



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

**CARLIENE BEZERRA DA COSTA**

**ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE PESSOAS EM ADOECIMENTO MENTAL  
GRAVE: OLHARES PLURAIS SOBRE A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**FORTALEZA – CEARÁ**

**2016**

CARLIENE BEZERRA DA COSTA

ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE PESSOAS EM ADOECIMENTO MENTAL  
GRAVE: OLHARES PLURAIS SOBRE A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Dissertação apresentada ao Mestrado em Saúde Coletiva do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, como requisito ao título de mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge.

FORTALEZA - CEARÁ

2016

**Dados internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Estadual do Ceará  
Biblioteca Central Prof. Antonio Martins Filho**

Costa, Carliene Bezerra

Itinerários Terapêuticos de Pessoas em  
Adoecimento Mental Grave: olhares plurais  
sobre a Rede De Atenção Psicossocial.  
Carliene Bezerra da Costa - 2016.

CD-ROM. 153 f. : 4 ¼ pol.

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

Dissertação (Mestrado) - Universidade  
de Estadual do Ceará, Centro de Ciências  
da Saúde, Curso de Mestrado em Saúde  
Coletiva, Fortaleza, 2016.

Orientação: Profa. Dra. Maria Salete  
Bessa Jorge.

1.Saúde Mental. 2.Itinerário  
Terapêutico. 3. Rede de Apoio Social. 4.  
Rede de Atenção Psicossocial



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
Av. Paranjana, 1700 - Campus do Itapery - 60740-000 - Fortaleza - CE  
FONE: (0xx85)3101.9826

FOLHA DE AVALIAÇÃO

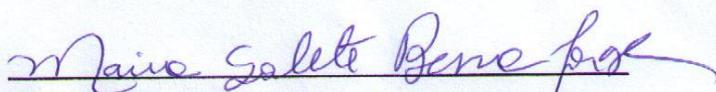
Título da Dissertação: **“Itinerários Terapêuticos de Pessoas em Adoecimento Mental Grave: Olhares Plurais Sobre a Rede de Atenção Psicossocial”**.

Nome da Mestranda: **Carliene Bezerra da Costa**

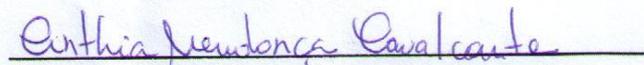
Nome do Orientador: **Prof. Dra. Maria Salete Bessa Jorge**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA /CCS/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE COLETIVA.

BANCA EXAMINADORA:



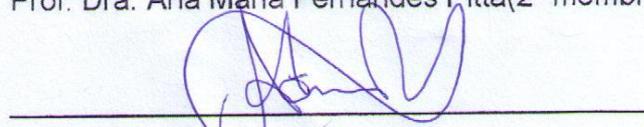
Prof. Dra. Maria Salete Bessa Jorge (orientador)



Prof. Dra. Cinthya Mendonça Cavalcante(1º membro)



Prof. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta(2º membro)



Prof. Dr. Adriano Rodrigues de Souza(suplente)

Data da defesa: 12/12/2016

*A **Deus**, pela vida e pela força para  
encarar com serenidade as dificuldades  
do cotidiano;*

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Carlos e Gilvânia, por terem sido meus primeiros mestres na ciência do viver, por terem acreditado no meu potencial, por terem trabalhado dobrado, sacrificando os seus sonhos em função dos meus. Vocês me ensinaram que, em meio a tantos obstáculos, não se pode desistir dos sonhos. Obrigada por todo o apoio, já por isso serei eternamente grata. Minhas conquistas serão nossas!

Às minhas irmãs queridas, Carlivânia e Ana Carla, pelo convívio diário e por me ajudarem nos momentos que mais precisei, agradeço a Deus por tê-las em minha vida e pela ajuda constante.

À minha avó, Judite, obrigada pelas orações de proteção a mim direcionadas, pela torcida e apoio de sempre.

À todos os meus amigos, que sempre foram e serão o apoio necessário, a mão amiga, o suporte que preciso para alcançar meus objetivos, de forma especial, aos meus irmãos de afeto, Ligia Mesquita, Márcia Batista, Bruna Cavalcante, Vinícia Cabral e Vicente Holanda por só quererem o meu bem e me valorizarem tanto como pessoa. Obrigada pela amizade e por me tornar mais alegre, com descontrações e risadas nos momentos mais aflitos.

Ao meu noivo, Carlos Brandão, meu fiel e sincero companheiro e amigo, obrigada pelo companheirismo diário e apoio incansável, por me fazer ter paciência nas horas de aflição e por cada palavra de conforto que me potencializaram a seguir com força nessa luta diária. Desejo que possamos conviver por muitos anos e construir, juntos, os nossos sonhos.

A minha orientadora, Maria Salete Bessa Jorge, por me incentivar a não esmorecer e, acima de tudo por ter confiado em mim. Agradeço pelo tempo e dedicação, por ser uma pedra firme (bem firme) para me guiar no crescimento profissional.

Aos integrantes do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Práticas de Saúde, Família e Enfermagem (GRUPSFE), em especial à Lídia Andrade, aluna do Pós-Doutorado, que me auxiliou na construção da pesquisa.

Aos meus amigos do mestrado, pelos momentos divididos juntos, especialmente à Mirian Ferreira e meus irmãos de coração, Mariana Pompílio e Diego Medeiros, que se tornaram verdadeiros amigos e tornaram mais leve meu trabalho. Nessa caminhada, foi essencial dividir com vocês as aflições e comemorar as vitórias. Obrigada por tudo, foi bom poder contar com vocês!

Ao meu cunhado, Leilson Lira, meu amigo desde a graduação, por me ajudar emocionalmente e cientificamente nos momentos que mais precisei. Obrigada por todo o apoio durante esse processo.

À minha amiga, Mairla Alencar, pela paciência e pela generosidade em ser suporte nos momentos essenciais. Obrigada por todo o apoio.

Aos usuários e familiares, pela confiança a mim suas histórias e experiências cotidianas: verdadeiros heróis anônimos. Por causa deles é que esta dissertação se concretizou. Vocês merecem meu eterno agradecimento!

Aos profissionais do CAPS, pela luta constante em proporcionar a melhor assistência aos usuários do serviço e, por se implicarem e contribuírem significativamente para a realização desse estudo.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva por abrirem as portas para que eu pudesse realizar este sonho de ser Mestre em Saúde Coletiva. Proporcionaram-me mais que a busca de conhecimento científico, mas uma lição de vida.

Agradeço à professora Leny Trad, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, por todo acolhimento recebido nessa linda e apaixonante cidade de Salvador, durante o intercâmbio realizado através do PROCAD.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro nesse período, que possibilitou o desenvolvimento da minha pesquisa.

A todos vocês o meu mais sincero e profundo agradecimento, **MUITO OBRIGADA!**

“As teorias, estas lentes pelas quais deciframos o mundo depois de experimentá-lo, parecem muitas vezes insuficientes para responder aquilo que palpita no âmago de nossas indagações. E, ainda assim, não prescindimos delas, pois ficaríamos irremediavelmente a deriva.”

(Mauro P. Meiches)

## RESUMO

Itinerários terapêuticos não são exclusivamente determinados por contingências relacionadas a facilidades ou dificuldades no acesso à rede assistencial e, nem tampouco pelos fluxos organizados nessa busca por tratamento e cura, mas todo um processo complexo que envolve significações e escolhas de trajetórias pelo sujeito. O objetivo desse estudo é compreender o itinerário terapêutico de pessoas em adoecimento mental grave inserida na Rede de Atenção Psicossocial. Para a realização da presente pesquisa, baseou-se num referencial metodológico que abordasse o sujeito de uma forma singular, optou-se por um estudo de abordagem qualitativa, baseada no arcabouço teórico da hermenêutica de Paul Ricoeur (1989). A pesquisa foi realizada em Fortaleza, Ceará, em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) adstrito na Secretaria Executiva Regional IV. Os participantes foram três usuárias e cinco profissionais de saúde do CAPS. Para a coleta das experiências foram utilizadas duas técnicas: a entrevista aberta em profundidade e a observação com diário de campo. O plano de análise e interpretação dos dados foi orientado pela análise hermenêutica de Paul Ricoeur (1989). Seguiram-se os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UECE, com parecer Nº 948.554. Os resultados da pesquisa revelam que o vínculo com o CAPS aparece como um cuidado corresponsabilizado pelo processo saúde-doença, com potencial resolubilidade, conseguindo vincular com o pacientes e com outros pontos da rede de saúde, garantindo uma maior potência ao projeto terapêutico singular e ao processo de produção do cuidado. Contudo, percebe-se a necessidade de alternativas de mudanças de processos de trabalho à operacionalizar-se em relação ao território comunitário dos usuários, pois este encontra-se fragilizado. A pesquisa revela, ainda, como égide máxima, a relação fragilizada e conflituosa entre saúde mental e Estratégia Saúde da Família (ESF): o não uso de tecnologias leve-relacionais; a dificuldade do cuidado na atenção primária; a não corresponsabilização por profissionais de saúde; a dicotomia presente entre corpo – mente. A busca de um culpado ou de um motivo real para o adoecimento aparece como uma questão necessária de ser comentada nas falas das participantes. Tais elementos estão ancorados como desvio de ordem moral, religiosa, social e

orgânica. Os usuários narram em suas trajetórias de vida, sofrimento em conviver com o transtorno mental, associado à perdas e dificuldade de convívio social. Os percursos desta pesquisa incluem histórias de pessoas com sofrimento mental grave e persistente, com internações psiquiátricas, e identificam-se rupturas sociais afetivas, abandono das atividades cotidianas e domésticas, perdas de papéis familiares e sociais, assim como de vínculos afetivos. Além disso, são afetados pelas dificuldades que enfrentam em caminhar de forma contínua nos diversos pontos da RASM, o que dificulta a busca por tratamento. Nessa seara, é consubstancial afirmar que a luta antimanicomial precisa de modelos substitutivos de saúde que não só atenda bem as pessoas, mas que promova articulação social e intersetorial, principalmente com a Estratégia de Saúde da Família e o território comunitário do usuário. Acredita-se que tais apreensões devem ser consideradas para que a atenção psicossocial não seja fragmentada, centralizada e restrita aos serviços especializados. Enfatiza-se necessidade de reivindicação de assistência que foque a dialógica entre setores e os serviços multiprofissionais em saúde.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Itinerário Terapêutico. Rede de Apoio Social. Rede de Atenção Psicossocial.

## ABSTRAT

Therapeutic Itineraries are not exclusively determined by contingencies related facilities or difficulties in access to health care network, nor the streams organized in this quest for treatment and cure, but a whole complex process involving meanings and choices of paths by the subject. The aim of this study is to understand the therapeutic itinerary of people in severe mental illness inserted in Psychosocial Care Network. For the realization of this research was based on a methodological framework to approach the subject in a singular way, we opted for a study of qualitative approach, with theoretical framework of Paul Ricoeur's Hermeneutics (1989). The survey was conducted in Fortaleza, Ceará, in a Center for Psychosocial Care (CAPS) attached to the Executive Secretariat Regional IV. Participants were three users and five CAPS health professionals. For the collection of the experiments were used two techniques: open in-depth interview and observation with field diary. The analysis plan and data interpretation was guided by the hermeneutic analysis of Paul Ricoeur (1989). There followed the ethical principles of research involving humans. The study was approved by the Research Ethics Committee (CEP) of UECE with opinion No. 948,554. The survey results reveal that the link to the CAPS appears as a care corresponsabilizado the health-disease process, potentially solving, managing to link with the patients and with other parts of the health system, ensuring greater power to the individual therapeutic project and care production process. However, we see the need to work processes changes alternatives to operate in relation to the Community territory of the users, as it is fragile. The research also shows how maximum aegis, the fragile relationship and conflict between mental health and family health strategy: the non-use of light-relational technologies; the difficulty of care in primary care; non-responsibility for health professionals; this dichotomy between body - mind. The search for a culprit or a real reason for the illness appears as a necessary issue to be commented in the speeches of the participants. Such elements are anchored as a deviation of moral, religious, social and organic. Users narrate in their life trajectories, suffering live with the mental disorder associated with loss and difficulty in social interaction. The paths of this research include stories of people with severe and persistent mental suffering with psychiatric hospitalizations, and identifies affective social disruption, abandonment of everyday and domestic activities, loss of family and social roles, as

well as affective bonds. Moreover, they are affected by the difficulties they face in walking continuously in various parts of the RASM, which complicates the search for treatment. In this area, it is consubstantial to state that the anti-asylum struggle need substitutive health models that not only meets people well, but to promote social and inter-agency coordination, particularly with the Health Strategy of the Family and Community User territory. It is believed that such concerns should be considered for the psychosocial care is not fragmented, centralized and restricted to specialized services. need assistance claim is emphasized that focus the dialogue between sectors and multidisciplinary services in health.

**Keywords:** Mental Health. Therapeutic itinerary. Network Social Support. Psychosocial Care Network.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1 - Divisão administrativa da cidade de Fortaleza - Secretarias Executivas Regionais (SER)</b>	<b>49</b>
<b>Figura 2 - Serviços que compõem a rede de atenção à saúde mental do município de Fortaleza</b>	<b>50</b>
<b>Figura 3 - Representação das etapas da pesquisa</b>	<b>58</b>
<b>Figura 4 - Representação Gráfica da Análise das Narrativas a partir da Hermenêutica com base em Paul Ricoeur.</b>	<b>64</b>
<b>Figura 5 - CAPS geral – Regional IV – Fortaleza</b>	<b>67</b>
<b>Figura 6 - Fluxograma de atendimento do CAPS</b>	<b>68</b>
<b>Figura 7 - Genograma da Família de Maria</b>	<b>73</b>
<b>Figura 8 - Genograma da Família de Helena</b>	<b>76</b>
<b>Figura 9 - Genograma da Família de Francisca</b>	<b>78</b>
<b>Figura 10 - Representação Visual do Itinerário Terapêutico de Maria na busca do tratamento.</b>	<b>99</b>
<b>Figura 11 - Representação Visual do Itinerário Terapêutico de Helena na busca do tratamento.</b>	<b>103</b>
<b>Figura 12 - Representação Visual do Itinerário Terapêutico de Francisca na busca do tratamento.</b>	<b>108</b>
<b>Figura 13 - Rede de Proteção Social e de Assistência à Saúde Mental de Fortaleza</b>	<b>110</b>

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1 - Caracterização dos sujeitos da pesquisa</b>	<b>55</b>
<b>Quadro 2 - Organização das unidades de significação</b>	<b>62</b>
<b>Quadro 3 - Número de profissionais no CAPS da SER IV</b>	<b>69</b>

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CNPQ</b>	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
<b>CEP</b>	Comitê de Ética e Pesquisa
<b>ESF</b>	Estratégia De Saúde da Família
<b>GRUPSFE</b>	Grupo de Pesquisa de Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem
<b>IT</b>	Itinerário Terapêutico
<b>RASM</b>	Rede de Atenção a Saúde Mental
<b>RP</b>	Reforma Psiquiátrica
<b>SAMU</b>	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
<b>SER</b>	Secretaria Regional Estadual
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UNICAMP</b>	Universidade Estadual de Campinas
<b>UECE</b>	Universidade Estadual do Ceará

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>O DESPERTAR DO PESQUISADOR E A CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA.....</b>	<b>17</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>24</b>
<b>3</b>	<b>MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL.....</b>	<b>25</b>
<b>3.1</b>	<b>OS CONTEXTOS DA “DOENÇA MENTAL”: DO MANICÔMIO À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.....</b>	<b>25</b>
<b>3.2</b>	<b>ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: EMARANHAR DAS REDES ASSISTENCIAIS.....</b>	<b>31</b>
<b>3.3</b>	<b>ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E SUAS CONEXÕES.....</b>	<b>38</b>
<b>4</b>	<b>CAMINHOS INVESTIGATIVOS.....</b>	<b>46</b>
<b>4.1</b>	<b>ESCOLHA TEÓRICO-METODOLÓGICA: A HERMENÊUTICA FENOMENOLÓGICA.....</b>	<b>46</b>
<b>4.2</b>	<b>CAMPO DA PESQUISA.....</b>	<b>49</b>
<b>4.3</b>	<b>SUJEITOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....</b>	<b>51</b>
<b>4.4</b>	<b>TÉCNICA DE APREENSÃO DOS DISCURSOS.....</b>	<b>56</b>
<b>4.5</b>	<b>QUESTÕES ÉTICAS.....</b>	<b>58</b>
<b>4.6</b>	<b>PLANO DE ANÁLISE DOS DISCURSOS.....</b>	<b>59</b>
<b>5</b>	<b>EXPERIÊNCIAS NARRADAS E (DES)VELADAS: RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>65</b>
<b>5.1</b>	<b>DESBRAVANDO O TERRITÓRIO DA PESQUISA.....</b>	<b>65</b>
<b>5.2</b>	<b>CONHECENDO OS USUÁRIOS ENTREVISTADOS.....</b>	<b>72</b>
<b>5.3</b>	<b>ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: SENTIDOS E SIGNIFICADOS NO PERCURSO EM BUSCA DE TRATAMENTO/CURA.....</b>	<b>80</b>
<b>5.3.1</b>	<b>Sentidos e significados do adoecimento mental.....</b>	<b>80</b>
<b>5.3.2</b>	<b>Rede de apoio acessadas pelos usuários.....</b>	<b>89</b>
<b>5.3.3</b>	<b>Fluxos e trajetórias na busca de tratamento.....</b>	<b>94</b>
<b>5.3.4</b>	<b>Práticas de cuidado acessadas pelos usuários na busca de tratamento.....</b>	<b>113</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>127</b>
<b>7</b>	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>130</b>
<b>8</b>	<b>CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....</b>	<b>141</b>

<b>9</b>	<b>ORÇAMENTO.....</b>	<b>142</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>143</b>
	<b>Apêndice A- Roteiro de Entrevista com profissionais de saúde.....</b>	<b>144</b>
	<b>Apêndice B- Eixo norteador para entrevista aberta com pessoa com transtorno mental.....</b>	<b>145</b>
	<b>Apêndice C- Roteiro para observação sistemática.....</b>	<b>146</b>
	<b>Apêndice D- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os sujeitos com transtorno mental.....</b>	<b>147</b>
	<b>Apêndice E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os profissionais de saúde.....</b>	<b>148</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>149</b>

## 1. O DESPERTAR DO PESQUISADOR E A CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA

### 1.1. O DESPERTAR PARA O OBJETO

A motivação para a realização deste estudo originou-se de questionamentos sobre conflitos e indefinições acerca da assistência em saúde mental no processo de integração das redes de atenção à saúde. Durante dois anos, trabalhei como enfermeira da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em uma cidade do interior do Estado, com dificuldades e precariedade na oferta de serviços de saúde. Neste cenário, percebi a dificuldade do acesso dos usuários à atenção especializada.

O que se tinha de apropriação acerca da atenção em saúde mental eram apenas reflexões teóricas no âmbito da carreira acadêmica. Ao conhecer as reais necessidades das pessoas com transtornos mentais foi inevitável o emergir de inquietações que transbordaram diante a experiência vivida por aqueles usuários de saúde mental que ali estavam à procura de tratamento/cura.

A Atenção Primária à Saúde (APS), muitas vezes, não sabe lidar com esses usuários e, nem tampouco, tem suporte adequado da atenção especializada. As situações vivenciadas que mais me motivaram eram, em sua maioria de crise, atravessadas de sofrimento tanto do usuário, como da sua família. O campo da saúde mental e as pessoas que dele fazem parte conquistaram-me desde então, procuro nunca esquecer o sentimento de incapacidade ao me deparar com situação de crise desses usuários na ESF, sem a existência do serviço especializado na pequena cidade, tendo dificuldades em conduzir a assistência adequada a esses sujeitos.

Nas visitas domiciliares, realizadas com a equipe em que trabalhava, era nítida a dificuldade de convívio com essas pessoas em adoecimento mental. A família, sem suporte e orientação apropriada, em muitas ocasiões, preferia manter em isolamento dentro da própria residência. A vizinhança se incomodava e, por preconceito, tinha medo da presença em suas redondezas. E, por fim, a equipe, sentindo-se desamparada, na maioria dos casos, para desenvolver um cuidado integral e planejar ações, a fim de mudar essa realidade encontrada.

Sem a presença do serviço especializado na cidade, os usuários tinham que se locomover até a cidade vizinha, onde tinha o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), para o atendimento das demandas daquela região. Em alguns casos, o cuidador, que era da própria família, ia para a consulta sem levar o usuário, alegando a dificuldade de levá-lo dentro do transporte público lotado, além de condições financeiras bastante precárias.

Tais situações me instigaram a fazer algumas perguntas a esses familiares no momento das visitas domiciliares, no intuito de entender como aconteciam às consultas sem a presença do usuário. E minhas dúvidas eram respondidas, por esses cuidadores: “mas o que precisa é do remédio”, “mas já tem o médico do posto que consulta”, “o acompanhamento é só pra renovar a receita”.

Toda aquela realidade vivenciada de perto me comoveu no sentido de me despertar quanto à necessidade de uma assistência adequada para com aqueles sujeitos e familiares. Tais vivências me estimularam a desenvolver pesquisa com esse público. Debrucei-me sobre a literatura existente e comecei a ver o problema além da disponibilidade e eficiência dos serviços em produzir o cuidado, envolve questões na qual cada pessoa constrói seu significado sobre sua situação de saúde e doença em consonância com a realidade em que vive, para, então, construir sua trajetória de buscar tratamento/cura.

Após iniciar a participação do Grupo de Pesquisa de Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE), coordenado pela Professora Dra. Maria Salete Bessa Jorge, no qual foi possível inserir-me em um projeto que pretendeu analisar o funcionamento, a utilização e a qualidade da Atenção Básica à Saúde, bem como o acesso à Atenção Especializada para condições crônicas e de Saúde Mental em quatro regiões metropolitanas brasileiras, ampliando meu conhecimento sobre a temática e facilitando, assim, o delineamento do meu projeto de dissertação.

Motivada por essas experiências, este estudo foi realizado, por meio das narrativas das pessoas em adoecimento mental grave e profissionais de saúde dos serviços do CAPS Geral da SER IV de Fortaleza, a fim de compreender o itinerário terapêutico de pessoas em adoecimento mental grave inseridas na Rede de Atenção Psicossocial.

É válido ressaltar que este escrito trata-se de um recorte do projeto intitulado “Inquérito multicêntrico sobre o funcionamento da Atenção Básica à Saúde

e do acesso à Atenção Especializada em regiões metropolitanas brasileiras”, coordenado pelo Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos, tendo como a Prof. Dra. Maria Salete Bessa Jorge representante da Universidade Estadual do Ceará (UECE). O mesmo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UECE, com parecer Nº 948.554. e financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

## 1.2. O OBJETO EM QUESTÃO

A assistência à saúde prestada às pessoas com adoecimento mental, antes da Reforma Psiquiátrica, era baseada no modelo biomédico hospitalocêntrico, transformando a loucura em doença e distanciando as pessoas do convívio social. Receberam, por muitos anos, uma atenção baseada apenas no saber médico, a qual encontrava nos grandes hospitais psiquiátricos os únicos locais de tratamento, nunca buscando compreender toda a complexidade inerente ao sofrimento psíquico.

No atual cenário da saúde mental de nosso país, embora com uma atenção mais humanizada e efetiva, a Saúde Mental ainda é motivo de preocupação para a saúde pública. Segundo dado do Conselho Nacional de Saúde estima-se que: “23 milhões de pessoas (12% da população) necessitam de algum atendimento em saúde mental. Pelo menos cinco milhões de brasileiros (3% da população) sofrem com transtornos mentais graves e persistentes” (BRASIL, 2010, p.03).

No Brasil, o movimento social pela superação do modelo psiquiátrico tradicional foi iniciado, no final da década de 1970, pelos trabalhadores de saúde mental. Surge, então, com a Reforma Psiquiátrica uma nova forma de abordagem de assistência, uma atenção mais humanizada e efetiva e uma alternativa de tratamento extra-hospitalar, diferente daquela estrutura manicomial, como tentativa de resgatar o convívio social destas pessoas (AMARANTE, 2007).

Assim, a busca pela integralidade passou a ser uma diretriz almejada desde a reforma sanitária e reforma psiquiátrica, que ao longo da história alcançam resultados positivos com o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Na saúde mental, o movimento foi mais lento, no entanto significativo, pois houve um processo de substituição dos serviços, como a diminuição progressiva dos

hospitais psiquiátricos e substituição por serviços de atenção psicossocial e inserção na comunidade (JORGE, *et al*, 2011).

Surgiram, portanto, tentativas de pensar a assistência, fomentando novas práticas no campo da saúde mental, modificando o objeto de cuidado, ou seja, passou a envolver não somente a patologia, mas vários aspectos da integralidade do sujeito, do meio ambiente e de suas relações, lançando um olhar diferenciado sobre as reais necessidades de saúde do indivíduo (LACERDA; VALLA, 2006).

Através das buscas por reformas e ações de luta pela superação do modelo hospitalocêntrico de tratamento psiquiátrico e de toda violência daí advinda, novas ações sociais e políticas foram criadas para dar início a novas formas de lidar com o adoecimento mental. Esse novo modo de prestar assistência a essas pessoas demonstra como esta vem sendo sentida de forma positiva para aqueles que vivenciaram a experiência asilar (AMARANTE *et al*, 2012).

Para tanto, passou-se a tratar o sujeito em sua existência, levando em consideração as suas experiências vividas e as suas condições concretas de vida. O tratamento deixa de ser baseado nos sinais e sintomas da doença, na exclusão social em espaços de violência e na morte do convívio social, para tornar-se um momento de escuta, de criação de possibilidades concretas de subjetivação e de estímulo a interação social na comunidade (PITTA, 2011).

Cardoso e Galera (2011), considerando toda a construção do novo paradigma de atenção ao sujeito com adoecimento mental, ressaltam a notória complexidade do cuidado em saúde mental. Para os autores, a demanda de cuidados não se restringe ao controle dos sintomas ou diminuição dos riscos de internação. Envolvem também aspectos de acesso aos serviços de saúde, escassez de recursos, sobrecarga familiar, inadequação de assistência profissional, preconceitos sociais, estigmatização etc.

Além disso, a grande parte das relações conflituosas e problemáticas na atenção e no cuidado à saúde mental reside na incapacidade da sociedade em acolher, entender, interagir e vincular-se ao diferente e ao novo, respeitando os direitos humanos e à cidadania. A intersetorialidade dos serviços sejam educacionais, de trabalho ou de saúde podem promover relações capazes de construir espaços amplos em defesa da saúde mental e da inserção dos sujeitos nos diversos espaços sociais (JORGE; PINTO, 2010).

Para velejar nessas questões faz-se necessário abordar a questão da doença em saúde mental sob diversas formas de abordagem, quer sejam biológicas, psicológicas, econômicas e políticas, compreendendo que “os sujeitos se movimentam por meios ideológicos baseados na experiência pessoal e grupal, em crenças, percepções, atitudes e práticas, culturais e socialmente dadas” (SILVEIRA, 2000, p.20).

Tanto o sofrimento, como as respostas (re)criadas e (re)construídas a partir deles constituem processos estruturais em todo sistema e conjunto social, que não só produzem representações e práticas, como também estruturam um saber capaz de enfrentar, solucionar, conviver e até mesmo erradicar os sofrimentos. Assim, o modo que cada pessoa em adoecimento mental sofre, entende e vivencia a busca por tratamento/cura é singular e tem estreita relação com sua organização sociocultural e experiências vividas (MENÉNDEZ, 1994).

Corroborar-se que a forma com que os sujeitos enfrentam e lidam com o sofrimento advém das experiências presentes da situação biográfica de cada indivíduo. Assim, reconhecendo que a integralidade da assistência em saúde se efetiva a partir das interfaces entre a racionalidade biomédica e a popular, destaca-se a compreensão dos itinerários terapêuticos como uma opção estratégica para a concretização das práticas em saúde mais próximas para a prestação de uma atenção adequada (VASCONCELOS, 2014).

Alves & Souza (1999), sugerem que itinerário terapêutico, pelo prisma socioantropológico, são os processos pelos quais os sujeitos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento, diferindo pelos diversos contextos socioculturais, o qual sustenta a evidência de que os indivíduos recorrem às diferentes alternativas de tratamento, de acordo com a capacidade de responder às aflições encontradas.

Segundo alguns autores, itinerários terapêuticos são constituídos por todos os movimentos desencadeados pelos sujeitos na busca da manutenção ou recuperação da saúde, que podem surgir diferentes caminhos de busca, que incluem desde os cuidados caseiros e práticas religiosas até o caminhar dentro da rede assistencial. É um processo com inúmeras sucessões de acontecimentos e tomada de decisões que, tem como função principal, a busca pelo tratamento/cura do problema de saúde, pela construção de uma determinada trajetória (MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, 2006; ALVES & SOUZA, 1999).

