as pessoas em situações crônicas apresentam episódios de agudização, e o cuidado ao adoecimento em longo prazo deve ser efetivado: “A cronicidade no modelo assistencial e da gestão de saúde atuais, deve ser pensada de forma ampliada (...) superando o olhar apenas nas situações de agudização, pois cada vez mais os casos crônicos aparecem e ficam **“soltos na rede”** (grifo dos entrevistados).

Ante o contexto explicitado, considera-se importante discutir a respeito da priorização do trabalho em rede, enfatizando neste estudo o acompanhamento das situações crônicas em saúde mental, ou seja, buscar efetivar reuniões para discussão do processo de trabalho entre os serviços de saúde mental, atenção primária, hospitalar e ação social; comunicação ampla dos trabalhadores entre si e também a inserção do usuário/família no contexto de tomada de decisões como atores sociais relevantes nessa participação.

Em corroboração a essa discussão, segundo se evidencia nas narrativas, as situações crônicas em saúde mental são consideradas pelos trabalhadores do CAPS, da ESF e do HP, como casos de usuários em sua maioria complexos e, assim, “escancaram os limites e fragilidades da rede”.

Nesse contexto, as narrações dos trabalhadores da ESF e HP consideram a exigência de ações e articulações que possibilitem uma atenção integral às pessoas em situações crônicas, buscando contemplar as múltiplas necessidades do usuário e de sua família, em uma sequência de ações que funcionem em conexão com os mais variados serviços da rede e que estejam integradas aos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde para possibilitar o cuidado de maneira resolutiva:

(...) o crônico é um usuário que deixa mais evidente os buracos e as fragilidades da rede de saúde de forma geral, com ênfase a rede de saúde mental, **“ele deixa**

escancarado às coisas” (Grifo do entrevistado); (...) não estamos preparados para lidar ainda para cuidar do crônico; a gente do hospital psiquiátrico, percebe que os serviços de saúde mental, como estão estruturados hoje, não estão dando conta dos casos mais complexos e crônicos, e aí mesmo sendo contraditório eles estão encaminhando para internação os usuários até mesmo dos CAPS (...).

Desse modo, pensar a atenção psicossocial articulada em rede é estabelecer serviços que sejam amplamente capazes de dar conta de pessoas em situações crônicas, ou seja, com transtornos mentais severos e persistentes. Pois, sabe-se que de maneira geral, as situações crônicas implicam rupturas no modo de vida dos indivíduos, convertendo-se em alterações psicológicas e comportamentais que exigem adequação dos hábitos de vida e estratégias para o enfrentamento dessa nova realidade (TESTON; SILVA; MARCON, 2013).

Em convergência com os achados supracitados, os participantes do estudo da ESF reafirmam que com a mudança no perfil epidemiológico da população vem ocorrendo um aumento crescente de situações crônicas em todo o campo da saúde e que o despreparo para conseguir cuidar dessas pessoas crônicas tem forçado as equipes a buscar estratégias de mudança nesse modelo de atenção em saúde vigente. No entanto, o modelo de gestão de saúde adotado no município, ora em análise, ao implementar essas mudanças, pautou-se num modelo de produtividade, no qual os trabalhadores de saúde da APS devem focar suas condutas no sentido de atender ao maior volume de usuários num menor espaço de tempo possível, ou seja, totalmente na contramão de uma lógica que exige uma dinâmica de participação dos trabalhadores, associada a uma organização em rede no campo da saúde, como afirmam as narrativas:

[somos] a porta de entrada da rede de saúde do município, temos que atender todas as demandas e assim se criou um sistema de **“acolhimento baseado na produção quantitativa de atendimento”**. (Grifo do entrevistado); (...) diminuir as agendas de consultas, **as visitas e atividades externas ao posto de saúde para atender tudo que chega desordenado da rede**. (Grifo do entrevistado)

Portanto, percebe-se que a organização da atenção e da gestão do SUS, ainda hoje, se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas, existindo incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de atenção. O modelo de atenção não tem acompanhado a mudança no perfil epidemiológico da população, na qual há ascensão das situações crônicas, mostrando-se inadequado para enfrentar os desafios postos por essa situação de saúde (BRASIL, 2010a).

Fomentando a discussão, consoante a observação sistemática, percebe-se que a forma de organização, gestão e planejamentos das ações em saúde mental na rede de saúde não estão

conseguindo oferecer um suporte adequado às situações crônicas, pois as condutas terapêuticas são em sua maioria restritas aos aspectos clínicos biologizantes, com ações centralizadas no interior dos serviços especializados em saúde mental e com ênfase nos usuários que demandam quadros mais agudos. Assim, não se cumpre o estabelecido pela portaria que regulamenta os CAPS, que é priorizar os casos graves e que em sua maioria são os crônicos.

O pesquisador, ao refletir sobre as narrativas dos trabalhadores do CAPS, questiona: a falta de estrutura dos serviços dificulta o cuidar dos crônicos? O déficit na formação profissional interfere? ou a problemática está na complexidade de cuidar dos crônicos? Diante das interrogações e reflexões, as ideias dos trabalhadores se coadunam ao expressar: “(...) CAPS ou rede que tanto se fala e pouco se efetiva, tem que estar (...) preparada para lidar com essa cronicidade e não estar, sem significar necessariamente uma institucionalização ou um tratamento intensivo; por serem casos complexos exigem olhares e ações mais ampliadas (...)”.

Concebe-se que a RAPS de Fortaleza-CE necessita de maneira urgente preconizar o acompanhamento de pessoas com transtornos mentais em situação crônica para além serviços substitutivos, potencializando ações transversalizadas, principalmente com a esfera sociocultural, aproveitando melhor os espaços coletivos que circundam a cidade. Porém, analisando as narrativas, fica evidente que há dificuldade por parte dos trabalhadores tanto do CAPS, ESF e do HP de compreender como acontece o funcionamento da rede, parece não estar claro o modo de funcionar, pensar e de agir de cada trabalhador sobre o fluxo da RAPS para que, de fato, o usuário dos serviços de saúde mental tenha suas necessidades atendidas de modo satisfatório e para que seja estabelecido a continuidade do cuidado para essas pessoas em situação crônica.

No SUS, a rede de atenção à saúde mental define-se como de base comunitária, sendo fundamento para a construção desta rede a presença de um movimento permanente e direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais (MELLO et al., 2007).

A partir daí, emerge a demanda de se refletir que a RAPS propõe a efetivação de uma política intersetorial, por meio de ações com a saúde, a educação, a assistência social, o poder judiciário, o trabalho, a previdência social, a habitacional, considerando a complexidade do objeto saúde-doença, sendo indispensável uma articulação com os demais serviços da política de saúde, bem como com as demais políticas sociais, conforme se narra:

“Os CAPS não conseguem sozinho manter todos os casos, precisa se articular com outros setores; mas não existe uma rede de serviços como preconiza a reforma psiquiátrica (...) vivemos uma época de **“desmonte da saúde mental na gestão atual”**. (Grifo do entrevistado).

Quanto ao usuário refere em sua narrativa que realiza seu tratamento no CAPS, e este possibilitou olhar o mundo do trabalho como significativo para estudar e voltar ao trabalho. Percebe-se excluído da sociedade ao buscar espaço no mercado de trabalho e recolocar como estudante, ele expressa a ideia: “Penso em voltar a trabalhar e a estudar, mas não tem vaga de emprego e nem nas escolas querem receber pessoas mentais, é a maior dificuldade (...)”.

Nota-se que as necessidades de atendimento dos usuários de saúde mental são de uma prática intersetorial, mas justificando que este precisa ser pensado a partir do seu todo e não das somas das partes, visto enquanto sujeito com direitos sociais, políticos, econômicos, culturais e na concretude desses direitos, pois o sujeito/usuário é um ser social com diferentes e amplas necessidades, as quais não podem ser vistas e abordadas separadas, isoladas, fragmentadas por áreas do conhecimento, com práticas que, ao invés de tratá-lo na totalidade de ser social, termina por “estilhaçar” ainda mais os usuários.

Por sua vez, a intersetorialidade, na saúde mental, coloca o usuário em uma nova concepção, não como doente, mas como pessoa que necessita ser um indivíduo humanizado e reconhecido dentro da sociedade e, para isso, se faz necessário fortalecer as redes e trazer com elas as políticas sociais que intervêm, visando a integralidade do usuário (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011).

Sabe-se que a construção de uma rede de serviços de saúde é uma atividade complexa, pois é formada por uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e de atores sociais envolvidos (AMARANTE, 2007).

Na leitura das narrativas evidencia-se que os trabalhadores de saúde mental visualizam a ausência de apoio por parte da gestão atual em saúde do município para o enfrentamento dos desafios frente à efetivação RAPS, sendo estes um dos principais problemas para a consolidação do cuidado em saúde mental na rede. Soma-se a esses aspectos a precariedade de capital humano, de estrutura física e de insumos básicos para o trabalho cotidiano da RAPS. Em virtude da escassez desses recursos, tanto de pessoal, como de material a rede se encontra, atualmente, fragmentada, burocratizada, excessivamente

hierarquizada e centralizada no CAPS, como se não bastasse ainda minimamente implantada e implementada, se encontra vivendo um “verdadeiro retrocesso”.

No intuito de discutir de maneira mais aprofundada toda essa (des)estruturação da RAPS do município em análise, com ênfase no cuidado às situações crônicas em saúde mental, se faz necessário tomar como alicerce dessa explanação o **“Desmonte e Retrocesso da Saúde Mental em Fortaleza-CE”**. Assim, a análise e interpretação das narrativas sugerem conteúdos explícitos, contradições, confrontos, paradoxos, divergências e convergências, identificadas em dois eixos temáticos, que serviram de lupas: **a) Política e Gestão em Saúde Mental; b) Assistência em Saúde Mental e Intersetorialidade no Cuidado em Rede.**

a) Política e Gestão em Saúde Mental

É interessante notar, consoante a observação sistemática, que o processo de trabalho numa rede de saúde mental pouco estruturada, com falta de recursos humanos, dificuldades na estrutura física e com ausência de apoio da gestão, desfavorece as interconexões entre os serviços que compõem essa rede psicossocial. Sendo esses aspectos citados potencializados pelos maiores desafios e entraves na consolidação das redes de saúde do SUS no Brasil: o baixo financiamento público, as contradições entre as políticas de formação e educação em saúde, e as necessidades do sistema público, além dos problemas não solucionados do modelo político e da gestão em saúde brasileira.

Em convergência com o contexto acima, as principais dificuldades elencadas nas narrativas pelos participantes do estudo foram: modelo político e de gestão em saúde alicerçados na lógica ambulatorial, biomédica e curativista; a escassez de profissionais com formação especializada para realizar o cuidado em saúde mental seja no CAPS, como também, na ESF e no HP; a rotatividade de trabalhadores por conta da precarização do vínculo trabalhista, principalmente no CAPS e na ESF; carência de profissionais médicos; estrutura física inadequada para a realização de atividades dentro e fora dos consultórios.

É relevante contextualizar, os acontecimentos que estão permeando a conjuntura política e econômica brasileira no cenário atual, tendo como consequência as ameaças de retrocessos à Política Nacional de Saúde Mental, que apontam a complexidade das disputas políticas com os diferentes modos de se pensar a sociedade, as relações sociais, históricas e econômicas no Brasil, e de como isso produz efeitos nas políticas públicas. Vale destacar que

a questão em discussão não é restrita a um grupo político local e sim um panorama nacional, onde o modelo neoliberal vem ganhando cada vez mais destaque. Dessa forma, o que vem acontecendo no Estado do Ceará, e mais especificamente no município de Fortaleza, é reflexo de uma engrenagem mais ampla, permeada de certos interesses hegemônicos na sociedade, que se articulam e tem reconquistado espaços políticos e sociais na contemporaneidade.

Recentemente, se vê acirrar no Brasil a disputa pelo modelo de cuidado às pessoas com transtornos mentais, incluindo aqueles relacionados ao uso de drogas. Há uma jogada corporativa, num cenário onde as instâncias democráticas são escolhidas e utilizadas de forma e quando interessam. Contrariando os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira (que ainda estando em curso), propõe um cuidado em liberdade, centradas na defesa e garantia de direitos humanos, que produz uma aliança ético-política com pessoas em suas experiências de sofrimento psíquico e com suas famílias, novos modos de cuidado nos contextos reais de vida, promotores de saúde e de justiça social.

No município de Fortaleza-CE, em destaque para a atual gestão que se mantém no poder desde 2013. Os serviços e programas de saúde do município não abarcam as necessidades em saúde da população e com uma tendência à privatização, bem como interesses econômicos que visualizam a saúde como objeto de lucro e não como direito de cidadania.

Há um “sucateamento” dos serviços, número reduzido de equipes de atendimento, de medicamentos, de exames, ou seja, descaso com a saúde pública. Importante dizer que vem ocorrendo um processo de desmonte e retrocesso das políticas públicas, entre estas, a de saúde mental. Este descaso com a “coisa pública” teve um acirramento nas últimas gestões administrativas do município. Toda essa situação política, econômica e social que se apresenta em âmbito local, rebate diretamente na organização dos serviços públicos municipais, estaduais e federais, sobretudo no sistema de saúde. Os trabalhadores da APS denotam dificuldades no modelo de gestão neste momento político, e tem repercutido nas suas práticas de cuidado, mesmo motivados para mudança se percebem sobrecarregados, aflitos, angustiados com a não resolubilidade da demanda crescente, bem como com a escassez de recursos para desenvolvimentos efetivos de suas ações.

Os trabalhadores dos CAPs em suas narrativas retratam que a discussão sobre cronicidade, doenças crônicas, está muito na “moda” nos projetos para cuidar dos crônicos na rede de saúde atual, no entanto, deve-se observar para qual caminho esse modelo de gestão

indica. Pois, parece apontar a um projeto de um grupo político neoliberal, que tende para a privatização da saúde, olhando-a como mercadoria geradora de lucro.

Em reforço a esse achado, o que se assiste no cenário brasileiro é o desenho da política de saúde configurada em mercadoria para o capital e com fins cada dia mais rentáveis, com agravante ainda maior que é a utilização de recursos oriundos dos fundos públicos, arrecadados por meio de impostos, sendo transferidos para os interesses privados, do mercado, com característica única de venda de uma mercadoria e acumulação de lucros, descaracterizando totalmente o aspecto do direito à saúde e à vida (SANTOS, 2017).

Ainda segundo Santos (2017), a “indústria da loucura” trabalha na contracorrente das propostas dos serviços substitutivos, pois sempre esteve e continua em jogo a lucratividade com a “loucura”, pontua-se aqui para demarcar que não somos inocentes em relação a essa perspectiva econômica que permeia a “loucura”.

Em seguimento a essa discussão, na conjuntura atual, tem-se observado mais uma vez o desmantelamento da política pública de saúde, conforme aponta Rizzoto (2016, p. 5): “(...) em nome de um modelo econômico que explora o trabalhador e privilegia os que sempre se beneficiaram do trabalho e concentraram riquezas, por meio de proposições de medidas de desmonte nas conquistas dos trabalhadores e dos movimentos sociais”.

Cohn (2016, p.1) corrobora na análise, afirmando que o desmantelamento que o Governo Federal do Brasil ilegítimo vem promovendo em relação à política pública de saúde, não é unicamente no aspecto material, isto é, financiamento, parcerias público/privado, “(...)”, mas é, sobretudo o desmonte da essência do SUS, do que o moveu e o segue movendo: o ideário de justiça social, do direito à saúde, da equidade, e do seu caráter civilizatório”.

A política neoliberal recrudescer a estrutura histórica da sociedade brasileira, centrada no espaço privado e na divisão social sob a forma da carência popular e do privilégio dos dominantes, pois a nova forma do capitalismo favorece três aspectos de reforço dos privilégios:

(...) destinação preferencial e prioritária dos fundos públicos para financiar os investimentos do capital; a privatização como transferência aos próprios grupos oligopólicos dos antigos mecanismos estatais de proteção dos oligopólios, com a ajuda substantiva do fundo público; e, finalmente, a transformação de direitos sociais (como educação, saúde e habitação) em serviços privados adquiridos no mercado e submetidos à sua lógica. No caso do Brasil, o neoliberalismo significa levar ao extremo nossa forma social (...) (CHAUÍ, 2000, p. 99).

Dentre as situações que promoveram a estruturação do setor público para a precarização, destaca-se “a flexibilização das relações de trabalho”, através de formas de contratação atípicas, sem recorrer ao concurso público e com remuneração fora dos parâmetros estabelecidos nos planos de cargos, carreira e salários – são os contratos por prazo determinado, temporários, por prestação de serviços e/ou associados a um determinado projeto, a exemplo dos bolsistas, consultores, substitutos, estagiários, entre outros.

A precariedade do trabalho diz respeito à situação de desproteção social do trabalho. Corresponde a uma situação em que o trabalho realizado é desprovido de certos direitos e benefícios que assistem classicamente ao trabalhador, podendo ser citados entre estes, a licença maternidade, as férias anuais, o décimo terceiro salário, a aposentadoria, dentre outros, comumente assegurados pela legislação trabalhista e de seguridade social (ALVES, 2011).

Vale ressaltar a adoção preferencial pelos gestores municipais de saúde quanto a tipos de flexibilização nos contratos de trabalho; o regime de terceirização para cooperativas e empresas; os contratos de autônomos; além de outros tipos indefinidos, tendo configurado como exploração da força de trabalho em saúde, conforme presente em muitos municípios brasileiros com as equipes do CAPS e da ESF.

Portanto, com a não realização de concursos para a RAPS, o município de Fortaleza-CE realiza a contratação dos trabalhadores com as diferentes formas que ocorre em várias regiões do país, como seleção pública, contrato realizado por um ano com prorrogação por mais um ano e recebimento de pagamento autônomo (RPA). Diante desses mecanismos de terceirização de serviços por meio de variadas modalidades implicam em entraves para que a RAPS atinja seus objetivos. Essas modalidades de contratação são precárias, uma vez que algumas não garantem benefícios assistenciais e demais direitos trabalhistas.

A precarização e a flexibilização do trabalho causam impacto direto na *performance* dos trabalhadores e nos serviços prestados, constituindo-se como uma barreira que impede o desenvolvimento do SUS, da ESF e do CAPS, por afetar a relação dos trabalhadores com o sistema e danificar a qualidade da atenção e o prosseguimento dos serviços essenciais ofertados. Por sua vez, os trabalhadores se veem de “mãos atadas” diante deste processo de descaracterização das relações de trabalho, encontrando-se desmotivados, sem autonomia, sem a parceria do trabalho em equipe e inseguros sobre sua situação atual como trabalhador.

Dialogando com a ideia de precarização e flexibilização do mercado de trabalho, os autores Simionatto e Luza (2011) destacam, especialmente, no âmbito dos hospitais públicos

e começando a se estender para os serviços substitutivos, a transferência de recursos públicos para a iniciativa privada, através de organizações sociais (OSs), fundações, privatização, terceirização, com o discurso da redução dos gastos sociais. Esse modelo de atenção à saúde culmina em prejuízos, precarização, usurpação de direitos dos usuários dos serviços, acarretando práticas seletivas, focalizadas, privatizantes, remetendo-se à lógica do mercado, descaracterizando, assim, os direitos sociais adquiridos, bem como o agravamento da precarização da força de trabalho, a desmobilização da classe trabalhadora, a flexibilização das formas de contratação de serviços, gerando impactos na gestão e no controle social.

As lutas sociais pela democracia no Brasil contribuíram para afirmar na Constituição Federal a concepção de Estado Democrático de Direito, que pressupõe a imposição de limites à exploração do trabalho, a garantia de mecanismos de participação social, a liberdade de organização e de manifestação, a garantia de direitos e a instituição de um padrão de proteção social universal a todos e todas as brasileiras, do campo e da cidade, sem distinção (CRESS/PR, 2016).

Dessa forma, somente a partir da Constituição Federal de 1988, que a Saúde, juntamente com a Previdência Social e a Assistência Social, compõe o tripé da Seguridade Social, e foi diante desta concepção de Estado Democrático de Direitos que várias iniciativas legais foram criadas, no sentido de nortear a viabilização do direito à saúde, destacando-se as Leis Orgânicas da Saúde – Lei 8.080/90 e Lei complementar 8.142/90 –, as Normas Operacionais Básicas e as Portarias que constituem serviços de saúde e, ainda, as legislações específicas da saúde mental, em especial a Lei Federal n.º 10.216 de 2001. Importante se faz destacar que essas aprovações aconteceram por intermédio de lutas sociais dos movimentos sociais e entre estes o Movimento de Reforma Sanitária e o de Reforma Psiquiátrica (SANTOS, 2017).

Ao observar o contexto de trabalho nos cenários analisados apreende-se que as consequências para os trabalhadores são devastadoras, pois toda essa flexibilidade vai rebater diretamente nos direitos de proteção social dos trabalhadores, pois ocorre também a flexibilização das legislações trabalhistas que regulamentam a força de trabalho, culminando em redução de direitos aos trabalhadores e, conseqüentemente, à crise ao movimento sindical e a desproteção social dos trabalhadores, principalmente devido ao crescente desemprego, que serve para garantir baixos salários e a contratação temporária de trabalhadores.

Os trabalhadores, ainda, afirmam em suas narrativas que, ao se fazer uma linha cronológica da rede assistencial em saúde mental de Fortaleza-CE, percebe-se que antes dessa

gestão atual, teria sido assumido o compromisso naquele determinado momento histórico e político do município, onde a gestão municipal preconiza um modelo de atenção psicossocial alicerçado no movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira buscava inverter a lógica da atenção do modelo manicomial asilar, centrado na instituição hospitalar psiquiátrica, para o modelo de atenção psicossocial em rede, com serviços inseridos nas comunidades, com equipe multiprofissional e atuando em diversos níveis de complexidade do sistema de saúde. Contudo, essa transformação de modelo tem encontrado várias barreiras, desafios e limites para sua efetiva implementação.