Dessa forma, a análise do itinerário terapêutico não se limita, contudo, a identificar a disponibilidade e fluxos dentro dos serviços, os seus modelos explicativos e a utilização que as pessoas fazem das agências de cura. Tais elementos são insuficientes para compreender o complexo processo de escolha do caminho de busca do tratamento. Envolve necessariamente a idéia de que as distintas trajetórias individuais se viabilizam em um campo através da representação sociocultural em consonância com a realidade em que vive, para elaboração e implementação de projetos específicos e até contraditórios (RABELO; ALVES & SOUSA, 1999).

Partindo-se desse princípio, defende-se que itinerários terapêuticos não são exclusivamente determinados por contingências relacionadas a facilidades ou dificuldades no acesso à rede assistencial e, nem tampouco pelos fluxos organizados nessa busca por tratamento, mas todo um processo complexo que envolve significações e escolhas de trajetórias pelo sujeito.

De acordo com Cabral et al (2011, p.8), “a opção por desenhos assistenciais centrados no usuário e em seu território coloca à gestão em saúde o desafio de conhecer mais profundamente as características e os determinantes da busca de cuidado”. Sendo, assim é necessário conhecer como e em que momento se dá e quais os significados atribuídos pelo usuário, sendo a análise de itinerários terapêuticos uma boa estratégia utilizada com finalidade de compreender as questões e desafios envolvidos na busca por tratamento.

Para proceder a esta reflexão, adotou-se como eixo orientador do estudo, os seguintes questionamentos: Quais os significados e sentidos atribuídos por estas pessoas sobre o processo de adoecimento? Quais as redes sociais que compõem o cotidiano das pessoas em adoecimento mental? Como ocorrem os fluxos das pessoas em adoecimento mental crônico na Rede de Atenção Psicossocial e sua articulação com as redes de apoio social? Quais são as práticas de cuidado prestadas aos usuários de saúde mental?

Acredita-se que conhecer o itinerário terapêutico das pessoas com adoecimento mental talvez seja uma forma de elucidar os modos pelos quais esses indivíduos se reorientam em um mundo de relações, atividades e planos individuais e coletivos que são, por vezes, profundamente alterados pela significação atribuída à doença.

Espera-se, também, que o conhecimento produzido a partir deste estudo contribuirá para capacitação, atualização e processos de educação permanente em saúde sobre a necessidade de assistência prestada às pessoas em adoecimento mental grave, bem como sobre as dificuldades e desafios enfrentados, por esses sujeitos, na busca de tratamento/cura dentro da rede assistencial.

Ademais das contribuições já referidas, ao permitir a análise e/ou compreensão do fenômeno discutido, o estudo contribuirá para a produção do conhecimento na área. Na oportunidade, detectou-se a existência de poucas produções acerca do itinerário terapêutico, especificamente, com pessoas em adoecimento mental grave. Este estudo poderá, ainda, contribuir para o desenvolvimento de novas pesquisas na área em discussão.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. OBJETIVO GERAL

Compreender o itinerário terapêutico de pessoas em adoecimento mental grave inseridas na Rede de Atenção Psicossocial.

### 2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ (Des) velar os significados e sentidos atribuídos por estas pessoas sobre o processo de adoecimento.
- ✓ Identificar as redes de apoio sociocultural que compõem o cotidiano das pessoas em adoecimento mental grave.
- ✓ Mapear os fluxos das pessoas em adoecimento mental crônico na Rede de Atenção Psicossocial e sua articulação com as redes de apoio social.
- ✓ Identificar as práticas de cuidado prestadas aos usuários de saúde mental.

### 3. MARCO TEORICO – CONCEITUAL

#### 3.1. OS CONTEXTOS DA “DOENÇA MENTAL”: DO MANICÔMIO À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Este capítulo pretende retratar os significados atribuídos à “doença mental”, bem como lembrar a história da loucura e das mudanças ocorridas no contexto da saúde mental. Para tanto, realizou-se pesquisa em base de dados utilizando os descritores “saúde mental” e “história da loucura”, verificando muita publicação acerca da Saúde Mental, principalmente no tocante ao percurso histórico da doença, reforma psiquiátrica e dos dilemas atuais do percurso da rede em Saúde Mental.

A história da saúde mental é marcada por lutas, vitórias, avanços e desafios, sendo a loucura, desde então, vista e concebida de modo diferente dependendo da cultura, do período histórico, social e econômico vigente. A “loucura” e as formas de tratamento dadas às pessoas em adoecimento mental mudam e se constroem constantemente.

A loucura está estreitamente ligada à cultura e a doença, para tanto só tem real valor, de doença, no interior de uma cultura que a reconhece como tal. Para os gregos clássicos, os enlouquecidos eram sujeitos atormentados pelos deuses e, portanto, recebiam um cuidado social e eram tratados por meio da inserção em atividades prazerosas, como banhos termais, massagens, jogos, enfim, o que lhes aliviasse o tormento inevitável. Porém, nem todas as culturas tiveram uma atitude tão inclusiva como a dos gregos, pois na maioria dos demais relatos que se conhece, os loucos eram segregados, desprezados, desprovidos de vez, voz ou razão (FOUCAULT, 1978).

Sabe-se que por muitos anos, com a hierarquização do modelo biomédico, do crescimento da indústria farmacêutica e da política de higienização social que acometia a sociedade ocidental, o lugar do louco – doente mental – era em instituições fechadas, totais – o manicômio.

A loucura foi vista como a “doença mental”, precisando ser contida em uma instituição chamada de manicômio. Goffman (1974) especifica algumas características peculiares dessa institucionalização da loucura: o isolamento social, a fragmentação do cuidado, o tratamento voltado para a doença e apenas para a

contenção e administração de crises, e, principalmente, a dependência de vida do sujeito totalmente ligada a essa instituição.

As práticas médicas referentes à loucura na idade clássica eram psicológicas e físicas ao mesmo tempo. Phillipe Pinel, - um dos primeiros alienistas (como eram chamados os médicos que foram os precursores da psiquiatria), ao ser nomeado diretor do Hospital de Bicetrê, uma instituição assistencial e filantrópica na França no final do século XVIII, inspirado nos ideais da Revolução Francesa começou a classificar os diversos tipos de "desvio" ou "alienação" que encontrava, com o objetivo de estudá-los e tratá-los. Assim, conhecido como pai da psiquiatria, em seus estudos, acreditava que as causas da alienação/loucura era de ordem moral, justificando a necessidade de isolar o louco no asilo para que recebesse um tratamento digno de acordo com os princípios do período revolucionário em questão. (AMARANTE, 1996; COSTA; FIGUEIRO; FREIRE, 2014)

Como refere, Foucault (1978), os manicômios são os principais dispositivos criados pela sociedade para a disciplinarização e controle dos corpos que não se adequam a ordem e à razão vigente em dada sociedade. As denúncias de Goffman e Foucault, deslocando o foco do discurso psiquiátrico e sua prática terapêutica, para uma abordagem humanística, integradora e que tivesse, conseqüentemente, a preocupação com o indivíduo em sua totalidade – não aquele classificado, medicalizado e naturalmente circunscrito aos diversos campos da área médica: consultórios, ambulatórios e hospícios.

Assim os “loucos” há tempos são simplesmente isolados do convívio social, seja pela pura e simples expulsão da comunidade, passando pelas casas de internamento e até pela terapêutica moderna, em que o asilo, local de tratamento, é também local de confinamento e de exclusão. O sentido do internamento, embora as instituições tenham relativamente se mantido inalteradas, começa a mudar. A loucura é agora compartimentalizada em campos discursivos próprios e, instrumentalizada pelas técnicas terapêuticas. Mas o doente mental ainda é objeto de exclusão, isolamento e até condenação moral. O doente mental, isolado em um manicômio, lentamente é acometido do que Goffman chama de “morte social”: desestruturação completa de seus laços de sociabilidade, interiorização dos padrões institucionalizados da rotina hospitalar, a ponto de o louco e o hospital se confundir (FONTES, 2007).

Entretanto, Amarante (2007) e Yasui (2007), em seus estudos, ratificam que a problemática da institucionalização da loucura não está circunscrita apenas a instituição manicômio. Ou seja, o problema não é apenas o hospital, portanto, a solução não é a desospitalização. Segundo eles, a problemática alcança níveis muito mais complexos, envolvendo contextos políticos, sociais, econômicos e culturais.

Muitos autores (Basaglia 1964; Cooper 1989; Goffman 2003) consideram a instituição manicômio como ambiente propício para contribuição de um processo de cronicidade dos “pacientes”. Enquanto 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 da época. Ao tomar para si a tarefa de tratar os “pacientes”, o hospício, baseado na segregação e no isolamento social, do que numa suposta “doença mental”, favorece o aumento ou mesmo a criação de sua condição crônica.

No entanto, alguns autores defendem que a atuação psiquiátrica deve ser predominantemente hospitalar. Kaplan *et al* (1997), afirmam que “a hospitalização diminui o estresse sobre os pacientes e os ajuda a estruturar suas atividades diárias” (p.452). Para eles não existe interferência do suposto “tratamento” hospitalar sobre o aspecto da cronificação, considerando a internação um instrumento de cura e solução nos momentos de crise.

Barton (1966) forjou o conceito de neurose institucional, produto de longa internação psiquiátrica, tendo como principais fatores: a perda de contato com o mundo, o autoritarismo da equipe de profissionais, as medicações, o ambiente hospitalar, o afastamento de pessoas, propriedades e eventos pessoais e a perda da vida fora da instituição. A partir disso, o “paciente” perde o contato com o mundo e se “adequam” às condições forjadas pela instituição, produzindo um processo crônico.

No Brasil, um estudo realizado por Moreira (1983), em seis hospitais psiquiátricos no Estado de Minas Gerais, no final de década de 70, observou que os efeitos da internação se davam desde a institucionalização do indivíduo até danos estruturais físicos e psíquicos causados pela pelas condições ambientais, chegando ao extremo limite da morte. Além disso, notou-se que as interações nos hospitais psiquiátricos e as terapêuticas adotadas eram favoráveis à alienação e à despersonalização do usuário. Moreira (1983, p.113) afirma que, “(...) após

sucessivas reinternações, dependendo do estado do paciente, podem acabar, também por diminuir sua capacidade de resistência ou levá-lo a preferir, definitivamente, a vida hospitalar ao convívio social".

Muitos autores defendem a cronificação algo próprio do quadro natural da doença. Mas Delgado (1991) defende que essas características tradicionalmente associadas à doença podem ser produto da institucionalização. Para o autor, o processo patogênico denominado de cronificação, supondo haver 'produção institucional' em que a vida no ambiente asilar, isto é, a submissão ao conjunto de práticas e rotinas desse tipo de instituição possa ser considerada determinante privilegiado do processo de 'cronificação'.

No processo de transformação e organização dos serviços de saúde mental, pode-se dividir o percurso da reforma psiquiátrica em dois momentos. O momento inicial, no começo da década de 1980, quando se buscava a humanização dos serviços, tendo ainda como foco o hospital psiquiátrico. O segundo momento, no final da década de 1980 e início dos anos 1990, quando o ideal propalado era o de uma sociedade sem manicômios, o que promove uma mudança no modelo assistencial e a criação de uma rede de serviços, com novas formas de assistência, substituindo o modelo hospitalocêntrico (PEREIRA, 1997).

É nos anos 80, que percebem que não adianta humanizar os manicômios, é preciso dar direito à cidadania desses sujeitos tutelados, é preciso que a sociedade permita se aproximar e aceitar o fenômeno saúde-doença mental. Nesse contexto, a Reforma Psiquiátrica, vem vestida de uma luta para a transformação macro-política e micro-política do sistema de saúde mental, pois, apenas humanizar o trabalho no interior das instituições psiquiátricas não eram bastante (AMARANTE, 2007).

A Reforma Psiquiátrica tenta dar uma solução ao problema de manutenção do modelo "asilo-confinante", reduzindo danos severos e desvantagens sociais que trazem o confinamento associado aos transtornos mentais, com a quebra do convívio social. Assim, o sucesso da reforma reside na percepção da necessidade da construção de um amplo espectro de se pensar novas formas de cuidados para sustentar esses sujeitos na sociedade, ao invés de vegetar em manicômios em longas internações (PITTA, 2011).

Os serviços criados para a distinção do hospital psiquiátrico podem receber diferentes denominações, são de base territorial e comunitária, de

assistência diária, que trazem um novo olhar sobre a “doença mental”, oferecendo maior autonomia, resgate de cidadania, vida social e substituindo a noção de “cura” pela de “cuidado”. Muitos destes serviços oferecem estruturas de alta-complexidade que oferecem atenção intensiva a pacientes graves, evitando ou diminuindo internações psiquiátricas para aqueles que contavam com o hospício como referência de tratamento (AMARANTE, 2007).

Na literatura, temos encontrado diversas denominações para os novos serviços de saúde mental. Nesta pesquisa utiliza-se a classificação dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial, como têm sido denominados os novos serviços, criados no contexto das transformações na rede de saúde mental brasileira, nas últimas décadas.

Percebemos que o desafio está na herança do paradigma tradicional da institucionalização, que carregado nos próprios serviços de saúde mental e nos usuários que passaram por longos períodos de internações, dificultam a assistência às pessoas em adoecimento mental grave.

Pode-se dizer que um dos principais desafios do processo da reforma psiquiátrica nos anos 1980, seja a reabilitação psicossocial, com o objetivo de oferecer ao sujeito com transtorno mental severo e persistente uma construção plena na sociedade fora do ambiente hospitalar e dentro de cenários sociais como na sua moradia, no trabalho, na comunidade (PITTA, 2001).

Para analisar a problemática das pessoas em adoecimento mental grave, destaca-se, também, que o adoecimento está sempre acompanhado da possibilidade de produções subjetivas que podem constituir recursos para o enfrentamento das adversidades oriundas do processo de adoecer, bem como de busca de tratamento/cura.

Assim, toda forma de enfrentamento e de lidar com o sofrimento advém das experiências presentes da situação biográfica de cada indivíduo, estas que podem ser impostas pelo mundo, mas que são continuamente modificados e transformados pelos sujeitos em interação (RABELO, 1999), a partir de suas teias de significados tecidas nas suas redes sociais.

Toda forma de se vivenciar uma doença é cultural, mas, sobretudo ela é prática, e é a prática que rege as ações dos sujeitos em sofrimento. Tudo se dá primordialmente a partir de uma experiência prática, se apresentando primeiro como ação que exige um engajamento no mundo pré-reflexivo (CUNHA, 2011).

Assim, a doença mental envolve um conjunto de elementos que a constitui, sejam de ordem neurológica, fisiológica, social, cultural, religiosa, filosófica ou econômica que traz ao seu portador um expressivo sofrimento psíquico. Esse tipo de manifestação repercute na história de vida pessoal, familiar e nas redes de relações interpessoais, transcendendo, assim, os momentos pontuais que caracterizam uma situação mais específica de crise, isto é, a doença mental insere-se em um campo de conhecimento complexo (DALMOLIN; VASCONCELOS, 2008).

A definição do conceito de sofrimento mental se faz extremamente importante por explicitar uma tentativa de superar a categoria biomédica dos “transtornos mentais” (CUNHA, 2011), que se embasa na descrição de sinais e sintomas de alterações orgânicas e cognitivas com vistas a objetivar a experiência. Busca-se assim uma nova tradução do acontecimento, de maneira mais ampla e real, tornando-a adequada a singularidade dos sujeitos ao definirem e descreverem suas condições.

Na ótica de Basaglia (2005), a classificação de sintomas pensada pela psiquiatria clássica, promove um olhar sobre o sujeito separado dos seus contextos ao mesmo tempo em que rotulá-lo e constrange-o “a aderir a uma doença abstrata, simbólica e, enquanto tal, ideológica” (p. 35). Isto é, uma vez classificado doente mental o sujeito perde referência de si mesmo e da sua realidade e vivências, e recebe a referência do rótulo que passa a identificá-lo. Em vista da doença, o sujeito perde sua liberdade, é excluído e ganha nova identidade - doente mental, associada a algo que antes ele provavelmente nem sabia existir – o estigma.

Diante das leituras de estudos realizados, verificou-se que as pessoas em adoecimento mental e seus familiares, muitas vezes, negam a presença da doença mental para não ser classificado dentro do estereótipo que cerca a sociedade. Sendo o preconceito e o estigma, ainda muito forte no meio social, dando ao portador de transtorno mental, o rótulo de louco. Além disso, é nítido a dificuldade de relacionamento social, bem como o convívio familiar, gerando sentimentos de abandono, sofrimento e agressões, contribuindo para o agravamento da doença.

Tal estigma gera vários novos comportamentos que nada têm a ver com a doença em si, mas induz a uma inferioridade e representa prejuízo nas relações do sujeito, o qual é discriminado por seu estigma. O estigma adere à identidade do seu receptor de forma negativa, tornando-o desacreditado, ou desacreditável pela sociedade. Nesse contexto, o sujeito estigmatizado pode assumir sua identidade de

doente, no caso, e atuar nela, porquanto não percebe outra forma de lidar, podendo inclusive obter ganhos secundários a partir dessa identidade (GOOFMAN, 1974).

Sendo assim, é necessário privilegiar um processo de trabalho que conheça o sujeito que traz consigo além de problemas de saúde, uma história de vida, que são também determinantes do seu processo saúde-doença. Conhecer a história de vida de cada sujeito poderá nortear o processo de cuidado e, acima de tudo, reconhecê-lo em sua totalidade complexa e em sua realidade multideterminada pelo seus contornos sociais que atravessam e são atravessados por suas necessidades em saúde (CAMPOS 2012; CAMPOS 2003; FRANCO 2007).

No entanto, vale ressaltar que conhecer o usuário em sua totalidade em saúde mental não é tarefa fácil, pois os caminhos da saúde ainda são pedregosos e fortemente demarcados pela hegemonia do modelo manicomial, que ao invés de aproximar-se da história do sujeito, respeitando sua subjetividade, reproduz cuidados tecnicistas voltados para procedimentos e cabe ao usuário apenas o papel de alienado mental, reduzindo-o à passividade e inércia frente ao seu tratamento. (AMARANTE, 2007)

Para a produção do presente estudo, salientamos a defesa de que é através da compreensão dos aspectos sociais, culturais, históricos e políticos da produção do sofrimento mental (NUNES, 2012) e, por defender que atribuir nomenclaturas ou diagnósticos específicos é reduzir a singularidade da experiência do adoecimento de um sujeito.

### 3.2. ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: O EMARANHAR DAS REDES ASSISTENCIAIS

Como visto no capítulo anterior, na história da psiquiatria, as pessoas em adoecimento mental grave carregam características que dificultam a assistência. Devem ser conhecidas, não apenas como o sujeito que traz consigo a necessidade de resolução de algum problema de saúde, mas como um indivíduo que traz uma história de vida e que possuem significações e desafios enfrentados pelo processo saúde-doença. No entanto, sabemos que nem sempre foi pensado dessa forma e, durante todo o processo histórico da saúde mental, ocorreram inúmeras mudanças na forma de pensar e cuidar do sujeito em adoecimento mental.

A resolubilidade almejada na atenção à saúde mental poderá ser resultado da articulação de uma rede de cuidados nos níveis de complexidade do SUS, pautando-se nas necessidades de saúde de cada usuário do sistema, além de investimentos nas relações subjetivas entre profissionais/usuário/familiares e em dispositivos que favorecem o acesso e a continuidade da assistência no território, como no caso do matriciamento em saúde mental (JORGE *et al*, 2014).

É nos anos 80, que os trabalhadores percebem que não adianta mais humanizar os manicômios, é preciso dar direito à cidadania desses sujeitos tutelados, é preciso que a sociedade permita se aproximar e aceitar o fenômeno saúde-doença mental. Nesse contexto, a Reforma Psiquiátrica, com uma luta para a transformação macro-política e micro-política da assistência de saúde mental, pois, apenas humanizar o trabalho no interior das instituições psiquiátricas não eram bastante (AMARANTE, 2007) .

Com a discussão acerca do fazer saúde em sua integralidade, a partir da década de 90, em consequência das conquistas das Reformas Sanitárias, Franco (2007) destaca a emergência de ampliar o olhar para perceber que o indivíduo, é muito mais do que um sintoma, uma demanda e uma doença, pois ele é um ser biopsicossocial e, portanto, merece ser estudado de forma interdisciplinar com as ciências sociais, humanas e biológicas.

Atualmente, pode-se considerar que há, ainda em curso, nos corpos sociais e políticos, a tentativa de superar o modelo biomédico do processo saúde – doença, com um maior incentivo a interdisciplinaridade, em busca de entender o sujeito implicado, imbricado e contextualizado ao seu espaço histórico – social (AMARANTE, 2007; FRANCO, 2007).

Os estudos de Paim (2005) ratificam a necessidade um novo jeito de pensar, sentir e agir acerca do fenômeno saúde-doença mental. Era necessário muito mais do que uma mudança micro-político. Era necessário a mudança macro-política de condições sociais, econômicas, culturais que são tão determinantes do modelo de saúde mental e que precisavam ser transformadas. Era necessário a desospitalização da loucura, mas, principalmente, era consubstancial, a desinstitucionalização da loucura, de forma cultural.

Sabe-se que dificuldades do tornar pleno o processo resolutivo da atenção em saúde mental 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 se caracteriza por consequência e causa concomitantes. 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).

Embora se confirme os avanços no terreno dos direitos sociais de saúde, garantindo a abertura de novos serviços e a mudança no arranjo organizacional da atenção à saúde mental, é preciso, imprescindivelmente, se pensar em modos de ação e de produção do cuidado que sejam resolutivos para esse modelo substitutivo ao manicomial. Sendo assim, está em pauta de discussão não apenas a transformação estrutural dos serviços, mas transformações de práticas, de clínica, de saberes e de postura ética e técnica frente às necessidades de saúde da população assistida (FRANCO e MAGALHÃES, 2010).

Ressalta-se a importância do serviço de saúde em rede como facilitador de um cuidado a explorar o território vivo dos sujeitos sociais, sendo este, embasado nas dimensões antropológicas, se aproximando de uma assistência mais humanizada e integral, tendo por potência capacidade de desdobrar novos laços sociais, novas formas de existência, se, somente se, promover e produzir cuidados em ato vivo, contextualizado, territorializado aos sujeitos cuidados.

Assim, surgiram novas tentativas de pensar o cuidado, fomentando novas práticas no campo da saúde mental, modificando o objeto de cuidado, ou seja, passou a envolver não somente a patologia, mas vários aspectos da integralidade do sujeito, do meio ambiente e de suas relações, lançando um olhar diferenciado sobre as reais necessidades de saúde do indivíduo (LACERDA e VALLA, 2006; SOUZA e SANTOS, 2008; BARROS, 2010).

A busca pela integralidade do cuidado passou a ser uma diretriz almejada desde a reforma sanitária e reforma psiquiátrica, que ao longo da história alcançam resultados positivos com o processo de construção do SUS. Na saúde mental o movimento foi mais lento, no entanto significativo, pois houve um processo de transformações nos serviços, como a diminuição progressiva dos hospitais psiquiátricos e substituição por serviços de atenção psicossocial e inserção na comunidade (TEIXEIRA e SOLLA, 2008).

Convergem em seus estudos, Franco e Galavote (2010), Franco e Merhy (2012), Lima e Yasui (1999) que o modo de produção de cuidado que promove a potencialização dos indivíduos envolvidos é guiado pela lógica “territorial existencial”,

a centra-se na relação e aproximação entre os sujeitos sociais produtores de sentidos e significados. Isso quer dizer que é preciso operar, respeitando a dinâmica e a dialética da ontologia humana, para que se permita a expressão das diversas e diferentes subjetividades.

Neste sentido, a considerar essa gama de atores implicados no cuidado, Merhy e Franco (2003) considera que o desenvolvimento de uma assistência promotora de qualidade de vida e de saúde, exige uma maior atenção centrada no usuário e em suas necessidades, tendo a produção do cuidado em ato vivo, sendo esta caracterizada por ser uma assistência que operacionaliza trabalhos guiado por tecnologias leve, ou tecnologias relacionais, consideradas facilitadoras de produção de vínculo, acolhimento, autonomia no cuidado, estabelecidas nos encontros entre os diferentes atores em saúde; leve-dura, àquela dos saberes estruturados na operacionalidade das práticas, como a clínica médica, epidemiologia e a clínica psicanalítica; e dura, operada por equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e rotinas.

Reconhecer a subjetividade enquanto dimensão a ser avaliada e problematizada no desenvolvimento de modos de produção de cuidado, se faz necessário, pois se por um lado, os atores em saúde se permitem se reconhecerem em alteridades, considerando que toda e qualquer forma de subjetividade vale a pena ser vivida e respeitada, elava-se cada ator de saúde enquanto protagonista. Em contrapartida, se considera-se que há subjetividades que não podem ser expressas por serem erradas à normalidade social, privilegia-se o modo de ser destes sujeito enquanto alienados de si e tutelado a um outro que se julga superior (FRANCO E MERHY, 2012).

Ainda nessa seara, Campos (2006) defende a necessidade de estratégias que se destinem a aumentar o poder do atores da saúde – usuários, família, equipe de saúde - frente ao poder e à autoridade sanitária. Nessa perspectiva, reflete-se acerca do protagonismo na produção do cuidado em saúde mental, reforçando o aperfeiçoamento do sistema de gestão participativa e corresponsabilizada no Sistema Único de Saúde (SUS) e modo a integrar as diferentes subjetividades que demarcam os distintos serviços e a relações cotidianas na saúde.

No que concerne à corresponsabilização do cuidado em saúde mental, salienta-se que ações corresponsabilizadas se baseiam em contratos e compromissos, que implicam o envolvimento dos trabalhadores, gestores, usuários e

família. A responsabilidade compartilhada se refere à participação de cada ator, dentro de seus limites e possibilidades, em busca de estratégias de cuidado mais resolutivas (TRAD; ESPERIDIÃO, 2009).

Neste sentido, para garantir a efetiva cidadania e autonomia dos usuários de saúde mental nos corpos sociais, é preciso fomentar relações de cuidado que afirmem a transdisciplinaridade de saberes, os vínculos terapêuticos e o protagonismo de cada ator do cuidado. É mediante a afirmação de tais categorias citadas que pode-se potencializar construções de espaços de diálogos entre profissionais, usuários, família e comunidade no tocante à promoção de saúde e resolubilidade da atenção (JORGE *et al*, 2011).

Todo esse processo de construção de um novo olhar em saúde mental implicou mudanças na organização dos serviços e práticas que se aproximam do modelo de atenção ao ideal de integralidade do cuidado à saúde individual e coletiva.

Seguramente, a expansão da APS propiciou a ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde e deixou os profissionais de saúde mais próximos dos usuários. Esse fato, todavia, não implica mudança dos processos de trabalho desses profissionais, que, mantendo a mesma lógica da assistência centrada na consulta médica ambulatorial desenvolvem precariamente os atributos da atenção primária e pouco se integram com os demais níveis de atenção (SILVA, 2011).

Especificamente sobre a atenção em saúde mental, destacamos a rede, que tem como um dos seus fins a inserção social, configurando-se hoje na organização de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico de modelo manicomial, asilar e biomédico em serviços como os CAPS. Com funções estratégicas de substituir o atendimento manicomial dos asilos psiquiátricos e ser ordenador da promoção da saúde mental nos territórios, os CAPS são unidades de atendimento para pessoas com transtornos mentais, sobretudo os transtornos moderados e graves. Tais Centros permitem uma participação maior dos familiares no tratamento dos acometidos pelos transtornos, bem como não priva os usuários do convívio com a comunidade (DELGADO *et.al*. 2007).

Assim, o CAPS configuram-se num serviço orientado pelos princípios SUS, como a universalidade, equidade e integralidade, se estruturando a partir da compreensão de que promoção da saúde que envolve aspectos relacionados à qualidade de vida, à cidadania, ao desenvolvimento social, econômico e cultural e a

participação social. Destacando-se, para tanto, as equipes/profissionais de referência, arranjo que se apoia na interdisciplinaridade e no vínculo entre profissional e usuário, para prestar atendimento integral e singular (CAÇAPAVA *et al.* 2009).

Nesse pensamento, entende-se que os CAPS, o principal equipamento da rede de saúde mental, subvertem a lógica da hierarquização e organizam-se agregando os diferentes níveis de atenção à saúde. Fazem, portanto, surgir importantes questões na própria organização e na construção da rede de atenção à saúde e saúde mental na lógica do processo de descentralização e regionalização do SUS (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

Desse modo, é urgente um processo de reorganização de fluxos e serviços que articulem os níveis de atenção, neste caso, ações da APS conectadas com as de saúde mental, uma vez que o objetivo fim é a atenção integral à pessoa. Assim, a inclusão de ações de saúde mental na Atenção Básica, por meio do apoio de equipes especializadas à ESF pode representar um avanço na consolidação da reforma psiquiátrica e cuidado em saúde, significando desse modo, maior resolubilidade das ações de saúde mental.

Na operação das práticas, a atuação das equipes da ESF perante às pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental apontam variadas estratégias de atenção à saúde mental, porém ainda existe a falta de planejamento direto e intencional no cotidiano daqueles que assumem o papel de escutar, acolher, visitar, articular e, por vezes, afirmam se responsabilizar pelo cuidado de pessoas com sofrimento dentro do território (AMARANTE, 2007).

Os sujeitos que conduzem a ampliação da clínica na APS, enfatizam a importância da escuta dos profissionais da saúde mental no tratamento, porém se queixaram de sua alta rotatividade, que produz descontinuidade do tratamento. Esta última apresenta-se como dificuldade do próprio sistema de saúde (ONOCKO-CAMPOS, 2012).

O Apoio Matricial busca assegurar retaguarda especializada a equipes, efetivando a articulação entre as redes de atenção básica e saúde mental. Trata-se de uma metodologia de trabalho com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência, sendo complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de

regulação. O Apoio Matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às diversas equipes de saúde (CUNHA; CAMPO, 2011).

Sua implantação diferenciada mantém regularidade dos encontros, participação de toda a equipe, proposição de assistência conjunta entre profissionais dos CAPS e ESF, denotando produção ativa de corresponsabilização pelos casos. Eis o diálogo necessário entre as equipes dos CAPS com outros serviços tornado possível constitutivo de uma retaguarda assistencial especializada e adequada (ONOCKO-CAMPOS, 2012; JORGE *et al*, 2012).

Na intenção de ampliar a abrangência e resolutividade da ESF, o Ministério da Saúde por meio de portaria específica cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os NASF apóiam conjuntos de equipes da ESF e são constituídos por profissionais de diversas áreas raramente presentes neste nível de atenção (BRASIL, 2008).

No entanto, as dificuldades do tornar pleno o processo resolutivo da atenção em saúde mental ocorrem, principalmente, pela articulação ainda frágil dos serviços de saúde, redes sociais e intersectorialidade. 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).

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 reais necessidades em saúde do usuário (JORGE *et al*, 2011).

Nesse contexto, 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, a integração em redes e articulação intersectorial para consolidar as ações de saúde mental no SUS.

Os desafios para a integração em rede convergem na superação de tais entraves: pequena diversidade dos pontos de atenção à saúde; precariedade resolutiva da Atenção Primária à Saúde; carência de sistemas logísticos para

intercomunicação dos pontos assistenciais; e a fragilidade dos mecanismos de governança de redes de atenção à saúde (MENDES, 2002; MENDES, 2011).

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, admitindo-se apenas à relação de hierarquização com a complexidade da assistência e jamais com o itinerário a ser percorrido pelo usuário na busca de atendimento no SUS. Logo, 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 parcialidades (CECÍLIO, 1997).

Complementar, o SUS enfrenta impasses na persistente fragmentação e burocratização do cuidado até mesmo em iniciativas estratégicas como a da ESF na rede de atenção básica em saúde. De modo geral, há baixa acumulação de instrumentos e ferramentas para uma gestão inovadora da prática, levando ainda em conta as peculiaridades do trabalho em saúde (autonomia dos trabalhadores, disputa de projetos terapêuticos, etc.) e a própria corresponsabilização e participação social (MENDES, 2011).

Nesse sentido, a integração de redes de serviços é um desafio complexo para a produção do cuidado integral em saúde. Envolve desejos e intencionalidades coletivas, conhecimento integrado dos dispositivos terapêuticos e articulação da gestão, financiamento e avaliação. E, nesse contexto, apresenta-se o atual do dilema: integração dos serviços de saúde em rede de atenção, com vistas à integralidade do cuidado.

### 3.3. ITINERARIOS TERAPEUTICOS E SUAS CONEXÕES

Esse capítulo pretende retratar as principais teorias sobre itinerário terapêutico. Em pesquisas realizadas nas bases de dados utilizando os descritores “Itinerário Terapêutico” e “Saúde Mental”, verificou-se a existência de pesquisas sobre assunto. A perspectiva do IT como constitutivo do cotidiano, tem sido utilizada como referência às formas de compreender o enfrentamento aos processos de saúde-doença na área da saúde (LEITE; VASCONCELOS, 2006) e se apresentou

como dimensão capaz de aclarar os modos de assistência e relacionamento com o sujeito que sofre mentalmente.

Acredita-se que refazer o percurso de busca de cuidados ou melhoria da condição de doença para permitir a visualização das reais necessidades de assistência à saúde das pessoas em adoecimento mental grave, possibilita, desse modo, uma melhoria da 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 na atenção à saúde (VASCONCELOS, 2014).

A construção de itinerários tem possibilitado a apreensão de narrativas e práticas de diferentes lógicas em pesquisas que se dedicam a estudar os serviços de saúde. A discussão teórica sobre IT tem sido realizada por diversas áreas do saber como antropologia, psicologia, sociologia e saúde. No Brasil, os primeiros estudos com a temática ganharam força na década de 1980 e início da de 1990 e destacam-se autores como Paula Montero, Miriam Rabelo e Paulo Alves. (BELLATO *et al*, 2008).

Um das primeiras concepções acerca do IT se baseava na concepção racionalista, voluntarista e individualista das escolhas dos sujeitos, teoria esta amplamente criticada por embasar-se no pressuposto de que as pessoas realizavam suas escolhas em termos de custo-benefício. A segunda e grande vertente dos estudos sobre IT é a do comportamento do doente “illness behaviour”, que ampliou o escopo dos estudos em direção a determinação dos valores culturais, socioeconômicos, estruturas familiares, nas buscas por respostas aos problemas de saúde (ALVES; SOUZA, 1999).

A influência do contexto sociocultural nem sempre foi abordada no conceito de itinerário terapêutico. Alves e Souza (1999) realizaram um estudo, abordando o surgimento das primeiras reflexões acerca de itinerários terapêuticos, atreladas ao estudo sobre o “comportamento do enfermo” (illness behavior), termo criado por Mechanic & Volkart em 1960 e que, em sua primeira concepção, considerava que a escolha do tratamento seria determinada por uma lógica de consumo, recaindo sobre aquele que apresentasse a melhor relação custo-benefício para o paciente. As teorias sobre este comportamento vão sofrer mudanças ao longo das décadas seguintes a partir de críticas a este modelo considerado utilitarista, e do reconhecimento de que as ações dos indivíduos na busca de cuidado eram

interpretadas somente do ponto de vista de suas demandas por serviços do sistema de saúde e de uma crença inquestionável no modelo biomédico.

A inclusão de fatores culturais, cognitivos e sociais na análise do comportamento sobre procura de serviços e a influência dos estudos sobre redes sociais, imprimem uma nova perspectiva à interpretação deste comportamento (CABRAL, 2011).

Os estudos etnográficos realizados na década de 70, a partir da observação de diferentes grupos sociais, prestam uma importante contribuição neste sentido. O exemplo mais significativo deste esforço são os conceitos de Modelos Explicativos (Explanatory Models) e de Sistemas de Atenção à Saúde (Health Care System) desenvolvidos por A. Kleinman (CABRAL, 2011).

Segundo Kleinman, Modelos Explicativos são as concepções sobre a enfermidade e as formas de tratamento empregadas por todos aqueles engajados em um processo clínico e que vão definir qual setor do Sistema de Atenção à Saúde será acionado no processo de cuidado. Desde então, autores vem discutindo as diversas formas em que o conceito de IT tem sido interpretado desde essas correntes (ALVES E SOUZA, 1999; LEITE E VASCONCELOS, 2006; GERHARDT, 2006, 2009; TRAD, 2010).

De acordo com Duarte (1988), em seu estudo, destaca que a ênfase da análise passa a destacar o fato de que os grupos estudados, não só elaboram diferentes concepções sobre causas, sintomas, diagnósticos e tratamentos de doenças, como também estabelecem convenções sobre a maneira como os indivíduos devem comportar-se quando estão doentes.

Segundo Gilberto Velho “é necessário que toda análise sobre itinerário terapêutico ponha em evidencia as experiências, as trajetórias e projetos individuais formulados e elaborados dentro de um campo de possibilidades, circunscrito histórica e culturalmente.” (Velho, 1994, p.27).

Segundo Alves & Rabelo (1999) a experiência da enfermidade é entendida como: “a forma pela qual os indivíduos situam-se perante ou assumem a situação de doença, conferindo-lhe significados e desenvolvendo modos rotineiros de lidar com a situação” (p.171). Eles complementam também que: “as respostas aos problemas criados pela doença constituem-se socialmente e remetem diretamente a um mundo compartilhado de práticas, crenças e valores” (Alves & Rabelo, 1999, p.171).

Pelo prisma socioantropológico, os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento são denominados de itinerário terapêutico. O itinerário terapêutico se sustenta na evidência de que os indivíduos e grupos sociais encontram diferentes maneiras de resolver os seus problemas de saúde (ALVES & SOUZA, 1999).

Vemos então que, para resolver seus problemas de saúde, os indivíduos, nos mais diversos contextos socioculturais, recorrem às diferentes alternativas de tratamento conhecidas, as quais são escolhidas de acordo com a capacidade de responder às aflições, à disponibilidade de recursos e a cura. Para Alves & Souza (1999), os estudos sobre itinerário terapêutico não devem ficar restritos à análise da disponibilidade de serviços, de seus modelos explicativos e nem tampouco da utilização que os indivíduos fazem das agências de cura. Segundo estes autores, esses elementos são insuficientes para a compreensão do complexo processo de escolha do tratamento, tornando-se necessário considerar o contexto sociocultural no qual o itinerário terapêutico ocorre.

Desse modo, a escolha do tratamento à sua doença dar-se-á a partir da compreensão e entendimento que cada pessoa terá do seu estado psicobiossocial junto às diferentes representações socioculturais em saúde-doença-cuidado construídas em tangência ao universo que está inserido, a qual realizará percursos e processos terapêuticos visando uma melhor resposta à sua aflição.

De acordo com Rabelo; Alves & Sousa (1999), a idéia de IT remete a uma sequência de eventos sucessivos, originados na forma como o indivíduo elabora ou define a sua situação dentro de um dado fenômeno sócio-cultural, formando uma trajetória. A interpretação desse caminho é uma tentativa de remontar o passado dando sentido e coerência aos atos fragmentado do sujeito.

“O itinerário terapêutico não é necessariamente um plano esquematizado, pré-determinado (...) só é possível falar de uma unidade articulada quando o ator, ao olhar suas experiências passadas, tenta interpretá-las de acordo com as suas circunstâncias atuais. Se por um lado o IT é uma experiência vivida real, por outro sua interpretação é uma tentativa consciente de se remontar ao passado com objetivo de conferir sentido ou coerência a tais fragmentados. Nesse aspecto, o IT envolve tanto ação quanto discurso sobre essas ações.” (Rabelo; Alves & Souza, 1999, p.133).

Corrobora-se, com Trad (2010) que o itinerário terapêutico é uma experiência vivida real em que o indivíduo faz escolhas de atos e trajetórias que não compõem uma linearidade ou constância dos caminhos e escolhas, mas que poderão ser descritos posteriormente. A autora descreve que os itinerários são mediados, principalmente, por características estruturais e dinâmicas dos grupos, pelas experiências prévias com a doença, pelo suporte social oferecido pela vizinhança e pelas condições de atendimento do sistema formal no bairro. Neste sentido, a compreensão sobre itinerários terapêuticos deve incluir o contexto da disponibilidade de serviços de saúde e alternativas socioculturais nas elaborações e implementações das trajetórias.

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 tratamento 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 e SOUZA, 1999).

A análise dos itinerários terapêuticos não é, simplesmente, o percurso que o sujeito percorre dentro da rede assistencial, 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 e SOUZA, 1999).

Assim, entender o itinerário terapêutico não se limita, somente, a apreender a disponibilidade e o acesso aos diferentes níveis dos serviços de saúde. Tais questões são insuficientes para compreender a complexidade do processo de escolha de tratamento/cura pelos sujeitos.

O itinerário terapêutico é construído por caminhos diversos, não há uma regra que determine o que fazer e quando fazer. Algumas alternativas se aproximam ao modelo biomédico enquanto outras recaem no conhecimento pessoal, familiar, popular ou religioso. Desse modo, é importante contextualizar que a cultura, neste cenário, aparece como pano de fundo destas relações, pois muitos dos cuidados

são pautados no conhecimento familiar e popular, porém os percursos acabam sendo construídos pela singularidade individual. (MALISKAI & PADILHAI, 2007).

As pesquisas sócio-antropológica utilizam o termo IT para definir o percurso seguido pelo sujeito. Segundo alguns autores, itinerários terapêuticos são constituídos a uma sucessão de acontecimentos e tomada de decisões, incluindo todos os movimentos desencadeados na preservação ou recuperação da saúde, que podem mobilizar diferentes recursos necessários que incluem desde agentes informais, como os cuidados caseiros e práticas religiosas até os dispositivos formais predominantes (atenção primária, urgência, etc.) para manutenção da saúde (Martínez-Hernández, 2006).

Como afirma Trad (2014) a análise de itinerário terapêutico deve voltar-se “à importância de sensibilidade cultural de procedimentos e das práticas dos serviços de saúde, considerando as singularidades das pessoas acometidas” e também aprofundar “aspectos de caráter socioeconômico ou outras dimensões contextuais, incluindo elementos relativos ao sistema de saúde”.

Outra autora reforça que o IT revela, não somente, a diversidade e a pluralidade das escolhas, mas evidencia as estratégias complexas dos atores sociais, a partir do universo sócio-cultural (individual e coletivo) em que se inserem e, sobretudo, do papel dos indivíduos enquanto sujeitos sociais. Defende-se que o individualidade e experiências vividas, 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 (GERHARDT, 2006).

O itinerário terapêutico analisa 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 (GERHARDT, 2006). Sendo assim, cada sujeito tem capacidades e escolhas diferentes no enfrentamento da doença e busca de tratamento/cura, decorrente de suas vivências.

Cabral et al. (2011), relatam que a importância sobre o conhecimento do itinerário é, por se conhecer a trajetória a ser percorrida, 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.

Assim, defendemos que no decorrer do Itinerário Terapêutico as pessoas passam de um sistema para o outro em diferentes processos de escolha e decisão para o diagnóstico e tratamento de sua doença. 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 resumo, o itinerário terapêutico possibilita analisar a rede de apoio social acessada, 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 (VASCONCELOS, 2014).

Além disso, segundo Araújo, Bellato & Hiller (2011), o IT tem se mostrado uma técnica eficaz para estudos de avaliação qualitativa de serviços de saúde à medida em que sua análise tem permitido verificar a resolutividade desses serviços:

"mapeamento da resolutividade focalizada", bem como captar o movimento destas pessoas na intrincada rede hierarquizada e formalizada do SUS e o modo como ela pode ser capilarizada no desenho das redes para o cuidado, quanto a seus estrangulamentos que emperram fluxos e impedem a integralidade e resolutividade em saúde" (p. 213)

Assim, diferentemente do previamente traçado ou imaginado por gestores e profissionais, seguindo a lógica da normatização e a hierarquização dos serviços formais de saúde, o usuário, pode seguir outras lógicas no próprio ato de busca por tratamento/cura e constrói intersecções e mediações entre diversos serviços, podendo ser considerados mais integrativos na valorização das diversas práticas e saberes envolvidos. Existe, portanto, uma liberdade para seguir o trajeto mais adequado para o sujeito envolvido, escolhidos por diversas dimensões que trazem implicações diretas para a acessibilidade e resolubilidade. E é neste sentido que

podemos dizer que é nesta forma mediada, a partir das diversas implicações que o IT é produzido (BELLATO et al, 2008).

Partindo desse contexto, pretendemos compreender o itinerário terapêutico de pessoas em adoecimento mental crônico inseridas na Rede de Atenção Psicossocial, corroborando que compreensão não se restringe, apenas, ao percurso dentro da rede, mas a todas as significações, desafios e diferentes maneiras que os sujeitos vão em busca de assistência.

## **4. CAMINHOS INVESTIGATIVOS**

### **4.1. ESCOLHA TEÓRICO-METODOLÓGICA**

Esse estudo baseia-se, fundamentalmente, na construção dos Itinerários Terapêuticos de pessoas em adoecimento mental grave que estão inseridas na Rede de Atenção Psicossocial.

Para a realização da presente pesquisa, optou-se por um referencial metodológico que abordasse o sujeito de uma forma singular, evidenciando as subjetividades que permeiam todo o contexto do transtorno mental. Desse modo, optou-se por um estudo de abordagem qualitativa e numa perspectiva hermenêutica fenomenológica, a fim de se preservar as características subjetivas e significativas de episódios da vida cotidiana dos sujeitos escolhidos.

Sendo assim, para abordar o tema proposto, baseou-se no arcabouço teórico da hermenêutica de Paul Ricoeur (1989), um guia metodológico, que tem como principal orientação, a compreensão dos textos, buscando entender os sentidos e significados dos comportamentos interligando o texto e a ação, clareando o que está obscuro e escondido entre as linhas das narrativas.

#### **4.1.1. A hermenêutica na fundamentação do método da busca de sentido**

A hermenêutica, como se sabe, nem sempre foi compreendida como atualmente. No mundo antigo, era conhecida como a interpretação dos mitos, com o advento do cristianismo passa a estudar a interpretação da bíblia. Sendo, por muitos anos, reconhecida como estudo sobre a interpretação ou a arte de interpretar textos.

A etimologia da palavra hermenêutica está associada “a Hermes, deus grego que traduzia as mensagens do Olimpo para os mortais. O termo tem designado práticas e referenciais teóricos significativamente distintos, mas que têm em comum o sentido lato de interpretação e compreensão” (AYRES, 2001, p 555).

Com o passar do tempo, a hermenêutica, entendida como a arte de interpretar na filosofia grega, adquiriu um significado mais amplo, indicando, no

âmbito filosófico, diversas formas de teoria da interpretação. Propondo interpretações não de alguns objetos, mas de qualquer fenômeno, fato, ou objeto que se mostre ao humano. Os filósofos que pertencem a esta linha de pensamento se ocupam da existência humana, não do ponto de vista da observação, mas da reflexão filosófica (CAPRARA, 2003).

Segundo Beckenkamp (2010), a hermenêutica tornou-se o “procedimento metodológico fundamental do pensamento filosófico e, por conseguinte, do pensamento em geral” (p. 276). Assim, por hermenêutica pode-se entender arte ou técnica de interpretação filosófica, que tem como essência a compreensão da existência humana (CAPRARA, 2003; AYRES, 2005).

Ao centro da abordagem hermenêutica está a compreensão do texto, procurando entender a multiplicidade dos significados, tentando clarear o que é confuso, escondido, fragmentado (Ricoeur, 1991; 1995). A respeito da interpretação que leva em conta a singularidade do escritor, Ricoeur observa: “Trata-se de atingir a subjetividade daquele que fala, ficando a língua esquecida. A linguagem torna-se, aqui, o órgão a serviço da individualidade. Essa interpretação é chamada de positiva, porque atinge o ato de pensamento que produz o discurso.” (RICOEUR, 1997, p.22).

Percebe-se que, diferentemente do que muitos imaginam, a filosofia de Ricoeur não fornece apenas um método de análise de dados colhidos de uma pesquisa. Para, além disso, a filosofia ricoeuriana proporciona a compreensão e interpretação de aspectos políticos, sociais, econômicos, culturais, etc. Entende-se a interpretação de textos, de narrativas transformadas em discursos, como uma possível trajetória metodológica de acesso aos símbolos e metáforas sociais, que se encontram entrelinhas nos discursos dos sujeitos.

O intelectual explica que um texto é todo discurso que pode ser fixado pela escrita (RICOEUR, 1989, p. 141), sendo o método mais adequado para compreender os discursos dos sujeitos a serem entrevistados, alguns discursos apreendidos em observações participantes etc.

Não é proposto uma interpretação da intenção do autor, mas a compreensão do sentido do texto. A hermenêutica fenomenológica de Paul Ricoeur é um modelo de compreensão por meio do qual podemos entender o significado da experiência vivida, pois, em seu processo interpretativo. O intuito é compreender o

que está nas entrelinhas e assim capturar a experiência vivida pelo sujeito através do que foi dito por ele (CAPRARA E VERAS, 2005).

A linguagem escrita, falada ou simbólica demonstra aspectos da realidade humana. Para Gadamer, a Hermenêutica encontra-se diante do desafio do incompreensível, por meio da qual é trazida para o caminho do questionamento e obrigada a compreender, o qual tem-se aí muito mais uma resposta ao desafio que sempre se renova de não poder compreender algo que se mostra como algo espantosamente outro, alheio, obscuro – e talvez profundo que precisaríamos compreender (GADAMER, 2007).

Vale ressaltar que não existe desvelamento do fenômeno sem discurso. Logo, a tarefa da fenomenologia é colocar em evidência o fenômeno-discurso. Este é compreendido como significação, pois significar é o que a pessoa quer expor. Nesse sentido, Ricoeur busca, com a hermenêutica, compreender a existência humana a partir da descoberta do sentido do discurso. Ele busca o sentido sob as palavras, de maneira que o real seja percebido em sua totalidade. Então, compreender é entender e fundamentar-se na intenção presente do texto a ser interpretado (RICOEUR, 1976).

Para tanto essa vertente teórica possibilita adotar um olhar para além do processo saúde-doença, e busca um contexto mais amplo sobre o significado da doença pelo sujeito, assumindo que estas estão ligadas a fatores macroeconômicos, sociais e culturais. Sendo, o interesse, compreender a dinâmica cotidiana que vivenciam essas pessoas com adoecimento psíquico, os sentidos e significados relacionados à experiência da saúde-doença mental, para assim, delinear os itinerários terapêuticos e as redes sociais acessadas.

Corroborar-se, assim, que a hermenêutica toma o sentido de algo a revelar, a ser descoberto e também desvelar os significados ocultos em um texto e na linguagem. Seu uso permite que se chegue à compreensão do homem, de seu mundo, sua história e o próprio existir humano (ARAUJO; PAZ; MOREIRA, 2012).

Portanto, será utilizada a compreensão hermenêutica, a qual busca os sentidos e significados das experiências vivenciadas pelos sujeitos investigados, para assim, facilitar o entendimento do itinerário terapêutico dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

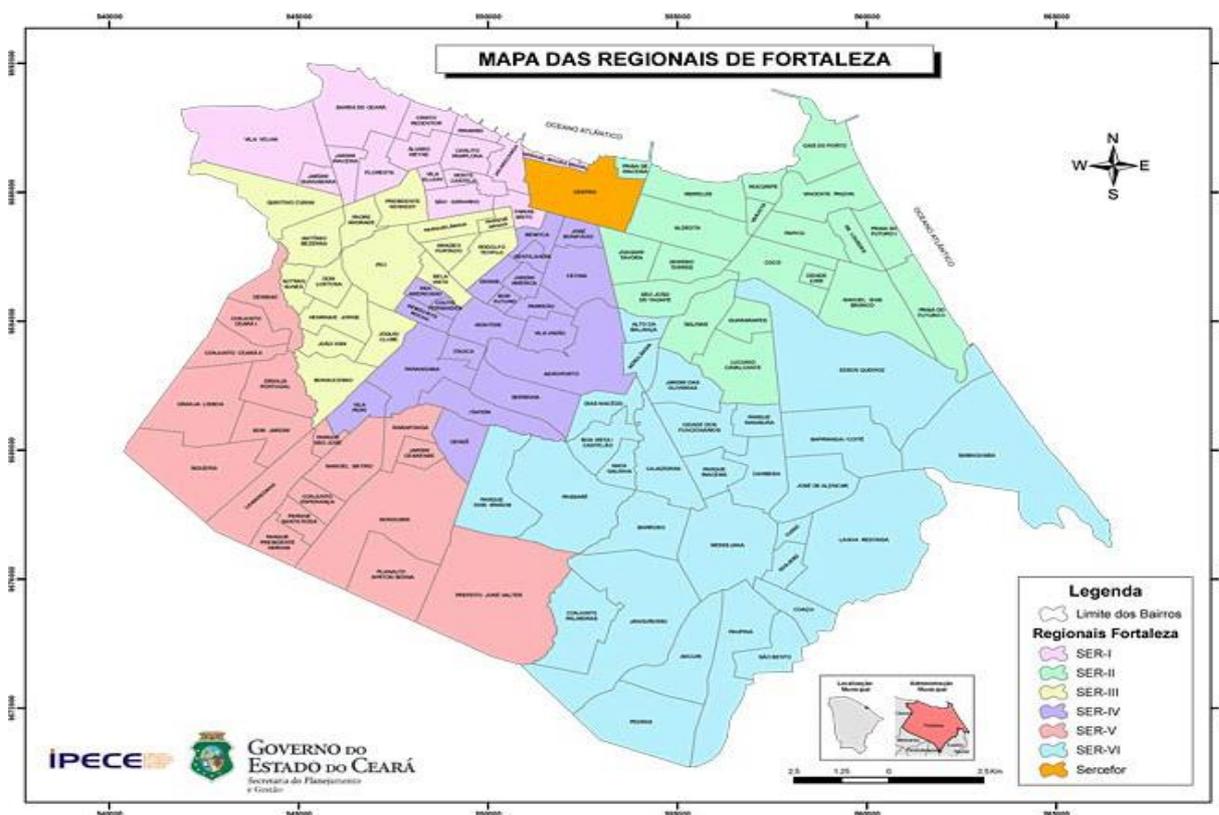
## 4.2. CAMPO DE PESQUISA

A pesquisa realizou-se no município de Fortaleza, capital do estado do Ceará, adotando como ponto de partida o Centro de Atenção Psicossocial Geral (CAPS Geral) localizado no distrito de saúde da Secretaria Executiva Regional IV (SER IV) em Fortaleza.

A população da cidade de Fortaleza, segundo dados do Censo IBGE/2010, é de 2.452.185. Sua área é de 313,140 km<sup>2</sup> e sua densidade demográfica de 7.819 habitantes por km<sup>2</sup>.

Em termos administrativos, o município está dividido em seis Secretarias Executivas Regionais (SER). Cada SER dispõe de um Distrito de Saúde, Educação, Meio Ambiente, Finanças, Assistência Social e Infraestrutura. Em relação à Saúde, a política municipal é gerenciada pelas SER através de seus Distritos de Saúde, tendo como órgão gestor a Secretaria Municipal de Saúde (FORTALEZA, 2007).

**FIGURA 1:** Divisão administrativa da cidade de Fortaleza - Secretarias Executivas Regionais (SER)



Fonte: <http://www2.ipece.ce.gov.br/atlas/capitulo1/11/140x.htm>

A Rede Assistencial à Saúde Mental em Fortaleza está composta hoje pelos seguintes serviços: 6 (seis) Centros de Atenção Psicossocial para usuários com transtornos mentais (CAPS gerais), um dos quais funcionando 24 horas; 6 (seis) Centros de Atenção Psicossocial para usuários com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas: álcool e outras drogas (CAPS ad), também com um em funcionamento 24 horas; 02 (dois) Centros de Atenção Psicossocial para infância e adolescência (CAPS i); 03 (três) Residências Terapêuticas; 01 (uma) Cooperativa; 08 (oito) Unidades de Acolhimento; 01 (uma) Unidade de Desintoxicação na Santa Casa; 02 (duas) Ocas de Saúde Comunitária, 11 (onze) Comunidades Terapêuticas Conveniadas, 03 (três) Hospitais Psiquiátricos credenciados no SUS (FORTALEZA, 2010).

**FIGURA 2:** Serviços que compõem a rede de atenção à saúde mental do município de Fortaleza



Fonte: <http://www.fortaleza.ce.gov.br/sms/saude-mental>

A regional IV possui área territorial de 34.272 km<sup>2</sup>, abrangendo 19 bairros: São José Bonifácio, Benfica, Fátima, Jardim América, Damas, Parreão, Bom Futuro, Vila União, Montese, Couto Fernandes, Pan Americano, Demócrito Rocha, Itaoca, Parangaba, Serrinha, Aeroporto, Itaperi, Dendê e Vila Pery. Sua população é de

aproximadamente 305 mil habitantes, segundo censo do IBGE. É predominantemente homogênea segundo critérios sócio-demográficos, com predomínio da classe média. Em relação à distribuição da população pelo território, existem “corredores” que separam grandes vazios habitacionais (SAMPAIO; GUIMARÃES; ABREU, 2010).

Nessa região, é encontrado 12 serviços de atenção básica e 3 CAPS, sendo um geral, um infantil e um de álcool e drogas. O CAPS Geral da Regional IV foi um dos primeiros serviços extra-hospitalares a ser implantado em Fortaleza, disponibilizando suas estruturas para capacitações de graduandos dos cursos de saúde de algumas Instituições de Ensino Superior (IES) do município.