Na atualidade, consoante as observações e suas narrativas referem que ao ocorrer uma mudança na gestão municipal, a proposta da Reforma Psiquiátrica do município, assumida anteriormente, sofre um verdadeiro “desmonte”, pois o grupo político não compreende a saúde mental como prioridade e defendem um modelo neoliberal para a saúde, centrado na produtividade, no hospital, unidades de pronto atendimento e serviços de urgência e emergência ao agudo. Com isso, ocorre uma queda significativa de investimento estrutural, de pessoal e assistencial dos CAPS, tornando a rede psicossocial “sucateada” e funcionando às margens de um projeto político que estimula a precarização do trabalhador, favorecendo um retorno ao fortalecimento dos hospitais psiquiátricos ainda existentes no município, regidos pelo governo do estado que comunga do mesmo projeto político.

Na ótica de Santos (2017), as políticas sociais públicas vêm se organizando em nosso país de forma pontual, fragmentada, segmentada, desarticulada com as demais políticas. Dentro dos próprios serviços de saúde, pode-se perceber essa realidade, quando os próprios serviços de atenção básica e especializada não conseguem trabalhar de forma articulada. “O desemprego é um dos fatores que garante as jornadas flexíveis de trabalho, elemento vital no acoplamento da escala de produção à demanda dos mercados de consumo, proposta central do toyotismo” (PINTO, 2010, p. 81).

A organização do trabalho colocada pelo modo de produção capitalista e pelo ideário neoliberal – incorporado no Brasil, de forma avassaladora a partir dos anos 1990 – fragmenta ainda mais as relações de trabalho do que já se havia fragmentado até então, dificultando, muitas vezes, que propostas de trabalhos interdisciplinares, mesmo com proposituras legais, consigam ser implementados na prática cotidiana dos profissionais, seja pela forma que os serviços são organizados, seja pelas condições de trabalho que permeiam os espaços sócio-ocupacionais, seja pela própria concepção dos profissionais de saúde, que ainda continuam

com formações especialistas e fragmentadas impostas pelo próprio modelo que se apresenta de formação profissional disciplinar (SANTOS, 2017).

Outras dificuldades para o estabelecimento da RAPS, citadas pelos trabalhadores, são as ações “extramuros” ao CAPS e a ESF, como as visitas domiciliares, serviços na comunidade e matriciamento, tem um veículo para atendimento dos três CAPS, do ambulatório de saúde mental e da própria divisão de saúde mental.

Os dispositivos de atenção psicossocial são alocados em espaços físicos precários por falta de estrutura, capital humano. Esse movimento político tem ocorrido em todo o Brasil e a saúde mental tem sofrido vários golpes em sua reestruturação e por não assim dizer tem entrado em crise existencial, por um grupo político que quer legitimar a ideia que reforma psiquiátrica não deu certo? É verdade que ainda não havíamos conseguidos uma mudança de mentalidade sócio-cultural da loucura, mas estávamos avançando estruturalmente.

Logo, não há como negar o perigo de retrocesso nessas conquistas, especialmente com as mudanças ocorridas na coordenação nacional de saúde mental e na condução da política de atenção psicossocial no país, atualmente sob o comando dos partidos conservadores e de direita que governam o país com a saída da presidente Dilma Rousseff (AMARANTE et al., 2016).

O constante desafio para uma política de saúde mental de qualidade requer, antes de mais nada, uma gestão que entenda a delicadeza e a especificidade do trabalho realizado na área. Entretanto, não é isso o que vem ocorrendo. Por exemplo, na rede de saúde mental do município de Fortaleza, o que se vê hoje é uma lógica de sucateamento sistemática dos serviços, com o intuito claro de passar a administração para as OSS (Organizações Sociais de Saúde). Ou seja, o objetivo é de privatizar os serviços. Esse é um tremendo retrocesso para a política nacional de saúde mental desenvolvida nas últimas décadas no país.

Urge uma intervenção política e de gestão para que tudo que se teve de avanços na saúde mental do município não retroceda, mas como se fazer isso, se historicamente vive-se uma época no Brasil um momento que os brasileiros estão estarecidos e parados no tempo, vendo todas essas ações de conquistas sociais e estruturais na área da saúde com o SUS, com a reforma psiquiátrica serem atacadas e colocadas em descréditos e não se tem um movimento político e social de resistência e organizado para continuar a lutar.

Ao refletir sobre as narrativas, o pesquisador interroga: a) as lideranças da militância, os familiares e usuários perderam força? b) as pessoas que não compartilham com os ideais da

RP por seus interesses econômicos e políticos se fortaleceram? c) o Estigma e o preconceito sobre a loucura permanecem fortalecidos na sociedade atual? d) os familiares estão incluídos no processo de RP como atores do processo de mudança? e) a sociedade ainda demanda condutas pautadas na medicamentação e exclusão da loucura, não se implicando nesse processo de RP?

Observa-se que, com mais de 10 anos da promulgação da Lei 10.216, a autora Pitta (2011) alerta para os desafios que hoje se colocam para o Movimento da Reforma Psiquiátrica. Aquilo que é discutido em todo o percurso da reforma no âmbito federal, muitas vezes não encontra acolhida em alguns governos estaduais e municipais, sendo que esses são responsáveis por reger os dispositivos de atenção à saúde mental. A falta de incentivo de alguns governos e de seus respectivos gestores de saúde tende a dificultar a execução de um serviço que seja promotor de vida, não de exclusão.

Vale ressaltar que esse contexto de desarticulação da saúde mental é também fruto de uma fragilidade de se criar uma força política que faça frente a esse momento de retrocesso, articulada com movimentos sociais, e assim fica evidente que a sociedade, de forma geral, tem uma grande parcela de implicação nesse cenário que hoje se apresenta. Considerando o exposto, deve-se reafirmar o compromisso com o SUS e com o legítimo processo de RP, sendo este um processo político alicerçado em um sistema universal e democrático, e que demonstra, de maneira incontestável, os avanços no cuidado em saúde mental no território.

b) Assistência em Saúde Mental e Intersetorialidade no Cuidado em Rede

Um dos pontos iniciais da discussão neste tópico diz respeito à apreensão dos participantes em relação à interdisciplinaridade. Alguns trabalhadores demonstraram uma compreensão que a prática em saúde, para responder de forma resolutiva as propostas aqui apresentadas frente ao cuidado das pessoas em situação crônica na saúde mental, deva ser uma prática interdisciplinar, por compreender o sujeito na sua totalidade e complexidade e, principalmente, para que o usuário deste serviço tenha um atendimento de acordo com a necessidade e, ainda, cumprir um dos objetivos principais do CAPS, ou seja, evitar as internações de longa duração aos usuários e sua ressocialização.

Por sua vez, defende-se que as ações de cuidado às pessoas em situações crônicas na saúde mental devam ser realizadas pela equipe multiprofissional e interdisciplinar, se

descharacterizando do acompanhamento pautado quase que exclusivamente de consultas clínicas individuais, olhar médico-centrado, conduta medicamentosa realizada pelo psiquiatra, como ainda é hegemônico no modelo de atendimento hospitalar. Todavia, inexiste uma forma pronta e acabada para a realização do atendimento aos usuários em saúde mental, pois depende da condição e necessidade desse usuário, bem como da realidade social, econômica, histórica e cultural dos usuários e, também, da conjuntura de cada município e equipe de trabalho.

Nesse âmbito, mediante a observação sistemática, identificou-se que a dinâmica dos serviços de saúde passa por um processo de reorganização, no tocante às práticas interdisciplinares dos trabalhadores, apresentando uma divisão por especialização do trabalho, de acordo com suas atribuições privativas; a reunião da equipe semanal não evidencia uma prática interdisciplinar, mas sim, uma equipe de diferentes formações profissionais que atua num mesmo espaço sócio-ocupacional, com os mesmos usuários, no entanto, cada um realiza o que se refere à sua profissão, de modo a manter a dicotomia do trabalho a ser realizado com o usuário, e até fragmentando o próprio usuário, como se em um determinado espaço de tempo, ele tivesse uma necessidade em saúde, depois outra, e não o tratando na sua totalidade, ora sendo de responsabilidade do médico psiquiatra, ora da enfermagem, ora da psicologia, ora do terapeuta ocupacional, ora do serviço social. No entanto, o usuário é o mesmo atendido por todos esses profissionais.

Ainda sobre esse aspecto em discussão, percebe-se que há uma desarticulação e falta de comunicação entre os profissionais, fruto do processo de fragmentação, pensando que em determinados momentos poderiam ser articulados atendimentos em grupos de forma coletiva, nos quais os diferentes profissionais, nas suas diferentes formações disciplinares, pudessem fazer conexões numa prática interdisciplinar para responder às necessidades dos usuários. Nas entrelinhas das narrativas dos trabalhadores do CAPS, ESF e HP, apreendem-se informações que apontam para uma: “(...) equipe multiprofissional e interdisciplinar, [porém], o modelo da reforma psiquiátrica implantada não oferece condições para o trabalho interdisciplinar, ocorrendo fragilidades nas práticas da equipe”.

Torna-se evidente por meio das narrativas, a ausência de uma prática interdisciplinar no espaço do CAPS, ESF e do Hospital Psiquiátrico para acompanhamento das pessoas em situação crônica na saúde mental, sendo que cada profissional realizava o que entende ser de sua competência disciplinar, raramente havendo um diálogo, uma troca de informações, durante a atenção à saúde do usuário deste serviço.

Nesta direção, se tem como intencionalidade instigar uma proposta de uma prática interdisciplinar, mesmo entendendo que as mudanças encontram grande resistência, principalmente no ambiente de trabalho, no qual a prática do médico, ainda hoje, é colocada como primazia, e ainda devido ao corporativismo das próprias profissões, às amarras políticas, aos acordos políticos e, principalmente, à complexidade da organização do trabalho na saúde.

Dessa maneira, ao pensar na organização do trabalho de atendimento às pessoas com situação crônica em saúde mental, é imprescindível fazê-lo, considerando as condições materiais de produção e de sobrevivência, sua realidade familiar, socioeconômica e de saúde.

É válido salientar:

(...) a interdisciplinaridade é a resposta à crítica que se faz ao paradigma da ciência moderna, especialmente naquilo que faz emergir um conflito inconciliável entre as áreas do conhecimento. (...) provoca um momento de forte intensidade na produção do conhecimento. (...) A concepção que sustenta a noção de interdisciplinaridade é aquela que procura englobar os conhecimentos oriundos das várias áreas das ciências sociais e das humanidades e também das ciências naturais com a finalidade de estudar os fenômenos sociais em seus vários aspectos (FARIA, 2014, p. 106).

Os dados empíricos revelam que a interdisciplinaridade vai muito além do diálogo ou trabalhar no mesmo espaço, faz-se necessário haver um envolvimento dos trabalhadores em uma prática de compreensão da realidade e do objetivo em comum de uma maneira ampla, complexa, na qual se consiga traçar ações em conjunto, exigindo um refazer, reconstruir profissional. Para tanto, faz-se necessário um aprofundamento da interação entre os trabalhadores de saúde, com uma amplitude no intercâmbio de saberes entre as disciplinas, em especial no que se refere ao trato dos casos e situações dos usuários, conforme narra os trabalhadores do CAPS:

O usuário crônico está no CAPS para construir sua autonomia, para isso ser efetivado se faz necessário toda uma discussão e conexão de conhecimentos de várias categorias de profissionais, cada um no seu núcleo de saberes e práticas, poderem compartilhar suas experiências e *expertises* no intuito do cuidado ampliado e continuado, não simplesmente ser aquele doente de saúde e se cuidando para o resto da vida no CAPS; (...) onde os profissionais apenas realizam suas atividades de maneira individualizada, cada um no seu “**Quadrado**” (Grifo da entrevistada), não é esse foco que a gente quer dar aqui no CAPS!

Chama-se a atenção para o seguinte questionamento: como avançar nessa prática interdisciplinar, se existe uma carência na formação específica da disciplina em saúde mental? É notório tanto pela observação das práticas e pelas narrativas que existe uma lacuna de profissionais com formação especializada para a atenção ao usuário de saúde mental é

considerada uma grande dificuldade para que se possa prestar um atendimento resolutivo, por muitas vezes os próprios profissionais que atuam nos serviços substitutivos se sentem despreparados, quando são profissionais recém-formados e que não têm nenhuma experiência anterior em saúde mental e “caem de paraquedas” num serviço complexo que é a atenção psicossocial e que, ainda hoje, não se tem uma política implementada de formação permanente na rede de saúde mental. A explanação dos trabalhadores do CAPS representa essa ideia: “(...) dificuldade profissional; falta de formação específica no campo da saúde mental; capacidade profissional deficiente para acompanhar e manejar casos crônicos, (...) casos de crises”.

Outrossim, os trabalhadores dos serviços substitutivos que têm experiência em outras áreas mais técnicas da saúde e ao adentrarem no serviço de saúde mental querem reproduzir a mesma prática e ainda os que vieram de práticas em hospital psiquiátricos e reproduzem as práticas manicomialis nos CAPS, explicitado no relato de um trabalhador do CAPS: “Tivemos épocas melhores aqui no CAPS (...), com profissionais mais capacitados para dar suporte ao paciente crônico; hoje pouco se impulsionava os pacientes para a pintura, dança e arte (...)”.

Evidencia-se, pela discussão nas rodas de conversas com os trabalhadores tanto do CAPS como da ESF, que as formações em saúde mental são escassas e não disponibilizadas pela gestão atual, e acabam participando de outras formações temáticas, porque são obrigados e, assim, não colocam em prática o apreendido nessas formações, isso interfere diretamente na assistência prestada aos usuários de saúde mental.

Diante de tal situação, a educação precisa ser vista como um processo dinâmico e contínuo de construção do conhecimento, pautado no diálogo, em que todos os atores assumam papel ativo no processo de aprendizagem, através de uma abordagem crítica reflexiva da realidade, o que reafirma a ideia do paradigma psicossocial e traz à tona um olhar inventivo e complexo, que nem sempre uma única teoria tem condições de dar conta (ALMEIDA et al., 2014).

No entanto, somente a partir de 2005 houve maior investimento em ações de qualificação profissional com projetos de educação continuada e permanente, a partir de editais de supervisão clínico-institucional e de redes, tal como para escola de supervisores, dentre outras ações formativas, visando fortalecer a estratégia de atenção psicossocial nos serviços (SEVERO; L’ABBATE; CAMPOS, 2014).

No que se refere à formação profissional na área de saúde, com ênfase no cuidado em saúde mental em situações crônicas, percebe-se que esta é voltada para o cuidado em situações de episódios de cronicidade aguda. Dessa maneira os serviços são estruturados e organizados com essa perspectiva e mais uma vez na saúde mental pode se reproduzir o modelo biológico, centrado nos sinais e sintomas agudos.

Diante dessa situação, os trabalhadores do CAPS e da ESF mostram-se despreparados para lidar com as situações crônicas, assim como usuários em Crise Psíquica ou Surto, que exigem um outro olhar mais prolongado e contínuo, mais complexo e mais profundo das relações dessa pessoa adoecida.

Para Barbosa e Carvalho (2015), os trabalhadores de saúde tendem a aprender e a desenvolver algum modo de agir na própria prática, pautados não raramente somente naquilo que trouxeram de sua graduação, a qual, por vezes, não apresentou uma articulação mais diretamente relacionada ao SUS e mais especificamente ao campo da Saúde Mental. Sabe-se que o cotidiano do CAPS, muitas vezes, é permeado pelo imprevisto.

Nas narrativas nota-se que a assistência ao crônico não deve ser centrada, exclusivamente, no procedimento médico e da medicação, ao se estabilizar o usuário com os medicamentos, ele se torna praticamente esquecido e, por assim dizer, “invisível” pelas equipes de saúde mental e assim não há continuidade do cuidado com ações mais sociais e culturais com esse sujeito e nem com as famílias.

O cuidado somente é solicitado acompanhamento para seu familiar no quadro agudo, onde a pessoa adoecida provavelmente apresenta agitação ou agressividade, procurando os serviços de saúde mental quando este se encontra instável ou em crise. No entanto, entende-se que as pessoas com adoecimento crônico em saúde mental exigem ações permanentes e prolongadas, de ressocialização, de autonomia e resgate de significados dos sujeitos.

Essas atividades de cuidado podem ser realizadas tanto dentro do espaço físico do CAPS, enquanto fora dele, isto é, no território, devendo então “(...) 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” (BRASIL 2004, p. 18). As atividades devem ser realizadas a partir das condições e necessidades do usuário, da afinidade, do interesse e da escolha e ainda das condições e organização de trabalho do CAPS.

Pela observação da prática cotidiano dos serviços de atenção psicossocial percebe-se que inexistente suporte efetivo aos usuários em situações crônicas, que estabeleça um elo de ligação entre cuidado do usuário, sua família e a sociedade. Essa interconexão se faz necessária para que se tenha uma atenção integral, e assim haja uma diminuição dos quadros de crises psíquicas e internações psiquiátricas, acontecendo somente em atividades de grupos e oficinas quando existe. Os pacientes não estão buscando essas ações em virtude do corte dos transportes e alimentação sem disponibilização pela gestão municipal.

Percebe-se empiricamente que, apesar de todo o esforço da uma equipe de saúde mental do CAPS, ainda são poucas as conquistas ao se referir às pessoas em situações crônicas na rede de atenção psicossocial, mesmo quando recebem acompanhamento nos CAPS, em atividades de grupos, às vezes essas atividades não são escolhidas por afinidades e nem por desejo de participar e, sim, por fazer parte de um “cardápio de ofertas de grupos” implementados de maneira verticalizada, por habilidades de cada profissional, sem a participação efetiva dos usuários dos serviços nas discussões e necessidades das pessoas com situação crônica. Apesar de demonstrar nas narrativas que o trabalhador de saúde busca construir o Projeto Terapêutico Singular (PTS) de maneira participativa com o usuário e o familiar no ato da relação dialógica do cuidado. Em virtude da problemática no atendimento, torna-se o processo de elaboração do cuidado restrito.

Todavia, as práticas legitimadas de cuidado na situação crônica em saúde mental que fogem do processo medicamentoso, desenvolvidas nos serviços pesquisados CAPS, ESF e Hospital Psiquiátrico foram as atividades em grupos, tendo como principal objetivo o acompanhamento das pessoas em situação crônicas e que precisam de suporte prolongado dentro do serviço.

As atividades desenvolvidas pelos trabalhadores nos CAPS foram destacadas a busca pela autonomia, educação em saúde, não há grupo para usuários crônicos com quadros de diagnósticos diversos. Além dessa atividade de cuidado, participam de atividades psicoterapêuticas, expressando dificuldades para a participação da família, seja junto com os usuários ou um grupo somente para familiares. Como destaca-se nas narrativas dos trabalhadores do CAPS: “(...) os grupos terapêuticos trabalham as questões da autonomia, e do autocuidado; (...) grupos projetos de vidas realizados pela terapia ocupacional; (...) agora grupo com familiares temos dificuldade de montar”.

Para além da clínica tradicional, o atendimento dos usuários em grupo é uma alternativa para a implementação da mudança do modelo de atenção na saúde mental. Essas

atividades grupais devem ser feitas de forma organizada, com objetivos predefinidos, com a temática de acordo com a realidade da comunidade e com frequência, já que estão intimamente ligados a um dos principais objetivos da reforma psiquiátrica, que é a reabilitação biopsicossocial (DUARTE et al., 2012).

Outra possibilidade apontada pelos trabalhadores da pesquisa foi a realização das visitas domiciliares, que acontecem com pouca frequência, diante da demanda do serviço e a falta de transporte para conduzir a equipe até o território.

Para Duarte et al. (2012), a visita domiciliar é uma prática em que os profissionais têm a possibilidade de atuarem no território adjunto com o usuário, estabelecendo vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade, além de permitir que os profissionais identifiquem o risco e a vulnerabilidade dessas pessoas.

Evidencia-se nas narrativas a preocupação de como cuidar do crônico com uma equipe mínima e que fica a todo tempo em rotatividade sem criação de vínculos, o acompanhamento em rede não consegue ser efetivado de verdade. Ao se articular com a sociedade para retorno dessa pessoa por meio do trabalho, são poucas as oportunidades e políticas nas empresas para receber os usuários crônicos em saúde mental.

Apreende-se na análise dos três cenários que as narrativas dos trabalhadores retratam fortemente os entraves sobre a estruturação da rede de apoio e o (des)conhecimento da rede formal dos serviços de saúde, no momento os usuários estão liberados para as atividades extramuros, pois devido à instabilidade emocional dos usuários, esses retornam constantemente aos serviços de internação, não conseguindo circular nessa rede de saúde e na rede social, que deveria ser mais capitalizada, tornando seu viver cotidiano nos muros dos CAPS, ESF e HP.

Observa-se que se conseguiu avançar em muitos aspectos nessa política de saúde mental, no entanto, continua sendo um grande “nó crítico” o suporte ampliado aos crônicos, pois, as ações ficam focadas em demandas agudas e emergenciais. Pois, muitas vezes no cotidiano dos serviços as pessoas em situações agudas são os mais assistidos e acompanhados pela equipe, pois manifestam quadros que chamam a atenção dos profissionais, coloca em desafio a resolutividade do serviço e da equipe, realiza um processo de desorganização da dinâmica do serviço que, praticamente, direciona o seu olhar e atenção na busca de estabilizar essa crise.

A carência do profissional psiquiatra, ainda é um grande problema encontrado na assistência à pessoa em situação crônica na saúde mental, pois as consultas acabam sendo realizadas rapidamente, pois a demanda é cada vez mais crescente, para que este profissional possa conseguir atender à toda demanda do município, o que faz com que as consultas sejam voltadas para a prescrição dos medicamentos, sendo assim, não há uma escuta qualificada, valorizando a consulta médica como se fosse um ambulatório. A narrativa do trabalhador do CAPS expressa: “(...) vivenciamos carências de profissionais na rede de saúde mental, principalmente do médico. Se cuida do crônico baseado, principalmente, na medicação, o médico é fundamental, e parece que, por isso, não se percebe ou não se estimula as outras formas de cuidar”.