A escolha desse serviço 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), facilitando o desenvolvimento da pesquisa. Além de ser um dos CAPS melhor estruturado, de Fortaleza, por ter sido um dos primeiros serviços implantados e ser conveniada com a Instituição de Ensino Superior - a Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Iniciou-se o trabalho de campo com a entrada da pesquisadora no CAPS e interação com os profissionais do serviço. Inicialmente utilizou-se apenas o diário de campo para registro e apontamentos das observações realizadas. O intuito era iniciar um contato com este serviço e a identificação de possíveis usuários colaboradores da pesquisa.

No período de março à abril de 2016 houve a entrada no campo e o início da interação com os profissionais, enquanto realizava observações no diário de campo. Após esse momento, foi possível a identificação, juntamente com esses profissionais, de usuários que se enquadravam nos critérios das pesquisas, para então dar início às entrevistas.

#### 4.3. SUJEITOS PARTICIPANTES

Os participantes foram quatro usuários que estão fazendo acompanhamento no CAPS da Regional IV, bem como cinco trabalhadores desse serviço. Estes sujeitos narram suas experiências singulares no acompanhamento e

na vivência da realidade que se insere as múltiplas dimensões do processo de saúde-adoecimento, por isso foram escolhidos, pois se relacionam direta ou indiretamente com os serviços de saúde e atuam de modo a construir os fluxos na busca de assistência.

A participação das pessoas em adoecimento mental grave no estudo justifica-se pela aproximação, cotidianamente, pela busca constante da assistência nos diversos serviços da rede de atenção psicossocial. Já a escolha pelos profissionais, dar-se-á por serem os indivíduos que oferecem a assistência aos usuários dos serviços, bem como por lidarem diariamente com pessoas em adoecimento mental grave.

Os critérios de inclusão da pesquisa foram ser pessoas com adoecimento mental grave, utilizar os serviços de saúde da rede psicossocial, está fazendo tratamento no CAPS e querer participar da pesquisa. Como critérios de exclusão adotados, se excluíram da amostra, pessoas que apresentarem dificuldade na fala ou desorientação espaço-temporal. Para os trabalhadores de saúde do CAPS geral se delimitou excluir aqueles que estiverem de férias ou de licença durante o período da coleta das informações desta pesquisa, bem como os que tiverem menos de seis meses de atuação na unidade.

Para reconhecimento e primeiro contato com os usuários que foram entrevistados, foi fundamental o auxílio recebido dos profissionais do CAPS. Tal auxílio foi orientado pela descrição dos critérios de inclusão e exclusão, ou seja, situações exemplares para chegar aos sujeitos elegíveis. Assim, os usuários foram indicados pelos profissionais deste serviço formal de saúde. A partir desta identificação era feito um primeiro contato com os sujeitos, por intermédio dos profissionais, o qual foi apresentado a pesquisadora e o estudo, bem como era verificado a aceitação da participação na mesma.

É importante assinalar que, para a entrevista fluir melhor, foi necessário buscar um ambiente que o outro se sentisse familiarizado e acolhido, para tanto deixou-se à escolha dos próprios entrevistados. Após o aceite para participar da pesquisa, foi agendado as datas dos próximos encontros para entrevista.

Vale ressaltar que, com todos os usuários, foi marcado pelo menos um encontro na residência da família. O intuito de conhecer a residência era de mapear as estruturas de apoio e assistência disponíveis no território, a caracterização da casa, sua localização no bairro e a organização familiar da pessoa com transtorno

mental. As visitas foram importantes, pois às residências possibilitaram o contato não apenas com os familiares, mas também com outros membros da vizinhança, favorecendo uma compreensão da rede de apoio daquele usuário.

Iniciou-se a pesquisa com quatro usuários concomitantemente, dos quais um usuário acabou sendo excluído da pesquisa pela dificuldade de concentração do usuário durante as entrevistas, bem como a disartria<sup>1</sup> que impossibilitava uma conversa clara. Vale assinalar que essa exclusão não prejudicou o desenvolvimento da pesquisa, pois os outros participantes já respondiam aos questionamentos do estudo.

Sendo assim, ao todo, contou com 8 participantes, dos quais 3 usuários e 5 profissionais da equipe multiprofissional deste serviço (enfermeiro, médico, psicóloga, assistente social e terapeuta ocupacional). Para garantir o anonimato e sigilo quanto à autoria das respostas dos entrevistados e observados, foram criados nomes fictícios para identificação dos entrevistados.

- Maria - Feminina, 45a, mora com a mãe, o filho mais novo, a filha e três netos. Tem o ensino fundamental incompleto parou o estudo devido uma gravidez na adolescência, é católica, trabalhou há muitos anos atrás e hoje vive com o dinheiro do auxílio doença, é divorciada do marido que causou muito sofrimento devido a maus tratos. Faz tratamento no CAPS desde 2004, hoje é assistida diariamente no serviço, devido a tentativas suicidas, sendo paciente de medicalização monitorada, tem atendimento individual e participa de grupos terapêuticos.

- Helena - Feminina, 43a, mora o marido, o filho mais novo e três netos de uma filha que faleceu. Tem ensino fundamental completo, é evangélica, mas ultimamente não tem freqüentado a igreja, tem uma união estável há 21 anos, nunca trabalhou, cuida da casa e o marido mantém o sustento da família. Foi molestada pelo padrasto durante a infância e esse sofrimento atormenta ainda hoje. Faz tratamento no CAPS desde 2011, tem atendimento individual e participa de uma grupo terapêutico.

---

<sup>1</sup>A disartria é um distúrbio de fala, resultante de alterações no controle muscular dos mecanismos envolvidos em sua produção, originado por uma lesão do Sistema Nervoso que acarreta em alterações na emissão oral, devido a uma paralisia, fraqueza ou falta de coordenação dos músculos da fala. Pode ser, também, de origem secundária a uma doença que atinja o sistema nervoso ou do sistema muscular (Sellars C, Hughes T, Langhorne P., 2005).

- Francisca – Feminina, 54a, mora sozinha com a neta que maltrata ela. Tem ensino médio completo, trabalhava como chefe de almoxarifado de uma empresa, demitida por causa da agressividade e hoje se sustenta com o auxílio doença. Divorciada há mais de 20 anos. Teve câncer de colo de útero, perdeu o pai e relata o início da depressão desde então. Já tentou suicídio. Faz tratamento individual e grupal no CAPS desde 2010.

**Quadro 1:** Caracterização dos sujeitos da pesquisa

<b>CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS ENTREVISTADOS</b>								
<b>USUÁRIO</b>	<b>IDADE</b>	<b>CO-HABITA</b>	<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>OCUPAÇÃO</b>	<b>RELIGIÃO</b>	<b>ENCAMINHAMENTO</b>	<b>TEMPO DE ACOMPANHAMENTO</b>
<b>Maria</b>	45 <sup>a</sup>	7	Fundamental incompleto	Divorciada	Nenhuma Recebe auxílio	Católica	Serviço de atendimento universitário	12 anos
<b>Helena</b>	43 <sup>a</sup>	6	Fundamental	União estável	Dona de casa	Evangélica	ESF	5 anos
<b>Francisca</b>	54 <sup>a</sup>	2	Ensino Médio completo	Divorciada	Nenhuma Recebe auxílio	Católica	Serviço especializado em oncologia	6 anos

#### 4.4. TÉCNICA DE APREENSÃO DOS DISCURSOS

Neste estudo, optou-se por uma modalidade que trabalhe com a fala, a linguagem e as percepções, permitindo descrever os significados envolvidos no conviver com o adoecimento psíquico. Para tanto, o levantamento das informações foram utilizadas por técnicas como a entrevista aberta em profundidade para as pessoas em adoecimento mental grave e, entrevista semi-estruturada para os profissionais da saúde. Sendo utilizada ainda a observação com diário de campo.

É importante destacar que a entrevista precisou ser acompanhada da observação das ações dos entrevistados, pois assim é possível ouvir para além das suas falas como um dos caminhos para compreensão dos significados. Observar aqui significa ser presente e estar junto ao outro, conseguindo apreender sua subjetividade e estabelecer com o outro uma relação de proximidade, pois observando os movimentos, pode-se perceber além de um movimento mecânico, uma expressão que não é apenas corporal. O gesto nos fala algo e imediatamente nos remete à interioridade do sujeito (MERLEAU-PONTY, 1999).

A entrevista aberta foi escolhida por ser um método que possibilita o sujeito falar sobre questões da sua vivência, sendo que as perguntas do entrevistador, nesse caso, buscam dar mais profundidade às reflexões. Britten (2009) descreve a entrevista em profundidade como questões abertas, onde se realiza uma pergunta inicial e as perguntas adicionais podem ser baseadas no que a pessoa disse, objetivando esclarecimentos e busca de detalhes.

Dessa forma, a escolha dessa técnica permite uma exploração em maior profundidade dos contextos vivenciados pelos sujeitos, permitindo uma maior apreensão do cotidiano com o transtorno mental. Turato (2003) defende que, ao considerar o discurso do sujeito, o pesquisador pode pedir mais detalhes sobre algo que não ficou claro ou que os significados e sentidos não parecem explícitos.

Nessa perspectiva, Flick (2009) justifica que o aumento no interesse pelo uso da entrevista aberta em profundidade como método de coleta de dados na pesquisa qualitativa está associado à expectativa de que é mais provável que os pontos de vistas dos sujeitos entrevistados sejam expressos em uma situação de entrevista com um planejamento aberto do que em uma entrevista padronizada ou em um questionário.

As entrevistas com os usuários foram iniciadas com uma questão norteadora: fale-me quem é você e sobre sua vida. Um exercício de escuta sensível das falas. Esses entrevistados poderiam discorrer livremente a partir desta pergunta, mas caso fosse necessário, era realizadas outras perguntas para clarear o entendimento de alguma informação.

Além das falas, procurou-se observar seus gestos e expressões, por isso o uso do gravador foi imprescindível, pois assim a entrevistadora ficou livre para observar, ouvir e, sempre que necessário, realizar alguma anotação importante das observações.

Assim, a observação dos participantes foi necessária por possibilitar o confronto com os dados apreendidos entre a representação (fala/depoimento) e a prática. A observação dos fenômenos, qualquer que seja a sua natureza, constitui o núcleo de todo procedimento científico, de maneira a compreender a realidade de forma complementar, pois figura sistematicamente ao lado das outras técnicas de coleta do material qualitativo (JACCOUD; MAYER, 2008).

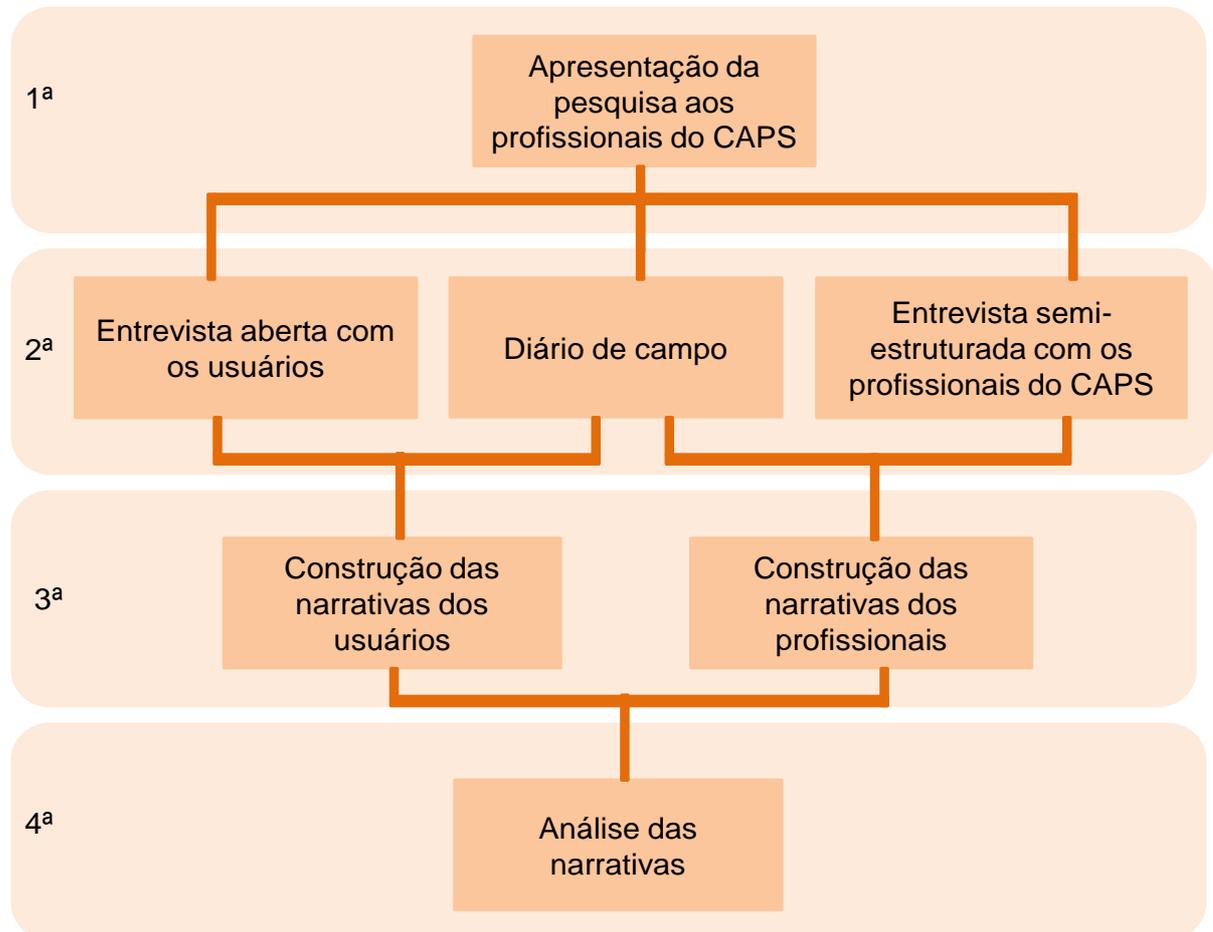
Assim, todos os participantes responderam a entrevistas em profundidade que foram gravadas em equipamento de áudio, no momento da entrevista, após o consentimento dos mesmos. Foram utilizadas também as informações registradas em diário de campo, obtidas em conversas informais, nos encontros realizados nos cenários visitados e no cotidiano durante a pesquisa dentro do CAPS. Os temas mais abordados estavam relacionados ao processo de adoecimento, trajetória em busca de solução para os problemas de saúde e articulações dos serviços (rede formal e informal) e os recursos utilizados na busca do tratamento/cura do adoecimento.

A passagem do texto oral para o texto escrito faz com que o contexto da fala desapareça. Assim, para evitar o empobrecimento dessa transferência, foi necessário realizar a transcrição de uma por uma, sendo anotadas, na seqüência, as observações importantes sobre gestos e expressões durante a fala.

Assim, a fase de coleta de dados seguiu as seguintes etapas: 1ª etapa com a apresentação da pesquisa aos profissionais do CAPS, com indicação de usuários que se encaixavam nos critérios da pesquisa; 2ª etapa com a realização das entrevistas e observação com diário de campo; a 3ª etapa foi a construção das narrativas escritas e; por fim a 4ª etapa com a análise das narrativas com base na

hermenêutica fenomenológica proposto por Paul Ricoeur. Conforme representação abaixo:

**Figura 3:** Representação das etapas da pesquisa



#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

É válido ressaltar que este escrito trata-se de um recorte do projeto intitulado “Inquérito multicêntrico sobre o funcionamento da Atenção Básica à Saúde e do acesso à Atenção Especializada em regiões metropolitanas brasileiras”, coordenado pelo Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos, tendo como a Prof. Dra. Maria Salete Bessa Jorge representante da Universidade Estadual do Ceará (UECE). O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE, tendo o número de parecer N° 948.554 e financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Este estudo respeitará os princípios da Bioética descritos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que incorpora quatro princípios básicos: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, assegurando os direitos e deveres à comunidade científica, participantes da pesquisa (BRASIL, 2012).

Assim, os participantes da pesquisa serão informados sobre os objetivos e a justificativa do estudo, terão garantido o anonimato, o livre consentimento e a opção de participar ou não da pesquisa, podendo, inclusive, desistir em qualquer momento. Serão assegurados o sigilo das informações e a privacidade dos participantes, protegendo suas imagens e respeitando os valores sociais, culturais, religiosos e morais de cada sujeito.

#### 4.6. PLANO DE ANÁLISE DOS ACHADOS

Para a discussão dos itinerários terapêuticos utilizou-se a orientação da interpretação das narrativas com base na hermenêutica fenomenológica proposto por Paul Ricoeur (1987, 1989). Esta pesquisa trata de objetos complexos que, portanto, necessitam de uma análise profunda, permeada de interpretações e compreensões das significações imbuídas no texto.

Neste caso, é imprescindível a reflexão filosófica (CAPRARA, 2003) que será devidamente contemplada com as contribuições da hermenêutica com o propósito de buscar, nos discursos, os sentidos e significados das experiências vivenciadas pelos sujeitos no contexto de adoecimento psíquico e busca de tratamento/cura.

A abordagem hermenêutica fenomenológica é uma modalidade de pesquisa qualitativa que, como seu próprio nome revela, baseia-se em duas correntes filosóficas: a hermenêutica e a fenomenologia. Assim, como a descrição e compreensão de um fenômeno pode levar a inúmeras interpretações, propõe a união dessa duas correntes, cabendo à hermenêutica, a interpretação dos textos, trazendo o oculto e tornando explícito o implícito, sem que busquemos uma única verdade absoluta, mas interpretações possíveis (HERMAN, 2002).

Portanto, as investigações de cunho hermenêutico fenomenológico envolvem a descrição e a textualização de experiências vividas, considerando suas possíveis interpretações. Ressalta, ainda, que um texto não deve ser interpretado

com base em frases quebradas e/ou isoladas, mas no todo, existindo métodos para se validar as idéias levantadas, pois as inúmeras leituras e interpretações gera procedimentos de validação, nos permitindo retomar as experiências, validar as percepções e as interpretações, para que a legitimização dos temas surgidos (RICOEUR, 1978; VAN MANEN, 1990).

Para a análise da interpretação na hermenêutica, Ricoeur (1990) demonstra essa análise em fases: leitura inicial do texto, leitura crítica e apropriação. A leitura inicial do texto deve ser realizada várias vezes, de maneira superficial, sem julgamentos, para percepção dos significados. A leitura crítica acontece quando se realiza uma releitura profunda do texto, buscando interpretar e compreender os significados imbuídos no texto. Já a apropriação é o apogeu da interpretação, com compreensão e assimilação da mensagem desvelada.

Caprara e Veras (2005) utilizando as concepções de Ricoeur (1995) pontuam que o processo interpretativo envolve a organização entre a linguagem e a experiência vivenciada por meio de uma série de conceitos interpretativos, sendo constituído por: distanciamento, apropriação, explicação e compreensão.

Para o autor, o distanciamento, ao fixar a linguagem como texto, produz sua objetivação, permitindo várias interpretações, superando inclusive as intenções do autor. O texto é emancipado de seu contexto, sendo possível interpretá-lo à luz de diferentes tradições sociopolíticas, históricas e culturais. A apropriação se dá quando o intérprete transforma o significado do texto em algo familiar, próprio. Juntos, distanciamento e apropriação constituem a dialética da interpretação. A apropriação permite a atualização do significado do texto. Já nos diria Ricoeur (1978, p.123), “o texto é a mediação pela qual nós nos compreendemos a nós mesmos” e acrescenta “compreender é compreender-se diante do texto” (p.124).

A explicação e a compreensão de um texto se iniciam por uma primeira leitura que permite a compreensão do todo, para depois passar a uma leitura e compreensão mais profundas de suas partes e da relação das partes com o todo. A primeira leitura permite ao intérprete construir uma expectativa inicial do significado do texto, o que poderá ou não ser confirmado ao longo do processo interpretativo. É a partir de um contínuo movimento entre as partes e o todo que a interpretação se aprofunda, permitindo ir além do que o “texto diz” (explicação) para alcançar sobre o que “texto fala” (compreensão) (CAPRARA; VERAS, 2005).

Ekman (2000, p. 130) explica que a "interpretação é vista como um processo que envolve várias etapas: demarcação das entrevistas como textos, leitura superficial, análise estrutural e compreensão profunda do texto". Essas fases se complementam e o todo do texto e constituem um aprofundamento gradual e contínuo dos significados trazidos nas estruturas textuais. Após a leitura superficial e geral do texto, o pesquisador "categoriza o material encontrado em unidades de significado, que, quando demonstram um padrão de similaridade, são unidas em subtemas; esses subtemas dão origem aos temas que serão analisados na pesquisa" (Ekman, 2000, p.131).

Assim, foi necessária uma aproximação estreita entre o pesquisador e o texto, para refletir sobre situações existenciais que emergiram no discurso do outro e, com isso, buscar a compreensão e interpretação do que se esconde na sua experiência. Após a inesgotável concessão de signos e significados do texto, serão identificadas as unidades de significação: trechos retirados das entrevistas e das observações com diário de campo, ricos de sentidos e significados imbuídos em sua narrativa.

Para tanto, após transcrição do texto oral para o escrito, realizou-se inúmeras leituras para identificação das unidades de sentido de cada fala, relacionando a compreensão com as significações. Mas, é importante lembrar que a fenomenologia volta-se para a descrição das vivências dos entrevistados, sem, necessariamente, procurar uma explicação para elas. Assim, foi mantida uma aproximação com o texto para que fosse possível realizar reflexões das situações existenciais e os significados imbuídos no discurso.

É importante salientar que a abordagem hermenêutico-fenomenológica possibilita um olhar diferenciado aos fenômenos estudados, pois durante o processo de interpretação e compreensão, o encontro de unidades de significação e, posterior tematização, debruçamo-nos sobre os discursos sem buscar por categorias pré-estabelecidas pela literatura científica sobre o fenômeno investigado ou tentar ajustar os temas que emergem dos textos a categorias já discutidas, ou que são esperadas em trabalhos na área. Desta forma, estamos atentos e abertos ao novo e ao inesperado, contando com um olhar complexo sobre os textos, o que nos permite confirmar aspectos já mencionados pela literatura e por outras pesquisas, mas não nos restringindo a elas, possibilitando revisitações, novas visões e desdobramentos (D'ESPOSITO; NEVES, 2015).

Após a transcrição literal das narrativas, que capturam as experiências vividas, é seguido o processo de tematização, que se inicia com as primeiras leituras exaustivas, buscando nos textos unidades de significado, ou seja, elementos textuais que, devido ao sentido que apresentam, auxiliam na compreensão do fenômeno. As primeiras unidades de significado são seguidas por inúmeras outras que possibilitarão o refinamento das unidades iniciais. Nesta etapa confrontamos, reincorporamos, reformulamos e descartamos unidades, até definirmos aquelas que não possam mais ser religadas ou reduzidas. Para tanto, necessita de um movimento de leituras e reflexões, que permite o aprofundamento da interpretação dos discursos descritos. Dessa forma, permitimos que o ciclo de validação proposto por Van Manen (1990) se dê, possibilitando uma maior compreensão sobre o fenômeno e reconhecendo as interpretações, chegando à definição dos temas que estruturarão o fenômeno, dando-lhe identidade (D'ESPOSITO; NEVES, 2015).

Assim, buscamos, inicialmente, após inúmeras leituras, encontrar as unidades de significação, com pequenos fragmentos de discurso, ou seja, subtemas mais profundos que podem estar expressos ou imbuídos no texto, para então, após inúmeras leituras chegar ao entendimento sobre o fenômeno estudado e legitimar as compreensões e interpretações até chegarmos à definição dos temas. Desta forma destacados no quadro a seguir um trecho da organização para análise do estudo:

**Quadro 2:** Organização das unidades de significação

<b>TEMA</b>	<b>UNIDADES DE SENTIDO</b>	<b>FRAGMENTO DO TEXTO</b>
<b>Sentidos e significados do adoecimento mental e sua cura</b>	Descoberta do adoecimento	<p>“Tenho medo dessa doença porque eu descobri assim e hoje ainda sinto uma voz na minha mente, sabe o que é a pessoa mandar você fazer tudo de ruim...”</p> <p>“Começou eu tava muito estressada. Eu agredia meus filhos. Me irritada muito fácil com qualquer coisa e só faltava matar meu filho mais novo e meus netos com peia...”</p>
	Sufrimento	<p>“É muito sofrimento, às vezes a gente se pergunta porque ta acontecendo isso? Ai eu digo pra você “eu não sei”, mas eu não fiz nada de ruim pra ta pagando...”</p> <p>“Tem dia que essa doença estraga tudo, porque tem uma voz que me perturba, me perturba tanto que tem horas que eu não consigo nem respirar...”</p>

Todo esse movimento para análise proporcionou identificar unidades de sentido que condensaram significados importantes das narrativas dos sujeitos e que se uniram em grandes temas para discussão da análise. A pesquisa fundamentada nesses temas e sub temas não apresentaram um tema principal ou ordem de prioridade, pois todas foram consideradas como unidades importantes para compreender o fenômeno do estudo.

Utilizamos o diagrama a seguir que demonstra esquematicamente a análise estrutural de narrativa dos usuários participantes da pesquisa, baseada na orientação de Paul Ricoeur (1990), para melhor entendimento da organização da análise do estudo.

Portanto, após todo o processo de compreensão e interpretação do fenômeno, construiu-se os seguintes temas:

- Sentidos e significados do adoecimento mental;
- Rede de apoio social acessadas pelos usuários;
- Fluxos e trajetórias na busca de tratamento;
- Práticas de cuidado acessadas pelos usuários na busca de tratamento.

**Figura 4:** Representação Gráfica da Análise das Narrativas a partir da Hermenêutica com base em Paul Ricoeur.



## 5 EXPERIÊNCIAS NARRADAS E (DES)VELADAS: RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na investigação do itinerário terapêutico em busca de tratamento/cura e articulações com as redes de apoio formais e informais, organizou-se a análise da seguinte forma: em um primeiro momento apresenta-se o cenário da pesquisa, o CAPS geral da Regional IV de Fortaleza.

No segundo momento, apresenta-se os usuários entrevistados, descrevendo brevemente o cotidiano dessas pessoas, bem como será utilizada o genograma para caracterização da estrutura familiar, descrevendo estas relações e explorando o cotidiano de cada sujeito.

O terceiro momento foi dedicado a análise dos temas encontrados a partir da análise hermenêutica fenomenológica das narrativas. Esta sessão inclui a compreensão dos sentidos e significados do adoecimento mental e sua cura, as redes de apoio social, o percurso desses usuários na busca de tratamento/cura e as práticas de cuidado acessadas por esses usuários.

### 5.1 DESBRAVANDO O TERRITÓRIO DA PESQUISA

A gente precisa trabalhar num projeto ético-político de fortalecimento de cidadania, onde esse cidadão possa ter acesso a um atendimento integral, onde ele possa ter acesso às políticas públicas de uma forma geral, não só de saúde, de uma forma geral, fortalecendo o controle social (Profissional de Saúde).

O Centro de Atenção Psicossocial Geral (CAPS Geral) da SER IV faz parte de um processo de mudança do modelo assistencial na história da saúde mental em Fortaleza. A fim de conhecermos melhor o CAPS, serviço do qual é o principal responsável pela assistência dos usuários Maria, Helena e Francisca começamos acompanhando melhor sua história e sua rotina.

Fortaleza teve um processo de transformação do modelo assistencial em saúde mental tardiamente. Apenas em 1998 inicia o processo de implantação dos serviços substitutivos em Fortaleza, inicialmente com a abertura do CAPS Geral localizado na SER III. Desse período até o ano de 2005 existiram apenas três CAPS na cidade que atendiam duas Regionais cada, e sete hospitais psiquiátricos, entre

eles um público e seis conveniados ao Sistema Único de Saúde – SUS. Observou-se, portanto, que o foco de atendimento em saúde mental durante esse período foi o modelo hospitalocêntrico. O CAPS geral da SER VI foi um dos primeiros serviços extra-hospitalares a ser implantado em Fortaleza, responsabilizando-se por atender a 26 bairros de secretaria regional e disponibilizando suas estruturas para capacitações de graduandos dos cursos de saúde de algumas Instituições de Ensino Superior (IES) do município (FORTALEZA, 2009).