No entanto, defende-se que na clínica psicossocial, o tratamento depende do trabalho de profissionais que se identifiquem como integrantes de uma equipe. O trabalho em equipe permite aos profissionais um enriquecimento do seu saber, além de fazer com que cada um se sinta implicado no atendimento dos usuários. Certamente, é difícil desconstruir na Saúde Mental uma hegemonia da figura do médico-psiquiatra. Entretanto, não há mais como sustentar, uma clínica baseada apenas no conhecimento de um profissional (BARBOSA; CARVALHO, 2015).

Apesar das mudanças ocorridas após a implantação e expansão dos CAPS no município em estudo, que proporcionou uma ampliação da RAPS e tem subsidiado uma mudança na forma de abordar o usuário com transtorno mental, as práticas desenvolvidas ainda estão muito voltadas para a medicamentação e a internação dos pacientes em crise, o que torna-se inferido pelos autores (RAUTER; PEIXOTO, 2009). Que considera a instituição das terapias medicamentosas e psicoterapias como as únicas legítimas para o tratamento: nas instituições de saúde mental de hoje, ser tratado é receber uma receita de um médico-psiquiatra e ser escutado, geralmente, por um psicólogo.

Há uma série de forças sociais e econômicas que sobredeterminam a prática médica, ao que se denomina de “motores da medicalização”, portanto, a compreensão da medicalização como um processo é fundamental para que não se incorra no erro de interpretar o termo “medicalização” como um movimento da corporação médica, afastando-se de uma compreensão mais ampla que considere sua dimensão processual. Pois, medicalização social é um processo através dos quais problemas não médicos são definidos e tratados como problemas médicos, traduzindo-se em doenças. Significa dizer que um problema será definido,

utilizando-se o jargão médico, compreendido a partir da adoção de conceitos médicos e tratados por meio de intervenções médicas (PETER, 2007).

Dentre os princípios para a organização dos serviços substitutivos de saúde mental, destaca-se a necessidade do deslocamento essencial da perspectiva da intervenção dos hospitais psiquiátricos para a comunidade; o deslocamento do centro do interesse somente da doença para o sujeito em sofrimento psíquico e para a sua desabilidade social e o deslocamento de uma ação individual para uma ação coletiva nos confrontos dos usuários com seus contextos (DUARTE et al., 2012).

A despeito dos avanços, as distorções na implantação da política de saúde mental em nível federal nos estados e municípios, repercutem na lentidão do processo de substituição total do modelo manicomial e coexistência do parque asilar e dos serviços substitutivos (ROSA, 2009).

Ao fomentar a discussão, entende-se que as práticas além de serem interdisciplinares, necessitam ser pautadas na intersetorialidade, em que os fluxos de encaminhamentos se mostram como a principal forma de contato intersetorial entre a CAPS, ESF e o Hospital Psiquiátrico, porém não há compartilhamento do PTS, mas uma passagem de casos que são avaliados e pensados por cada equipe de forma isolada.

As equipes do CAPS e da ESF mesmo de forma esporádica conseguem manter uma relação de diálogo no encontro em que se realiza o apoio matricial. Já no que se refere ao Hospital Psiquiátrico a relação se restringe ao encaminhamento escrito e por raras vezes contato por telefone, profissionais que compõem a assistência social.

Em relação à integração entre os pontos da RAPS, a principal dificuldade relatada é a falta da contrarreferência por parte dos profissionais que os atendem para o retorno à unidade que referenciou.

As narrativas permitiram identificação da valorização da intersetorialidade pelos trabalhadores do CAPS. Contudo, por outro lado, os trabalhadores da ESF e do HP relatam: “O CAPS fica **“encapsulado”** (Grifo dos entrevistados) e não abre espaço para as ações intersetoriais; o hospital psiquiátrico nunca é cogitado pelo CAPS nas ações intersetoriais, somente encaminhamento”.

Compondo essa articulação intersetorial, o apoio matricial emerge como um dispositivo importante para se fazer uma integração intersetorial maior no cuidado às pessoas com situações crônicas na saúde mental, esse recurso é utilizado pela equipe CAPS

juntamente com a ESF ora em análise, no entanto, ainda acontece de maneira pontual, pois não se consegue sair das estruturas dos CAPS para se fazer o matriciamento. Contrarreferência mais personalizada e direta entre os atores envolvidos no cuidado trabalhadores de saúde, usuários e familiares.

No matriciamento, as ações devem ser realizadas em conjunto com a atenção primária, para discutir os casos e juntos avaliar as condições do usuário, para na sequência buscar alternativas de efetivação de um trabalho conjunto na busca pela integralidade do cuidado. Este serviço é realizado quando se julga necessário pela equipe profissional dos CAPS, com o objetivo de articular a rede de serviços de saúde para buscar responder à demanda de saúde do usuário.

Espera-se que a corresponsabilização dos casos entre as equipes aumente a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local, sem encaminhamentos. Sendo assim, ao longo do tempo e gradativamente, os trabalhadores da equipe de referência tornam-se mais capazes de resolver problemas que, anteriormente, consideravam difíceis. Com a resolução máxima de problemas no território, evita-se encaminhamentos desnecessários, dando continuidade ao cuidado e, fundamentalmente, aumentando o grau de singularização da relação equipe/usuário (DELFINI et al., 2009).

A atenção prestada aos crônicos tem se mostrada frágil, pois demandam uma atenção prolongada e contínua que como se encontra estruturado a RAPS se torna praticamente impossível absorver toda a demanda e conseguir dar uma resolutividade a cada caso. Assim, torna-se urgente a necessidade de articulação da RAPS com outros serviços da rede de atenção ao cidadão, atenção essa que extrapola os serviços de saúde e deve incorporar a rede social, cultural, justiça, educação e outras para conseguir minimamente dar uma resposta efetiva à complexidade que envolve a pessoa em situação crônica em saúde mental.

No entanto, a rede de saúde mental vai além de serviços específicos da área e deve trabalhar de forma integrada aos demais setores que possibilitem o cuidado, bem como intensificar as atividades na atenção primária. Assim, destaca-se a importância dos serviços da APS no cuidado de pessoas em sofrimento psíquico e se defende que estes podem e devem socializar-se, comunicar-se e integrar-se externamente a outras políticas públicas.

Compartilha-se a ideia de que cada situação de trabalho seja na atenção primária, secundária e terciária é peculiar e exige estratégias de execução elaboradas pelos trabalhadores, que conforme sua margem de autonomia, experiências, habilidades e

competências conseguirão ser mais ou menos eficazes no controle dos efeitos da discrepância entre o prescrito e o real (TRIERWEILLER et al., 2008).

No contexto da atenção à saúde mental seja no CAPS, ESF ou no Hospital Psiquiátrico, o controle da medicação ainda hoje é a principal prática de cuidado desenvolvida na saúde mental, comprometendo os princípios preconizados pela Política Nacional de Saúde Mental para a reinserção social do usuário e o fortalecimento de sua autonomia.

As análises das narrativas dos trabalhadores do CAPS e da ESF apontam que apesar das mudanças ocorridas após a implantação e a expansão dos CAPS no município, proporcionou uma ampliação da RAPS e tem subsidiado uma mudança na forma de abordar a pessoa com transtorno mental, as práticas desenvolvidas pelos serviços de saúde que deveriam se articular de maneira a superar essa dicotomia e esse distanciamento, ainda estão muito voltadas para a medicamentação e à internação dos pacientes em crise:

(...) ideia estabelecida pela Reforma Psiquiátrica é que o crônico seja acompanhado pela Atenção Primária à Saúde, (...) em situação de estabilidade; devemos assumir [a] inexistência de espaços de cuidado [na] rede de cuidados que se adapte ao usuário, temos um **“cardápio de ofertas”** (Grifo do entrevistado), que o usuário tem que se adaptar.

A participação efetiva da atenção primária (ESF e UBS) na rede de saúde mental permite uma menor sobrecarga desta rede, assim como um escalonamento de gravidade dos casos nos serviços de saúde que a compõem. Uma rede intersetorial eficaz com uma atenção primária fortalecida alivia os serviços especializados (CAPS) para atender somente casos necessários (BARROS et al., 2010).

Nos serviços da atenção primária do município as atividades voltadas para os usuários de saúde mental ainda são muito escassas o que acaba fazendo com que esses usuários e seus familiares, muitas vezes, procurem atendimento direto no CAPS, pois acham que nesse serviço serão melhor atendidos. Nas ESF os profissionais encaminham usuários para o CAPS, porque em vários casos, esses profissionais da atenção primária não se sentem preparados para realizar o atendimento, ou ainda, por possuir uma grande demanda de usuários de saúde mental.

A fragilidade na integração intersetorial dessa rede está presente nas narrativas dos trabalhadores da ESF: “A situação no CAPS está complicada e eles estão pedindo socorro na atenção primária para realizar a avaliação inicial de usuários graves. A família quando percebe essa dificuldade os levam para os Hospitais Psiquiátricos”. Conforme narrado em

situações emergenciais, quando os serviços extra-hospitalares se mostram insuficientes para o controle das crises psíquicas, as famílias procuram diretamente a emergência do HP, como reforçado pelos discursos dos trabalhadores do HP: “Eles vêm para o hospital psiquiátrico em surto, tratamos com medicamento, e buscamos estabilizar; os enfermeiros e os médicos fazem o cuidado direto dessas crises desde a entrada na emergência até a internação”.

No Brasil, os hospitais psiquiátricos têm deixado de constituir a base do sistema assistencial, cedendo terreno a uma rede de serviços substitutivos, no entanto, a internação psiquiátrica continua sendo um recurso muito utilizado (CARDOSO; GALERA, 2011). Não se conseguiu uma inversão da lógica em 100% do país, ainda havendo uma convivência desarmônica.

A Portaria nº 3.088/2011 estabelece ao hospital psiquiátrico que poderá ser acionada para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde, enquanto o processo de implantação e expansão da RAPS, ainda não se apresenta suficiente, devendo estas regiões de saúde priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da RAPS para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2013; STEFANELLI et al., 2008).

Outra questão colocada pelos trabalhadores do hospital psiquiátrico é: “A cronicidade da saúde mental a nível de hospital, terciário, referência em urgência e emergência ao paciente crônico, vem a ser o cuidado na observação, na internação, ou no ambulatório nas consultas com o psiquiátrico e recebimento de remédios”.

A organização do manicômio, estruturada no modelo Médico-Assistencial Privatista, possibilita uma centralização no pronto atendimento e promove uma desordenação da demanda. Esse modelo é centrado na demanda espontânea dos seus usuários, ou seja, os indivíduos precisam estar acometidos de uma doença para que procurem os serviços. Geralmente, tal procura se dá de maneira desordenada e gera, na população, uma busca desenfreada por serviços de pronto atendimento, condicionando uma oferta distorcida por parte dos serviços (PAIM, 2003).

Ainda segundo Paim (2003), o que ocorria e ocorre, ainda hoje, é uma procura desenfreada pelo manicômio nos momentos de crises psíquicas dos pacientes e a oferta de um serviço que acabava excluindo e cronificando os que deles necessitavam. Criava na população a cultura de que a internação e o medicamento eram as únicas ferramentas capazes de resolver os problemas de saúde psíquica dos indivíduos. Esse modelo inviabiliza trocas sociais, é eminentemente curativo e prejudica o atendimento integral ao paciente e à comunidade; não oferecendo um impacto direto na saúde geral da população.

Registram-se avanços no âmbito sociocultural com o fortalecimento das ações de protagonismo e participação dos usuários e familiares, na organização política e ampliação das redes sociais e comunidade solidária, dando novo vigor ao Movimento de Luta Antimanicomial frente aos novos e históricos embates da Reforma Psiquiátrica brasileira. No entanto, parece não ter sido o suficiente para transformar toda uma mentalidade estigmatizante da loucura na sociedade brasileira, pois é um processo histórico e complexo de ser atingido num ambiente de tantas contradições e dilemas que é o nosso país (MACEDO et al., 2017).

A RAPS fundamenta-se nos princípios da autonomia, respeito aos direitos humanos e o exercício da cidadania; busca promover a equidade e reconhecer os determinantes sociais dos processos saúde-doença-sofrimento-cuidado; desfazer estigmas e preconceitos; garantir o acesso aos cuidados integrais com qualidade; desenvolver ações com ênfase em serviços de base territorial e comunitária; organizar os serviços em rede com o estabelecimento de ações intersetoriais, com continuidade do cuidado; desenvolver ações de educação permanente; ancorar-se no paradigma do cuidado e da atenção psicossocial; além de monitorar e avaliar a efetividade dos serviços (BRASIL, 2011c).

5.3 A (IN)VISIBILIDADE DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: SERÁ POSSÍVEL DIALOGAR?

Ao refletir sobre possibilidade ou não de diálogo entre os trabalhadores do HP e do CAPS, tal como, de que forma o hospital faz ou não parte da rede de atenção psicossocial ao discutir a relação serviço substitutivo/hospital psiquiátrico. É válido salientar que os defensores da Reforma Psiquiátrica, concordando ou não com a presença do hospital psiquiátrico, precisam conviver com eles, pois os hospitais psiquiátricos existem e ainda existirão por algum tempo, no mínimo até que os serviços substitutivos sejam implantados e implementados com uma consistência mais sólida, até que RAPS seja efetiva com serviços, fluxos, ações e articulações capazes de subsidiar a necessária superação do paradigma da saúde mental.

De acordo com o conteúdo das narrativas e a observação, seria ingênuo negar a convivência paradoxal do cenário, ora em análise, entre a rede atenção psicossocial e o serviço hospitalar psiquiátrico existente, mesmo que não seja reconhecido e legitimado como

parte

da RAPS. Conforme narram os trabalhadores do CAPS e do HP: “Não se pode negar a existência do hospital, agora pensar no hospital como rede é complicado; (...) nem as portarias de saúde mental do Ministério da Saúde, nem o estado e nem os trabalhadores da RAPS reconhecem o hospital psiquiátrico como serviço da rede de saúde mental”.

Sabe-se que as condições regulamentadoras do Ministério da Saúde estão favoráveis ao trabalho proposto pela Reforma Psiquiátrica, mas não deixam de contemplar, em seu interior, a presença do hospital psiquiátrico. Assim, não se pode escapar das seguintes constatações: a) o hospital psiquiátrico é um dispositivo assistencial presente na rede de assistência em saúde mental no Brasil e b) inversamente, o País já conta com uma rede de serviços substitutivos razoável, que estabelece cotidianamente sua tradição (de luta pela construção de um espaço mais solidário, mais democrático que o hospital psiquiátrico e que suporte a diferença (PRAZERES; MIRANDA, 2005).

Em seguimento a essa discussão, segundo evidencia os trabalhadores do hospital, a existência das unidades hospitalares de cunho psiquiátrico estaria próxima da extinção, pois começaram a ser implantados os serviços substitutivos do município e se afirmava com veemência que todos os hospitais psiquiátricos iriam fechar suas portas em um curto prazo. Essa discussão é revelada na narrativa dos trabalhadores HP: “(...) o hospital mental fecharia suas portas em cinco anos, depois que começaram a surgir os CAPS, e nunca fechou (...) não teve rede; (...) se defende uma rede de serviços psicossociais e substitutivos, [por isso], nunca abriu espaço de diálogo com o hospital”.

Fica evidente que há uma (in)visibilidade do hospital psiquiátrico na RAPS, não faz parte e não é reconhecido pela rede, porém, as informações empíricas revelam, que é cada vez mais crescente o volume de encaminhamentos que chegam solicitando avaliação psiquiátrica e leitos de internações psiquiátricas de usuários do próprio CAPS, que são encaminhados pelos profissionais desse serviço substitutivo. Relatam: “Existem crises de usuários crônicos ou mesmo de pessoas que chegam em surto no CAPS, que não dá para ficar em casa e nem temos suporte no CAPS; (...) então se faz o encaminhamento para o hospital psiquiátrico”.

Chama-se a atenção para o que está acontecendo nos CAPS, questões básicas que deveriam ser realizadas nos dispositivos substitutivos estão sendo encaminhados para o hospital psiquiátrico. Essa situação é um paradoxo, pois o CAPS tem como principal papel ordenar essa rede de atenção psicossocial e ser substitutivo ao hospital psiquiátrico, e não um “estimular” de demandas para internação, que podem até ser cogitadas numa rede sem uma

implementação de serviços substitutivos efetivos, mas sempre pensada de forma provisória e em última instância, quando se esgota todas as opções de cuidado territorial. Esta ideia é narrada pelos trabalhadores do CAPS e do HP:

A formatação do modelo da gestão atual não tem contribuído para que CAPS cumpra o seu papel substitutivo; (...) muitos encaminhamentos ao hospital psiquiátrico estão sendo feitos; ocorrem transferências de usuários para o hospital psiquiátrico e algumas retornamos ao CAPS, com o encaminhamento [contrarreferência] informando não ter perfil para internação aqui (...) questionamos, o CAPS não deveria tratar?

Os trabalhadores do CAPS, em suas narrativas, justificam o encaminhamento pelas fragilidades e entraves que os processos de gestão e assistência nos dispositivos substitutivos, por falta de médicos, sendo a dificuldade enfrentada no que tange ao suporte aos usuários dos CAPS, em momento de surto e em situações de crônicos instáveis, sendo uma delas narradas: “Déficit de médico, usuários estão [se] desestabilizando (...) e são encaminhados para os hospitais psiquiátricos; (...) dificuldades com a rede fragmentada, desarticulada e com várias problemáticas de contratação de profissionais (...) carência de profissionais”.

Em reforço a esse achado, como relatam os familiares, sempre que procuram consulta com o psiquiatra no CAPS é difícil o acesso, e quando tem é marcado para muito tempo depois, pois os médicos não têm espaço na agenda: “Se eu chegar hoje [mês de setembro] no CAPS com meu filho (...) ele sempre entra em crise por não aceitar o tratamento, não terá médico, e vaga para psiquiatra (...) uns 5 meses depois, e aí o risco de ficar sem assistência médica e sem avaliação psiquiátrica até lá (...)”.

Tais questões atravessam o modelo de atenção à saúde ainda hegemônico de médico-centrado, no qual permanece o discurso que o grande problema que potencializam as internações é a falta do profissional médico, até mesmo para fazer a prescrição inicial do usuário, ou dar suporte medicamentoso ao usuário que chega em crise no CAPS. Interroga-se: será que somente a conduta médica é capaz de dar suporte ao usuário em crise, ou em situação crônica? que outras estratégias poderiam ser utilizadas pela equipe profissional?

Outra justificativa para os encaminhamentos narrados pelos trabalhadores do CAPS, é que se estão fazendo as internações em nome da não desassistência: “Temos um compromisso ético com os nossos usuários, se não tenho para onde mandar ele em crise e a única opção é o hospital psiquiátrico vou encaminhar sim para avaliação ou para possível internação, não posso deixar ninguém desassistido”.

Diante de tais acontecimentos, é preciso reconhecer que a RAPS, ora em análise, precisa rediscutir o seu posicionamento frente à Reforma Psiquiátrica em curso no município e no Brasil, pois se deve ou não continuar sustentado na perspectiva radical da Luta Antimanicomial? Já que não se acredita na perspectiva de um hospital psiquiátrico reformulado, ou seja, um manicômio atualizado.

Na ótica de Ferro (2009), é possível identificar no movimento da Reforma Psiquiátrica, na contemporaneidade, dois projetos em disputa: o primeiro diz respeito ao projeto de assentado na perspectiva radical da Luta Antimanicomial e no Lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Este projeto pauta-se nos princípios que expressam um projeto societário e não apenas em um “reformismo” da assistência psiquiátrica.

E o segundo, diz respeito a uma reforma “simpática” aos interesses do neoliberalismo e do grande capital. Tal projeto vem aceitando a implantação da Reforma Psiquiátrica a qualquer custo e sem questionar. Pois, vem sendo implantada, principalmente, através de parcerias público-privadas, seja com ONGs, Organizações Sociais, Fundações etc. Além disso, teve a inserção das comunidades terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); o engessamento da própria Rede de Cuidados através do estabelecimento da Portaria n. 3.088/2011 que institui a RAPS; a pouca expansão dos serviços substitutivos, destacando o não avanço das residências terapêuticas; a precarização das formas contratuais; o engessamento nos últimos anos do fechamento dos leitos psiquiátricos em todo o Brasil.

Nesse momento, evidencia-se o ápice da preocupação com a atual RAPS no cenário pesquisado, após a emblemática narrativa de um trabalhador do CAPS: **“Se não fosse esse apoio do hospital psiquiátrico eu não sei lhe dizer como estaria a situação desse CAPS”**. (Grifo do entrevistado). Essa narrativa rompe com todo um trabalho de luta construído na história da reforma psiquiátrica brasileira, rompe com todos os processos de avanços, pois, afirmar que a grande sustentação hoje da RAPS está sendo efetivada pelo hospital psiquiátrico é a deterioração de todo um projeto coletivo de emancipação societário e assumir de maneira “gritante” o retrocesso da RAPS e voltar ao modelo ferozmente e radicalmente colocado em questão que é o manicômio.

O pesquisador corrobora com as questões evidenciadas por alguns trabalhadores do CAPS afirmando ser “alarmante” o discurso de considerar o HP como apoiador efetivo do serviço substitutivo, pois coloca em “cheque” a RAPS e fortalece o modelo hospitalocêntrico.