Atualmente a SER IV conta com 19 bairros (Aeroporto; Benfica, Bom Futuro, Couto Fernandes, Damas, Demócrito Rocha, Dendê, Fátima, Itaoca, Itaperi, Jardim América, José Bonifácio, Montese, Pan Americano, Parangaba, Parreão, Serrinha, Vila Peri, Vila União), sendo o mais populoso a Parangaba, com 32.840 habitantes, seguida do Montese com 30.518 habitantes. Em contraposição, temos o bairro do Dendê com uma população de 2.482 habitantes. É a única Regional que se limita com todas as outras. Além disso, a SER IV possui 12 Centros de Saúde da Família para atender a numerosa população desses 19 bairros (FORTALEZA, 2013).

A inauguração do CAPS geral da Regional IV aconteceu no dia 08 de outubro de 2001, sendo um exemplo do compromisso do município na busca de um novo modelo de atenção e cuidado à saúde mental das pessoas com adoecimento mental.

O CAPS é localizado em umas das principais avenidas do bairro Jardim América. Um bairro com a característica interessante que pode ser notada ao circular pelas ruas, a presença de moradores antigos, é um bairro com predominância de residência, ficando próximo a bairros de essência comercial, montese e centro. É um bairro considerado tranqüilo, apesar de ultimamente apresentar o aumento da violência, que acompanha toda a capital.

O prédio escolhido para o serviço é uma construção histórica neste bairro, onde já funcionou o antigo mercado de carne e matadouro. Embora tenha passado por algumas reformas, o espaço ainda apresenta precária estrutura para atender a grande demanda deste serviço.

**Figura 5:** CAPS geral – Regional IV – Fortaleza

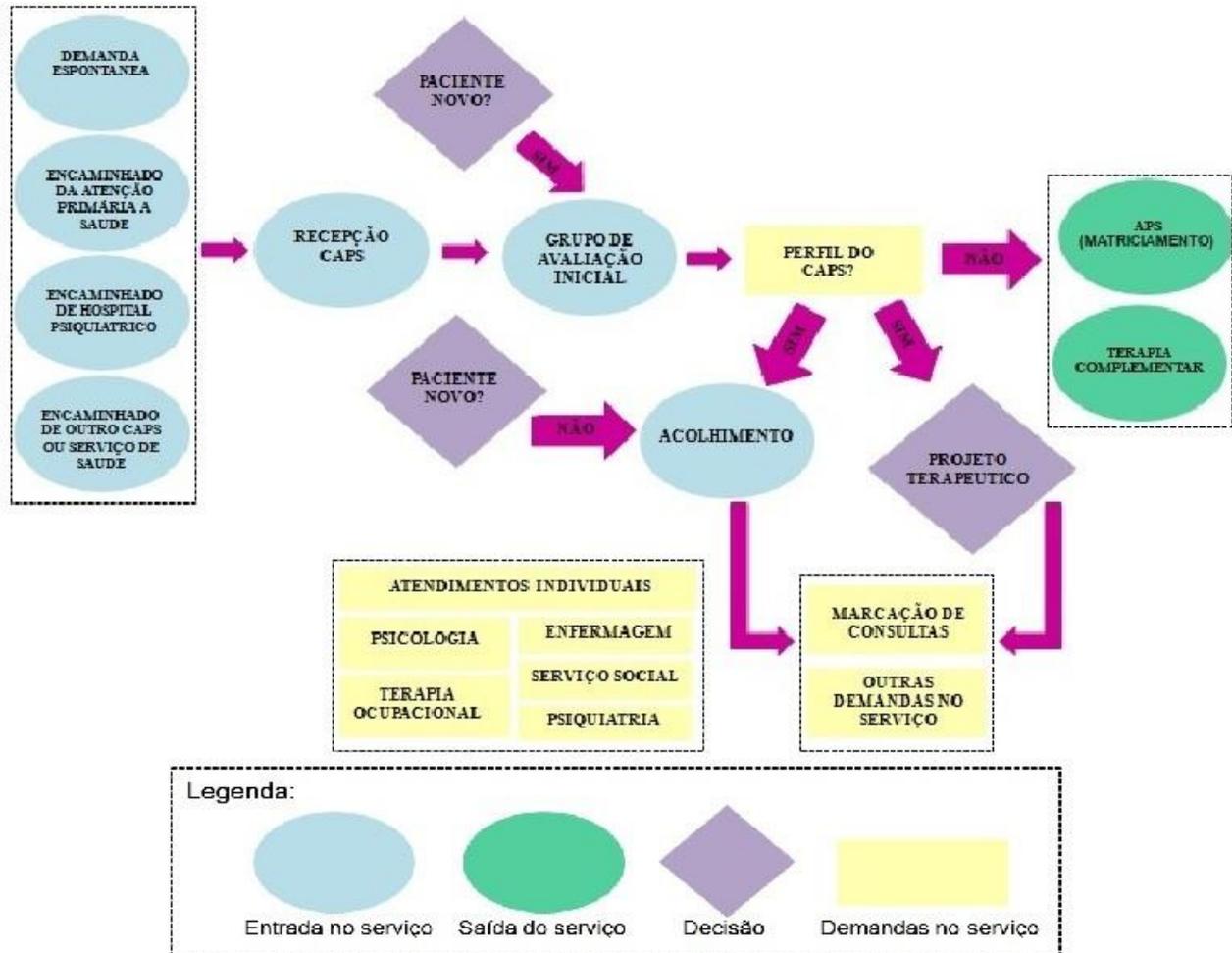


O serviço apresenta boa articulação com as demais instituições que compõem a rede assistencial do SUS, como Centro de Referência Especial de Assistência Social (CREAS); Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); Hospital Nosso Lar e Hospital São Vicente da Paula, além das 12 Unidades de Atenção Primária à Saúde, nível assistencial em que realiza as atividades de apoio matricial, fortalecendo a rede de atenção à saúde e auxiliando os usuários no delineamento dos fluxos de referência e contra-referências.

Por tratar-se de um serviço secundário de atenção à saúde, o CAPS atende os usuários encaminhados pela rede de atenção primária, pelos hospitais de urgência e emergência, serviços privados, além das pessoas que comparecem espontaneamente para acolhimento e o grupo de avaliação inicial.

Após dar entrada no CAPS, é agendado o dia do grupo de avaliação inicial, o qual é um grupo destinado para os usuários e familiares falarem sobre suas questões e demandas. Neste grupo, o profissional avalia, de acordo com as queixas dos participantes, se é perfil deste serviço. Se for perfil, é agendado o momento de acolhimento, anamnese e construção do Projeto Terapêutico. A figura abaixo, elaborada pela pesquisadora, demonstra o fluxograma de atendimento neste CAPS:

**Figura 6:** Fluxograma de atendimento do CAPS



As atividades diárias realizadas distinguem-se em modalidades individuais e grupais, seja de enfermagem, psicoterapia ou terapia ocupacional, e também atividades de visita domiciliar, assistência social e previdenciária, atividades artísticas e comunitárias, além da consulta individual com os médicos psiquiatras.

Os profissionais do CAPS IV informam que ofertam atendimentos regulares a pais e responsáveis; atendimentos individualizados; oficinas; espaços de convivência/permanência; grupos terapêuticos; visitas domiciliares; acompanhamento terapêutico e das internações foram relatados. Além disso, atendimentos individuais podem ser realizados pontualmente por todos os profissionais, mas a maioria é feita por enfermeiros, psicólogos e psiquiatras. Os últimos exigem apresentam traços do modelo ambulatorial.

As atividades são diversas, multifacetadas, por que essa produção de cuidado pode ocorrer de várias formas, então assim...eu desenvolvo orientação familiar, participo da construção do PTS, acolhimento, avaliação de primeira vez, reavaliação e promoção de articulação Inter setorial, mas

assim, para além disso, não podemos nos fechar, assim como nenhuma outra profissão, as possibilidades de cuidado estão dentro da terra, da vida e do território, não pode ser só aqui dentro, a forma de trabalho ela é ampla (Profissional de Saúde).

Nós temos que atuar em diversos espaços, não se limitar ao CAPS. É por isso que eu faço apoio matricial, pois acredito que a maior possibilidade de construção da Reforma Psiquiátrica não está na ação especializada, mas sim na atenção primária, enquanto existir essa ênfase na centralização na atenção especializada (Profissional de Saúde).

Atendimento médico, medicação de depósito de pacientes que necessitam, terapias ocupacionais, psicoterapias, atendimento de serviço social, visitas domiciliares, matriciamento que voltou a cerca de um ano, junto aos postos de saúde, serviço de copa para os pacientes e atividades lúdicas (Profissional de Saúde).

Dentre as atividades grupais desenvolvidas diariamente, temos: Grupo de Leitura; Corpo e Movimento; Grupo Alfabetizar; Grupo de Família; Grupo da Memória, cada grupo tem o profissional responsável por guiá-lo. Há ainda a Assembléia de usuários, o qual discute assuntos pertinentes às demandas dos usuários e os passeios culturais e celebração de datas comemorativas, sendo, esta atualmente, prejudicada pela dificuldade de carro disponível para o serviço.

Os grupos terapêuticos ocorrem diariamente no CAPS, executados por profissionais diversos e, as temáticas são definidas dentro do projeto terapêutico específico dos participantes de cada grupo. As técnicas utilizadas são bastante diversificadas e interessantes e tomam como sentido básico a utilização de recursos simples e de fácil adesão pelos usuários, tais como: bola, jornais, revistas, argila, cola, papel, cartolina, material reciclável, entre outros (Observação).

Podemos encontrar atualmente no serviço 36 profissionais, entre diversas especialidades, como podemos ver no Quadro.

**Quadro 3:** Número de profissionais no CAPS da SER IV

<b>CATEGORIA PROFISSIONAL</b>	<b>NÚMERO DE PROFISSIONAIS</b>
Enfermeiro	03
Psicólogo	03
Psiquiatra/ Clínico	03 / 01
Terapeuta ocupacional	03
Assistente Social	04
Farmacêutico	03

Técnico ou auxiliar de enfermagem	04
Massoterapeuta	01
Auxiliar de cozinha/serviços gerais	01/01
Auxiliar administrativo	03
Vigilante	03
Porteiro	02
Digitador	01
TOTAL	36

Atualmente, a atual gestão de Fortaleza oferece, aos profissionais de saúde, uma seleção pública com duração de dois anos, uma realidade que vem dificultando o vínculo entre os profissionais e os usuários dos serviços. No CAPS da SER IV não é diferente, hoje existe um número considerável de profissionais contratados que dificulta o acompanhamento dos usuários desse serviço.

Passei na seleção realizada, estou no serviço há 1 ano e 8 meses, minha seleção dura 2 anos e termina agora em setembro... a maior dificuldade é quebra de vínculos, por que a maior parte dos profissionais do serviço, devido aos processos seletivos, estão sempre em rotatividade, que faz com que tenha a quebra desse acompanhamento (Profissional de Saúde).

A gente tá hoje aqui por uma seleção pública e a seleção vai acabar, esse dois anos acabam agora e aí a gente, o paciente cria um vínculo com a gente, conseguimos todo um manejo, todo um esquema, para uma confiança e tal e acabou, acabou tchau, vamos embora e o paciente fica aqui (Profissional de Saúde)

Além da quebra dos vínculos por conta das seleções pública, temos como principais dificuldades relatadas: a falta de infraestrutura adequada; a falta de manejo da APS em lidar com as demandas em saúde mental que chegam cotidianamente ao serviço e; a assistência ainda baseada no modelo biomédico, tratando a doença e não o sujeito.

Uma das maiores dificuldades é a infraestrutura do prédio, além disso, da quebra de vínculos, tem uma grande demanda do serviço, a área de cobertura do CAPS geral é toda a REG IV e além de acompanhar transtornos graves a gente também está acompanhando transtornos leves, por que a atenção básica não consegue lidar ou acompanhar esses pacientes e ai acabam vindo se refugiar aqui (Profissional de Saúde).

A ambiência de trabalho ainda é muito limitada em relação a promover o cuidado integral, seja pela questão do tempo ou pela constituição das equipes que são limitadas. Muitas vezes, nesse modelo ambulatorial, se fecha para atender a doença e não o usuário. Ainda há uma cultura extremamente manicomial, então assim, lugar de doido é no CAPS ou no Hospital, então além de anos de exclusão de acesso aos serviços, tem a grande barreira cultural (Profissional de Saúde).

Evidenciou-se, também, que o contato com outros serviços se dá basicamente por encaminhamentos escritos e levados pelos usuários e apoio matricial, por exemplo. A infraestrutura do serviço e o número reduzido de profissionais foram elencados como prejudiciais a realização de atividades grupais. A falta de medicação e organização interna também foi destacada. O fato de hoje existir uma fila de espera para os primeiros atendimentos também é atribuído à falta de espaço físico. Não há ainda adaptação do prédio para uso de pessoas com necessidades especiais e, tampouco a disponibilidade de automóvel, o transporte é utilizado para a realização de visitas domiciliares.

De maneira geral, percebeu-se que a atuação dos profissionais envolve ações de intersetorialidade no trabalho e de atuação no território dos usuários, apesar das dificuldades enfrentadas pelos profissionais.

Os profissionais apresentam, ainda, a perspectiva de que, para a construção do projeto terapêutico singular e a possibilidade de um fluxo contínuo do usuário na rede, é de máxima importância a interconectividade entre as redes de serviços pela via informal, onde os profissionais possam se encontrar e dialogar para acharem melhores soluções para os problemas de saúde dos usuários, tanto no interior do próprio CAPS, como entre os outros serviços da rede.

Aqui no Caps, a gente conversa sem dificuldade nenhuma, em todos os campos, no campo do médico, a gente chega, a gente tem facilidade de chegar e dizer assim “ Dr, dá uma olhadinha nisso, nessa medicação, ele tá reclamando disso, reclamando daquilo.” Em todas as instâncias a gente tem abertura. Até pra mandar pro posto, assim fica mais fácil também (Profissional de Saúde)

Assim, durante o convívio da pesquisadora e a observação da atuação dos profissionais deste serviço, percebeu-se que inúmeras barreiras são encontradas diariamente no cuidado a esses usuários. No entanto, em um contexto geral, o vínculo com o CAPS aparece como um cuidado corresponsabilizado no processo saúde-doença, com potencial resolubilidade no que concerne aos atendimentos

ambulatoriais, conseguindo vincular com o pacientes e com outros pontos da rede de saúde, garantindo uma maior potência ao projeto terapêutico singular e ao processo de produção da assistência.

## 5.2 CONHECENDO OS USUÁRIOS ENTREVISTADOS

### 5.2.1 Conhecendo Maria

O primeiro contato com Maria aconteceu dentro da sala de medicação, o setor que a usuária frequenta diariamente dentro do CAPS. A pesquisadora foi apresentada pelo enfermeiro, profissional de saúde que Maria apresenta um forte vínculo dentro do serviço. Logo após, foi deixado Maria escolher o local para a primeira entrevista e a mesma escolher o próprio serviço para iniciar a pesquisa.

Na primeira entrevista Maria aparentava apreensiva e ansiosa, não se alcançando, portanto, grande sucesso nessa abordagem inicial. Na segunda entrevista, estabeleceu-se um maior grau de confiabilidade com a usuária, permitindo uma melhor evolução da entrevista. E, por fim, foi marcada a terceira entrevista, no domicílio, onde foi possível observar as condições de moradia e vizinhança, além de conhecer a mãe de Maria.

Maria mora no bairro Jardim América. A rua esta situada perpendicularmente em uma das principais avenidas do bairro. Próximo à casa da informante encontra-se uma escola municipal, pequenos comércios, além do CAPS Geral, onde faz tratamento, o que facilita a ida diária até este serviço. A ESF fica algumas ruas depois e o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é bastante presente naquela área.

A Maria, 45a, parda, católica, natural de Fortaleza, tem o ensino fundamental incompleto, pois parou os estudos devido a primeira gravidez, demonstrando interesse em retomar os estudos atualmente. Relata ter trabalhado há muitos anos atrás, durante a adolescência

Destaca que a única trabalhadora ativa em sua casa é sua mãe, que trabalha numa creche como merendeira. Fala também que contribui com seu auxílio doença para a renda familiar.



Casou aos 13 anos de idade, após então foi morar na casa dos sogros, onde encontrou o apoio familiar que faltava em casa. Teve dois filhos nesse relacionamento, mas se separou devido a muito sofrimento por maus tratos. Relata não querer mais essa relação, pois “quando mais precisei ele me deu as costas” e deu entrada no divórcio há 11 meses.

Maria contou que antes chorava muito e já tinha pensamentos suicidas, mas que não sabia que era depressão. Inicialmente procurou ajuda na acupuntura, pois uma vizinha tinha feito e disse que era muito bom para tratar problemas emocionais. Foram feitas várias sessões, mas não melhorou e continuava com os mesmos sintomas. Pouco tempo depois foi internada em um hospital psiquiátrico e, após alta, iniciou tratamento com psiquiatra num ambulatório universitário, de onde foi encaminhada pro CAPS, o qual faz tratamento desde 2004.

A separação com o marido gera um sofrimento que estimula os pensamentos de suicídio, havendo várias tentativas. A última ideia suicida foi com ingestão de medicamentos em casa, que quase leva a morte, sendo necessária a assistência em um hospital de grande porte da rede pública para reversão do quadro. Após essa tentativa, os profissionais do CAPS solicitaram a ajuda da família no cuidado com Maria. Desde então, a usuária vem sendo monitorada pelo CAPS e em vigília no ambiente domiciliar.

Durante as entrevistas a usuária fala sobre as idéias suicidas freqüentemente e culpa a “voz que escuta” por todas as tentativas. Demonstra, na narrativa, que essas idéias aparecem constantemente e, sempre associa às internações em hospital psiquiátrico como momento de angústia e sofrimento.

Durante as crises a usuária elenca acontecimentos de falas isoladas, dificuldade para dormir, tendo que tomar remédios de receita controlada, caso não, passa a noite acordada. A crise incluiu um comportamento de falas desconexas, choro, quadro depressivo, agressividade, e esquecimentos.

Associa a sua melhora ao tratamento oferecido no CAPS. Hoje é assistida diariamente no serviço, sendo usuária de medicalização monitorada, o qual a medicação fica mantida no serviço e ela comparece diariamente com algum acompanhante para tomada da medicação. Tem consultas com psiquiatra, psicólogo e terapeuta ocupacional. Faz uso da massoterapia e grupos terapêuticos, embora ter dificuldade de participar de grupos.

### 5.2.2 Conhecendo a Helena

O primeiro contato com Helena aconteceu durante um grupo de terapia que acontece no CAPS uma vez na semana. A pesquisadora foi apresentada pela psicóloga que conduz o grupo, o que facilitou a interação entre o pesquisador e o entrevistado e a aceitação para participar da pesquisa. Como cenário para primeira entrevista, Helena escolheu o próprio CAPS por relatar que se sente acolhida nesse ambiente.

Já na primeira entrevista, Helena apresentou facilidade em narrar suas experiências, apresentando dificuldades em alguns assuntos, mas nada que diminuísse a qualidade da entrevista. Após o término, já deixamos marcado o próximo encontro para segunda entrevista, também no CAPS e, por fim tivemos a terceira entrevista no domicílio.

Helena mora no bairro Vila União. A rua da sua casa é estreita, aparenta ser tranqüila, o que permite o encontro diário de vizinhos nas calçadas, no entanto Helena relata não gostar de ficar na rua e tampouco ter amizade com vizinhos. É um trecho movimentado, com pouco comércio nas proximidades e de fácil acesso a transporte público.

Helena, 43a, parda, natural de Fortaleza, tem ensino fundamental completo, não trabalha e dedica seu dia a cuidar da casa e dos netos, é evangélica, mas ultimamente não tem freqüentado a igreja por dificuldade de sair de casa.

Foi molestada pelo padrasto aos 8 anos de idade e esse abuso sexual perdurou por muitos anos, do qual teve 3 filhos. Por esse motivo, relata ter sofrido muito durante a infância e esse sofrimento atormenta ainda hoje quando olha para os filhos.

Atualmente tem uma boa relação com sua mãe, frequenta a casa dela, no entanto, durante a infância e adolescência, sentiu muita raiva da sua mãe por ter deixado seu padrasto abusá-la sexualmente. Disse ainda que “o amor pelos filhos é maior do que o amor pelo marido” e, que não entende porque sua mãe não reagiu frente à situação.

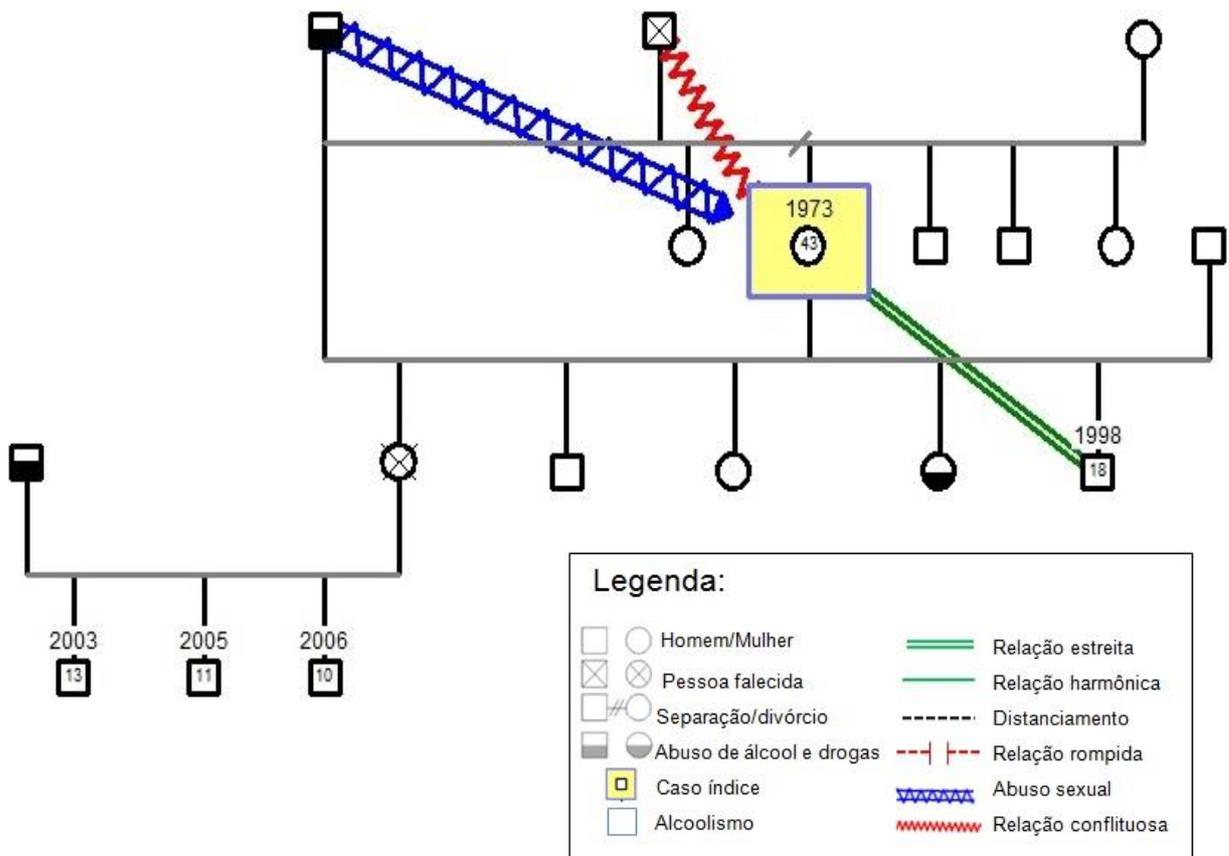
Além dos filhos que teve do padrasto, teve outros dois filhos com o marido, que mantém o relacionamento há 21 anos. Atualmente mora o marido, o filho mais novo e três netos de uma filha que se suicidou ingerindo veneno para rato.

Helena trabalhou como diarista dos 18 aos 21 anos de idade, quando casou e deixou de trabalhar. Atualmente cuida da casa e o marido mantém o sustento da família. Não tem auxílio doença, recebe apenas o bolsa família.

Relata nunca ter tido uma boa relação com o pai, pois o mesmo nunca deu atenção, amor e carinho, além do sustento da casa sempre ter sido mantido pela mãe. Além disso, conta que a morte do pai não afetou emocionalmente nenhum membro da família.

Dentre as relações da Helena, o vínculo mais estreito é com o filho mais novo que tem 18 anos e só estuda, tem uma relação de afeto muito forte e considera-se como a pessoa que ela mais confia para contar seus problemas e angústias. Para ela, mesmo sabendo que ele não pode fazer nada para ajudá-la, mas ele sempre acolhe e cuida, com muita paciência e carinho.

**Figura 8:** Genograma da família da Helena



Desde criança, Helena não gosta de conversar muito e nunca foi de ter muitos amigos, sempre gostou de ficar em casa e não deseja passear. Culpa as

atitudes do padrasto como responsável para início da depressão e o sofrimento na sua vida.

Procurou a unidade de atenção primária (UAP) com queixas de agressividade intensa. Relatou que antes se irritava com facilidade, agredia os filhos com muita frequência e já teve vontade de matá-los algumas vezes. Não encontrou resolubilidade em algumas idas à UAP próximo a sua residência, pois os profissionais sempre diziam que ela não tinha nenhum problema.

Após algum tempo de busca em tratamento, foi à UAP fazer a avaliação do bolsa família dos netos, quando uma profissional da unidade viu sua agressividade com os meninos. Relatou que, poucos dias depois, fizeram o matriciamento sobre o seu caso, que até lhe deixou constrangida por ter tantas pessoas falando sobre a sua vida e, desde então conseguiu acompanhamento no CAPS.

Faz tratamento no CAPS desde 2011, tem atendimento individual com médico, psicólogo e terapeuta ocupacional freqüentemente, além de participar de um grupo terapêutico semanal no serviço. Relata melhora do quando depressivo e diminuição das idéias suicidas.

### **5.2.3 Conhecendo a Francisca**

O primeiro encontro com a Francisca aconteceu no CAPS, por intermédio da psicóloga, que apresentou a pesquisadora após término da consulta individual com a mesma. Foi marcado o próximo momento, para início das entrevistas, no seu domicílio, por escolha própria.

Francisca mora no bairro Montese, uma rua tranqüila, pouco movimentada e de fácil acesso às avenidas principais do bairro, onde predominam o comércio. Sua casa fica próximo a igreja que frequenta. No entanto, fica um pouco distante da UAP da sua área, mas bem próximo ao CAPS, o serviço de saúde que mais utiliza atualmente.

Feminina, 54a, parda, natural de Itapipoca-Ceará, católica, tem ensino médio completo, teve câncer de útero, trabalhava como chefe de almoxarifado de uma empresa, demitida por causa da agressividade e, hoje é sustenta casa com o dinheiro do auxílio doença

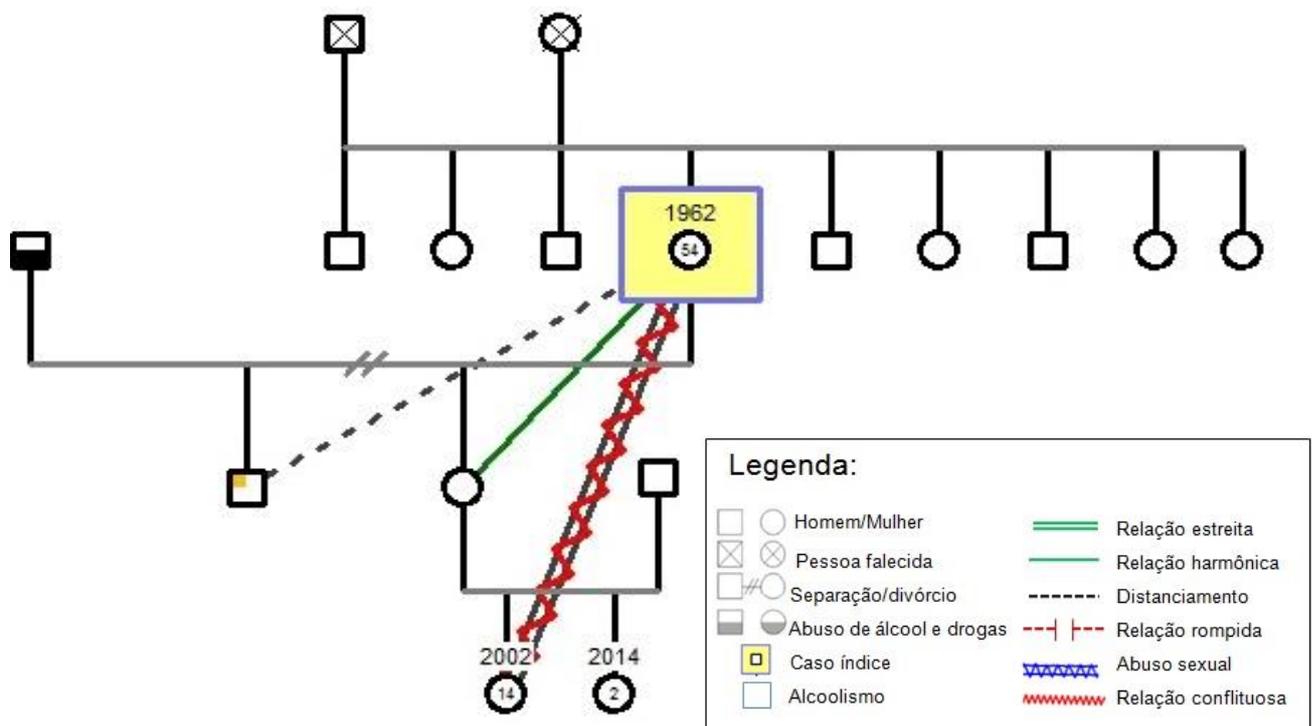
É de uma família de nove irmãos, todos moram no interior do Estado, mas Helena veio morar com uma tia, na capital, aos 12 anos de idade, relatando muito sofrimento nesta moradia. Casou-se alguns anos depois, o seu marido fazia uso abusivo de álcool, o que dificultou a relação e se divorciaram há quase 20 anos. Desde então, não quis relacionamento amoroso com ninguém, narrando que “é pra não sofrer mais do que eu já vive sofrendo”.

O uso abusivo do álcool do seu esposo, que diariamente chegava em casa embriagado e brigando, situação que ela reconhece que trouxe muito sofrimento para os filhos quando jovens, e que ela considera ter contribuído com o afastamento dos filhos no convívio familiar.

Teve dois filhos do seu casamento, mas narra relacionamento vulnerável com eles. O filho mais velho, mora com os amigos, descobriu que tem a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), o que desencadeou muitas brigas entre ele e a mãe, tornando o vínculo instável. Já a filha mais nova, é casada, tem duas filhas, mora com o marido e sua filha de 2 anos, tendo pouco contato com mãe.

Atualmente mora sozinha com a neta, de 14 anos, da sua filha mais nova. Ela narrou um pouco sobre seu relacionamento com a neta, com sentimentos de carinho e cuidado, mas sempre trazendo à tona sentimentos de sofrimento e medo pelas atitudes agressivas da moça.

**Figura 9:** Genograma da família da Francisca



A igreja, as orações e a fé da Helena aparecem como algo que dar sustentabilidade e força. Mas além desta, a informante relata que também necessita de tratamentos formais, em redes de serviços de saúde, CAPS e serviços especializados em doenças oncológicas. Narra a dificuldade de viver sem a assistência familiar, pois esta é pouco acessada na busca de cuidados, apesar de todos morarem próximos, afirma que não pode contar com ninguém no acompanhamento aos serviços.

Após a doença que adquiriu no útero, não conseguia mais dormir a noite e estava ficando muito agressiva com as pessoas que estavam no seu convívio. Culpa o câncer de colo de útero e a perda do pai como responsáveis pela depressão e tentativas de suicídio.

Helena mostra-se descontente com o atendimento da ESF. Relata discriminação por conta dos profissionais da unidade, que negaram atendimento referindo que ela era usuária do CAPS e teria que se consultar neste serviço. Narra que sempre freqüentava à unidade básica próxima da sua residência, mas depois que passou a fazer acompanhamento no CAPS foi rejeitada pelos profissionais da atenção primária.

Foi encaminhada do serviço especializado em oncologia, do qual fazia tratamento do câncer de colo de útero, para o CAPS, por sintomas de depressão que apareceram com mais intensidade, na época. Lembra de muita demora na espera para a primeira consulta psiquiátrica no CAPS. Narra que, nesse período da espera por atendimento médico, teve uma crise com tentativa de suicídio e, sua irmã, ao procurar ajuda neste serviço, foi encaminhada para o hospital psiquiátrico e, após sua alta hospitalar, conseguiu as consultas com mais rapidez e agilidade para iniciar o acompanhamento.

Helena faz acompanhamento no CAPS desde 2010. É bem acolhida no serviço e narra sentir-se tão bem quanto na sua casa. Hoje, seu tratamento é o atendimento individual e grupal, quinzenalmente. Além disso, demonstra imprescindibilidade quanto à medicação prescrita pelo psiquiatra. Ainda tem consultas periódicas no serviço especializado em oncologia, sendo, estes dois, os serviços mais utilizados pela usuária.

### 5.3 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: SENTIDOS E SIGNIFICADOS NO PERCURSO EM BUSCA DE TRATAMENTO/CURA

#### 5.3.1 Sentidos e significados do adoecimento mental

“Eu andava triste e chorava muito, ai foi quando apareceu a doença e depois que ela apareceu, minha vida nunca mais foi a mesma, porque é muito sofrimento, não posso sair sozinha, fico fazendo besteira por causa da voz.” (Maria)

O modelo médico-biologicista estabeleceu como forma essencial de tratamento, a investigação da etiologia e da causalidade com o objetivo de definir medidas terapêuticas e possibilidades de intervenção. Assim, a busca da causalidade do adoecimento mental é presente desde a institucionalização da psiquiatria.

A saúde, a doença e a cura são constructos sociais que só podem ser estudados de modo implicado e compreendidos a partir da cultura dos povos ao longo das gerações, o que só será conquistado a partir das relações que esses profissionais estabeleçam com sujeitos com sofrimento mental, suas famílias e comunidade local. É conhecendo onde, com quem e como vivem que os profissionais poderão integrar-se e prestar a assistência necessária às pessoas em adoecimento mental (GONÇALVES, 2012).

Essa pesquisa busca um significado de compreensão que não se limite ao saber biologicista. Os sujeitos, por meio de suas diferentes vivências e experiências de vida, produzem continuamente sentidos e significados, necessidades e buscas distintas.

Elencaram-se diferentes narrativas para caracterizar os significados da doença para estas pessoas que tem como ponto em comum a religiosidade como a principal fonte de apoio. Percebeu-se que a doença mental surge como produto de um sofrimento na vida e/ou trauma de infância.

Eu já sofri muito na vida e acho que isso fez eu ter a depressão, só não sei direito como começou, mas lembro que no começo eu chorava muito, já tinha pensado em me suicidar (Maria).

Minha depressão começou depois do meu padrasto. Porque foi muito sofrimento que eu passei naquela época, quando eu tinha 8 anos, por isso que fiquei tão agressiva... (Helena).

Perdi meu emprego, tive o começo do câncer de colo de útero, perdi meu pai e aí começou a depressão [...] fiquei muito agressiva e já tentei suicídio duas vezes (Francisca).

Entende-se que a violência doméstica produz sequelas nocivas ao desenvolvimento do eu, nessa situação, é comum o surgimento de sintomas como insônia, pensamentos suicidas, depressão, ansiedade, dificuldade de relacionamento social e de tomar decisões; além de as crianças expostas apresentarem maior probabilidade de se tornarem vítimas de maus-tratos, quando comparadas a crianças cujas famílias não vivenciam esse fenômeno, o que as torna mais suscetíveis a adoecimentos, pois ser violentada passa a ser uma experiência de vida repercutindo no seu modo de ser e agir (NASCIMENTO; BRÊDA; ALBUQUERQUE, 2015).

A busca de um culpado ou de um motivo real para o adoecimento aparece como uma questão necessária de ser comentada nas falas das participantes. Tais elementos estão ancorados como desvio de ordem moral, religiosa, social e orgânica. É a partir daí que produz-se simbologias do processo saúde-doença, caracterizada por constante fluidez, mutabilidade, diversidade e ambiguidade.

Além dessas questões, aparece em alguns relatos, a presença da crença na hereditariedade da doença mental, que neste caso, passa de mãe para filho, conforme o que nos conta Francisca.

E eu tenho histórico de pessoas na família com problemas psiquiátricos, minha mãe e duas tias minha. É de herança de família, que eu sou muito agressiva, sabe. Sou muito agressiva com as pessoas e às vezes sou muito deprimida (Francisca).

O adoecimento mental é narrada pelas participantes em um tempo social, que transcorre uma pluralidade de acontecimentos, incidentes e encontros nos quais o indivíduo, sem ter conhecimento está envolvido. As experiências mais marcantes são narradas e dão ênfase aos aspectos relacionais, traçando conexões entre eventos aparentemente desconectados no processo de aparecimento da doença (RABELO, ALVEZ e SOUZA, 1999).

Todas as explicações dadas, nas narrativas das usuárias, fazem todo o sentido para necessidade de buscarem as diversas formas de tratamento e em

muitos casos a cura para o adoecimento mental. A dificuldade do convívio social por conta da doença aparece como a maior motivação pela busca de tratamento e cura.

Foi muito sofrimento no começo porque assim, eu chorava muito mesmo, não queria sair de dentro de casa, torturava meus filhos, gritava com meu marido sem precisão, queria me matar e matar os outros (Helena).

Eu perdi meu emprego por causa da agressividade, perdi as pessoas perto de mim, porque eu me irritava muito fácil com os outros, mas eu busquei e to buscando melhorar (Francisca).

É importante a construção e manutenção das redes sociais, não apenas com sua família, mas também com outras pessoas, compondo uma rede social ampliada e diversificada para dar suporte na sociedade. O bom convívio social das pessoas em adoecimento mental reflete no modo como eles se percebem acolhidos. Apesar da importância das redes sociais na vida cotidiana dessas pessoas, nem sempre aquelas com transtornos mentais têm acesso a novos contatos, ou não conseguem manter e formar as redes, devido ao contexto social em que imperam a discriminação e o preconceito (NASCIMENTO; BRÊDA; ALBUQUERQUE, 2015).

O adoecimento mental, para Helena, além do problema de manter o convívio social, revela-se como algo que incomoda no seu cotidiano, justificando a dificuldade em realizar as atividades diárias por conta de alucinações auditivas presentes diariamente.

Tem dia que você amanhece feliz, querendo fazer as coisas, arrumar a casa, fazer o almoço, mas essa doença estraga tudo, porque tem uma voz que me perturba, me perturba tanto que tem horas que eu não consigo nem respirar. Ai minha cunhada diz assim bota pra fora, eu boto, mas parece que é pior, é um coisa ruim na minha cabeça, dizendo assim “vai morrer menina”, num sei, “pega uma faca, vai fazer isso, vai fazer aquilo” (Maria)

Em estudo realizado por Salles e Barros (2007), verificou-se nos discursos dos participantes que alguns dos sintomas dos transtornos mentais são mencionados como fonte para comportamentos que impedem o indivíduo de participar do mundo compartilhado, como as alucinações e os delírios persecutórios que dificultam o paciente de exercer suas atividades e sair de casa.

As marcas dos traumas experienciados no passado aparecem nas falas de Helena e Francisca como um motivo de sofrimento diário. No caso de Helena, a violência sexual que sofreu durante a infância, foi o motivo para o início da depressão e a tristeza atual. Relata que olhar para os seus filhos, os que nasceram

em decorrência da violência do padrasto, é lembrar diariamente do abuso que sofreu na infância, além de ter dificuldade de relacionamento sexual com seu marido, causando-lhe dor e sofrimento.

O passado a gente não esquece. Principalmente os que marcam né? Ainda dói muito. Só não choro mais por conta da medicação, antigamente eu chorava muito quando falava nesse assunto e ainda me dói quando olho pros meus filhos e lembro [...] como é que passa quando você olha pros seus filhos e vê o seu padrasto?! Eu não tenho raiva deles porque eles não tiveram culpa né [...] As vezes, quando meu marido toca em mim pelo que aconteceu comigo né, a gente fica, assim, agora que eu aprendi a abraçar o meu marido, a deixar ele chegar perto. Eu sentia que ele não gostava. Quando ele quer ter relação comigo, eu digo que to com dor de cabeça, dor de barriga, porque eu num gosto. (Helena)

É comum que as mulheres que foram violentadas sexualmente, construa novos limites entre si mesma e a sociedade. Segundo Levine (1999), a violência sexual pode trazer diversas consequências, além da dificuldade em manter as relações sociais, pode desenvolver transtornos e dificultar a vida cotidiana. É frequente sintomas que se tornam constantes e permanentes, como insônia, depressão, tentativa de suicídio, dificuldade nas relações afetivas e sexuais.

A relação conjugal revelou-se, em vários trechos, nos discursos de Maria e Francisca como uma relação conflituosa, que martirizou o cotidiano das duas. Nas falas de Maria, o silêncio foi presente neste momento e, compreendeu-se que foi uma relação de convívio difícil, que elencou a piora da doença.

Vim morar com minha tia, aí sofri muito morando com essa tia, aí me casei, sofri mais ainda com meu marido, pai dos meus dois filhos. Aí, separei já to com mais de 20 anos separada, não quis mais saber de ninguém na minha vida não. Pra não sofrer mais, do que eu já vivo sofrendo. (Francisca)

Por causa de uma pessoa eu esqueci de todo mundo e é muito ruim você viver num mundo escuro, sem saber o que fazer, sem saber onde é que ta, estando perto daquela pessoa e não conhece, porque eu posso dizer porque eu passei por isso [...] depois da crise fui voltando aos poucos, conheci o meu filho, a ultima pessoa que eu me lembro de ter conhecido foi meu marido, o pai dos meus filhos, a última pessoa... (pausa) porque antes de eu ter esse problema ele me maltratou muito. (Maria)

Constatou-se que um dos elementos causais da piora do adoecimento mental pairou sobre os conflitos no relacionamento conjugal, visto que algumas das entrevistadas relataram experiências de grande desgaste do relacionamento marital, culminando em rompimentos violentos (físicos e emocionais), ou na vivência

tumultuada em meio às manifestações do transtorno mental e suas decorrências (SOARES; CARVALHO, 2009).

Durante as suas narrativas, Maria, revela a doença como algo que veio para causar sofrimento e agredir a ela mesma, compreendeu-se que a agressão em si é algo que justifica a necessidade das idéias suicidas presentes freqüentemente na sua fala.

Eu cheguei aqui um dia toda mordida, que eu mesma me mordi, porque eu sou aquela que só agrido a mim [...] Tenho medo dessa doença porque desde o começo eu sinto uma voz na minha mente, sabe o que é a pessoa mandar você fazer tudo de ruim, essa voz faz comigo, faz eu me agredir, faz eu pensar me matar (Maria).

Faz-se necessário a liberdade e independência de Maria nas dinâmicas de convívio doméstico, como a realização de atividades laborais, proporciona a produção de um poder contratual que permite pactuar ações e relações entre os sujeitos da família (JORGE; PINTO, 2010), pautando as relações em de sentimentos de confiança e de compartilhamento de responsabilidades, assim como estimula projetos futuros, com vistas à superação, ao reconhecimento e à inserção social.

No entanto verificou-se que Maria, por ter tido inúmeras tentativas de suicídio em seu domicílio, foi a preocupação dos entes familiares e dificuldade quanto a disponibilizar liberdade para Maria desenvolver atividades laborais no seu cotidiano.

Eu acho um saco porque num posso fazer nada em casa que o povo já acha que eu vou me matar. Num posso fazer um almoço, porque eu pego uma faca pra cortar carne, uma coisa assim, e o povo já fica pensando coisa, eu acho isso muito chato (Maria).

A tentativa de explicar a etiologia da doença e o sofrimento cotidiano leva em consideração uma pluralidade de acontecimentos, incidentes e des (encontros). No entanto, verificou-se a vulnerabilidade individual e o contexto de desestrutura familiar contribuíram com o aparecimento do adoecimento mental.

A perda de entes queridos trouxe para Francisca e Helena sentimentos de perdas por desestruturação familiar. Helena perdeu a filha, que suicidou-se tomando veneno. Já Francisca, teve a morte do pai e da mãe que causou o distanciamento da família e, principalmente dos irmãos.

Perdi meu pai, depois perdi minha mãe. Aí a família se distanciou um dos outros, meus irmãos nunca mais vi. Tanto que eu tô na terapia individual trabalhando esse lado da perda, né. Por que tá me pesando muito, tá me massacrando muito. (Francisca)

Ela era tudo que tinha também, minha companhia, tudo, hoje eu ainda sofro, quando chega a data do aniversário dela, o dia que ela faleceu, esses dias pra mim são isolados. Eu entrei mais em depressão depois que ela se matou, sofri demais, ainda sofro, até a família eu sinto que ficou mais afastada depois disso (Helena)

A família é um grupo social organizado, no qual os vínculos são potencializados, e se constitui espaço de socialização e de proteção aos seus membros. Observa-se que quando a família não presta o apoio necessário a seus membros tal atitude acometerá problemas, em especial, de ordem psicológica. Além disso, na saúde mental, essa concepção é fundamental, pois a família passou a ser considerada como importante fonte de cuidado e fator de ressocialização e reinserção social da pessoa com transtorno mental (BORBA et al, 2011).

No entanto, o distanciamento da família não se limita apenas no presente, destaca-se a falta de apoio familiar como algo bem marcante na infância das três participantes. Para Helena e Maria faltou a figura paterna para fonte de cuidado, amor e carinho. Para Francisca, o vínculo quebrado com a família toda, pois veio morar na capital aos 12 anos de idade, despertou o sentimento de abandono familiar.

Eu nunca gostei do meu pai. Ele já morreu, antes eu via ele, mas ele nunca me deu nada, nem amor, nem carinho, nem uma lata de leite, por que eu ia amar ele? Se ele só soube fazer e nunca me deu o que eu precisava (Helena)

Uma vez meu pai disse “minha que coração duro é esse?” e eu disse “não é duro, é magoado”. Juro pra você como não é duro o meu coração, mas meu pai nunca me deu carinho e amor (Maria).

Eu tenho pouco contato com minha família, na verdade eu me sinto é um pouco abandonada por eles, porque nunca cuidaram de mim, precisei muito deles e tive que me virar sozinha aqui porque eu não tinha ninguém, sofri muito com isso (Francisca)

As diversas razões da ausência paterna podem ser diferentemente percebidas pelos filhos, neste caso, sendo o abandono afetivo, em geral, determinará repercussões negativas no desenvolvimento de crianças. Entretanto, sabe-se que as diferenças nas repercussões da ausência paterna para o desenvolvimento da criança poderão ser identificadas conforme os seus recursos emocionais individuais, o

manejo dos membros da família e a presença de uma rede de apoio social com a qual ele possa contar, a fim de minimizar os efeitos adversos dessa condição familiar (SGANZERLA; LEVANDOWSKI, 2010).

Dos relacionamentos sociais, a dificuldade na relação com o filho é uma questão que mais incomoda Francisca. Durante a entrevista a mesma não quis falar sobre o assunto, inicialmente, e o silêncio foi bem presente nesse momento, relatando que não queria falar sobre o assunto. Percebeu-se, em outros momentos da narrativa, a pouca presença do filho na sua vida.

É... eu não queria falar sobre o meu filho [...] Meu filho tem AIDS...Mas ele não sabe que eu sei, mas eu aceito ele do jeito que ele é. É porque eu queria cuidar dele, queria ser mais importante na vida dele, ser mais presente na vida dele, dar apoio, mas eu não estou conseguindo. Já busco apoio pra mim, né. Mas eu queria assim, involuntariamente, dar mais assistência a ele, que ele quisesse morar comigo e me fazer companhia.  
(Francisca)

Neste sentido, observa-se nos discursos uma visão ampliada dos sujeitos, com cenários que se retratam em cotidianos solitários, com vínculos familiares e rede social de apoio fragilizada. Ao vislumbrar tais contextos, percebe-se que há vulnerabilidades que precisam ser enxergadas, problematizadas e cuidadas em vários âmbitos da vida dos usuários, pois todas se determinam e são determinadas pelo processo saúde doença – mental. Por isso, a assistência requer ações em saúde que estejam ampliadas à integralidade desses usuários.

Ações para além de atender bem e de aliviar o sofrimento e o sintoma, que estejam articuladas com os outros setores da sociedade para a melhoria de suas condições de vida e de saúde. Isso reflete que o cuidado em saúde mental não pode ser centralizado na doença e no sintoma. Percebe-se que as necessidades dos usuários em saúde mental dos usuários estão irredutivelmente singulares e interdependentes ao seu cotidiano social e econômico.

Tal discussão corrobora com a perspectiva de considerar necessário privilegiar um processo de trabalho que conheça o sujeito que traz consigo além de problemas de saúde, uma história de vida, que são também determinantes do seu processo saúde- doença. Conhecer a história de vida de cada sujeito norteador do processo de cuidado é, acima de tudo, reconhecê-lo em sua totalidade complexa e em sua realidade multideterminada pelo seus contornos sociais que atravessam e são atravessados por suas necessidades em saúde (CAMPOS 2012).

Dessa forma, o projeto terapêutico dos usuários deve ser elaborado, levando em consideração as necessidades individuais de cada sujeito, seu modo de compreender a vida, suas subjetividades e singularidades. Por meio de interação horizontal dos agentes envolvidos no cuidado (trabalhadores e usuários), devem ser alicerçados nas tecnologias das relações, tais como acolhimento, escuta e vínculo, propondo novos modos de cuidado em saúde mental nos diferentes níveis de atenção (JORGE *et al*, 2015).

Esta consideração aproxima-se da ideia sobre mudança do objeto da psiquiatria clássica, que seria o abandono de tratamento do doença mental, focada na patologia, passando a ser o comprometimento com a promoção da saúde mental (AMARANTE, 2007).

Entretanto, mesmo tendo a clareza de que se deve reconhecer o sujeito com todas as suas necessidades, as percepções dos profissionais assinalam que nem sempre é possível esse olhar transversalizado acerca do sujeito e seu processo saúde doença, assim como se observa nos relatos:

[...] Eu acredito e sei que você não tem que ver só a questão da medicação, você tem que ver o paciente todo no seu contexto, a pessoa, a família, onde que ele tá inserido, isso seria o ideal para a gente tentar sentir tudo isso. Mas isso não é comum aqui no serviço. Não temos tempo, nosso cronograma é muito rigoroso e nós temos que dar conta de uma gama de ações (Profissional do Serviço).

Não tem como fazer isso. A gente tem vontade, mas a gente não tem como. É, e seria interessante a gente ver a realidade de cada um, como cada um se comporta, o porque e a razão de cada doença, e perceber esse paciente dentro do contexto da família, da comunidade, do próprio mundo dele, entende? Fazer as visitas, discutir os casos em equipe. Mas...o tempo é curto, a demanda é grande e a pressão de ter que atender é maior ainda (Profissional do Serviço)

[...] A gente vive no lugar de apagar incêndio, de fazer tudo que pode e que não pode para pelo menos atender bem o paciente. Aqui nós temos muitos pacientes e pouca gente pra atender. A gente sabe que não é isso que deveria ser feito, vamos dizer assim, não é o certo, não é isso que a lei preconiza, não era isso que deveria tá acontecendo, mas é o que a gente pode fazer (Profissional do Serviço).

Corroborando-se com o estudo realizado por Mielke *et al* (2009), apontou que os profissionais do serviço consideram que o cuidado em saúde mental segue os princípios da integralidade, assistindo o usuário em todas as áreas do ser humano: biopsicossocial e espiritual, não fragmentando o cuidado prestado. Apontam também

como sendo um cuidado humanizado, existindo vínculos entre equipe e usuário e havendo a responsabilização de ambos pelo cuidado.

No entanto, apesar dos profissionais entenderem e apoiarem a necessidade do cuidado integral desses usuários revelam, nos seus discursos, a dificuldade em proporcionar a assistência adequada devido a grande demanda do serviço, a necessidade de agilidade durante o atendimento e a redução do quadro de profissionais necessários.

Apesar das dificuldades encontradas nos serviços, é perceptível, nos relatos das três participantes, a melhora após a busca do tratamento, com diminuição de tristeza e agressividade, melhora nos laços afetivos e aumento da vontade de viver.

Depois que eu comecei aqui no CAPS, tudo melhorou na minha vida, deixei de chorar e consegui viver minha vida sem ficar chorando e pensando em morrer, tenho vontade de estudar, passear e viver (Maria).

As coisas mudaram tanto, hoje até minhas filhas já me abraçam, pedem a benção [...] Hoje sou bem calminha com todo mundo, é diferente de antes que eu ficava muito agressiva. (Helena)

Eu agora consigo dormir bem, não fico mais triste como antes e minha agressividade diminuiu muito, pena que perdi meu emprego, mas mesmo assim, com esse tratamento eu melhorei muito (Francisca).

Em todos os casos, as usuárias reconhecem como uma estratégia de cuidado a “ocupação da mente” como fonte para descentrar o pensamento na doença e proporcionar a inserção social e sentimento de interação e reciprocidade com os que estão próximos.

Eu tenho muita preguiça de fazer as coisas, mas to tentando ocupar mais a minha cabeça fazendo as coisas, arrumando a casa, cozinhando, brincando com meus netos, isso me faz ficar melhor (Helena).

Agora eu aprendi, antes de eu fazer alguma besteira, agora eu to ficando assim, venho pra cá, ocupo a cabeça, escuto uma musica, uma musica que você goste, canto, lá em casa tem palavra cruzada, mas é assim agora to ocupando a cabeça para evitar fazer as coisas ruins (Maria)

Eu procuro me ajudar, né. Em relação ao meu comportamento, o que eu to vivendo, o que eu passei na vida, por que tenho outros problemas de saúde, não tenho só esse. Mas tento distrair a cabeça com outras coisas para não ficar vivendo os problemas (Francisca)

Em pesquisa realizada por Bürke; Bianchessi (2013), verificou-se categorias que indicam os diferentes modos como a equipe percebe o papel do trabalho no processo de (re)inserção social do usuário, como “ocupação da mente”, autonomia, autoestima, produtor de vínculos, prejudicial à saúde e ameaça ao benefício de aposentadoria. Destes, o trabalho como “ocupação da mente” apresenta-se com maior frequência, sendo considerado como um benefício para a saúde do usuário, cumprindo com a função de ocupar seus pensamentos, de forma a não ficar centrado na doença, além de proporcionar a reinserção social.

Em todos os casos, as usuárias trazem explicações para o processo de adoecimento mental, reconhecem a dificuldade no convívio familiar e social. Estes significados influenciam o itinerário terapêutico das participantes no acesso a serviços formais e informais na busca de tratamento em saúde mental.

### **5.3.2 Rede de apoio acessadas pelos usuários**

“Quem mais me deu apoio nos momentos mais difícil, foi Deus e minha família. Sou evangélica e busco o meu apoio na minha igreja, lá me sinto bem com o lugar e as pessoas.” (Helena)

Optou-se, aqui, por explorar as redes de apoio acessadas pelas participantes ampliando-se nosso olhar para a questão da busca por tratamento/cura, condição evidenciada nos discursos de Maria, Helena e Francisca.

A abordagem às redes acessadas se dá em virtude destas proporcionam o apoio social necessário aos indivíduos no seu percurso em busca de tratamento. Estas funcionam como redes que ofertantes de suporte material, cognitivo, afetivo e emocional para suas necessidades de saúde/cuidado.

Os percursos desta pesquisa incluem histórias de pessoas com sofrimento mental grave e persistente, com internações psiquiátricas, e identificam-se rupturas sociais afetivas, abandono das atividades cotidianas e domésticas, perdas de papéis familiares e sociais, assim como de vínculos afetivos. Sendo assim, as dinâmicas e as buscas por possibilidades de tratamento transformaram-se continuamente, alterando, muitas vezes, as agências e os atores envolvidos nesse processo de busca.

O serviço informal que revelou-se, nas narrativas das três entrevistas, como principal mecanismo de sustentação e força. Nos bairros de moradias das entrevistadas, tem fácil acesso e variedades de espaços religiosos, sendo, também considerado espaço de cura para o adoecimento mental e suporte emocional para toda a família.

Desse modo, a religião adquire grande importância na vida dessas pessoas, não apenas em relação à crença no transcendente, ao apoio espiritual e divino como recurso para a melhora (VECCHIA; MARTINS, 2006), mas também na expressão de passividade e de impotência frente aos desígnios divinos. Para muitos, é Deus que detém o poder de causar e de retirar o sofrimento, devendo existir confiança sobre seus desejos, como afirmam Maria, Helena e Francisca.

Procurei a igreja porque precisava conversar com Deus sobre o meu sofrimento, porque só ele poderia me curar do que eu tava sentindo, aí por isso procurei ir mais a igreja, pra pedir ajuda [...] minha mãe também é da igreja e ela reza muito pra eu ficar boa (Maria).

Eu tenho a minha religião como meu maior apoio de tudo. Sou da igreja evangélica e tinha época que ia pra igreja todo dia porque lá eu me sinto bem, fico mais calma e é onde eu posso pedir ajuda a Deus pra me livrar de coisa ruim (Helena).

Foi Deus que mais me ajudou na hora que eu precisei, quando descobri o câncer de colo e perdi meus pais, me deu força para seguir em frente e lutar contra o sofrimento que eu sentia naquela época [...] hoje eu tô melhor, mas continuo indo pra igreja todo domingo e rezando em casa (Francisca).