Fomentando a discussão, se faz necessário um olhar crítico sobre as próprias práticas dos trabalhadores do CAPS, pois será que está se esgotando mesmo todas as possibilidades de manutenção desse usuário em crise no serviço, como: articular suporte de familiares e comunidade circunvizinha ao usuário, acompanhamento terapêutico com profissional de referência de forma intensiva, e até medicamentoso no sentido de evitar a internação, que em tese seria um prejuízo muito maior ao usuário. Pois, vivenciar uma internação psiquiátrica excludente pode ser uma experiência desestruturante para toda a vida.

Desse modo, pode-se observar uma certa relativizada no relato supracitado, pois outros relatos dos trabalhadores do CAPS emergem: “Fazemos o máximo para evitar a internação; o CAPS só encaminha para o HP usuários em crises, depois de se fazer todas as articulações possíveis e condutas existentes e não se teve êxito; (...) a nossa maior parceria nesse momento difícil é a ESF, os médicos das unidades estão atendendo os casos quando possível”.

Evidencia-se que esforços estão sendo feitos pelos trabalhadores dos dispositivos da RAPS no sentido de superar esse momento tão delicado de assumir a presença do hospital psiquiátrico de forma tão constante, como exemplifica os trabalhadores dos CAPS:

(...) procura-se evitar as internações, e pautar nosso trabalho [no] território [e na] família. Por sua vez, recentemente foi inaugurado na rede de saúde mental um CAPS III - 24h, com poucos leitos e ainda em fase de implementação, mas é um grande avanço para superarmos as internações psiquiátricas em hospital; (...) luta pela garantia de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, uma luta constante e árdua que enfrentamos.

É válido destacar que o CAPS, tipo III, é um ponto de atenção que compõe a RAPS, sendo destinado a proporcionar a atenção integral e contínua às pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais que necessitem de internação, com funcionamento nas 24 horas (BRASIL, 2004).

Em seguimento a essa discussão, fundamentados em argumentos, os trabalhadores do hospital relatam que os CAPSs não vêm dando conta da atenção psicossocial. Desse modo, na realidade estudada, o hospital psiquiátrico vem ganhando novamente expressão e lugar de destaque nos discursos dos trabalhadores de saúde, políticos, gestores e sociedade que ainda defendem o enclausuramento/confinamento, e o distanciamento do convívio social como forma de tratamento, principalmente no momento que a pessoa em situação crônica em saúde mental se encontra em um quadro de crise psíquica, com a justificativa que o usuário causa

risco para si e para terceiros, e assim vislumbram a internação psiquiátrica de longa permanência como a única maneira eficaz de cuidar.

É de extrema importância sinalizar, consoante a observação sistemática e as narrativas, que sempre houve e ainda há um ambiente de tensão e de confronto ideológico e político entre os serviços substitutivos e os hospitais psiquiátricos, configurando uma disputa de sentido nessa arena política.

Dessa forma, na relação há um distanciamento, sem espaço de diálogo, denotado em suas narrativas dos trabalhadores do HP : “(...) uma certa barreira; dificuldade de diálogo, e distanciamento por questões políticas e pela radicalidade que prega a Reforma Psiquiátrica; (...) as relações ainda são bem estremecidas entre o CAPS e o hospital psiquiátrico”.

Portanto, evidencia-se que não há diálogo da atenção primária e os serviços substitutivos com o hospital psiquiátrico, o que ocorre com frequência é a comunicação baseada em encaminhamentos de referência e contrarreferência, e de maneira esporádica por contato telefônico.

Percebe-se que os trabalhadores do hospital psiquiátrico até admitem a importância do CAPS, porém, defendendo que sua existência é complementar ao hospital psiquiátrico e não substitutiva, pois a internação no hospital se faz extremamente necessária e essas ideias são retratadas: “(...) o hospital é muito necessário na internação (...) da alta ele vai embora, aí [é] papel do CAPS e da família acompanhar e dar continuidade ao tratamento”.

Logo, deve-se debater essa relação de complementariedade e continuidade do tratamento das pessoas em situações crônicas na saúde mental dentro da RAPS do município. Esbarrando em uma problemática: quem complementa quem? o serviço substitutivo complementa o hospital ou vice-versa? obviamente, os dois serviços têm posições antagônicas em relação a essa questão, já que eles disputam poder.

Mas, por que falar de complementariedade do tratamento, complementariedade de serviços? Há algumas razões. Entre elas, parece-nos que a mais importante é o fator de cronicidade da doença. Considerar esse fator faz com que se entenda que a possibilidade de tratamento de uma pessoa com transtorno mental vai além de um serviço e além de um único ato terapêutico. Cuidar de um portador de sofrimento mental supõe a hipótese de que, a partir do primeiro ato terapêutico, ele sempre retorne para receber outro e mais outros (PRAZERES; MIRANDA, 2005).

É interessante notar que há uma divergência e distorção nas narrativas sobre o entendimento do papel e da função do CAPS. Este serviço preconizado na atenção psicossocial. Como pode ser depreendido, a criação de uma rede de atenção integral à saúde mental deve ser formada por diversos dispositivos, substitutivos à lógica manicomial, tais como CAPS, ambulatório especializado, internação em hospital geral, serviços residenciais terapêuticos e atenção nas unidades básicas de saúde.

Pode-se perceber pela observação do campo e pelas narrativas, práticas que mostram que o hospital psiquiátrico em análise sustenta um modelo manicomial: “Os medicamentos no hospital são a primeira escolha para o tratamento, (...) os pacientes chegam em crise, surto e se faz a contenção química, física, pois na crise eles não escolhem a conduta (...) eles **“não têm escolha, a crise é emergencial e demanda contenção”** (grifo do entrevistado).

Ao buscar compreender o “lugar” social que o hospital psiquiátrico ocupa nessa nossa sociedade contemporânea, emergem narrativas que indicam que o modelo hospitalocêntrico na saúde mental se justifica, pois ainda sobressaem nas narrativas sentimentos como medo, estigma e preconceito, enraizados no imaginário da sociedade em relação às pessoas com transtornos mentais, conforme narra o trabalhador do HP: “(...) esse lugar aqui do hospital psiquiátrico existe por que o seu olhar, o nosso olhar lá fora tem medo de tudo que é diferente!”.

Compondo esse imaginário estigmatizante, as pessoas em situações crônicas na saúde mental sofrem por ter suas vidas paralisadas ao viverem em episódios constantes de internação psiquiátrica que os afastam do convívio social, como se destaca no discurso do trabalhador CAPS: “Um paciente mental se torna crônico no meu entender por não haver um suporte social adequado, vai viver reinternando por um motivo errado e vai encharcando o serviço e tornando crônica a sua presença, e cristaliza uma **“história que não deveria ser a dele e não é a dele”**. (Grifo do entrevistado).

Assim, acabam por criar um universo paralelo com suas próprias regras e estruturas que de nenhuma maneira irão se enquadrar no “modelito” social padronizado e engessado que não fazem o menor sentido para eles. Assim, a narrativa de um trabalhador do HP é destacada: “Impomos muitas regras para ser seguidas, exigimos adaptação ao que é padrão (...) isso para eles [usuários] é muito difícil, nós considerados normais somos muito perversos (...) a gente quer que eles se organizem de um jeito que não faz sentido para eles”.

Consoante a observação sistemática, o hospital, ainda hoje, ocupa um lugar de abrigo e de suporte social para pessoas em situação de rua e sem laços familiares ou laços esgarçados. Pessoas que não encontram na sociedade um espaço mínimo de convivência e aceitação, tão empobrecidas de afeto e de desejos, assim, precisam se refugiar de si mesmo submetendo-se a uma internação numa instituição psiquiátrica, pois parece essa ser a sua única oportunidade de se sentirem cuidadas, que alguém disponibiliza o mínimo de olhar sobre elas.

Ao tentar cuidar de seus familiares sozinha e ter muito sofrimento com essa tentativa, aceitar o hospital psiquiátrico significava a aceitação de um lugar “onde, pelo menos, havia algum profissional oferecendo alguma forma de tratamento e, principalmente, dividindo o cuidado”, diz Ornelas (2001, p. 61).

Por isso, defende-se neste estudo, a concepção de Reforma Psiquiátrica como um movimento para além da reorganização de serviços. Isto é, como um “processo civilizatório”, conforme expressa Sérgio Arouca, onde a liberdade e a democracia são valores estruturantes, e potencializadores do desenvolvimento do país e da sociedade brasileira. Ela é muito mais ampla e complexa.

Refere-se à ousadia de inventar um novo modo de cuidar do sofrimento humano, por meio da criação de espaços de produção de relações sociais pautadas por princípios e valores que buscam reinventar a sociedade, constituindo um novo lugar para o louco. Isso implica em transformar as mentalidades, os hábitos e costumes cotidianos intolerantes em relação ao diferente, buscando constituir uma ética de respeito à diferença (YASUI, 2010).

Chama-se a atenção que os trabalhadores narram situações de sofrimento psíquico frente à “má fama” do hospital psiquiátrico, sendo por vezes hostilizados pelo fato de prestarem serviço na instituição, por colegas de profissão, pelos defensores da Reforma Psiquiátrica, dentre outros. E expõem episódios que se sentiram desrespeitados ao participarem de congressos de atenção psicossocial, no momento que se apresentavam como trabalhadores de hospitais psiquiátricos, bem como quando tentavam expressar seus pontos de vista na plenária.

Por fim, pretende-se discutir, aqui, a possibilidade ou não de uma relação dialógica entre o hospital psiquiátrico, os serviços substitutivos e a atenção primária. Se na prática caberia a possibilidade de uma convivência pacífica mesmo que momentânea entre os serviços, contrariando, de certa forma, os pressupostos da reforma psiquiátrica, que defende a superação do hospital como dispositivo de tratamento.

Pois, na perspectiva de Amarante (2007) a Atenção Psicossocial é composta por quatro dimensões: a dimensão jurídico-política (mudanças nas legislações e portarias); dimensão teórico-conceitual (novas bases teóricas que sustentam esse campo); dimensão técnico-assistencial (novas formas de operar o cuidado em saúde mental) e a dimensão sociocultural (que é a transformação ética e política do pensamento manicomial reproduzido nas relações sociais).

Esse novo campo rompe com a psiquiatria tradicional e suas bases de sustentação. Assim, discutir o relacionamento entre a atenção primária, os serviços substitutivos e o hospital psiquiátrico é inserir na arena de debates, o velho e o novo, o instituído e o instituinte, enfim, a relação entre opostos (PRAZERES; MIRANDA, 2005).

Mediante as narrativas dos trabalhadores do hospital psiquiátrico, eles expõem que há uma possibilidade de diálogo por parte deles com os CAPSs e se mostram disponíveis e abertos para dialogar mesmo que as perspectivas sejam conflitantes, trazendo em si um certo estranhamento.

A partir daí, fica evidente o questionamento: Como o hospital psiquiátrico, local erigido na base da exclusão social, poderia relacionar-se com serviços de base territorial? Caberia aos profissionais da saúde, nesse novo momento discursivo, abrir as portas do hospital psiquiátrico e aventurar-se pelo território, respirar novos ares junto à população atendida (FERRO, 2009). Parece que não estaria presente um tamanho antagonismo entre essas duas práticas discursivas da saúde mental, que impossibilitaria qualquer relação de composição.

É importante deixar claro que, na prática, essa arena de aproximação entres esses serviços se configura um terreno bastante pedregoso, árido, e perigoso, pois é como se estivesse deixando “esquecido” a radicalidade da Reforma Psiquiátrica que preconiza o fechamento dessas instituições hospitalares. No entanto, por que surge tal cogitação de aproximação?

Outrossim, os CAPSs vivenciam no momento atual um “sucateamento” em diversos aspectos dos seus serviços e, por isso, não estão conseguindo dar o suporte adequado aos usuários em situações crônicas, que muitas vezes estão “soltos” na rede de saúde, sem o mínimo de atenção e, assim, constantemente entram em crise (surto), aumentando o número de demanda por internação no hospital psiquiátrico.

Desse modo, os serviços substitutivos na procura de uma solução para as dificuldades ora em debate estão no dilema de ter que encaminhar os usuários do CAPS para o hospital psiquiátrico. Pois, pela lógica da atenção psicossocial, esses encaminhamentos deveriam estar sendo realizados para leitos psiquiátricos em hospitais gerais, que no município, ora em análise, são restritos e estão mais destinados a receber a demanda de usuários em uso abusivo de álcool e outras drogas, ou CAPS III. Essa atitude gera um paradoxo entre criticar e não pactuar com o modelo do hospital psiquiátrico e a solicitação do suporte hospitalar.

É neste paradoxo e contradição do nosso cotidiano que talvez se possa encontrar a potência para construir caminhos de mudanças. Mas, sempre alertados que [...] no caminho para o novo, geralmente – ainda que não sempre – deve-se proceder passo a passo. Nem tudo é possível e executável a qualquer hora: condições ausentes não só atrapalham como também chegam a impedir (BLOCH, 2005, p. 203).

Essa relação de diálogo poderia ser pensada pela via do trabalho conjunto entre os serviços, considerando de forma hierárquica seus níveis de complexidade e pelo estabelecimento de uma relação que seja pautada pela autonomia das ações e respeito entre os serviços. Configurando-se não numa convivência pacífica, mas numa relação mais respeitosa. Como também, poderia se criar mediadores da relação, posto que a capacidade de luta entre os dois tem limites.

Diante dessa conjuntura, propõe-se interrogar sobre a possibilidade de uma proposta contra-hegemônica, como a atenção psicossocial alavancar mudanças profundas num panorama nacional e no município, ora analisado, onde a política neoliberal e os modelos de gestão estão centrados na doença. Seria possível o diálogo, o convívio entre os serviços de atenção psicossocial e os serviços hospitalares psiquiátricos? Se têm muitos questionamentos e poucas respostas, nada está dado por si só.

Frente a esse questionamento acima, percebe-se que no decorrer do fechamento das discussões deste estudo apresentado como material escrito para ser analisado por uma banca de pesquisadores e professores universitários no dia 05 de dezembro de 2017 e, em seguida, o material foi defendido pelo autor/pesquisador no dia 28 de dezembro de 2017, nesse ínterim, ocorreu no dia 14 de dezembro de 2017, a reunião da Comissão Intergestora Tripartite (CIT) do SUS que aprovou, sem nenhum tipo de discussão, a Resolução nº 32 que modifica completamente a Política de Saúde Mental do Brasil, ao introduzir na RAPS os Ambulatórios de Saúde Mental, os Leitos em Hospitais Psiquiátricos e as internações em Comunidades

Terapêuticas. Dessa forma, o HP ocupa novamente lugar de destaque e se fortalece; e “o que era de certa forma (IN)visível e mascarado, torna-se agora parte da política.

Aqui, faz-se o alerta: a segregação e violação de direitos de pessoas com transtornos mentais segue como realidade ainda não superada, seja em hospitais psiquiátricos, seja em comunidades terapêuticas. Pois, a implantação de políticas públicas sem base em evidências e valores democráticos e garantidores de direitos humanos, acaba por promover priorização de interesses de poucos em detrimento de muitos. Este não é um caminho aceitável em um país livre, laico e democrático. Dessa maneira, defendendo os lemas “**Manicômio Nunca Mais**” e “**Trancar não é Tratar**”, se faz preciso resistir!

5.4 OS CASOS E OS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

5.4.1 Caso I –Fênix

“Superar é preciso. Seguir em frente é essencial [...]”.

Clarice Lispector

A Aproximação com o Caso

Evidencia-se o caso da Fênix (nome fictício), do sexo feminino, 40 anos, solteira, tem 4 filhos, não trabalha (recebe benefício social) procedente de um bairro denominado Serrinha, situado na cidade de Fortaleza-CE.

A escolha da usuária Fênix emergiu a partir de uma discussão da proposta da pesquisa com a assistente social do CAPS e delimitação do perfil de inclusão (vivenciar o adoecimento mental persistente, fazer ou já ter feito uso de serviços públicos de atenção à saúde primária, especializada e hospitalar). Posteriormente, fez-se o contato com a enfermeira, agente comunitário de saúde (ACS) e o médico que acompanha o caso na ESF.

No intuito de uma aproximação com a Fênix foi realizado uma visita domiciliar, na ocasião, estava presente a Fênix, sua filha, sua irmã, o pesquisador e a ACS. Logo na chegada, percebe-se que o acesso à casa dela não é tão fácil, devido ao domicílio se encontrar

num beco estreito e longo, um espaço de apenas um cômodo, onde os objetos como cama e outros que compõem a cozinha delimitam o espaço de sua residência, muito simples, pouca ventilação, com muitas roupas e objetos espalhados pela casa e pode-se dizer que não se encontrava com a mínima organização.

A Experiência do Adoecimento Psíquico

A narrativa sobre a etiologia da doença é realizada pela usuária num contexto de que nunca havia apresentado adoecimento mental antes, e que tudo começou a acontecer após o parto do primeiro filho. Ela narra quando ficaram evidentes as alterações no comportamento, muitas vezes representadas pelo “nervosismo”, como é ilustrado abaixo: “Me sentia triste, nervosa, isolada, chorando, sem vontade de cuidar da criança (...) irritada e agitada. Não entendia o que estava sentindo (...) me levaram à força para o hospital mental (...) fizeram um sossega leão [injeção haldol]. Fui internada sete vezes em hospitais de doido”.

Em seguida, a irmã da usuária intervém e narra os primeiros episódios de crises psíquicas de Fênix: “(...) a família internou ela no hospital psiquiátrico, porque ela tava agressiva demais, deixava a criança abandonada (...) só andando sem destino nas rua, doidinha da cabeça”.

As práticas sociais contribuem para a construção do entendimento de loucura em seu imaginário social, nesse caso, ora analisado, adoecimento mental como sinônimo de “nervosismo”. Pois, na concepção do que seria a natureza da loucura entrariam elementos de crença, valores, contradições e outras formas de compreender a loucura a partir de uma realidade social e suas produções simbólicas (DURAND, 1988; MAFFESOLI, 2005).

A transformação do imaginário social, isto é, do lugar social da loucura, que historicamente encontra-se relacionada com a incapacidade da pessoa com transtorno mental em estabelecer relações sociais e simbólicas, sendo assim a necessidade de interná-lo em hospitais psiquiátricos. Nesse sentido, torna-se estratégica a produção de um conjunto de ações que visam à transformação desse imaginário social, que logo poderá modificar as relações estabelecidas entre sociedade e loucura (AMARANTE, 2007).

Na tentativa de explicar a origem do adoecimento psíquico leva-se em consideração uma pluralidade de acontecimentos, incidentes e encontros. Observa-se que o sofrimento é descrito como parte de uma situação de vulnerabilidade individual e de contexto de

desarmonia social e familiar. Fênix relata: “Até onde eu sei não tem ninguém na minha família doida, só eu (...). Não tive ajuda nenhuma quando estava grávida dos primeiros filhos, nem da família, cada um com seus problemas, aliás, só da minha mãe que já faleceu. Me sentia sozinha, frágil e sem apoio”.

A vulnerabilidade apresenta identificação com os elementos relacionados ao processo de adoecimento em situações mais concretas e particulares, tendo interesse em compreender as relações e mediações que possibilitam essas situações, num movimento de síntese. A vulnerabilidade tem um caráter não probabilístico. Ela tem o objetivo de expressar o potencial de adoecimento relacionados a todo e cada indivíduo que vive em um certo conjunto de condições (GAMA; ONOCKO - CAMPOS; FERRER, 2014).

Em outro momento Fênix narra: “ (...) os pais dos meus primeiros filhos eu não sei por onde andam (...) eu apenas fui usada por eles”. No ápice da “era da liquidez”, o ser humano se despersonaliza e adquire o estatuto de coisa a ser consumida, para em seguida ser descartada por outrem, quando esta figura se enfada do uso continuado do objeto “homem”, facilmente repostos por modelos similares. Esse processo de despersonalização do indivíduo, imerso no oceano da indiferença existencial, é a característica por excelência da ideia de “vida líquida” problematizada por Bauman, uma vida precária, em condições de incerteza constante (BAUMAN, 2007).

Ao narrar suas experiências, percebe-se que há momentos marcados pela “concretude” da doença a partir do reconhecimento sobre o diagnóstico “depressão pós-parto”, por exemplo. Assim, quando a doença recebe um nome ela se torna real para a pessoa adoecida: “Depois de muitas internações em hospitais de doido, um médico falou que eu tinha depressão pós-parto. Nem sabia que isso existia (...), agora sou depressiva”.

A redução da pessoa adoecida ao diagnóstico, ou seja, considerar o indivíduo apenas por uma característica, sendo este o diagnóstico, é rotulá-lo, passando esse a ser seu principal atributo sendo o primeiro e, por muitas vezes, o único atributo a ser visto, reduzindo o indivíduo à sua doença mental.

Para Goffman (1988), os indivíduos tendem a categorizar os outros de acordo com os atributos que esperam que esta pessoa tenha e se esta pessoa apresenta alguma evidência de diferença é posta em uma categoria a qual os ditos “normais” acreditam que este pertence.

Mais adiante Fênix coloca: “ Por viver internada nos hospitais de doido, os meus dois primeiros filhos foram criados por um irmão que cuida deles (...) quando eles nasciam eu não conseguia tocar neles, queria eles longe. Hoje sofro com isso, de não ter sido mãe deles.

A vivência da maternidade muitas vezes é vista como algo naturalizado, um fato corriqueiro que se dá de acordo com um instinto pré-programado, iniciando com a concepção e finalizando com a feliz experiência de interação do par mãe/bebê. Entretanto, a experiência de ser mãe não é reproduzível, não segue parâmetros instintivos, nem sempre acontece de forma alegre, nem sempre acontece de forma sofrida, nem sempre ela acontece; mas irá se apresentar de forma única para cada sujeito (AGUIAR et al., 2011).

Ao contrário do que se rotula, não raro, para algumas mulheres, ser mãe se acompanha de uma gama de afetos depressivos ou experiências de desorganização. Essas experiências de tristeza no pós-parto são nomeadas pelas ciências médicas de várias formas. Pode-se citar como exemplo, o chamado “Baby Blues”, descrito como estado depressivo mais brando e transitório; a depressão puerperal, caracterizada por uma tristeza de caráter prolongado, com perda da autoestima e de motivação para a vida; e as psicoses puerperais, perturbações graves com surgimento súbito de forma brusca de condutas estranhas, pouco comuns nos cuidados que a mãe dispensa a si, ao seu bebê (ARRAIS, 2005).

A privação ou a ausência da relação afetiva/vínculo mãe-filho, sempre despertou em Fênix um sofrimento e um vazio e, ao mesmo tempo, um desejo de suprir essa lacuna e vivenciar a maternidade em sua plenitude e isso faz com que Fênix tome uma decisão ao encontrar-se grávida do terceiro filho, como se conforma na narrativa:

(...) tive outro filho, uma menina, e decidi cuidar dela sozinha, a mãe tem a obrigação de cuidar (...), tinha a ajuda de minha mãe que era viva na época, falei para mim mesmo que não iria “dar” a ninguém para cuidar, eu vou cuidar mesmo sendo depressiva. Só que uma vez eu estava muito cansada, sem força e acabei dormindo com a bebê na cama (...) acordo assustada, vi que tinha dormido em cima da criança e quando olhei ela estava morta (...).

Em sua narração, Fênix mostra-se sofrida com o acontecimento, e expõe a morte do filho de forma contida e muita rápida, não querendo ou tendo dificuldade de aprofundar o assunto; ou lembrar os fatos que parecem ser doloridos demais para ela. “Eu, mais uma vez, não fui mãe direito e agora com esse fato da morte da minha filha, eu não consegui, estou com medo de tudo isso (...)”. Esse desafio em atender a todas as expectativas que nos são exigidas, de corresponder adequadamente aos apelos do social é compartilhado por um sentimento de fragilidade, insegurança e, por vezes, medo (DANTAS; MOURA, 2011).

De acordo com o observado, o fato produziu o efeito nos trabalhadores de saúde da ESF e do CAPS, que começaram a ter que se mobilizar para cuidar de forma mais próxima da usuária, buscando um estabelecimento de vínculo, pois, segundo a equipe, Fênix não aderiu ao tratamento proposto pelos serviços de saúde. Também, provocou repercussão na comunidade onde reside, a vizinhança chegou a culpar e julgar a usuária como a responsável da morte do próprio filho, pois já havia abandonado duas crianças.

A cena de uma criatura tão indefesa, abandonada ou vítima de um acidente fatal envolvendo a mãe, facilmente é conduzida a uma postura de imediata culpabilização da mãe. Isso, ao seu turno, dificulta uma reflexão sobre o problema que transcenda o campo das aparências e deixe de reduzi-lo à noção acusatória de “*mãe má*”.

Neste sentido, a culpabilização do “outro” é um fenômeno corrente em diferentes sociedades e constitui um mecanismo de defesa da ordem e valores estabelecidos. Talvez ao invés de perguntar “quem é” ou “onde está a culpa?”, deve-se questionar o que estão se fazendo para garantir que toda criança tenha o direito à vida e cuidados necessários à sua existência. Sem dúvida, a mulher-mãe ocupa aí um espaço fundamental. Mas, não pode ser vista como a única agente responsável (LIMA, 2011).

Ao refletir sobre esse episódio de culpabilização da usuária pela comunidade, sua irmã relembra: “(...) fui chamada às pressas pelo ocorrido [morte da sobrinha], cheguei na porta da casa tinha uma multidão de pessoas gritando (...) foi a doida que matou a filha (...) leva ela para o hospício”.

No entanto, as equipes do CAPS e da ESF acompanharam o acontecimento desde a ida da criança para o serviço de emergência de referência em infância na cidade e foi esclarecido no laudo de investigação que se tratava de um caso de sufocamento não intencional.

A partir de então, os profissionais de saúde envolvidos no caso, começaram a pensar e criar estratégias para um processo de trabalho que favorecesse a aproximação com Fênix para que nesses encontros ela pudesse superar essa dor e ressignificar e seguir a vida.

Entende-se o trabalho em saúde como algo permeado por encontros diversos e pelas múltiplas visões na relação entre os trabalhadores de saúde e o usuário. Por outro lado, a relação terapêutica também é constituída pela dor, sofrimento, vivências e percepções de vida em que os saberes e práticas no campo da saúde mental precisam estabelecer mecanismos para tornar evidentes os elementos assistenciais, subjetivos e sociais (FONSECA; CORBO, 2011).

Logo, o pesquisador questiona Fênix: você não fazia tratamento no CAPS antes da morte de sua filha? A usuária afirma: “ (...) nas últimas internações fui encaminhada

para o CAPS e fui lá duas vezes em 2006, mas ficar lá (...) nos grupos eu não gostei, fiquei em casa e abandonei o tratamento. Nunca fiz pré-natal no posto. Mas nesse momento difícil foi o pessoal do posto e do CAPS que me ajudaram.

Percebeu-se que a usuária apresenta um “empobrecimento da vida”, da limitação de seus interesses e vínculos afetivos, da pouca mudança no seu cotidiano, o que é apresentado pelo usuário que fica “em casa sem fazer nada”.

Na sequência dos acontecimentos Fênix narra:

Depois de tudo tive outra bebê que está aqui no meu colo (...) ela me fez sorrir de novo, ter esperança, apesar dessa doença que não quer largar de mim. Não consigo cuidar sozinha dela (...) tem que vim alguém, essa minha irmã me ajuda. Me sinto bem, mas fico em casa sem fazer nada e começo a pensar besteira, penso em coisas ruins, fico nervosa e angustiada. Fico então indo de lá pra cá, andando a pé até o bairro onde mora meus familiares.

Consoante a observação sistemática, percebe-se que, mesmo com a atenção dispensada pela equipe, a usuária não consegue dar continuidade ao tratamento de forma ampla seja na ESF ou no CAPS. Pois, Fênix frequenta o CAPS de forma pontual apenas para receber a administração medicamentosa mensalmente. E no posto faz muita referência ao cuidado com a sua filha.

Sempre vou no posto de saúde com a minha filha, vou tomar a minha injeção para não engravidar e vou no CAPS para tomar a injeção para não ter crise. Tenho que ter ajuda, porque essa depressão pós-parto ficou mesmo depois do parto. Acho que vai ser para a vida toda eu precisando tomar essa injeção do CAPS. Não tem cura? Vai até eu morrer (...).

A noção de que o adoecimento mental persistente é “incurável” justifica o fato de que os usuários necessitam de ajuda constante. Alguns familiares acreditam que os usuários precisarão ser atendidos até o fim de suas vidas, tendo o posto e o CAPS como referência. Para alguns profissionais de saúde não há possibilidade de cura, de modo que mesmo tendo sua frequência diminuída, os usuários têm sempre o risco da agudização de seu quadro.

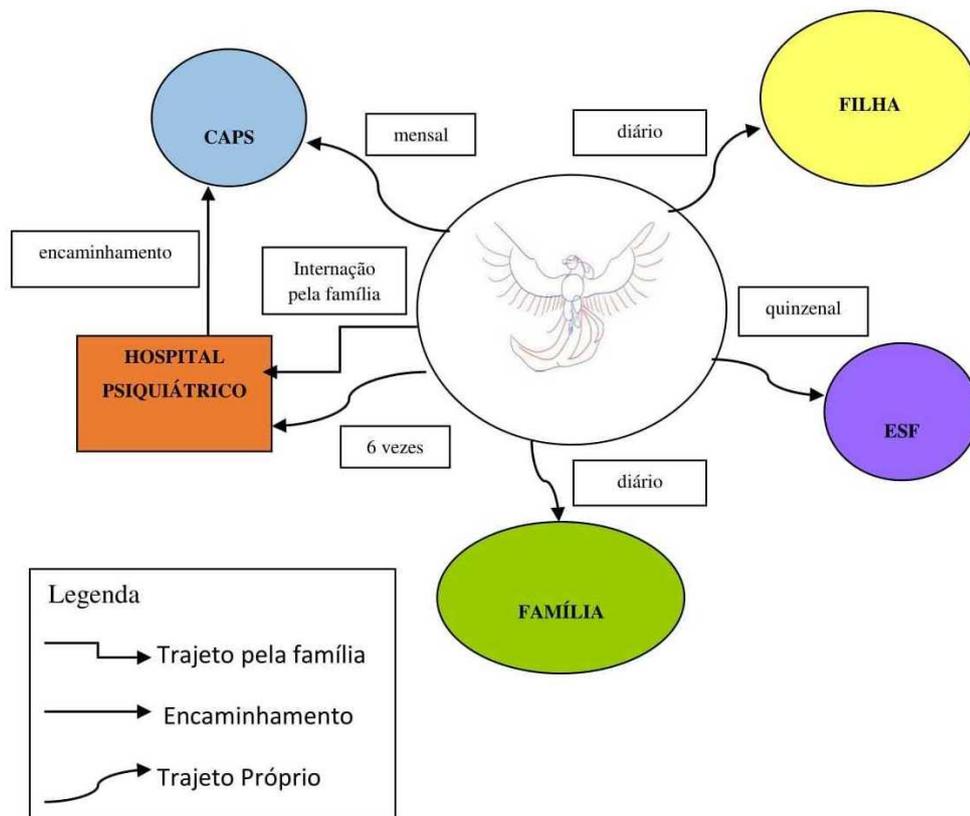
Itinerário Terapêutico - Arena de Múltiplas Redes

Procurou-se compreender de que maneira se deu o desenho do IT de busca por acompanhamento da usuária na ESF e no CAPS, entrecruzando as trajetórias estabelecidas pela Fênix, seus familiares e pelos trabalhadores de saúde. O itinerário, nessa perspectiva, é

considerado como um percorrer dos indivíduos pelos serviços de saúde, desde o acesso e toda a sequência de acontecimentos e decisões que, tendo como objeto o tratamento da doença, constrói uma determinada trajetória, revelando seus desdobramentos, as linhas de tensão e os ruídos enfrentados na busca pelo caminho longitudinal (PINHO; PEREIRA, 2012).

Dessa forma, a FIGURA 3 mostra o trajeto empreendido pela Fênix em busca de cuidado e de resolubilidade para as suas necessidades de saúde. Na realidade, inicialmente a busca pelo tratamento em hospital psiquiátrico se deu por parte dos familiares, porém, com a continuidade de crises apresentadas pela usuária, ela começa a se internar por conta própria. Assim, na imagem abaixo, observam-se os diversos percursos, destacam-se alguns deles que se mostram mais representativos das buscas por ela empreendidas e das respostas obtidas junto aos serviços de saúde.

Figura 3 - Percurso terapêutico da usuária Fênix. Fortaleza-CE.



Fonte: elaborada pelo autor

Percebe-se que o processo de busca de cuidados em saúde envolve o desejo pelo controle efetivo da doença, no caso do adoecimento mental, prevalece, ainda hoje, a procura por hospitais psiquiátricos e medicamentos psicotrópicos, situações que acalmem a pessoa adoecida e minimizem sinais e sintomas. Fênix diz: “Não achava ruim o hospital dos doidos não (...) tomava remédio e ficava calma”. Kleinman (1978) acrescenta que além do controle efetivo da doença, a busca por cuidado em saúde incide sobre a atribuição de um significado social para a experiência da doença.

É importante ressaltar que conforme a narrativa da usuária, somente após várias internações em hospitais psiquiátricos, ela foi ao CAPS: “Somente fui ao CAPS depois de ter ido ao hospital de doido (...) A agente de saúde veio aqui e me disse que eu fosse lá e fui. Vou lá uma vez no mês apenas para tomar a minha injeção”.

A observação possibilitou apreender que os trabalhadores da saúde do CAPS e da ESF, após a morte do terceiro bebê da Fênix, iniciaram a discussão do caso de forma conjunta e buscando a interconexão entre os dois serviços da rede de atenção, uma aproximação e um diálogo horizontal entre os profissionais que estavam implicados no caso e, assim, foi realizado um momento do AM para elaboração de um plano de cuidado para a usuária de longo prazo, já que as condições persistentes em saúde, especificamente de saúde mental, requer um cuidado longitudinal, continuado e articulado entre a rede de serviço, usuária e familiares.

De fato, o matriciamento propõe a responsabilidade pela elaboração, implementação e avaliação de um plano de cuidado que seja construído conjuntamente entre equipes, usuários e familiares. Como, também, almeja a criação de um plano compartilhado e que deve ser pensado longitudinalmente, o qual assume o acompanhamento do usuário, considerando aspectos sociais, familiares e psíquicos (CUNHA; CAMPOS, 2011).

No concernente ao caso em análise, ao serem detectadas suas especificidades, houve a necessidade de deixar de forma detalhada as responsabilidades de cada um da equipe e em cada nível de atenção no cuidado com a usuária. Assim, foi realizada uma pactuação de corresponsabilidade longitudinal no caso. Com isso, a necessidade de identificar quais os sentidos atribuídos à saúde e à doença, buscando perceber de que forma isso interfere nas estratégias de cuidado que compõem o IT. Convém ainda lembrar que os significados são construídos de forma intersubjetiva, no bojo das relações sociais, sendo sempre dinâmicos e sujeitos a reinterpretações (MOTA; TRAD, 2011).

O ponto crucial do IT é o lugar de protagonismo ocupado pela filha e por seus familiares, pois emerge como um suporte diário na vida de Fênix, conforme a narrativa: “essa pequena que não larga de mim é a minha alegria e felicidade. Também, apesar de tudo, a minha família me ajuda muito e todos os dias vou a casa deles, ou então minha irmã vem me ajudar”.

Fênix relata que não apresenta qualquer relação direta com os recursos da comunidade e do território. “Não participo de nada nesse bairro, não gosto desse lugar e nem das pessoas. Somente falo o necessário com os vizinhos”. Pode-se indagar que significado a usuária continua a dar ao seu adoecimento? Esse significado influencia o itinerário terapêutico no acesso às arenas formais e informais no cuidado em saúde mental. A partir da análise dos sentidos atribuídos para doença mental, dos fatores culturais, sociais, as experiências de vida e as crenças, portanto, fazem com que os indivíduos e suas famílias optem por diversos caminhos na tentativa de solucionar problemas de saúde (FUNDATO et al., 2012).

Logo, deve-se questionar que modelo de atenção psicossocial se efetiva nesse processo, especialmente no que diz respeito às práticas operadas por trabalhadores do CAPS, e sua articulação com a ESF, com o hospital psiquiátrico, práticas culturais e domiciliares de cuidado? Conforme Nunes et al., (2008), os modelos de cuidado operados no cotidiano dos serviços variam de acordo com a capacidade da equipe de mobilizar os recursos do território e articulá-los com as diretrizes da atenção psicossocial, ou seja, modelo psicossocial com ênfase no território.

No entanto, a hegemonia do modelo positivista de atenção à saúde é reforçada, também, pela usuária, pois suas colocações, quase sempre, envolvem o tratamento farmacológico do seu quadro clínico e da filha. Desse modo, é possível reproduzir socialmente a relação tecnicista no campo psicossocial, ou seja, redireciona-se a forma de atendimento baseada na intervenção direta na patologia em contraposição às demandas existenciais dos sujeitos. Visto assim, coloca-se a doença e a cura em destaque e desloca-se o olhar para ela, tornando-o objetivo de todo o trabalho; é apenas a ação técnica (JORGE et al., 2013).

Observou-se que o CAPS e a ESF estão sempre presentes no percurso de cuidado da usuária entrevistada, tal como o hospital psiquiátrico, e ela relata. “Agora não preciso mais ser internada no hospital, estou bem (...)”. Os serviços representam o apoio, a orientação, o acolhimento do sofrimento e o acesso para “pegar e tomar” a medicação, e isso parece

configurar certo grau de resolução para sua demanda. Não demonstra interesse em aderir às outras propostas de cuidado ofertadas como a atividade grupal e o atendimento psicológico.

Os processos de escolha, avaliação e aderência a determinadas formas de tratamento são complexos e difíceis de serem apreendidos se não for levado em conta o contexto dentro do qual o indivíduo está inserido, o sentido atribuído à doença, às expectativas sobre o tratamento e à disponibilidade de recursos (GERHARDT, 2006).

Assim, ao se pensar em rede de atenção psicossocial longitudinal deve-se levar em consideração não apenas serviços assistenciais, mas especialmente aspectos como o tipo de clínica operada do cotidiano desses serviços, a articulação com as redes formais e informais de cunho social disponíveis no território, e um olhar mais apurado sobre as experiências vivenciadas pela usuária e seus familiares no cuidado em saúde mental.

5.4.2 Caso II – Raio de Sol

“Um único raio de sol é suficiente para afastar muitas sombras.”

São Francisco de Assis

Aproximação com o Caso

Narra-se o caso de uma usuária, para efeito do estudo deu-se o nome de Raio de Sol, do sexo feminino, de 37 anos, tem um companheiro, 4 filhos (três meninos e um menina), não trabalha (recebe benefício social) procedente de um bairro denominado Vila Peri, situado na cidade de Fortaleza-CE.

A aproximação com a Raio de Sol se estabeleceu num encontro no CAPS num dia em que estava no serviço para receber sua medicação. No momento ela se encontrava acompanhada de seu genitor.

O Adoecimento Psíquico Sempre Presente

Ao refletir sobre início de seu adoecimento, Raio de Sol relembra que desde criança sentia fortes dores de cabeça, e quando completou 12 a 13 anos começou a escutar vozes, mais não dizia nada a ninguém, nem para a sua genitora. Pois, tinha medo de ser internada e ser chamada de “doida”, conforme narra: “Eu cresci com muita dor na cabeça e escutando essas vozes estranhas (...) eles me mandavam eu fazer as coisas com as outras pessoas, mandava eu agredir, eu matar (...) mais eu não fazia”. No entanto, fala que na escola os amigos percebiam que ela era “diferente” e a agrediam verbalmente e fisicamente.

Nessa narração, Raio de Sol define que era chamada de doida, sofria preconceitos, agressão e ameaças de morte, por parte dos colegas de escola, explicitada a seguir: “(...) um menino na minha escola que me chamava de doida, (...) me batia muito, chutava minha cabeça, me jogava no chão. Ninguém da escola descobria porque eles faziam isso no intervalo, dentro da sala”.

Em seguida, Raio de Sol coloca: “(...) com 15 anos de idade um homem mais velho começou a querer namorar comigo e prometeu me retirar da escola e me levar para morar com ele (...) na época dei graças a Deus, eu fui morar com ele e saí da escola, não deixou mais eu ir à escola”. No entanto, afirma que depois de um ano morando juntos, seu companheiro começou a agredi-la fisicamente: “Eu comecei a sofrer demais, ele batia todos os dias em mim, até eu grávida (...), a cada batida que ele dava na minha cabeça dizia que era para eu ficar mais louca ainda, doida. Aí, começou a voltar as vozes fortes de um menino me perturbando”.

De acordo com o contexto, percebe-se que as experiências vivenciadas pela usuária desde muito cedo em sua vida foi marcada por sinais do adoecimento psíquico, principalmente expressada pelas alucinações auditivas, “escutar vozes estranhas”, demonstra que conseguiu observar, ainda criança, que manifestava alguns comportamentos que a “diferenciava” das outras crianças. Nesse ínterim, fica claro que tanto a usuária percebe esses sinais, bem como os “amiguinhos da escola”, e começam a manifestar episódios marcados de preconceito e estigma frente aos seus comportamentos, chegando ao extremo da agressão verbalizada e física, constituindo o que na contemporaneidade se denomina de *bullying*.

De acordo com Olweus (1991), pesquisador pioneiro sobre violência entre pares na escola, *bullying* refere-se a ações físicas, psicológicas e sociais negativas que são cometidas

intencionalmente, repetidamente, ao longo do tempo por uma ou mais pessoas contra um indivíduo que não pode se defender facilmente.

Assim, o ambiente escolar que deveria ser favorável para o desenvolvimento de Raio de Sol, possibilitando aprendizado, amadurecimento dos seus sentimentos e emoções, descobrimento de como lidar com os seus comportamentos, tornou-se um espaço assustador, de medo, de violência e limitante em sua vida. Dessa forma, como “fuga”, a usuária ainda com 15 anos de idade encontrou na figura masculina (companheiro) a possibilidade de se esquivar da família e da escola. Porém, o que parecia ser uma resolução para o seu problema, logo se tornou um pesadelo, pois o companheiro começa a ter episódio de agressividade com Raio de Sol, e mais uma vez sofre com a atitude expressa de pessoas que consideram permissivo manifestar seu desprezo pelo outro, ao agredi-la pelo fato de considerá-la diferente socialmente.

A exposição à violência é uma característica comum de mulheres que vivem em países em desenvolvimento e está significativamente associada a problemas de saúde mental (MEEKERS; PALLIN; HUTCHINSON, 2013; RIBEIRO et al., 2009). Uma possível explicação é o fato de que nesses países as sociedades são conservadoras e patriarcais que reforçam a desigualdade de gênero (CEBALLO et al., 2004). As mulheres são sujeitas a todos os tipos de violência por parte de seus cônjuges: psicológica, física, sexual e econômica. A vitimização das mulheres ocorre em qualquer momento de suas vidas, inclusive na gravidez.

Em outro momento Raio de Sol reflete:

(...) olha de tudo que aconteceu, teve uma coisa boa ao me juntar com esse homem, a minha gravidez e o nascimento de minha menina. Eu só tinha 16 anos na época, não tinha experiência e não sabia cuidar dela (...) aí veio o problema, minha criança chorava muito, muito mesmo e eu batia muito nela (...) as vezes me tirava a paciência e eu não sabia cuidar de bebê não (...) tinha medo até de pegar nos braços da bebê, de banhar, era muito molinha (...) medo de machucar, ela ficava o dia todo chorando muito e eu batia nela para ela calar a boca, mais eu não batia por que eu queria não, sei que é ruim apanhar (...) sempre eu quis ser boa mãe, mais, não tinha paciência e as vezes me deixava angustiada e eu ficava irritada.