Isso conduz ao pensamento sobre a responsabilidade de cada uma sobre seu problema de saúde. Não basta a oração da mãe ou de amigos, o indivíduo tem a obrigação de ir em busca da sua melhora e tratamento. Neste caso, quando as usuárias incluem no itinerário terapêutico a igreja, é para alívio de suas próprias angústias no processo de cuidado em saúde mental. Além disso, é um ambiente que facilita o convívio social daquela pessoa que sofre preconceito e estigma pela sociedade.

O preconceito e estigma acompanham a doença mental há séculos e se reflete na compreensão da loucura como uma possessão demoníaca e uma punição de pecado cometido. Ele acaba atingindo não somente as pessoas com doenças mentais, como também os seus familiares, amigos e cuidadores. Entre as conseqüências que refletem numa série de desvantagens em relação à estuda,

emprego, moradia, relação social. Estas pessoas usualmente desenvolvem um processo de autoestigmatização, experimentando uma baixa autoestima, pior saúde física, insatisfação, dificuldade de relacionamento e baixa qualidade de vida (JORGE, 2013).

Como afirma Helena e Francisca, a pessoa com adoecimento mental comumente vivencia atitudes de rechaço, de preconceito e de estigma. A proteção do sujeito contra o preconceito e contra os maus tratos aos quais ele está sujeito, no mundo exterior, passam a ser justificativa para o isolamento do ente no ambiente domiciliar (OLIVEIRA SEGUNDO et al, 2011).

Hoje, eu não tenho interesse para nada, nem para me cuidar, nem pra sair de casa. Eu não tenho amigos, não tenho trabalho, não tenho ânimo para nada. Uma vez eu encontrei uma ex-colega de trabalho e ela me perguntou se eu estava bem, eu disse que não, que eu tinha uns problemas de saúde, que tava fazendo tratamento no CAPS. Daí ela disse: “valha Antonia, tu é doida? Tu ficou doida? Porque CAPS é lugar para doido”. Aí eu respondi, sou doida sim, saia de perto de mim, senão eu faço uma loucura com você. Desde esse dia, eu tento evitar encontrar com as pessoas, falar da minha vida (Francisca).

Eu prefiro não ter amigos, lá na minha rua eu não falo com ninguém não, porque o povo é muito preconceituoso, fica falando da vida dos outros e pra não ficarem falando da minha vida, do meu problema mental, eu prefiro não falar com ninguém mesmo (Maria).

Ao definir o estigma não apenas como um atributo pessoal, mas também como uma forma de designação social, Goffman (1980) pontua que a manifestação do mesmo é extremamente particular e prejudicial as pessoas com doenças mentais, na medida em que pessoas do meio social, sem transtornos mentais, costumam utilizar termos específicos de estigmas no discurso diário (como, por exemplo, doido, retardado, louco, pobre) como fonte de exclusão, metáfora e representação, de maneira característica e sem pensar em seu significado original.

Além disso, corrobora-se que o diagnóstico estigmatiza a existência do indivíduo, submetendo-o a uma posição determinada por essa nova condição identitária dada a esse sujeito (Lima, 2010). Ele influencia a forma como esses sujeitos são percebidos e acolhidos pela sociedade, pois, ao receberem o diagnóstico de doença mental, os usuários deixam de ser vistos como “normais”, e passam a ser vistos como loucos (que têm limitações para a realização de determinadas atividades – físicas, sociais ou intelectuais).

É dessa forma que Maria se identifica no início da entrevista, quando a entrevistadora pergunta quem ela é, identificando o diagnóstico de doença mental, como definidora do sujeito Maria.

Quem eu sou? Ah é muito difícil, mas eu sou Maria, sou uma pessoa com doença mental, fui diagnosticada em 2004 com transtorno bipolar quando tive a minha primeira internação psiquiátrica [...] as pessoas me vêem como uma doida e não como Maria (Maria).

Os espaços religiosos, por intermédio de seus líderes e dos demais praticantes, representa um espaço de busca de cuidado, de vinculação e de acolhimento ao sofrimento, bastante acessado pela relação de confiança e pelas crenças direcionadas à experiência cotidiana, capazes de trazer respostas às mais diversas dificuldades enfrentadas na vida de seus adeptos. Nas narrativas de Maria, Helena e Francisca, a falta de resolutividade das práticas realizadas pelos líderes religiosos e a incompreensão deles sobre o que se passava, levaram a busca de serviços da rede de saúde direcionada a necessidade de assistência em saúde, especialmente a busca por equipamentos como CAPS e hospitais.

Além disso, enquanto Maria revela a necessidade de apoio da família e de amigos e vizinhos, Maria e Francisca mostram-se não necessitar dessa rede de apoio para busca de tratamento.

Familiares, vizinhos, amigos, esses são os grupos de apoio primeiramente acessados e que, quando mobilizados, (re) criam estratégias para lidar com o sofrimento, as quais podem diferir de acordo com o grau de tolerância, com as possibilidades de acolhimento e com a compreensão por parte de cada sujeito. Algumas vivenciam a situação de sofrimento por maior período, seja por sua maior tolerância, autonomia e capacidade de retaguarda (exemplo de Francisca), seja pela dificuldade de acessar outros dispositivos e recursos externos ao seu contexto (como Helena). Outras, ainda, atuam de forma emergencial ao menor sinal de diferença comportamental do seu ente (como Maria) (MÂNGIA; YASUTAKI, 2008). Laís

Eu nunca fui de ter amigos, desde pequena eu sou assim e num vai ser hoje eu vou precisar, fico muito bem na minha casa sozinha, sem vizinho e sem amigo [...] eu busco força em outros lugares, mas de dizer que preciso de amigo pra ajudar no meu tratamento eu num preciso não (Helena).

Já vivi tanto tempo sozinha, que hoje eu nem sinto mais falta de negócio de casamento e amizade [...] minhas coisas eu faço sozinha, passeio sozinha, vou procurar tratamento pras minhas doenças sozinha, o tempo me ensinou a ser sozinha (Francisca).

Eu preciso sempre ter alguém perto de mim, não gosto de ficar sozinha, gosto e ta perto da minha família e dos meus amigos [...] são eles que me dão força e coragem para viver e, sem eles eu com certeza não estaria mais aqui (Maria).

Assim, os IT caracterizam-se pela prestação de apoio ao longo do processo de busca por tratamento. Os familiares, sujeitos e pessoas significativas da rede, são aquelas que buscam, tecem redes e se ocupam do processo que atravessa essa busca do sujeito (VENTURIELLO, 2012), sendo a principal responsabilidade, dos membros da família e das pessoas de convívio, pela esfera de cuidado real, que ocorre na vida cotidiana das pessoas com adoecimento mental.

Na esfera profissional, o CAPS revela-se como o melhor e principal serviço procurado pelas entrevistadas, mas diferem quanto aos serviços de apoio utilizados. Enquanto Helena tem o CAPS como único serviço que procura quando tem algum problema, Maria e Francisca procuram hospitais psiquiátricos para intervenções imediatistas e, Maria conta ainda com a ESF da sua área para resolução de problemas de saúde.

Eu tenho diabetes e tenho que ir no posto, mas prefiro comprar os remédios pra não ter que ir lá, a Dra daqui até fica brigando comigo por causa disso, mas só gosto de vim pra cá, pra mim é o melhor serviço que já fui e não preciso mais de outro canto pro meu problema mental (Helena).

Eu adoro aqui, me sinto muito bem acolhida pelos profissionais daqui, me dão muito amor e carinho, mas no posto eu também sou bem atendida e quando preciso eu vou lá, quando preciso fazer um exame, quando to gripada, essas coisas [...] o hospital a gente só procura quando precisa de uma assistência rápida né (Maria).

Eu sempre fui bem recebida aqui, só demorou pra eu conseguir a primeira consulta, mas depois que eu consegui entrar nunca mais quis sair daqui, o atendimento daqui é muito bom, hoje é o serviço que eu mais vou [...] no hospital eu fui uma vez porque precisa de atendimento rápido, não precisei mais por isso que não fui outra vez, mas quando for urgência vou procurar o hospital (Francisca).

O vínculo com os serviços deve ser uma ferramenta que agencia as trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo e o subjetivo, convergindo-os para a realização de atos terapêuticos que dêem resolutividade para os problemas de cada coletivo e de cada indivíduo. Dessa forma, na operacionalização diária e contínua da assistência prestada no CAPS segue-se uma compreensão segundo a qual os mecanismos subjetivos de transversalização das ferramentas relacionais direcionam o cuidado em saúde para uma resolutividade

emanada das evocações reais da subjetividade. Para isso, é necessário atos de escuta e acolhimento, na singularidade e ainda na confiança constituída de cada sentimento, vínculo e compromisso para com o outro (JORGE et al, 2011).

Portanto, a busca inclui as condições de vida, disponibilidade de recursos assistenciais, intermediação de redes de suporte social. Além destas dimensões, o percurso terapêutico transita pela análise das racionalidades subjacentes e das práticas terapêuticas das diferentes formas de cuidado. Isto inclui um olhar para a necessidade de serviços formais e informais, inclusive religiosos, de responsabilizar o indivíduo doente como responsável pela busca do seu tratamento/cura.

### **5.3.3 Fluxos e trajetórias na busca de tratamento**

“O caminho foi com encaminhamento, quando a pessoa precisa, eles ficam mandando pro canto que trata aquilo. Ai me mandaram pro CAPS, mas procurei ajuda em outros lugares também.”  
(Francisca)

Corroborar-se que, assim como propõe Bellato et al (2008), a metodologia de ITs não nos aponta nem apenas para “escolhas” feitas pelas pessoas frente a diversas opções, nem apenas para uma trajetória biográfica que tem o meio cultural como determinante para essa escolha. Os caminhos traçados na busca de cuidado em saúde apontam para fluxos diversos que entrelaçam as experiências vividas, as realidades dos serviços, da rede de serviços, da realidade local, entre outros fatores.

Os ITs de Maria, Helena e Francisca nos apontam para formas mediadas por intersecções de diversas práticas e saberes envolvidos e nos aproximam das estratégias de cuidado tanto de familiares, vizinhos e amigos, quanto da igreja, do CAPS e de demais serviços de saúde do município em vários momentos da trajetória. Da mesma maneira, nos permitem pensar o cotidiano dessas usuárias e suas repercussões na sua vida, de suas famílias, vizinhos e amigos assim como na rotina dos serviços.

Dessa forma, para a compreensão aprofundada da realidade do cotidiano do usuário em busca de resolutividade de seus problemas, o presente estudo vem clarificar e delinear o percurso de usuárias na rede de assistência a saúde mental,

permitindo evidenciar o fluxo contínuo e/ou descontínuo que este percorre na perspectiva do serviço de saúde em rede.

### **5.3.3.1 O caminho percorrido por Maria**

Maria iniciou a busca por tratamento em 2001, quando sentia muita vontade de chorar e pretensão constante de morrer. Sua busca começou em um serviço de acupuntura, a conselho de sua vizinha, pessoa muito presente no seu cotidiano, que percebeu em Maria a necessidade de procurar ajuda.

Então, a vizinha com quem Maria mais tinha afinidade, tinha feito umas sessões de acupuntura para a cefaléia que sentia frequentemente. Assim, como essa prática serviu para os sintomas de sua amiga, Maria foi a este serviço com o objetivo de curar também os seus “sintomas”.

Sabe-se que a acupuntura, ampliou-se com o fomento da Organização Mundial da Saúde (OMS) para sua utilização, como sistema integrativo e complementar aos modelos de saúde vigentes. Essa prática baseia-se na proposta de integralização do cuidado à saúde, não tendo como foco a doença, mas sim as respostas humanas produzidas na relação do ser como meio. Essas respostas são avaliadas por meio da identificação de sinais e sintomas para que, então, se estabeleça um diagnóstico sindrômico (PEREIRA; ALVIM, 2013).

Fez as dez sessões de acupuntura, mas relata que não houve nenhuma melhora, piorando o seu estado, pois aumentava, a cada dia, sua tristeza, apresentando o início das alucinações, com idéias de suicídio mais frequentes.

Aí foi que um dia me levaram pra fazer acupuntura, eu fiz seis, sete, dez sessão de acupuntura, 150 agulha, ai não resolveu e eu tava escutando muitas vozes que me deixavam pior [...] aí o médico disse “olhe, ela tem que ir pra um neurologista que o caso dela num é de doença, do tipo de doença né? O caso dela é depressão, ai foi quando a gente descobriu”.  
(Maria)

Dessa forma, na décima sessão, o profissional orientou a procurar o serviço de psiquiatria que tinha em um centro universitário no município. Antes de procurarem este serviço, Maria teve uma crise e foi levada ao hospital psiquiátrico, ficando internada por 28 dias consecutivos.

Eu fui internada lá por conta a agressividade na minha pessoa, não foi em ninguém, foi comigo mesma, não lembro direito esses dias de crise [...] Ai é muito sofrimento, você vai pra um hospital de louco, ai você fica lá com os doidos agarrando você a força e fica é pior do que tava. Lá a gente não é maltratada pelos enfermeiros, é pelos próprios pacientes. Você toma remédio pra dormir, ai quando amanhece o dia, você ta só de calcinha, aqueles animais levavam a sua roupa, eu sofri, eu, ai quando me botaram pra cá eu melhorei (Maria)

O surgimento dos serviços substitutivos facilitou e auxiliou no processo de desinstitucionalização de pessoas, as quais eram submetidas à longos períodos de internações psiquiátricas. Mas é preciso destacar que a internação hospitalar em alguns casos é necessária, o que mudou, é que hoje se expandiram as possibilidades de a maioria dos usuários seguirem seu tratamento sem estar internados o que compreende formas de manter os sujeitos socializados (PITTA, 2011). Assim aconteceu com Maria, o qual passou alguns dias internada e, depois recebeu alta para iniciar o acompanhamento sem excluir o convívio social.

Durante as entrevistas ficou muito evidente o receio de Maria quanto a internação psiquiátrica. Talvez esse dado seja um reflexo da marginalização e exclusão dessas pessoas da sociedade. Já em estudo realizado por Camargo e Oliveira (2009) verificou-se que a maioria dos entrevistados relatou a internação com sentimentos negativos, e um deles afirmou que não queria passar novamente por aquela experiência. No entanto, também admitiram a importância da internação e valorizaram alguns de seus aspectos, como os cuidados recebidos e o tempo para reflexão. Ao reconhecerem os benefícios de ficarem internados, alguns relataram que se sentiam mais fortalecidos e seguros para dar continuidade à vida do lado de fora da enfermaria.

Em seus relatos, a usuária expressa muito sofrimento nos momentos de internação psiquiátrica, embora não recorde muitos momentos. Ao receber alta no hospital psiquiátrico, Maria e sua mãe procuraram o serviço universitário em busca de acompanhamento.

Eu comecei indo me tratar lá na faculdade, lá eu tinha consulta com os médicos lá e recebia minha receita pra tomar os remédios em casa. Mesmo fazendo o tratamento lá na faculdade eu não melhorava, não me sentia bem, as vezes eu chorava pra minha mãe não me levar pra lá, lá eu só fazia consulta, remédio” (Maria)

Percebe-se, nesse período, o foco na doença e na medicalização como dispositivo de cura. No entanto, Maria aos poucos foi abandonando o tratamento, não queria mais ir ao serviço e não queria tomar a medicação, passando a freqüentar a igreja diariamente em busca de cura.

São inúmeras pesquisas que tem se referenciado a temas relativos à religião, ao apoio social e ao cuidado integral à pessoa, em que novos recursos vêm sendo acessados como forma de buscar e garantir o cuidado, em especial revela-se a igreja enquanto apoiadora e formadora de uma rede social que atribui esperança e renova a fé (VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2005).

Em 2004, sua mãe, principal cuidadora, fez retomar o seu acompanhamento, retornando ao serviço universitário, quando o médico decidiu lhe encaminhar ao CAPS Geral que tinha próximo a sua residência.

Aí o médico falou assim “olhe ta com três anos que você ta aqui e agora tem o caps perto da sua casa e eu vou lhe transferir pra lá”, ai me deram um papel pra eu vim marcar a primeira consulta aqui [...] Faz muito tempo, foi em 2004 e de lá pra cá eu já me internei duas vezes, assim, vou passo dois dias e minha família vai buscar porque você sabe que hospital é sofrimento. (Maria)

Assim, iniciou seu tratamento no CAPS e, no mesmo período teve uma nova crise. Foi ao hospital psiquiátrico duas vezes, não sendo internada por ordem familiar, relata que tomava a medicação intramuscular e voltava para sua casa, ficando impregnada por alguns dias.

Eu fui duas vezes no hospital, mas não deixaram eu ficar porque não queriam que eu sofresse lá de novo, ai uma vez eu fiquei o dia todo lá e outra vez eu tomei medicação e voltei pra casa [...] mas eu ficava sem conhecer ninguém, é horrível, passava dois ou três dias assim, sem saber quem eu era, impregnada (Maria).

As tentativas de suicídio foram sempre presentes neste percurso de Maria. Mas a última tentativa foi com a ingestão de todos os comprimidos que tinha em casa. Desta vez, Maria correu risco de vida, sendo levada a emergência de um hospital terciário do município.

Eu fui levadas as pressas pra assistência pra tomar duas lavagens, que tinha tomado um monte de remédio, dessa vez eu quase morria mesmo [...] Só lembro da minha mãe chorando e dizendo “uma vez ela vai conseguir”. (Maria)

A partir daí, o CAPS modificou a estratégia de cuidado dessa usuária. Foi quando Maria passou a ser uma usuária monitorizada. Assim, Maria é uma usuária que vai diariamente ao serviço tomar medicação supervisionada no ambulatório de enfermagem. Deve ir acompanhada de uma familiar e/ou cuidados, pelo menos em um dos turnos, para que a medicação do período da noite seja levada para casa.

Foi por essas besteira que eu fiz que eu sou monitorada aqui, pra não ter esse perigo porque aqui e acolá eu tenho esses pensamentos, num vou mentir pra você que eu ainda tenho esses pensamentos sempre, mas tento me controlar. (Maria)

Desde então, Maria não teve mais nenhum contato com as medicações prescritas em casa para prevenir novas tentativas de suicídio. A família e a vizinha mais próxima ficam vigiando diariamente, embora incomode, foi algo acordado como parte do cuidado a esta usuária.

É muito ruim a pessoa ser vigiada direto, não poder fazer as coisas sozinha, não poder ficar em casa sem ninguém, passear [...] sempre tem alguém comigo, olhando o que eu to fazendo, isso tira a privacidade e é ruim (Maria).

Além dos serviços formais de saúde, buscou apoio na igreja próximo à sua residência, onde frequenta até hoje, aparecendo como serviço de ajuda ao tratamento. Dificilmente frequenta outros lugares devido ao cuidado que a família tem de deixá-la sozinha.

A ESF aparece como um serviço que apresenta vínculo com a família de Maria. Todos utilizam esse serviço, o ACS é sempre presente na sua vizinhança e os problemas de saúde da família são resolvidos neste serviço.

Eu tenho um agente de saúde, sempre passa na minha casa e sempre que preciso ele ta a disposição [...] Tudo de doença a gente resolve lá no posto, mas as minhas receitas é tudo no CAPS, só vou pra lá quando fico doente mesmo de alguma coisa. (Maria)

Faz acompanhamento no CAPS há 12 anos e associa a sua melhora ao tratamento oferecido no CAPS. Hoje, além de ser usuária de medicalização monitorada, tem consultas individuais e grupais. Tem consulta mensal psicólogo e terapeuta ocupacional e a cada dois meses com o psiquiatra. Faz uso de



### 5.3.3.2 O caminho percorrido por Helena

Helena apresentava agressividade excessiva diariamente, iniciou a busca por tratamento em 2011, quando sentiu que a sua agressão estava prejudicando o seu convívio social e familiar.

Faz uns 5 anos que to aqui já. Busquei ajuda quando percebi que estava muito nervosa, me irritava fácil, batia nos meus filhos brigava com meu marido, ai eu não tava mais aguentando essa situação em casa, meus filhos evitavam até de olhar pra mim (Helena).

O primeiro lugar que procurou ajuda foi na igreja, o serviço que Helena mais frequentava na época. É evangélica e, em seu discurso, a religião revela-se como principal fonte de apoio. No entanto, com o tempo, sentiu necessidade de buscar, também, um serviço de saúde como fonte de tratamento.

Deus me ajudou muito na minha luta com essa doença. Eu ia pra igreja todo dia e lá eu me sentia super bem. Pedi muito a Deus que me ajudasse a encontrar o melhor caminho para a cura [...] mas precisei procurar algum lugar da saúde que me ajudasse também (Helena).

Então, decidi procurar a atenção básica com queixas de agressividade intensa. Foi várias vezes pedir ajuda aos profissionais do serviço, mas não encontrou resolubilidade em algumas idas à UAP próximo a sua residência, pois os profissionais sempre diziam que ela não tinha nenhum problema.

Eu chegava pros médicos e falava que eu torturava minha filha com ferro elétrico, dava nela, meu menino que hoje tem 18 anos, já quebrei um prato de comida na cabeça dele. Sou muito nervosa, se eu tivesse batendo em um filho meu e não chegasse alguém pra tirar, eu matava. Eu chegava no posto, conversava com os médicos, os médicos diziam que não era nada e nessa história eu fui muitas vezes lá (Helena).

Em pesquisa realizada por Silva *et al* (2016), com profissionais da UAP, verificou-se que embora a maioria dos trabalhadores já tenha participado de algum curso de qualificação/capacitação profissional em saúde mental, eles relataram não possuir preparo suficiente para lidar com a demanda de saúde mental. Nas falas dos profissionais convergiram para a falta de qualificação/capacitação dos trabalhadores em lidar com o sofrimento mental, emergindo os seguintes elementos: o medo em conviver/lidar com o público em sofrimento mental e a confissão da incapacidade de

implementar ações voltadas à promoção da saúde mental da população, que resultaram na dificuldade em gerar novas ações para os usuários da ESF acerca da promoção à saúde mental e prevenção de agravos.

A capacitação permanente dos profissionais da atenção primária para lidar com os usuários em adoecimento mental constituem o ponto de partida para reinvenção da prática em saúde mental, do exercício profissional, a partir de uma nova abordagem do processo saúde-doença, tornando-a parceira no acompanhamento desses usuários e na construção de redes de apoio e integração (OLIVEIRA *et al*, 2009).

Após algum tempo de busca em tratamento, foi à UAP fazer a avaliação do bolsa família dos netos, quando uma profissional de saúde deste serviço viu sua agressividade com os meninos e perguntou o que estava havendo, Helena logo explicou a sua queixa e, a mesma procurou a resolução do caso.

Ai uma vez eu fui pro posto pesar os meninos, ai a mulher que trabalha lá viu lá eu agressiva com os meninos, perguntou o que era aquilo e eu disse que estava assim, que não conseguia me controlar, que tinha vontade de matar as vezes, ai ela foi e marcou um atendimento com os médicos daqui (Helena)

Relatou que, poucos dias depois, fizeram o matriciamento sobre o seu caso, que até lhe deixou constrangida por ter tantas pessoas falando sobre a sua vida e, desde então os profissionais do CAPS lhe encaminharam para iniciar acompanhamento neste serviço.

Foi pro posto e se reuniram tudinho para falar sobre meu caso, morri de vergonha porque era a minha vida que eles tavam conversando, minhas coisas particulares, mas foi bom porque consegui o tratamento aqui [...] no mesmo comecei a tomar os remédios e ai com dois dias vim pra cá. Ai contei tudo de novo aqui, meu Deus do céu, tudo de novo. (Helena)

Como se evidenciou na pesquisa realizada por Vasconcelos *et al* (2012), a estratégia do Apoio Matricial (AM) promove o encontro de vários saberes em busca de práticas inovadoras. O encontro entre as equipes da ESF e do CAPS, entre profissionais e usuários, se suscitam tensões, possibilidades e caminhos, por meio do trabalho dialógico, desconstruindo a lógica do trabalho centrado no procedimento; da prática específica de cada profissional, individual e centrada na doença. Sobre essa temática, destaca-se o discurso do sujeito que problematiza a ampliação da sua atuação a partir do trabalho coletivo, em que há uma horizontalização das

perspectivas na construção do projeto terapêutico do usuário, indo além do foco específico do saber e das práticas de cada categoria profissional.

Assim, a proposta do AM diverge das práticas centralizadoras, que enrijecem o trabalho dos profissionais da saúde, indo além de ações orientadas a partir de protocolos e procedimentos cada vez mais especializados, e que afastam o agir em saúde da sua finalidade maior: a produção do cuidado. Ao sugerir práticas em saúde interligadas, que estejam em interação no dia a dia do serviço, quer na conexão dos vários saberes, quer nos níveis de complexidade do sistema de saúde, favorece a corresponsabilização entre os profissionais e resolubilidade na assistência (VASCONCELOS *et al*, 2012).

Nunca necessitou de atendimento em hospital psiquiátrico e, em sua fala a internação remete algo que acarreta sofrimento e dor devido à exclusão social e maus-tratos nesse serviço.

Não, graças a Deus. Nunca foi em nenhum hospital psiquiátrico. Deus me defenda, o pessoal fala que sofre muito lá dentro, que tem perigo de ser estuprada, que fica presa, eu mesma prefiro tá aqui na liberdade mesmo. (Helena)

Em pesquisa realizada por Camargo; Oliveira (2009) verificou-se o sentimento de satisfação em relação à internação e aos cuidados prestados em hospitais psiquiátricos, além de o benefício de estar internado proporcionar momentos de reflexão. No entanto, durante as entrevistas, ficou, também, muito evidente o receio dos entrevistados. Talvez esse dado seja um reflexo da marginalização e exclusão das pessoas em adoecimento mental da sociedade.

Faz tratamento no CAPS desde 2011, tem atendimento individual com psiquiatra a cada três meses, com psicólogo e terapeuta ocupacional semanalmente, embora tenha contato com essas profissionais semanalmente no grupo terapêutico do qual faz parte. Relata melhora da agressividade e melhorando o seu convívio familiar.

Ah eu sei que aqui no CAPS é minha casa, eu estando aqui, eu to no céu. Gosto, o lugar que eu gosto de vim é pra cá, porque aqui é um silêncio, me passa tranquilidade [...] meu filho até diz que não sou mais agressiva como era antes, que não sou mais a Helena de antigamente. (Helena).

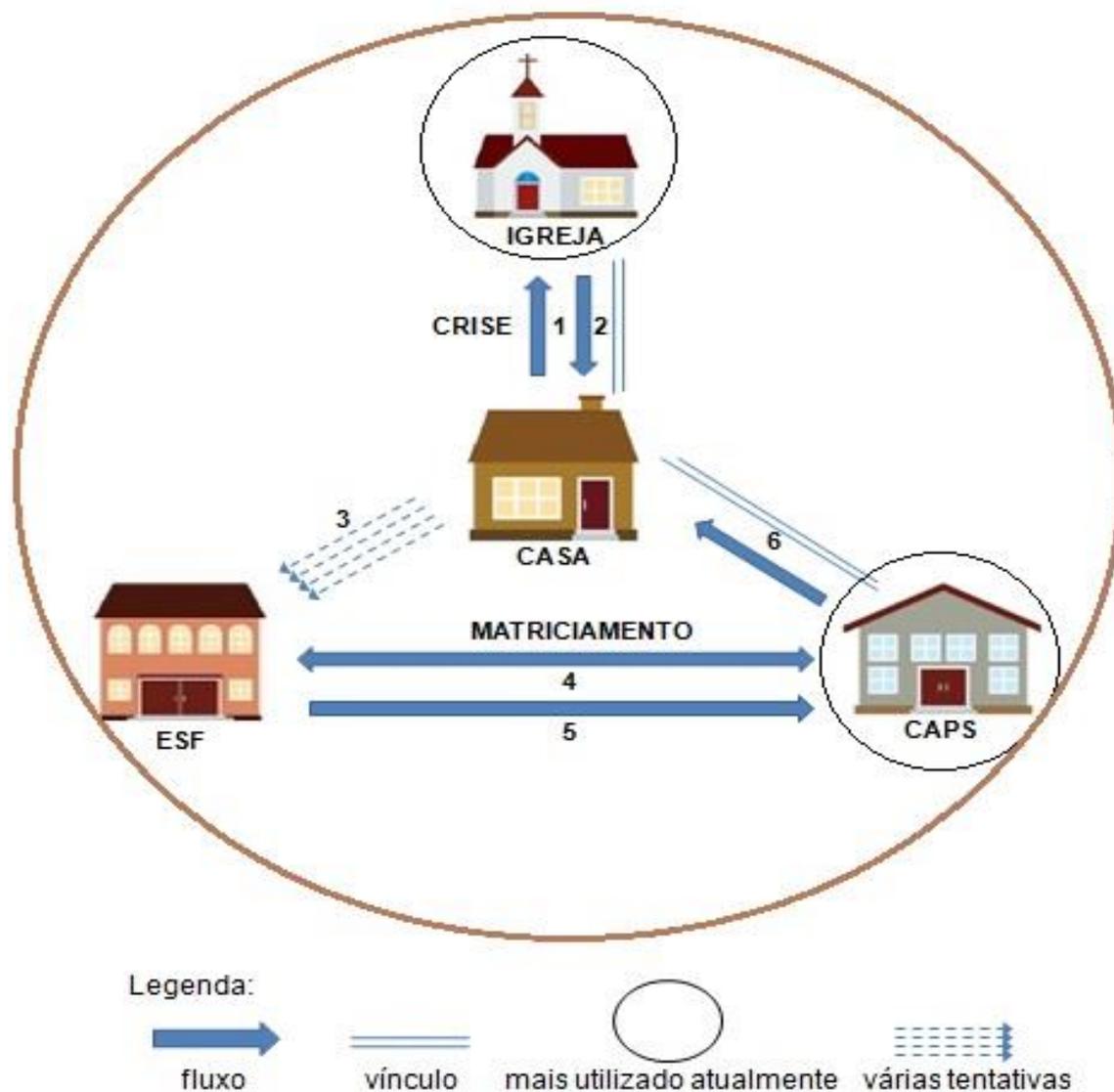
Helena relata a dificuldade de resolubilidade na ESF, o qual falta profissional de saúde suficiente para suprir a demanda da população, além da

demora para conseguir a consulta médica prejudicando o acompanhamento neste serviço. Além disso, relatou a falta de ACS na sua vizinhança.