O pesquisador intervém e questiona a usuária: não havia alguém próximo para lhe ajudar? “A única pessoa que morava perto da gente era a mãe do meu companheiro, mas ela só ficava me chamando de nome feio, de doida, de preguiçosa (...) que eu não sabia de nada e nem cuidar de criança”.

Observa-se que com a gravidez e o nascimento de sua filha, Raio de Sol se depara com um grande desafio que é cuidar de um bebê sozinha. Mas, como exercer esse cuidado se a usuária manifesta dificuldades em lidar com suas próprias problemáticas? Essa experiência do cotidiano implica em superação de ter que cuidar do outro, porém para a usuária é algo muito difícil por não conseguir acessar nas suas vivências esse cuidado, só conheceu a manifestação da agressão, e nesse momento delicado de ter que cuidar de um bebê, não consegue disponibilizar recursos próprios que lhe deem suporte para ser a mãe que desejaria ser.

Está imposto o desafio de cuidar “do outro” sozinha, diante dos limites que o próprio adoecimento psíquico impõe e com o agravante de tantas experiências marcantes de agressividade e violência. Desse modo, utiliza como recurso o que já conhece e começa a agredir fisicamente a filha, pois essa expressão é a que conhece, mesmo reconhecendo que ser agredida é dolorido.

Percebe-se que o circuito de agressão e violência se fazia presente no cotidiano da família de Raio de Sol. E, assim, esses aspectos são conteúdos constantes ao narrar as alucinações auditivas: “A voz mandava eu me matar ou então matar a criança (...)eu afogar ela. Eu nunca fiz isso não, ela não morreu não, ainda estou com a minha filha”. Ficam evidentes os comandos de “se matar” (suicídio) e “mandar matar”.

As verbalizações de Raio de Sol indicam muito sofrimento com todo esse ambiente de agressividade e conteúdo de morte. Assim, não suportando mais tanta desorganização no seu viver e no relacionamento com o seu companheiro, ela tomou uma decisão: “Tive que me separar do meu companheiro, eu já não aguentava mais e fui para casa da minha mãe, com meus dois filhos. Foi aí que contei tudo que eu sentia, que eu escutava vozes e tudo! Escuto a voz e vejo um menino”.

Como observado, Raio de Sol, nesse momento, procura a ajuda de seus familiares, pois até o momento, tinha a atitude de esconder dos seus familiares todas as situações vivenciadas por ela, seja com o adoecimento, com o companheiro ou até mesmo ao cuidar de suas crianças. A partir daqui, não conseguindo mais enfrentar as situações difíceis, “pede ajuda” e ao confiar em sua genitora, compartilha com ela toda a sua história de vida, de dor e sofrimento.

Mais adiante, Raio de Sol relata estar morando com outro companheiro, numa casa vizinha dos seus genitores e que gerou mais dois filhos. E coloca:

“Hoje tenho 4 filhos, uma menina e três meninos, tem dois deles que são especiais, e tem um que está com 15 anos, me dá muito trabalho, ele é muito agitado e agressivo, tem a mesma doença mental que eu (...) penso às vezes que eu não deveria ter sido mãe, é difícil cuidar deles”.

Raio de Sol denota a necessidade de se reconhecer e se enxergar em sua função materna para que permaneça lutando para criar os filhos, apesar das limitações impostas pela situação crônica em saúde mental (SOARES; CARVALHO, 2009).

Ao ser interrogada como estava se sentindo no instante da entrevista, ela afirma:

Não estou escutando agora as vozes não. Só que não estou conseguindo dormir. Eu não tenho sono, meus olhos estão secos e ardendo (...) eu já falei para a doutora aqui que eu preciso um remédio para dormir, eu estou ficando muito cansada sem dormir. Às vezes que eu consigo dormir um pouco, a voz fica dizendo, acorda sua doida, sua louca, já está tarde. A voz fica mandando eu me matar, e pegar a faca e cortar a garganta dos meus filhos quando eles estão dormindo. Mais minha mãe e meu pai tira todas as facas da minha casa e levam para casa deles, minha mãe e meu pai estão me ajudando demais.

Em seguida, comenta que teve uma crise psíquica recente e na ocasião foi necessário realizar sua primeira internação psiquiátrica. Solicitou muito da família e dos profissionais do CAPS que não a internasse no hospital psiquiátrico, pois afirma que o menino que ela escuta e vê se encontra no hospital. “Ele diz que está no hospital mental me esperando (...) e, por isso, não posso me internar lá não (...) seu eu for para lá eu vou morrer, ele vai me matar”!

Diante da necessidade da internação psiquiátrica, os profissionais do CAPS, a usuária e a família optaram por interná-la no CAPS tipo III - 24 horas, um serviço recentemente inaugurado na RAPS de Fortaleza-CE. “Lá no CAPS 24 horas foi calmo e não vi o menino. Foi bom (...) mas não tinha nada para fazer, só tomar remédio, ficar deitada e assistir televisão (...) não tem grupo e nem atividades”!

Destaca que as suas últimas crises estão sendo potencializadas por conta da sua preocupação com os filhos (“peso da maternidade”), principalmente com o que faz tratamento no CAPS Infantil. Raio de Sol relata que o filho não está bem, sempre com episódio de autoagressividade e heteroagressividade, apresenta também alucinações auditivas e visuais. “Tenho um filho que é esquizofrênico como eu e faz tratamento do CAPS infantil, ele é osso duro de roer, muito agressivo e me dá muito trabalho. Também, outro filho iniciou tratamento no CAPS para transtorno bipolar, mas ele deixou e fica descontrolado quando toma cachaça”.

Sobre o supracitado o genitor de Raio de Sol se posiciona: “(...) sei que meu neto dá muito trabalho, que é doente mental, mas mesmo com a doença, ele precisa ter limite, a minha filha precisa aprender a dar limites aos filhos (...) não pode deixar tudo livre, não justifica (...) nem tudo pode ser passado a mão na cabeça dele”.

Para Diaz-Caneja e Johnson (2004), a maternidade, para mulheres com transtornos mentais, muitas vezes é motivo de questionamento pessoal e social, quanto à capacidade para desempenhar os papéis a ela reservados. Desse modo, deve-se buscar diferenciar até que ponto se lida com o estresse decorrente dos sintomas de seu transtorno ou das dificuldades próprias da relação mãe-filho.

É importante ressaltar, consoante a observação sistemática, que as equipes do CAPS II e CAPS infantil envolvidos já conversaram sobre o caso e estão buscando rever os projetos terapêuticos. No entanto, estão sentindo dificuldades de realizar essa ação em conjunto, pois em alguns momentos ocorre de profissionais de um determinado serviço ter a conduta de querer “jogar” a responsabilidade no outro.

Raio de Sol relata que já faz tratamento no CAPS há sete anos, que conseguiu manter uma relação de confiança e vínculo com os profissionais. Assim narra: (...) percebo quando estou entrando em crise, a perturbação na cabeça começa vou no CAPS para conversar com os doutores (...) pois não quero mais me internar. Nessa última crise que fui internada, falei para mim mesmo, vou melhorar, e não iria me deixar derrotar pela doença.

Também, afirma que além do CAPS sempre buscou ajuda na espiritualidade:

Antes de vim para o CAPS, a minha mãe me levava para a igreja evangélica (...) fui também para espírita (...) diziam que eu tinha um espírito ruim encostado, era o satanás. Nessa época fiquei mais perturbada do que já era, comecei a achar que o espírito estava a toda ora querendo entrar dentro de mim (...) eu quis botar fogo na casa para matar todos, eu cheguei a tirar o botão do fogão e pegar o fósforo.

Atualmente, está frequentando outra igreja evangélica e coloca que o pastor orienta que ela deve tratar a doença no CAPS e conjuntamente com a espiritualidade. “Esse pastor é bom, nessa igreja não se fala muito em satanás não. Ele diz sempre que devo continuar indo no CAPS e tomando os remédios junto com a oração”.

O pesquisador pergunta: como estão as atividades no CAPS?

Aqui no CAPS eu não faço nenhuma atividade não, eles sempre me convidam e querem me colocar nos grupos, mas eu não quero. Só venho para o médico e pegar o meu remédio. Eu tomo injeção também do hadol. Eu passo dia todo em casa fazendo almoço e arrumando a casa e à tarde eu estou indo para a academia, fazer exercício para ver se eu consigo dormir melhor, ficar mais calma para ter uma vida melhor

para mim e para os meus filhos. Acho que vou ter que fazer esse tratamento para a vida toda! Sempre tenho que tomar os remédios, se não tomo desmorona tudo.

No momento, recebe os medicamentos de forma supervisionada, se faz presente no CAPS dois dias na semana apenas para receber os remédios semanais. Essa é a forma que a equipe encontrou de conseguir acompanhar de perto a usuária e buscar estabelecer um vínculo cada vez maior com o serviço e com os profissionais.

Ao refletir sobre o acompanhamento da filha no CAPS, seu genitor expõe: “O tratamento com os remédios do CAPS é bom (...) mas não sei por que o CAPS não tem atividades para dar uma habilidade para essas pessoas (...) não vejo oficina de nada aqui, teria que ensinar algo para eles terem condições de trabalhar por conta própria ou sendo empregado.

Raio de Sol, num determinado momento da entrevista, começa a se emocionar e narra como se sente por ter um adoecimento mental em situação crônica:

Doutor é ruim ser doente mental (...), me sinto tão inútil (...) diferente das outras pessoas e esquisita. Às vezes, sento na cama e começo a chorar de tristeza por escutar essas vozes, eu não sei de onde vem isso. Oh meu Deus por que eu sou assim? (...) é tão perturbador que eu tenho vontade de me esfaquear todinha. Eu quero ficar bem e seguir a minha vida, mesmo fazendo o tratamento, será que meu filho também um dia ficará bem, mesmo com o tratamento?

A usuária relata que já tentou trabalho como doméstica, no entanto, por conta das alucinações e não conseguiu se manter no emprego: “Tentei trabalhar na casa de família (...) passei dois dias bem, mas as vozes vieram mandando eu queimar as comidas, toca fogo na casa (...) para não fazer isso, eu batia as panelas na parede. Quando a patroa chegou viu as panelas amassadas rrsr (...) e mandou eu embora!

Além disso, coloca que pelo fato de não conseguir trabalhar, hoje, recebe um benefício social, no qual sua irmã que tem sua tutela a ajuda a administrar o dinheiro.

Diz que somente não chegou a cometer o suicídio por conta de seus filhos que não tem com quem deixar e quem cuide deles: “Eu não me matei ainda porque minha família e minha mãe diz que entrega meus filhos ao juizado de menor, pois eles dão muito trabalho, e não quero isso”. Relação mãe-filho se mostra fortalecida e capaz de fazer ela ressignificar seus sofrimentos e seguir caminhos de superação pela vida.

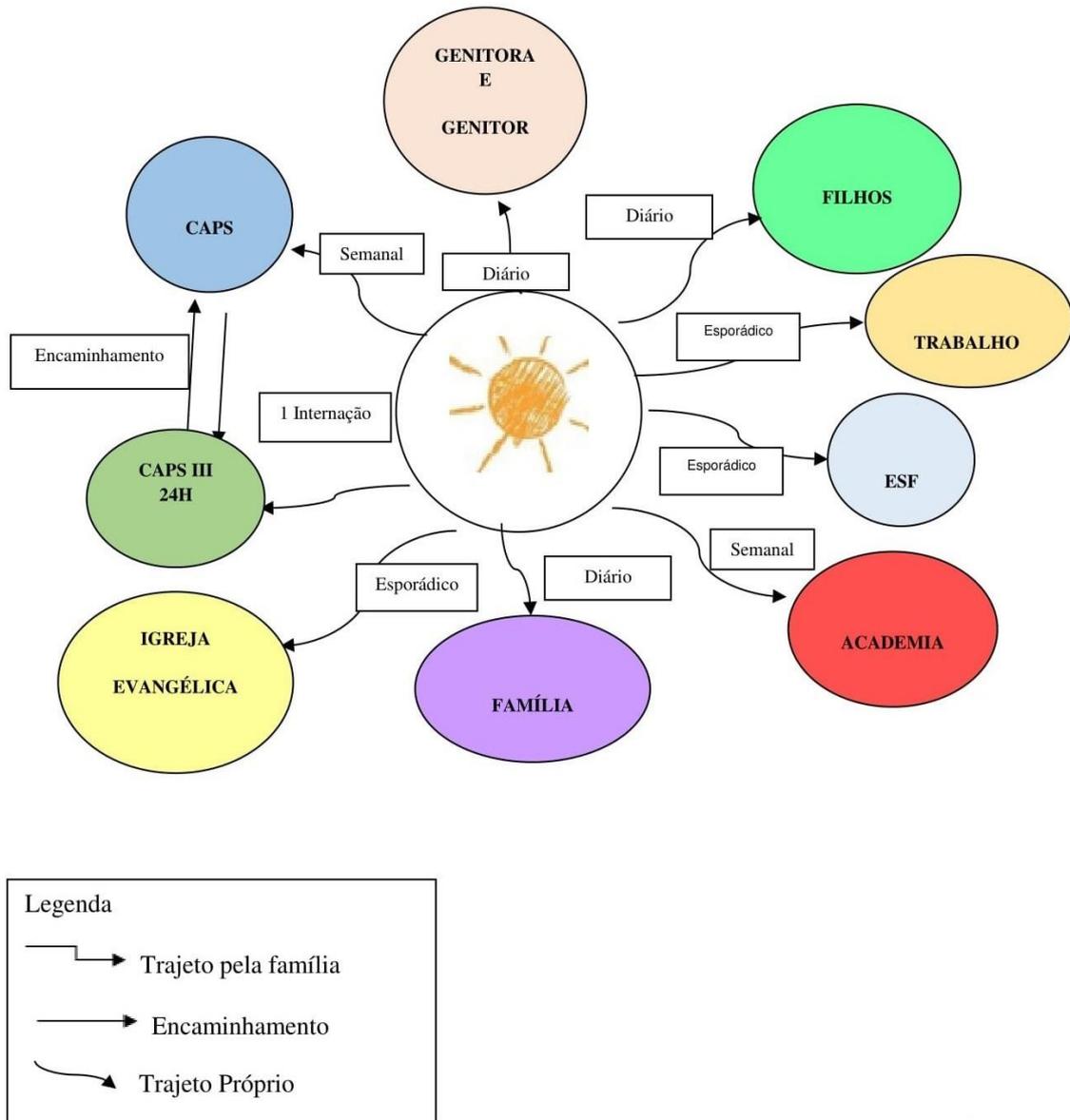
Trajetória Percorrida por Raio de Sol: transcendendo as situações da vida

As pessoas buscam diversas formas de resolução para os seus problemas de adoecimento psíquico, assim fazem escolhas de acompanhamento e seguem percursos na busca da “cura”. Deve-se compreender que essa procura de caminhos é influenciada pelo contexto subjetivo, familiar e sociocultural que permeia essa pessoa. Assim, o itinerário terapêutico identifica essa dinâmica contextual, com embasamento nas trajetórias individuais e coletivas de tratamentos, que no caso da Raio de Sol se inicia no momento que reconhece para seus genitores que apresenta um quadro de alucinações auditivas e visuais e, em seguida, juntos buscam cuidar desses sinais na espiritualidade.

Entende-se que a maneira como Raio de Sol percebe seus sintomas e busca dar significado à sua situação crônica em saúde mental é parte de sua experiência de adoecimento e de sua vivência pessoal e social, e o itinerário terapêutico é a construção social da doença. Assim, o significado atribuído não é dado *a priori*, mas emerge neste processo. Dessa forma, percebe-se que depois de um determinado tempo paralelamente à busca espiritual, o genitor decide acompanhar a usuária numa avaliação no CAPS. “Hoje sei que tenho esquizofrenia, mas não entendo bem isso (...) só sei que a gente escuta vozes e vê coisas estranhas”.

Dessa maneira, a FIGURA 4 demonstra de forma sistemática o trajeto empreendido pela Raio de Sol em busca de cuidado e de resolubilidade para as suas necessidades de saúde. O itinerário terapêutico demonstra, também, os limites dos modelos biomédicos de tratamento, pois o social é integral da experiência da doença, e o sistema biomédico é, muitas vezes, a forma para reger um modelo moral no tratamento da doença.

Figura 4 - Caminhos percorridos pela usuária Raio de Sol na busca de cuidados. Fortaleza-CE.



Fonte: elaborado pelo autor

Raio de Sol remete, de forma repetitiva, ao seu adoecimento, falando das vozes que escuta, demonstra um olhar muito fixo nos sinais e sintomas da doença, não consegue perceber a dinâmica biopsicossocial que envolve o seu adoecimento. Desse modo, sua demanda terapêutica no CAPS se restringe à busca por medicação, a qual no momento a faz de forma supervisionada pela equipe de enfermagem duas vezes por semana. Essa é a forma que a equipe encontrou para conseguir acompanhar de perto a usuária e buscar estabelecer um

vínculo cada vez mais fortalecido com o serviço e com os trabalhadores. “Sempre venho dois dias da semana no CAPS, pegar meus remédios e fico mais tempo apenas se tiver consulta (...)”.

Verifica-se que a usuária diante da impossibilidade de transitar sozinha nas ruas da cidade e no transporte público, essas vindas ao CAPS somente se fazem possíveis pelo fato de seu genitor, mesmo sendo uma pessoa com deficiência visual a acompanha semanalmente. Sobre isso o genitor coloca: “Mesmo eu sendo cego venho com ela toda semana, eu sempre falo que ela tem a visão para me guiar, ela é meu **Raio de Sol**” (Grifo do entrevistado), “e eu tenho a cabeça boa para orientar ela, assim formamos a dupla perfeita rrsrsr”. (risos do entrevistado).

É válido destacar que Raio de Sol não mantém relação terapêutica estreita com a equipe da ESF. Relata que seu maior suporte se encontra na família, no CAPS, na igreja evangélica e deixa clara a forte relação no cuidado com os filhos, como sendo o que lhe sustenta. Por fim, diz que está frequentando uma academia no intuito de conseguir cuidar um pouco mais do seu corpo, preocupação com o visual, bem como afirma que fazendo exercícios melhora a mente, o emocional e a ansiedade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS, LIMITES, REFLEXÕES

Há o entendimento que as “situações crônicas” em saúde mental vêm passando por múltiplas transformações ao longo da história, mas, ainda hoje, encontra a sua maior expressão na concepção de “Cura”, como algo que não se pode curar, mas se pode controlar, manter e estabilizar. Esse controle se daria por todo o aparato tecnológico da farmacologia, biotecnologia, que conseguem controlar o emocional e a vida social.

Nessa concepção, se problematiza a passagem da modernidade para a contemporaneidade e ocasionou a mudança de um modelo de sociedade. De uma sociedade como “Disciplinar”, para um modelo de sociedade identificada como de “Controle”.

O estudo demonstrou que o modelo de cuidado das situações crônicas continua alicerçado na dicotomia agudo e crônico. Dicotomia dessa classificação meramente de aguda e crônica é algo que se deve superar, pois não consegue abarcar e nem dar conta da complexidade do fenômeno saúde/doença.

Também, mostra a cronicidade em saúde mental ligada à vulnerabilidade social, perpassando as questões socioeconômicas, não posicionamento no espaço social como cidadão de direito, ausência de lugar de cuidado afetivo seja nos serviços de saúde, na sociedade ou na família.

Para além dos aspectos “negativos” que envolve as concepções sobre a cronicidade alicerçada numa clínica tradicional e biomédica, emerge um foco de “positividade” nas situações crônicas, ao pensar a cronicidade não como algo limitante, estruturante ou centrado no diagnóstico patologizante, e sim assentado numa clínica pautada nas potencialidades dos sujeitos. Ou seja, o entendimento das situações crônicas a partir da clínica dos encontros e da relação dialógica, que poderá dar potência ou não para ressignificar sua vida.

O estudo também demonstrou que a atenção em saúde mental no município tem passado por transformações, inicialmente um grande esforço foi realizado no sentido de redirecionar o modelo de assistência psiquiátrica do asilo para a comunidade, no intuito de dar suporte principalmente às pessoas em situações crônicas na saúde mental, assim, foram construídos dispositivos de assistência territorializados. No entanto, a continuidade da pesquisa revelou que o modelo de atenção psicossocial em rede é estabelecido de maneira incompleta, fragmentada e desarticulada.

Trouxe a reflexão que, diante do aumento da ocorrência das situações crônicas em saúde nos serviços em gerais e não somente na saúde mental, encontra-se o desafio de buscar transpor as propostas de organização da assistência orientada, quase que exclusivamente para o tratamento de problemas agudos. Essa “nova” organização deve priorizar o trabalho em rede, pois, os casos acompanhados em sua maioria são complexos e “escancaram os limites e as fragilidades da rede” minimamente implementada.

Nesse sentido, com a mudança no perfil epidemiológico da população, vem ocorrendo um aumento crescente de situações crônicas em todo o campo da saúde e que o despreparo para conseguir cuidar dessas pessoas crônicas tem forçado as equipes a buscar estratégias de mudança nesse modelo de atenção em saúde vigente. No entanto, o modelo de gestão de saúde adotado no município, ora em análise, ao implementar essas mudanças, pautou-se num modelo de produtividade

Fica evidente que a forma de organização, gestão e planejamentos das ações em saúde mental na rede de saúde, não estão conseguindo oferecer um suporte adequado às situações crônicas, pois as condutas terapêuticas são, em sua maioria, restritas aos aspectos clínicos biologizantes, com ações centralizadas no interior dos serviços especializados em saúde mental e com ênfase nos usuários que demandam quadros mais agudos.

Desse modo, a RAPS de Fortaleza-CE necessita de maneira urgente preconizar o acompanhamento de pessoas com transtornos mentais em situação crônica para além serviços substitutivos, potencializando ações intersetoriais, transversalizadas principalmente com a esfera sociocultural, aproveitando melhor os espaços coletivos que circundam a cidade. Porém, parece não estar claro o modo de funcionar, pensar e agir de cada trabalhador sobre o fluxo da rede.

Tais ações, no posicionamento dos participantes, não acontecem pela ausência de apoio por parte da gestão atual em saúde do município para o enfrentamento dos desafios frente à efetivação RAPS. Soma-se a esse aspecto a precariedade de capital humano, de estrutura física e de insumos básicos para o trabalho cotidiano da RAPS. Em virtude da escassez desses recursos, tanto de pessoal, como de material a rede se encontra atualmente fragmentada, burocratizada, excessivamente hierarquizada e centralizada no CAPS, como se não bastasse ainda minimamente implantada e implementada, se encontra vivendo um “verdadeiro retrocesso”, que tem se caracterizado com o “Desmonte da Saúde Mental em Fortaleza-CE”.

Isso nos leva a refletir sobre as principais dificuldades elencadas: modelo político e de gestão neoliberal, alicerçados na lógica de privatização da saúde, de base lucrativa, ambulatorial, biomédica e curativista; a escassez de profissionais com formação especializada para realizar o cuidado em saúde mental seja no CAPS, como também, na ESF e no HP; a rotatividade de trabalhadores por conta da precarização e flexibilização do vínculo trabalhista, principalmente no CAPS e na ESF; carência de profissionais médicos; estrutura física inadequada para a realização de atividades dentro e fora dos consultórios.

A precarização e a flexibilização das relações de trabalho têm ocasionado impacto direto na *performance* dos trabalhadores e nos serviços prestados às pessoas em situação crônica na saúde mental. Bem como, tem dificultado uma prática interdisciplinar por não haver uma articulação e comunicação contínua das equipes de saúde.

Assim, a assistência ao crônico tem se dado na centralidade do procedimento médico, da medicação e da internação nos hospitais psiquiátricos. Pois, os entraves sobre a estruturação da rede de apoio formal ou informal não possibilitam ações intersetoriais.

As intervenções intersetoriais têm acontecido de maneira pontual entre as equipes da ESF e do CAPS por meio do apoio matricial. Já no que se refere ao HP a relação se restringe ao encaminhamento escrito e por raras vezes contato telefônico. Essa integração entre os pontos da rede encontra sua principal dificuldade na falta da contrarreferência por parte dos profissionais.

No que tange ao diálogo e reconhecimento do HP como componente da RAPS, seria ingênuo negar a convivência paradoxal do cenário, ora em análise, entre a rede de atenção psicossocial e o serviço hospitalar psiquiátrico existente, mesmo que não seja reconhecido e legitimado como parte da atenção psicossocial. Fica evidente que há uma (in)visibilidade do hospital psiquiátrico, porém, as informações empíricas revelaram, que é cada vez mais crescente o volume de encaminhamentos que chegam solicitando avaliação psiquiátrica e leitos de internações psiquiátricas de usuários do próprio CAPS, que são encaminhados pelos profissionais desse serviço substitutivo.

Também, foi revelado que os CAPSs não vêm dando conta da atenção psicossocial. Desse modo, na realidade estudada, o hospital psiquiátrico vem ganhando novamente expressão e lugar de destaque nos discursos dos trabalhadores de saúde, políticos, gestores e sociedade que ainda defendem o enclausuramento, e o distanciamento do convívio social como forma de tratamento, principalmente no momento que a pessoa em situação crônica em

saúde mental se encontra num quadro de crise psíquica. Indicando que o modelo hospitalocêntrico na saúde mental se justifica, pois ainda sobressaem sentimentos de medo e estigma enraizados no imaginário da sociedade.

No entanto, o estudo demonstra que esforços estão sendo feitos pelos trabalhadores dos dispositivos da RAPS no sentido de superar esse momento tão delicado de assumir a presença do hospital psiquiátrico de forma tão constante. Por sua vez, recentemente foi inaugurado na rede de saúde mental um CAPS III - 24h, com poucos leitos e ainda em fase de implementação, mas é considerada uma grande conquista e inovação para superar as internações psiquiátricas em hospitais.

Frente aos casos e ao delineamento dos itinerários terapêuticos, o estudo revelou que o cotidiano de Fênix e Raio de Sol é permeado por sentimentos de angústia, tristeza, ansiedade, preocupação, solidão e violência.

Há uma relação nos dois casos com a problemática da relação mãe/filho, pois a maternidade representa um grande desafio para essas mulheres que vivenciam situações crônicas em saúde mental e precisam superar os seus próprios limites, como também o olhar estigmatizante da sociedade que direciona a expressão: “já se viu mulher doida cuidar de filho, elas não cuidam nem delas mesmas”.

Neste íterim, os membros familiares vivenciam uma situação disruptiva em que necessitam se reorganizarem para o enfrentamento das alterações das funções e dinâmica da família. Nessa reorganização, a família e as usuárias buscam apoio em arenas de cuidado formais e informais e, assim, delineia o itinerário terapêutico em busca de tratamento ou cura da saúde mental.

No caso da Fênix, a rede de apoio é restrita à arena formal, constituindo-se, inicialmente, pelo HP e, posteriormente, pelo CAPS e ESF. Já no caso da Raio de Sol, a busca se deu de início pela arena informal por meio do casamento com um homem mais velho, depois pela espiritualidade. Em seguida, pelo CAPS. O repertório de Raio de Sol é mais ampliado, ao buscar no trabalho e na academia suporte para enfrentar suas dificuldades.

Enfim, a imersão no campo sinalizou que tanto Fênix como Raio de Sol não conseguem aderir às atividades ampliadas de cuidado propostas pela equipe do CAPS e nem demonstram interesse numa aproximação mais ampla com a ESF. Assim, o vínculo das duas usuárias frente aos serviços de saúde se limita ao uso supervisionado e sistemático das medicações e quando necessário à ida e vinda nas consultas com a equipe.

Logo, se faz necessário uma maior valorização das dimensões dos itinerários terapêuticos e redes sociais dos indivíduos por parte das políticas de saúde na configuração da rede de atenção psicossocial. No intuito de buscar articulações entre as redes, práticas que contribuam com a integralidade do cuidado, ancorando-se no acolhimento, na escuta, na corresponsabilização e na subjetividade. Esta possibilitará a compreensão das múltiplas vozes que constituem os significados e sentidos das práticas na atenção psicossocial.

REFERÊNCIAS

ABEGUNDE, D.O et al. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. **Lancet**, v. 370, p. 1929-38, 2007.

ABRAMOVAY, M et al. **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas**. Brasília: UNESCO, 2002.

ADAM, G.P; VENETIKIDES, C.H. A Experiência do Programa de Saúde Mental. In: MOYSÉS, S. T.; SILVEIRA FILHO, A. D.; MOYSÉS, S. J. (Org.). **A implantação do modelo de atenção as condições crônicas em Curitiba: resultados do laboratório de inovação sobre atenção às condições crônicas na atenção primária em saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2013.

ADAM, P.; HERZLICH, C. **Sociologia da Doença e da Medicina**. Tradução de Laureano Pelegrin. Bauru: EDUSC, 2001. 144 p.

AGUIAR, D.T.; SILVEIRA, L.C.; DOURADO, S.M.N. A mãe em sofrimento psíquico: objeto da ciência ou sujeito da clínica? **Esc. Anna Nery**, v.15, n. 3, p.622-628, 2011.
. Disponível em:
<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/9830/7329>>. Acesso em: 22 abr. 2016.

ALMEIDA, A.B.; NASCIMENTO, E.R.P.; RODRIGUES, J.; SCHWEITZER, G. Intervenção nas situações de crise psíquica dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar. **Rev bras enferm.**, v. 67, n. 5, p. 708-14, set/out. 2014.

ALVES, G. **Trabalho e subjetividade: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2011.

ALVES, P.C. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1554-74, ago. 2006.

ALVES, P.C.; SOUZA I.M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M.C.M; ALVES, P.C; SOUZA, I.M.A. (Orgs.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p.125-138.

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, p. 491-494, jul./set, 1995, Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf>> Acesso em: 05 de jul. 2016.

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

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. 2007.

AMARANTE, P.; TORRE, E.H.G. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 25, n. 58, p. 26-34, 2001.

AMARANTE, P., TORRE E.H.G.; OLIVEIRA M.H.B.; COELHO, I. Derechos humanos y salud mental en Brasil: una historia de lucha y militancia por la justicia social y el derecho a la vida: “la salud no se vende, la locura no se encierra”. **Átopos: Salud Mental, Comunidad y Cultura**, Madrid, n. 2, p. 1-16, 2016.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5**. 5th. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

ANDRADE, L.O.M et al. Saúde Mental e Cidadania: a resposta de Fortaleza. **Divulg. saúde debate**, Londrina, v. 40, p. 57-70, jun. 2007.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p.925-934. 2002, Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000400023>>. Acesso em: 22 abr. 2017.

ARBOLEDA-FLOREZ, STUART H. From sin to science: fighting the stigmatization of mental illness. **Can J Psychiatry**, v. 57, n. 8, p. 457-463, 2012.

ARRAIS, A. da R. **As configurações subjetivas da depressão pós-parto**: para além da padronização patologizante. Brasília: Instituto de Psicologia, 2005.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de Vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA,D; FREITAS, C.M. (Orgs.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2003. p. 39-53.

BARBOSA, L. H.; CARVALHO, I.S. Psicose e o atendimento do CAPS. **Revista Brasileira de Psicologia**, Salvador, v. 2, n. 1, 2015.

BARROS, R.E.M.; TUNG, T.C.; MARI, J.J. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira. **Rev bras psiquiatr.**, v. 32, n. 2, p. 571-7, out. 2010.

BARTON, R. **Institutional neurosis**. Bristol: John Wright & Sons LTD, 1966.

BASAGLIA, F. A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização: mortificação e liberdade do “espaço fechado”. In: AMARANTE, P. (Org.). **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 23-34.

BAUMAN, Z. **Vida Líquida**. Tradução de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 2007.

BELLATO, R et al. The family experience of care in chronic situation. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 50, n. 5, p.81-88. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000300012>>. Acesso em: 22 set. 2017.

BELLATO, R.; ARAUJO, L. F. S.; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.). **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: IMS, 2008. p. 167-185.

BELTRÃO, M.R.L.R.; VASCONCELOS, M.G.L.; PONTES, C.M.; ALBUQUERQUE, M.C. Câncer infantil: Percepções maternas e estratégias de enfrentamento frente ao diagnóstico. **Jornal de Pediatria**, v. 83, n. 6, p. 562-566, 2007.

BLOCH, E. **O princípio esperança**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 31 dez. Seção 1, p. 88, 2010 a.

_____. 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 (SUS). **Diário Oficial da União**. 25 maio 2013.

CABRAL, A.L.L.V et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011.

CANESQUI, A.M. **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: Hucitec; Fapesp. 2007. p.149.

CANESQUI, A.M.; BARSAGLINI, R.A. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. **Ciênc. saúde coletiva**, v.17, n.5, p.1103-1114, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000500002>>. Acesso em: 02 ago. 2017.

CAPONI, S. Uma análise epistemológica do diagnóstico de depressão. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v. 1, n. 1, jan./abr., 2009.

CAPRARA, A.; VERAS, M.S.C. Hermenêutica e narrativa: a experiência de mães de crianças com epidermólise bolhosa congênita. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n. 16, p. 131-146, set.2004.

CARDOSO, L.; GALERA, S.A.F. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Ver Esc Enferm USP**, v. 45, n. 3, p. 687-91, 2011.

CASTELLANOS, M.E.P. **Adoecimento crônico infantil**: um estudo das narrativas familiares. São Paulo: Hucitec, 2010.

CEBALLO, R.; RAMIREZ, C.; CASTILLO, M.; CABALLERO, G.A.; LOZOFF, B. Domestic violence and women's mental health in Chile. **Psychol Women Quarterly**. v. 28, n. 4, p. 298-308, 2004.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, Set. 1997. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1997000300022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jul. 2012.

_____. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado de saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; Abrasco, 2001. p.113-126.

_____. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental, In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em Saúde: um Desafio para o Público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.161-167.

CECÍLIO, L.C.O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, 2012.

CECIM, R.B.; FERLA, A.A. Linha do cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

CHAUÍ, M. **Brasil: mito fundador e sociedade autoritária**. São Paulo: Fundação Perseu. 2000.

COHN, A. A ofensiva raivosa no desmonte do SUS. **Plataforma Política Social**, v. 17, jun. 2016. Disponível em: <<http://plataformapoliticasocial.com.br/artigo-15-a-ofensiva-raivosa-no-desmonte-do-sus/>>. Acesso em: 01 jul. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n^o 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: CSN, 2012. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html>. Acesso em: 04 jan. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2011.

COOPER, D. **Psiquiatria e Antipsiquiatria**. São Paulo: Perspectiva, 1989.

CORDEIRO, H.A.; KOIFFMAN, R.; NEVES, J.R.M.; OLIVEIRA, C.M.; GOULART, M.V.; LAZZARO, N *et al.* Programa de tratamento integral de pacientes crônicos do Hospital das Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. I – Etapa Diagnóstica. **Revista de Saúde Pública**, v. 11, p. 119-33, 1977.

CORRIGAN, P. How stigma interferes with mental health care. **American Psychologist**, v. 59, n. 7, p. 614-625, 2004.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL (11ª região). **Manifesto da frente Paranaense em defesa da Seguridade Social e das políticas públicas**. Disponível em: <<http://www.cresspr.org.br/site/category/noticias>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

CSORDAS, T.J. et al. Ways of asking, ways of telling a methodological comparison of ethnographic and research diagnostic interviews. **Culture, Medicine and Psychiatry**, San Diego, v. 34, n.1, p. 29-55, mar. 2010.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-70, 2011.

DANTAS, J.B.; MOURA, M.T.C. Depressão: mal da humanidade? Possíveis relações entre depressão, saber “psi” e modos contemporâneos de subjetivação. **Mnemosine**, v.7, n.1, p. 79-97, 2011.

DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

_____. **Espinosa: Filosofia prática**. São Paulo: Escuta, 2002.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia**. Tradução de Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995. 94 p. (Coleção TRANS).

_____. **O anti-édipo**. Rio de Janeiro: Imago.1976

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998.

DELFINI, P.S.S.; SATO, M.T.; ANTONELI, P.P.; GUIMARÃES, P.O.S. Parceria entre CAPS e PSF o desafio da construção de um novo saber. **Ciênc saúde coletiva**, v. 14, n. 1, p. 1483-92, 2009.

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

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. (Coleção Loucura & Civilização).

DESVIAT, M.; LIRIA, A.F.; OLMEDO, G.R. La nueva cronicidad. In: ESPINOSA, J.I. (Org.) **Cronicidad en psiquiatria**. Madri: Asociacion Española de Neuropsiquiatria, 1986. p. 305-358.

DIAZ-CANEJA, A.; JOHNSON, S. The views and experiences of severely mentally ill mothers: a qualitative study. **Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol.**, v. 39, p. 472-82, 2004.

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

DUARTE, E.O.S.; NASI, C.; CAMATTA, M.W.; SCHNEIDER, J.F. Caracterização das práticas de assistência na rede de atenção em saúde mental revisão integrada. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 33, n. 4, p. 191-99, 2012.

DUARTE, L.F.D. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; CNPq, 1986.

DUNNINGHAM, W.; AGUIAR, W.M. de. O custo social dos transtornos mentais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 8, p. 419-422, 1995.

DURAND, G. **A imaginação simbólica**. Tradução de Eliane Fittipaldi Pereira. São Paulo: Cultrix; Universidade de São Paulo, 1988.

FARIA, J. H. de. Epistemologia crítica, metodologia e interdisciplinaridade. In: PHILIPPI JR., A; FERNANDES, V. (Orgs.). **Práticas da interdisciplinaridade no ensino e pesquisa**. Barueri: Manole, 2014.

FELICIANO, A.B.; MORAES, S.A. Demanda por doenças crônico-degenerativas entre adultos matriculados em uma unidade básica de saúde em São Carlos – SP. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 7, n. 3, p. 41-7, 1999.

FERRO, L. F. Trabalho territorial em hospitais psiquiátricos: construindo no presente um futuro sem manicômios. **Psicol. cienc. prof.**, v. 29, n. 4, p. 752-767, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932009000400008>>. Acesso em: 25 set. 2017.

FIGUEIRA, I.; MENDLOWICZ, M.; NARDI, A.E.; MARQUES, C.; VENTURA, P.; MORAES, A. et al. Fobia social e transtorno do pânico em pacientes psicóticos. **J Bras Psiquiatr.**, v. 41, n. 6, p. 259-64, 1992.

FLEISCHER, S.; FRANCH, M. UMA DOR QUE NÃO PASSA: Aportes teórico-metodológicos de uma Antropologia das doenças compridas. **Revista de Ciências Sociais**, n 42, p. 13-28, jan./jun. 2015.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A.M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FONSECA, A.F.; CORBO, A.D'A. (Orgs.) **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV; Fiocruz; 2007.

FORTNEY, J; MUKHERJEE, S; CURRAN, G; FORTNEY, S; HAN, X; BOOTH, B.M. Factors associated with perceived stigma for alcohol use and treatment among at-risk drinkers. **Behav Health Serv Res.**, v. 31, n. 4, p. 418-29, 2005.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes. 2006.

_____. **Segurança, Território e População**. São Paulo: Martins Fontes. 2008.

FRANCHINI, C. B.; CAMPOS, E. M. P. O papel de espelho em um Centro de Atenção Psicossocial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 3, p. 619- 627, 2008.

FRANCO, T.B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

FUNDATO, C.T et al. Itinerário terapêutico de adolescentes e adultos jovens com osteossarcoma. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, p. 197-208, 2012.

GAMA, C.A.P da; CAMPOS, R.T.O; FERRER, A.L. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, v.17, n.1, p.69-84, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142014000100006>>. Acesso em: 05 abr. 2017.

GEANELLOS, R. Exploring Ricoeurs hermeneutic theory of interpretation as a method of analyzing research texts. **Nurs. Inq.**, v. 7, p. 112-119, 2000.

_____. Hermeneutic philosophy. Part I: implications of its use as methodology in interpretive nursing research. **Nurs. Inq.**, Melbourne, v.5, p.154-63, 1998a.

_____. Hermeneutic philosophy. Part II: a nursing research example of the hermeneutic imperative to address forestructures/pre-understandings. **Nurs. Inq.**, Melbourne, v.5, p.238-47, 1998b.

GERHARDT, T.E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. In: **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006.

GIACON, B.C.C.; GALERA, S.A.F. Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v.40, n. 2, p. 286-91, 2006.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

_____. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2003.

GONÇALVES, R.B.M. **Tecnologia e Organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centro de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 1994.

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

GOROVITZ, S. Reflections on the vulnerable. In: BANKOWISKI, Z.; BRYANT, J.H. (Eds.). **Poverty, vulnerability and the value of human life: a global agenda for bioethics**. Geneva: Cioms; 1994.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: Cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1986.

HAN, B.C. **A sociedade do cansaço**. Petrópolis: Vozes , 2015.

HEURTIN-ROBERTS, S.; BECKER, G. Anthropological perspectives on chronic illness. **Soc. Sci. Med.**, v. 37, n. 3, p. 281-283, 1993.

HOLMAN, H.; LORIG, K. Patients as partners in managing chronic disease. **British Medical Journal**, v. 320, p. 526-527, 2000.

JESUS, W.L.A.; ASSIS, M.M.A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, jan. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jul. 2012.

JORGE, M.S.B.; ONOCKO-CAMPOS, R.; PINTO, A.G.A.; VASCONCELOS, M.G.F. Experiências com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial. **Physis**, v. 22, n. 4, p.1543-1561, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000400015>>. Acesso em: 22 abr. 2017.

JORGE, M.S.B.; PINTO, D.M.; QUINDERÉ, P.H.D.; PINTO, A.G.A.; SOUSA, F.S.P.; CAVALCANTE, C.M. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, corresponsabilização e autonomia. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3051-60, 2011.

JORGE, M.S.B.; SOUSA, F.S.P.; FRANCO, T.B. Apoio Matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 5, p. 738- 744, Brasília, 2013.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A. **Compêndio de psiquiatria**: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

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

KLEINMAN, A. **The illness narratives**: suffering, healing and the human condition. New York: Basic Books, 1988.

KUSCHNIR, R.C.; CHORNY, A.H.; LIRA, A.M. L. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC, 2010.

LIMA, A.X.S. “MÃES MÁIS”: um olhar sobre o abandono. **Revista Gênero**. Niterói, v.11, n.2, p. 29-44, 1, 2011.

LIMA, C.O.M; CAETANO, D. Evolução histórica do conceito de esquizofrenia. **J Bras Psiquiatr.**, v. 44, n. 11, p. 559-62, 1995.

LINK, B.G.; PHELAN, J.C. Conceptualizing stigma. **Annu Rev Sociol**, v. 27, p. 363-85, 2001.

LOTUFO, P.A. Por que não vivemos uma epidemia de doenças crônicas: o exemplo das doenças cardiovasculares?. **Ciênc. saúde coletiva**, v.9, n.4, p.844-847, 2004.

LOUZÃ NETO, M.R. Manejo clínico do primeiro episódio psicótico. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 22, n. 1), p. 45-46, 2000.

MACCAY, E.; RYAN K, A.M.E.Y.S. Mitigating Engulfment: recovering from a first episode of psychosis. **J Psychosoc Nurs**, v. 34, n. 11, p. 40-4, 1996.

MACEDO, J.P.; ABREU, M.M.; FONTENELE, M.G.; DIMENSTEIN, M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.26, n.1, p.155-170, 2017.

MAFFESOLI, M. **O mistério da conjunção**: ensaios sobre comunicação, corpo e sociabilidade. Tradução de Juremir Machado da Silva. Porto Alegre: Sulina, 2005.

MAKSUD, I. Doenças/adoecimentos/sofrimentos de longa duração: diálogos das Ciências Sociais com a Saúde Coletiva. **Política & Trabalho: Revista de Ciências Sociais**, n. 42, p. 197-209, jan./jun. 2015.

MALLA, A.K.; NORMAN, R.M.G.; TERRY, S.M.; MCLINTOSH, E. Impact of phase specific treatment of first episode of psychosis Wisconsin Quality of Life Index (client version). **Acta Psychiatr Scand.**, v. 103, p. 55-61, 2001.

MÂNGIA, E.F.; YASUTAKI, P.M. Itinerários terapêuticos. **Rev. Ter. Ocup.**, São Paulo, v.19, n. 1, p. 61-71, jan./abr. 2008.

MARTINS, A.L.B. Biopsiquiatria e bioidentidade: política da subjetividade contemporânea. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 20, n. 3, dez. 2008.

MEEKERS, D.; PALLIN, P.; HUTCHINSON, P. Intimate partner violence and mental health in Bolivia. **BMC Womens Health**, v. 13, n. 28, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1472-6874-13-28>>. Acesso em: 12 set. 2016.

MELLO, M.F.; MELLO, A.A.F.; KOHN, R. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MENEZES, P.R. Prognóstico da esquizofrenia. **Rev Bras Psiquiatr**, v .22, p. 18-20, 2000.

MERCADO-MARTÍNEZ, F.J.; SILVA, L.R.; HERRERA, I.M.R.; LEAL, N.M.; HERNÁNDEZ, E.A. La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crônico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 1, p. 179-86, 1999.

MIELKE, F.B.; KANTORSKI, L.P.; JARDIM, V.M.R.; OLSCHOWSKY, A.; MACHADO, M.S. O cuidado em saúde mental no Caps no entendimento dos profissionais. **Ciênc Saúde Colet.**, v. 14, n. 1, p. 159-164, 2009.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

_____. Contribuições da antropologia para pensar a saúde. In: CAMPOS, G.V.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JUNIOR, CARVALHO, Y.M. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 201-230.

MOTA, C.S.; TRAD, L.A.B. A gente vive pra cuidar da população: estratégias de cuidado e sentidos para a saúde, doença e cura em terreiros de candomblé. **Saúde soc.**, v. 20, n.2, p.325-337, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000200006>>. Acesso em: 22 abr. 2017.

MOURA, R.C.; PERES, V.L.A.; GONZÁLEZ REY, L. Doenças crônicas, subjetividade e construção de categorias da saúde. **Estudos**. Goiânia, v. 38, n. 01/03, p.173-195, 2011.

MOYSÉS, M.A. A., COLLARES, C.A. L. Controle e medicalização da infância. **Revista Desidades**, n.1, dez. 2013.

MOYSÉS, S. T.; SILVEIRA FILHO, A. D.; MOYSÉS, S. J. (Org.). **A implantação do modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba**: resultados do laboratório de inovação sobre atenção às condições crônicas na atenção primária em saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2013.

NOGUEIRA, O. **Vozes de Campos do Jordão**: experiências sociais e psíquicas do tuberculoso pulmonar no Estado de São Paulo. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. (Coleção História e Saúde; Clássicos e Fontes).

NUNES, M.; TORRENTÉ, M.; OTONI, V.; MORAES, N.V.; SANTANA, M. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 188-196, 2008.

OLIVEIRA, G.L.; CAIAFFA, W.T.; CHERCHIGLIA, M.L. Saúde mental e a continuidade do cuidado em centros de saúde de Belo Horizonte, MG. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 4, 2012. Disponível: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 jul. 2017.

OLWEUS, D. Bully/victim problems among schoolchildren: Basic facts and effects of a school based intervention program. In: PEPLER, D. J.; RUBIN, K. H. (Eds.). **The development and treatment of childhood aggression**. Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1991.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: Relatório mundial. Brasília: OMS, 2003.

ONOCKO-CAMPOS, R.T. et al. Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2847-2857, 2013.

ONOCKO-CAMPOS, R.T. et al. Salud Colectiva y psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 4, n. 2, p.173, 2008.

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; FURTADO, J. P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1090-6, 2008.

_____. 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 (ENSP. Impresso)**, v. 22, p. 1053-1062, 2006.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, Z. M.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 567-586.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION . **Renewing Primary Health Care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO)**. Washington: PAHO, 2007.

PANDE, M.N.R.; AMARANTE, P.D.C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2067-2076, 2011.

PEDRO, E. N. R.; FUNGHETTO, S. S. Concepções de cuidado para os cuidadores: um estudo com a criança hospitalizada com câncer. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 210-19, ago. 2005.

PENCHANSKY, D.B.A.; THOMAS, J.W. The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction. **Med Care**, v. 19, p. 127-40, 1981.

PEPPER, B.; KIRSHNER, M.C.; RYGLEWICZ, H. The young adult chronic patient: overview of a population (1981). **Psychiatric Services**, v. 1, n. 5, p. 989-995, 2000.

PEREIRA, M. E. C. A paixão nos tempos do DSM: sobre o recorte operacional do campo da Psicopatologia. In: PACHECO FILHO, R.A.; COELHO JR., N.; ROSA, M.D. (Orgs.). **Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

PETER, C. **The Medicalization of Society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

PETTENGILL, M.A.M.; ÂNGELO, M. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. **Rev Latino-am. Enferm.**, v. 13, n. 6, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041692005000600010&lng=en>. Acesso em: 22 out. 2009.

PIERANTONI, C.R.; VIANNA, C.M.M. (Orgs.) **Gestão de sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Medicina Social, 2003. p. 389.

PIERRET, J. The illness experience: state of knowledge and perspectives for research. **Sociology of Health and Illness Journal**, Londres, v. 25, p. 4-22, 2003.

PINHO, P.A.; PEREIRA, P.P.G. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. **Interface**, São Paulo, v. 16, n. 41, p. 435-50, 2012.

PINTO, A. G. A.; JORGE, M. S. B.; VASCONCELOS, M. G. F.; SAMPAIO, J. J. C.; LIMA, G. P.; BASTOS, V. C.; SAMPAIO, H. A. C. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, 2012.

PINTO, G.A. **A organização do trabalho no século 20**: Taylorismo, Fordismo e Toyotismo. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.

PRAZERES, P.S.; MIRANDA, P.S.C. Serviço substitutivo e hospital psiquiátrico: convivência e luta. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.25, n.2, p. 198-211, 2005.

RABELO, M.C.M.; ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M.A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. 264 p.

RAUTER, C.; PEIXOTO, P.T.C. Psiquiatria, saúde mental e biopoder: vida, controle e modulação no contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 2, p. 267-275, abr./jun. 2009.

RAZZOUK, D.; ZORZETTO, R.; DUBUGRAS, M.T.; GEROLIM, J.; MARI, J.J. Mental health and psychiatry research in Brazil: the scientific production in a five-year period (1999-2003). **Rev Saúde Pública**, v. 40 p. 93-100, 2006.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: Tundis, S.A.; Costa, N.R. (Orgs.). **Cidadania e Loucura**: Políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 2001. p.15-73.

RIBEIRO, W.S.; ANDREOLI, S.B.; FERRI, C.P.; PRINCE, M.; MARI, J.J. Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 31, p. S49-57, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000600003>>. Acesso em: 02 set. 2017.

RICOEUR, P. **Do texto à ação**. Porto: Rés Editora, 1989.

_____. **From text to action**: essays in hermeneutics II. London: The Athlone Press, 1991.

_____. **Hermeneutics and the human sciences**. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

_____. **Interpretação e ideologias**. 4.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora 1990.

_____. **Interpretação e ideologias**. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1983.

_____. Narratividade, fenomenologia y hermenêutica. **Análisi: quaderns comunicació i cultura**, n. 25, p. 189-207, 2000.

_____. **O discurso da ação**. Lisboa: Ed. 70, 1988.

RIZZOTO, M.L.F. Nenhum passo atrás na conquista do direito à saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 4-7, abr./jun 2016. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2016/06/Saude_em_debate-109-WEB.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2016.

ROSA, L.C.S. Política Pública Brasileira de saúde mental: cenários e atores no contexto neoliberal. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 4., 2009, São Luís. **Anais...** São Luís: EDUFMA, p. 1-9, 2009.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, p. 17-59, 2001.

RUSSO, J.; VENÂNCIO, A. T. A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 460-483, 2006.

SAMPAIO, J.; SANTOS, G.C.; AGOSTINI, M.; SALVADOR, A.S. Limits and potentialities of the circles of conversation: analysis of an experience with young people in the backcountry of Pernambuco, Brazil. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 2, p. 1299-1312, 2014.

SANTOS, S.F. **Organização do trabalho de atendimento a usuários com transtorno mental severo e persistente no centro de atenção psicossocial II em Foz do Iguaçu**. 2017. 156f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Paraná, 2017.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma prática à espera de teoria. In: PITTA, A. (Ed.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 150-154.

SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B.; SILVA, G.A.; MENEZES, A.M.; MONTEIRO, C.A.; BARRETO, S.M. et al. Chronic noncommunicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, v. 377, p. 1949-61, jun. 2011.

SEVERO, A.K. **A cronificação nos serviços substitutivos na rede de saúde mental de Natal – RN**. 2009. 140f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2009. Disponível em: <<ftp://ftp.ufrn.br/pub/biblioteca/ext/bdtd/AnaKS.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

SEVERO, A.K.S.; L’ABBATE, S.; CAMPOS, R.T.O. A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 50, p. 545-556, 2014.

SEVERO, A.K.; DIMENSTEIN, M. Rede e intersectorialidade na atenção psicossocial: Contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31 n. 3, p. 640-655, 2011.

SILVA, D.M.G.V. **Narrativas do viver com diabetes mellitus: experiências pessoais e culturais**. 2001. 169f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

SILVA, H.A. Abordagem fenomenológico-hermenêuticas. **Revista eletrônica Ágora**, v. 5, p.54- 58, 2010. Disponível em <<http://www.agora.ceedo.com.br>>. Acesso em: 15 set. 2017.

SILVA, J.P.L. **A desinstitucionalização e o processo de reformulação da assistência psiquiátrica no Rio de Janeiro no período 1995-2000**: monitoração de resultados de uma política pública utilizando dados de inquérito epidemiológico associados a registros administrativos. 2003. 115f. dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, jun. 2011.

SILVA, S.F.; MAGALHÃES JR., H.M. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: SILVA, S.F. (Org.). **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas, SP: CONASEMS, p. 69-86, 2008.

SIMIONATTO, I.; LUZA, E. Estado e sociedade civil em tempos de contrarreforma: lógica perversa para as políticas sociais. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, n.2, p. 215-226, 2011.

SIQUEIRA, M.P.; BUSSINGUER, E. C. de A. A saúde no Brasil enquanto direito de cidadania: uma dimensão da integralidade regulada. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, n. 8, p. 254, 255, 296, 2010.

SOARES, M.V.B.; CARVALHO, A.M.P. Mulheres portadoras de transtornos mentais e a maternidade. **Rev Latino Am Enferm.**, v. 17, n. 5, p. 632-8, 2009.

SODRÉ, O. Contribuição da fenomenologia hermenêutica para a psicologia social. **Psicologia USP**, São Paulo. v. 15, n. 3, p. 55-80, 2004.

SOUZA, Í.P de; BELLATO, R.; ARAUJO, L.F. S de. Necesidades de cuidado al joven viviendo una situación crónica por trastornos concomitantes. **Esc. Anna Nery**, v. 20, n. 3, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160061>>. Acesso em: 03 ago. 2017.

STEFANELLI, M.C.; FUKUDA, I.M.K.; ARANTES, E.C. (Org). **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. Barueri, SP: Manole, 2008.

TESTON, E. F.; SILVA, R. L. D. T.; MARCON, S. S. Convivendo com hepatite: repercussões no cotidiano do indivíduo infectado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 860-868, 2013.

THEME-FILHA, M.M.; SZWARCOWALD, C.L.; SOUZA-JÚNIOR, P.R.B. Socio-demographic characteristics, treatment coverage, and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 43-53, 2005.

TOSTES, L.R.M; MORAES, L.R.N. Esquizofrenia: curso, evolução e prognóstico. **J Bras Psiquiatr.**, v. 38, n. 4, p. 233-9, 1989.

TRENTINI, M.; SILVA, D.M. G.V. Condição crônica de saúde o processo de ser saudável. **Texto e contexto Enf.**, Florianópolis, v. 1, n.2, p. 76-88, jul./dez. 1992.

TRIERWEILLER, A.C.; AZEVEDO, B.M.; PEREIRA, V.L.D.V.; CRUZ, R.M.; GONTIJO, L.A.; SANTOS JÚNIOR, R.L.F. A estratégia operatória utilizada pelos trabalhadores e o hiato existente entre o trabalho prescrito e o trabalho real. **Gestão Industrial**, v. 4, n. 1, p. 101-15, 2008.

UNIVERSIDADE DE CAMPINAS. **Projeto**: Inquérito sobre o Funcionamento da Atenção Básica à Saúde e do Acesso à Atenção Especializada em Regiões Metropolitanas Brasileiras. São Paulo, 2015. Financiado pelo MCTI/CNPq/MS.

VASCONCELOS, E. M. **O poder que brota da dor e da opressão**: Empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus. 2003.

VASCONCELOS, M.F.F.; MORSCHEL, A. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 729-738, 2009.

VASCONCELOS, M.G.F. **Família e atenção à saúde mental**: sentidos, práticas e itinerários terapêuticos. 2014. 189f. Tese (Doutorado Saúde coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2014.

VIEIRA, A.N.; SILVEIRA, L. C.; FRANCO, T.B. A formação clínica e a produção do cuidado em saúde em enfermagem. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 1, p. 9-22, mar./jun. 2011.

VILARINS, G.C.M.; SHIMIZU, H.E.; GUTIERREZ, M.M.U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95 p. 640-647, out./dez. 2012.

VON KORFF, M. et al. Collaborative management of chronic illness. **Annals of Internal Medicine**, v. 127, p. 1097-1102, 1997.

WIKLUND, L.; LINDHOLM, L.; LINDSTROM, U. A. Hermeneutics and narration: a way to deal with qualitative data. **Nurs. Inq.**, v.9, n.2, p.114-25, 2002.

WHITAKER, R. **Anatomia de uma epidemia**: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

YASUI, S. CAPS: Estratégia de produção de cuidados e de bons encontros. In R. PINHEIRO, R.; GULJOR, A.P.; GOMES, A.; MATTOS, R.A. (Eds.). **Desinstitucionalização em saúde mental**: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2007. p. 155-167

YASUI, S. **Rupturas e Encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Trabalhadores

O (A) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa VOZES ENTRELAÇADAS SOBRE A DESCONSTRUÇÃO DE CRONICIDADE EM SAÚDE MENTAL: espaço de diálogo entre a atenção primária, especializada e hospitalar, que tem como objetivo analisar a atenção às pessoas em situações crônicas na rede psicossocial, com ênfase no espaço de diálogo entre a atenção primária, especializada e hospitalar.

Serão utilizadas as técnicas de observação sistemática do dia a dia dos serviços, entrevista com questões abertas. Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo uma entrevista sobre tema relacionado à sua experiência na relação e interação com os usuários em situação crônica dos serviços. Solicitamos sua autorização para gravar as conversas geradas durante a entrevista. Todos os riscos e transtornos advindos da entrevista serão minimizados pela equipe que realiza o trabalho, pois os mesmos são capacitados para condução de tais atividades. Nas entrevistas, todas as informações serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o(a) Sr.(a) poderá, a qualquer momento, deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre com sigilo e confidencialidade. Como benefício direto para os profissionais, usuários e familiares nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, coordenadores, gestores e aos próprios participantes quando assim solicitado, através de quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa. Contatos com Fernando Sérgio Pereira de Sousa. O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo Tel./Fax: (085) 3101.9890. Endereço: Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Fortaleza – CE.

Este termo terá duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____

tendo sido esclarecido(a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza-CE, ____/____/____.

Participante

Fernando Sérgio Pereira de Sousa

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Usuários

O (A) Sr.(a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa VOZES ENTRELAÇADAS SOBRE A DESCONSTRUÇÃO DE CRONICIDADE EM SAÚDE MENTAL: espaço de diálogo entre a atenção primária, especializada e hospitalar, que tem como objetivo analisar a atenção às pessoas em situações crônicas na rede psicossocial, com ênfase no espaço de diálogo entre a atenção primária, especializada e hospitalar.

Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa para responder a uma entrevista sobre suas experiências no cuidado em saúde mental, refletindo sobre as dificuldades e facilidades, apoio recebido pelos serviços de saúde mental que poderá ser realizada no próprio local de acompanhamento. Solicito sua autorização para gravar as conversas geradas durante a entrevista. Todos os riscos e transtornos advindos da entrevista serão minimizados pela equipe que realiza o trabalho, pois os mesmos são capacitados para condução de tais atividades. Nas entrevistas todas as informações serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o (a) Sr.(a) poderá, a qualquer momento, deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre com sigilo e confidencialidade. Como benefício direto para os usuários, nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, coordenadores, gestores e aos próprios participantes quando assim solicitado, através de quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa. Contatos com Fernando Sérgio Pereira de Sousa. O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo Tel./Fax: (085) 3101.9890. Endereço: Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Fortaleza – CE.

Este termo terá duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____
tendo sido esclarecido(a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza-CE, ____/____/____.

Participante

Fernando Sérgio Pereira de Sousa

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Familiares

O (A) Sr.(a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa VOZES ENTRELAÇADAS SOBRE A DESCONSTRUÇÃO DE CRONICIDADE EM SAÚDE MENTAL: espaço de diálogo entre a atenção primária, especializada e hospitalar, que tem como objetivo analisar a atenção às pessoas em situações crônicas na rede psicossocial, com ênfase no espaço de diálogo entre a atenção primária, especializada e hospitalar.

Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa para responder a uma entrevista sobre suas experiências no cuidado em saúde mental, refletindo sobre as dificuldades e facilidades, apoio recebido pelos serviços de saúde mental que poderá ser realizada no próprio local de acompanhamento. Solicito sua autorização para gravar as conversas geradas durante a entrevista. Todos os riscos e transtornos advindos da entrevista serão minimizados pela equipe que realiza o trabalho, pois os mesmos são capacitados para condução de tais atividades. Nas entrevistas todas as informações serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o(a) Sr.(a) poderá, a qualquer momento, deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre com sigilo e confidencialidade. Como benefício direto para os usuários, nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, coordenadores, gestores e aos próprios participantes quando assim solicitado, através de quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa. Contatos com Fernando Sérgio Pereira de Sousa. O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo Tel./Fax: (085) 3101.9890. Endereço: Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Fortaleza – CE.

Este termo terá duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____
tendo sido esclarecido(a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza-CE, ____/____/____.

Participante

Fernando Sérgio Pereira de Sousa

APÊNDICE D - Roteiro de Entrevista para os Trabalhadores de Saúde

Identificação:

- Nome:
- Idade:
- Sexo:
- Escolaridade:
- Profissão, tipo de atividade que desenvolve:
- Bairro:

Questões norteadoras

- Qual o seu entendimento sobre a cronicidade em saúde mental?
- Como se dá a atenção e o suporte assistencial às pessoas com situações crônicas na rede psicossocial?
- Fale da articulação entre os serviços de atenção primária, especializados substitutivos (CAPS) e o hospital psiquiátrico, tendo como eixo o espaço de saber/poder?
- Qual o percurso que os usuários de saúde mental fazem até terem acesso a UBS ou CAPS ou Hospital Psiquiátrico (itinerário terapêutico)?

APÊNDICE E - Roteiro de Entrevista para os Usuários

Identificação:

- Nome:
- Idade:
- Sexo:
- Escolaridade:
- Profissão, tipo de atividade que desenvolve:
- Bairro:

Questões norteadoras

- Fale da sua experiência na convivência diária com o adoecimento mental?
- Como os serviços de saúde que você frequenta cuidam de seu adoecimento mental? Quais atividades oferecem?
- Como se deu o seu caminhar na busca pelo tratamento nos serviços de saúde até ter acesso a UBS ou CAPS ou Hospital Psiquiátrico (itinerário terapêutico)?

APÊNDICE F - Roteiro de Entrevista para os Familiares

Identificação:

- Identificação:
- Idade:
- Sexo:
- Escolaridade:
- Profissão, tipo de atividade que desenvolve:
- Bairro:

Questões norteadoras

- Fale sobre sua experiência no cuidado do seu familiar com adoecimento mental (família, moradia, diagnóstico, recursos assistenciais formais e informais, itinerário terapêutico)?
- Como você avalia a aceitação de seu familiar com adoecimento às atividades desenvolvidas na UBS ou CAPS ou Hospital Psiquiátrico?
- Como se dá o cuidado na UBS ou CAPS ou Hospital Geral aos familiares que acompanham seu familiar com adoecimento mental?

APÊNDICE G - Roteiro de Observação no Campo

- Situações crônicas em saúde mental;
- Transtorno mental severo e persistente;
- Atenção primária;
- Atenção especialização;
- Atenção hospitalar.

APÊNDICE H - Temário da Roda de Conversa

- Cronicidade em saúde mental;
- Atenção e o suporte assistencial às pessoas com condições crônicas na rede psicossocial;
- Interconexão entre os serviços de atenção primária, especializados substitutivos (CAPS) e o hospital psiquiátrico, tendo como eixo o espaço de saber/poder;
- Percurso que os usuários de saúde mental fazem até terem acesso a UBS ou CAPS ou Hospital Psiquiátrico (itinerário terapêutico).