Lá é difícil arranjar medico, lá as consultas são pra daqui 3 meses. Enfermeiro nem sempre tem. Ai a pessoa vai doente e tem que esperar num sei quanto tempo [...] eu tenho diabetes e acabo precisando ir lá, mas eu acho muito difícil ficar fazendo tratamento lá por isso (Helena).

Os principais serviços acessados por Helena, atualmente, são a igreja, embora não tão frequente como antes, pois relata não ir toda semana e o CAPS como principal serviço de saúde para seu acompanhamento.

**Figura 11:** Representação Visual do Itinerário Terapêutico de Helena na busca do tratamento.



### 5.3.3.3 Os caminhos de Francisca

Helena iniciou a busca por tratamento em 2010, após descobrir o câncer no útero, pois não conseguia mais dormir a noite, estava ficando muito agressiva com as pessoas que estavam no seu convívio, além de ter alguns pensamentos suicidas.

Tava difícil de eu me relacionar com as pessoas por conta da agressividade, eu não tinha paciência com ninguém, perdi meu emprego porque briguei com uma cliente e era assim, não conseguia me controlar, além de que não conseguia dormir (Francisca).

A igreja, as orações e a fé da Helena aparecem como algo que dar sustentabilidade e força. Mas, além desta, a informante relata que também frequentava outros lugares na busca de lhe distrair para acalmar-se e melhorar o convívio com as pessoas.

Eu sempre frequentei a igreja, Deus me dar força, mas na época procurei outros lugares também, eu ia na praia, no shopping, procurei a melhora em muitos locais (Francisca).

Revela, na sua narrativa, a necessidade de busca por tratamento, na rede de serviços de saúde do SUS, como o CAPS e serviços especializados em doenças oncológicas.

Mas eu precisava de consulta também, de remédio, de apoio de profissionais da saúde, busquei isso desde o começo, quando descobri o câncer de útero e procurei mais ainda quando descobri a depressão (Francisca).

Narra a dificuldade de viver sem a assistência familiar, pois esta é pouco acessada na busca de cuidados, apesar de todos morarem próximos, afirma que não pode contar com ninguém no acompanhamento aos serviços. No apoio ao enfrentamento à doença e na busca por tratamento é imprescindível o apoio familiar à pessoa em adoecimento mental. É necessário adaptar a doença à vida cotidiana, utilizando recursos adaptativos, como identificar um cuidador, lidar com os encargos objetivos e subjetivos de ter um membro acometido por um transtorno mental, o estigma e os sentimentos decorrentes (NAVARINI; HIRDES, 2008).

Foi encaminhada do serviço especializado em oncologia, do qual fazia tratamento do câncer de colo de útero, para o CAPS, pois tinha dificuldade de dormir e a agressividade com as pessoas do seu convívio.

Depois do problema que eu tive de útero, eu fiquei sendo acompanhada pela santa casa, aí eu não dormia. Eu passei três anos sem dormir. Eu não tinha sono, eu não conseguia dormir, dia e noite. Não sentia sono. Ai foi quando a médica só passando medicamento manipulado e eu não conseguia dormir. Ai foi um dia que eu fui no consultório dela e pedi a ela que passasse um remédio que fizesse efeito e que eu dormisse por que eu não tava dormindo e tava agressiva com todo mundo ao meu redor. Ai ela disse que não tinha condição de resolver meu problema e ia encaminhar pro psiquiatra (Francisca).

Como visto no discurso, a paciente recebeu encaminhamento para o Centro de Atenção Psicossocial da Regional IV – SER IV. Percebe-se então, a flexibilidade da rede, visto que houve um vínculo entre um ponto da rede de saúde especializada com o Caps. Tal perspectiva corrobora com Franco (2012) em confirmar que se postula no cenário atual a não hierarquização entre os níveis de atenção, à medida que não há apenas o caminho crescente ou decrescente na respectiva ordem – rede básica, secundária e terciária.

Lembra de muita demora na espera para a primeira consulta. Narra que, nesse período da espera por atendimento médico, teve uma crise com tentativa de suicídio e, sua irmã, ao procurar ajuda no CAPS, foi encaminhada para o hospital psiquiátrico e, após sua alta hospitalar, conseguiu o acompanhamento com mais rapidez e agilidade.

Primeiro eu surtei em casa. Já tava com encaminhamento, mas só que eu estava na fila de espera pra primeira consulta no caps. Aí eu surtei em casa, tentei me matar, tentei matar minhas netas e minha filha, enchi a casa de água e quebrei tudo. Ai foi quando me trouxeram direto pra cá. Eu já tinha cadastro aqui, só esperando a vaga, aí me encaminharam pro hospital mental, pra internação. Ai no outro dia que eu sai de lá, eu tinha que ir no CAPS pra passar pela psicóloga, pelo medico psiquiatra e aí desde esse dia em diante começou meu tratamento (Francisca).

Helena mostra-se descontente com o atendimento da ESF. Relata discriminação por conta dos profissionais da unidade, que negaram atendimento referindo que ela era usuária do CAPS e teria que se consultar neste serviço. Narra que sempre freqüentava à unidade básica antes de ser usuária do CAPS, mas depois que passou a fazer acompanhamento foi rejeitada pelos profissionais da ESF.

Fui uma vez no posto de saúde e chegando lá eu fui discriminada por que eu era paciente-usuária do caps e disseram que não iriam atender paciente do caps, só que antes de eu ser do caps, eu era paciente do posto. Quando eu era normal, eu digo assim, eles me atendiam como pessoa normal. Mas quando souberam que meu diagnostico era do caps, eles rejeitaram me atender. Não aceitaram mais fazer meu atendimento (Francisca).

Quando a mesma iniciou seu tratamento no CAPS, também tornou-se paciente da ESF da SER IV. Era encaminhada ao posto de saúde em situações em sua maioria de falta de médico ou medicamento no CAPS. Conta então, que por várias vezes seu acesso a ESF foi barrado e a mesma não se sentiu acolhida. A equipe de saúde da família alegava que não podiam receber pacientes que são do CAPS. Então, o caminho que a paciente encontrava para continuar seu tratamento era ir em busca de remédio na Farmácia Popular, logo sendo desassistida pelo posto de saúde, tendo seu direito de consulta e recebimento de medicação gratuito negados. A sensação era de discriminação pelo CSF e foi tentar reivindicar seus direitos, indo à busca do Conselho de Saúde e da Célula de Saúde Mental. Segue narrativa acerca desse assunto:

Não aceitaram mais fazer meu atendimento. Eu levei cópia do meu prontuário daqui, levei o encaminhamento da coordenadora daqui, por que aqui tava sem medico, eu queria pelo menos a receita do meu medicamento. Mas não adiantou nada. Aí eu procurei a regional, procurei a regional IV, procurei a célula de saúde mental, procurei a coordenadora de saúde mental, para fazer a queixa em relação a isso (Francisca).

Percebe-se a postura ativa e o protagonismo da usuária em busca de reivindicar seus direitos em ser atendida pelas equipes de saúde da família. Tal característica é fundamental para a efetividade das ações em saúde, que preconiza o empoderamento popular na administração e na gestão do SUS, mediante os Conselhos de Saúde. Acerca dessa temática, segue a narrativa:

A importância do conselho é que ele sai em busca de melhorias, a gente vai até aos vereadores, ou procura os direitos humanos, a gente vai pra audiência publica, a gente expõe os problemas que acontecem aqui. Então a gente corre atrás. Agora se não é feito nada aí já não é culpa da gente, é culpa dos gestores, por que tudo não depende só da gente (Francisca).

Destaca-se, como potencialidade, a importância do próprio usuário de saúde se colocar enquanto protagonista do cuidado e militante pelos seus direitos à

cidadania. Foi visto que mesmo que tenham seus direitos negados por algumas instâncias sociais, diante desse caso, de que esta postura desresponsabilizada de alguns atores e instâncias de saúde não são naturalizadas, na perspectiva do usuário, e, sim, passíveis de mudança.

Além desses caminhos percorridos, diante da falta de médicos no serviço de saúde mental, a paciente foi à busca de atendimento psiquiátrico em seu plano de saúde privado, porém não foi bem atendida. É colocado com ênfase que o psiquiatra não perguntou sobre sua história de vida, nem sua trajetória de cuidado. Dessa forma, mesmo o médico tendo passado medicação, a usuária preferiu não arriscar e continuar esperando atendimento pela RASM e pelo SUS. Conta sobre sua experiência,

Depois que eu fui a esse psiquiatra, eu vi que por mais que o caps esteja sem médico, eu não troco nenhum atendimento do caps pelo que eu posso ter pelo plano de saúde. No plano de saúde o médico mal houve e já vai prescrevendo e é só isso. Eles são arrogantes, não respeitam a gente, os nossos problemas. Acho até que eles banalizam nossa situação de doença. (Francisca).

Pode-se apreender que o ponto de cuidado central é o CAPS e os outros pontos citados, oferecem apoio, por vezes, limitado, fragilizado e descriminalizador. Sobre o serviço em rede, a usuária demonstra concordar com o ideal de atendimento que deveria ser prestado, contudo sente-se indignada com a operacionalização das práticas, distantes das preconizações políticas,

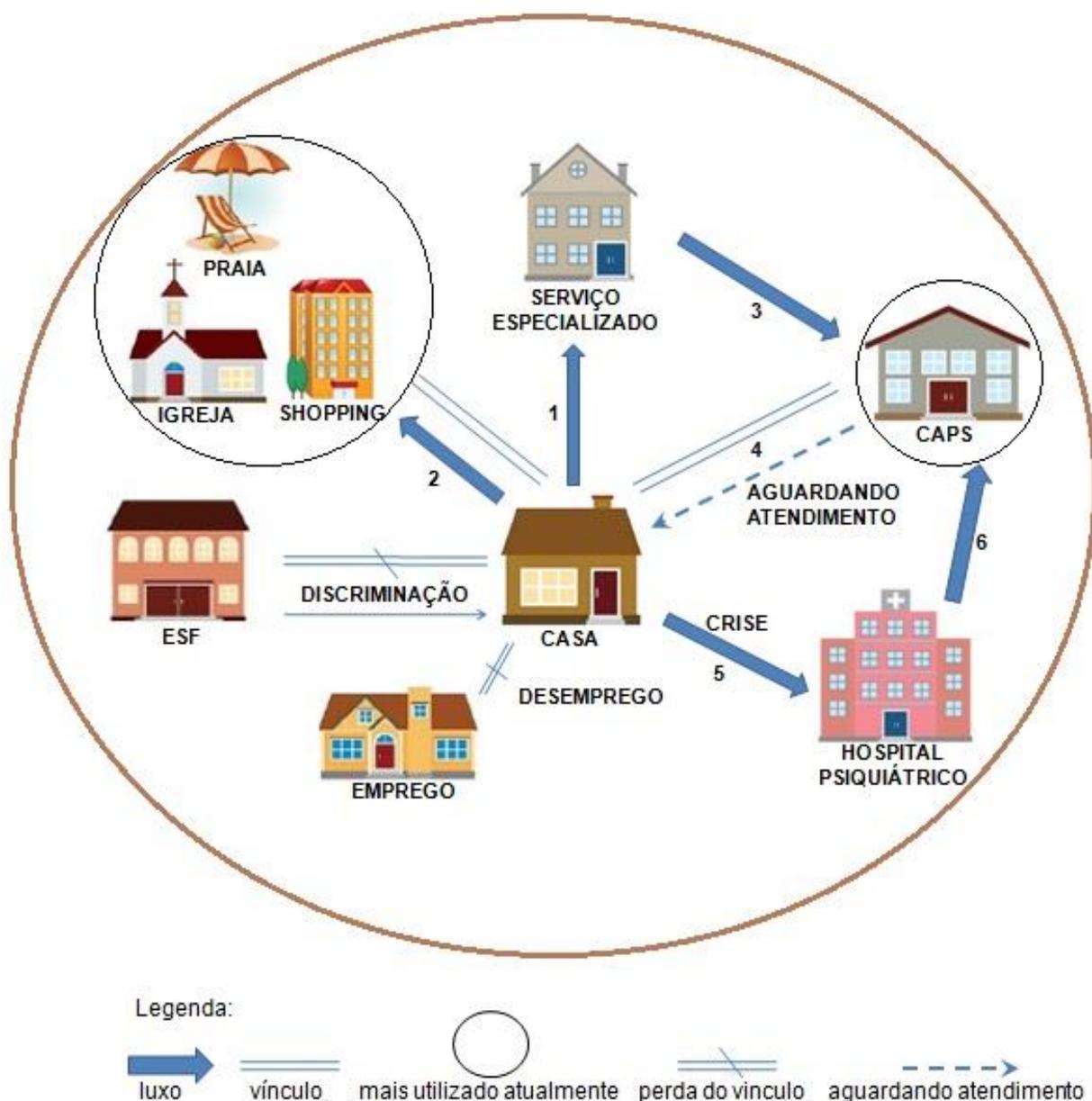
Eu acho que hoje em dia todo mundo sabe que a saúde mental mudou, não devemos mais ser tratados como animais que precisam ficar presos. Até a televisão faz seu papel de conscientizar a sociedade, colocando pessoas com problemas mentais nas novelas, mostrando a realidade. Mas os próprios profissionais de saúde ainda não nos reconhecem como cidadãos. Querem que a nossa vida inteira seja resolvida com Caps ou com medicação. E não é pra ser assim (Francisca).

É consubstancial afirmar, então, que o CAPS é apenas um dos pontos estratégicos na perspectiva do serviço de saúde em rede. Logo é precípuo articulações entre a rede básica, secundária e terciária de saúde, assim bem como à comunidade, respeitando a lógica da intersectorialidade. É preciso ressaltar que se o CAPS se responsabilizar sozinho pelo cuidado à saúde mental, os serviços substitutivos proposto pela Reforma Psiquiátrica podem deixar de ser territórios a privilegiar vínculos terapêuticos de emancipação e participação social, o que é

preconizado na política, para serem mantenedores de práticas de sujeição, alienação e dependência, práticas conhecidas do modelo manicomial.

Faz acompanhamento no CAPS há 5 anos. É bem acolhida no serviço e narra sentir-se tão bem quanto na sua residência. Tem consultas individuais a cada dois meses com psiquiatra, e mensalmente com a psicóloga e a terapeuta ocupacional. Faz parte do grupo de Treinamento funcional e do Grupo de Terapia semanalmente. Além disso, demonstra imprescindibilidade quanto à medicação. Os serviços mais acessados atualmente são a igreja e os espaços de lazer e o CAPS como principais fontes de busca por tratamento.

**Figura 12:** Representação Visual do Itinerário Terapêutico de Francisca na busca do tratamento.



#### 5.3.3.4 Os fluxos da Rede Psicossocial

Os serviços de saúde mental estão inseridos na lógica organizacional e operacional da atenção à saúde em rede. Com a análise das narrativas, se faz possível discutir e problematizar a articulação entre as políticas, os saberes e as práticas que fomentam a construção da Rede de Assistência à Saúde Mental (RASM).

Na perspectiva dos profissionais de saúde entrevistados, no que concerne à dimensão dos saberes, compreensões e representações do serviço de saúde em rede tem-se que:

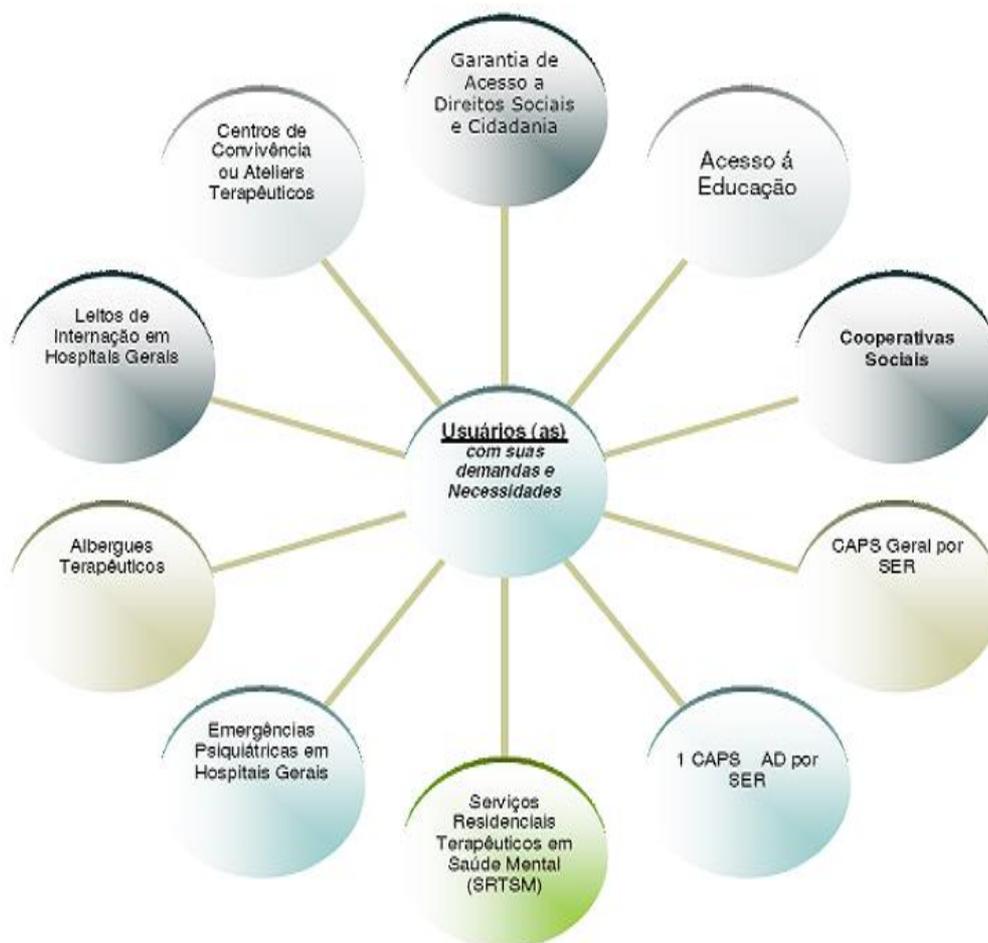
Rede é uma ligação, é fazer elos com pessoas e serviços que mais se aproximem, se ligam para responder as demandas daquele usuário ou familiar, onde cada serviço e profissional vai desenvolver ações para prestar o cuidado integral (Profissional do Serviço).

Rede de saúde é uma organização que pode ser feita tanto por profissionais, como por coordenadores ou pelos próprios usuários [...] É também um intercâmbio entre os setores como Atenção Básica, CAPS, CRAS, CREAS para encaminhar. (Profissional do Serviço).

De acordo com a política, o cenário de produção do cuidado em saúde mental, após a Reforma Psiquiátrica, emerge enquanto modelo substitutivo ao Hospital Psiquiátrico, a Rede Assistencial de Saúde Mental. A RASM é caracterizada como uma rede psicossocial que busca oferecer atendimento integral, realizando ações e desenvolvendo estratégias que possibilitem uma verdadeira articulação entre usuário, serviços de saúde e sociedade, garantindo não somente o acesso formal a rede de saúde, mas também buscando estratégia para a melhoria do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Preocupa-se, portanto, com o sujeito em sua integralidade, singularidade, história, cultura e vida cotidiana (BRASIL, 2012).

A RASM eleva o usuário enquanto delineador das práticas em saúde. Logo, é mediante às necessidades de saúde vividas pelos usuários que a rede deve se articular para oferecer cuidados resolutivos, assim como ilustra a figura 13:

**Figura 13:** Rede de Proteção Social e de Assistência à Saúde Mental de Fortaleza.



**Fonte:** SMS/Rede Assistencial de Saúde.

Na prática, o funcionamento das redes requer diálogo, comunicação, movimento e a mobilização tanto dos atores em saúde como dos setores sociais em se articularem para garantir a resolutividade da atenção.

“É humanamente impossível um serviço dar conta de todos os problemas dos usuários da rede, tem que existir uma ligação com outros serviços, até porque a nossa demanda aqui é muito grande e temos dificuldade de prestar um cuidado integral (Profissional de Saúde).

Sendo assim, cada serviço, com seus componentes tecnológicos de saúde que são irredutivelmente singulares – ou seja, cada um tem suas funções específicas – porém não são isolados, pelo contrário, são interdependentes, pois

precisam se comunicar para a construção da produção do cuidado em sua integralidade.

[...] A função do CAPS é a função de tratar pacientes com transtornos de moderados à graves. E aquele sujeito que não tem um transtorno sério, como e onde vai ser tratado? Vai esperar ficar sério, pra depois ir para o CAPS? Então, a primeira coisa que a gente tem tentado fazer é vincular com o posto de saúde porque é lá que a gente vai tentar ajudar no tratamento desse sujeito que ainda está apontando alguma sintomatologia mais leve. Mas para isso é preciso uma disposição em duplo sentido: entre os profissionais do CAPS e os profissionais da ESF e do usuário de percorrer esses serviços (Profissional de Saúde).

Considera-se, então, que cada ponto da rede, enquanto serviço de saúde se responsabiliza por um perfil de usuários, comprometendo-se na busca pela melhor resolutividade de suas demandas em saúde. O compromisso não se restringe a atender bem apenas no próprio setor. Se caso o serviço não tem as tecnologias de saúde necessárias à resolutividade da atenção ao usuário, ou o usuário não corresponde ao perfil necessário para iniciar acompanhamento em tal serviço, é cabível à articulação com outros pontos da rede, e até mesmo, com outros setores da sociedade, atingindo a máxima da intersetorialidade e da alta conectividade dos serviços em rede.

Contudo, essa caminhada entre os diversos pontos da rede é atravessada por desafios para conseguir resolutividade das necessidades em saúde. O relato da usuária expressa a dificuldade de manter um fluxo contínuo na rede e de forma resolutiva, tendo este que ficar indo e voltando entre serviços em busca de cuidado

A gente fica pra lá e pra cá, pra lá e pra cá. A gente cansa, se desgasta, por que precisamos de assistência e, varias vezes, ficamos desassistidos, sem conseguir consulta médica, sem conseguir as receitas [...] a gente sai de casa, passa muito tempo esperando atendimento e quando chega a pessoa diz que meu problema não resolve ali, é difícil (Francisca).

Percebe-se, então o desgaste que se reverbera no usuário diante das dificuldades de conectividade com os pontos da rede. Com a análise da visão dos usuários acerca da rede de saúde mental, verifica-se que estes percebem uma comunicação fragilizada entre os serviços de saúde, principalmente entre CAPS e ESF, apontando como máxima da problemática a dificuldade em serem acolhidos e terem seus problemas resolvidos em todos os setores de saúde e outros da sociedade.

Acerca dessa problemática os profissionais referem a dificuldade do usuário caminhar nas redes de cuidado, devido ao fato ainda da relação sociedade e saúde mental atravessar uma situação de vulnerabilidade. Ainda é um desafio os serviços de saúde e dos setores da sociedade reconhecerem que não é por que a pessoa faz uso dos serviços de saúde mental que ela não precisa de mais nenhum outros pontos da rede – vale lembrar que era assim como acontecia em instituições totais no modelo manicomial psiquiátrico. É visto nos relatos:

Muitas vezes, um dos nossos pacientes leva uma queda e quebra o braço, por exemplo, e vai para onde? Para o Frotinha, porque quebrou o braço, e quando chega lá, na entrada dizem “não, não é aqui não, é no Hospital Mental”, mas o cara não tá com problema na cabeça, ele tá resolvido. Será que é tão difícil perceber o óbvio? Acho que é porque essa turma não consegue ver o sujeito para além do seu transtorno mental. Isso é sempre comum nas queixas dos usuários (Profissional de Saúde).

Compreende-se que, ainda, há a necessidade de se levar em pauta de discussão a não dicotomização “corpo-mente”. É preciso frisar que existe um sujeito com história de vida, que caminha pela sociedade – educação, trabalho, saúde, comunidade - e que não sofre apenas de problemas mentais. No modelo manicomial tentavam-se resolver todos os problemas do sujeito dentro de instituições fechadas, tendo os pacientes suas vidas tuteladas. Hoje, preconiza-se perante a lei, que esse sujeito precisa ter seus direitos garantidos em lócus na sociedade, assim como todos os outros cidadãos. A indignação acerca desse assunto também é percebida na fala de Maria e Francisca.

As pessoas não entendem que antes de eu ser vista como uma pessoa que faz tratamento no Caps, eu sou uma pessoa normal. Mas eu tenho problemas de saúde, como todas as outras pessoas, tenho problemas na tireóide, hipertensão. Preciso de atendimento pro corpo todo, não é só para a mente. A gente sofre muito. É muita discriminação (Francisca)

Eu só sou bem cuidada, bem tratada aqui no Caps. Lá no posto as pessoas nem olham na nossa cara, principalmente quando sabem que a gente é da saúde mental. Eu não sei se o problema sou eu ou é por que o povo não gosta do Caps, discrimina, acha que é lugar de doido que nos trata assim (Maria).

As narrativas revelam que na perspectiva da sociedade e dos outros serviços de saúde da rede, eleva-se uma centralização da necessidade do cuidado apenas no Centro de Atenção Psicossocial, como se fosse o único ponto da rede responsável e comprometido com assistência aos pacientes com transtornos

mentais. A situação das práticas atuais divergem no que é preconizado na política, pois de acordo com a lei 10.216/01, afirma-se o compromisso do Estado em desenvolver políticas de saúde mental, assistência e ações de saúde que promovam um cuidado integral que se direcione a um estatuto de cidadania e crescentes graus de autonomia aos portadores de transtornos mental (BRASIL, 2001).

Em consonância com a política, preconiza-se a descentralização dos serviços e das ações em saúde, desenvolvendo a integração de novos serviços e equipamentos, dentre eles o Centro de Saúde da Família (CSF) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Nesse sentido, diferente do que as narrativas da pesquisam revelam, a assistência se constrói mediante um novo arranjo de saberes e práticas, emergindo num cuidado articulado entre os diferentes níveis e setores de atenção.

É válido ressaltar que tanto a ESF – como porta de entrada para o SUS –, como o CAPS – enquanto ordenador das ações de saúde mental, são dois fundamentais eixos norteadores de práticas responsáveis pela promoção da saúde de um determinado território e, embora não sejam os únicos pontos de apoio á saúde mental, é necessária uma articulação entre os serviços a fim de prestar uma assistência integral de pessoas com transtornos mentais (DELFINI et al, 2009).

#### **5.3.4 Práticas de cuidado acessadas pelos usuários na busca de tratamento**

“Depois que eu comecei o tratamento eu melhorei muito, os profissionais me oferecem consultas, participar de grupos, passeios e tudo que eu preciso eu tenho.” (Francisca)

O ponto de partida para a análise da produção do cuidado em saúde mental esteve sensível aos movimentos, diálogos e conflitos que os usuários dos Serviços de Saúde Mental, participantes da pesquisa, expressam sobre suas trajetórias singulares de vida. Diante das narrativas dos usuários, apreende-se o contexto biopsicossocial que os mesmos estão inseridos.

Neste sentido, observa-se nos discursos uma visão ampliada dos sujeitos, com cenários que se retratam em cotidianos solitários, com vínculos familiares e rede social de apoio fragilizada, além de recursos financeiros limitados. Ao vislumbrar tais

contextos, percebe-se que há vulnerabilidades que precisam ser enxergadas, problematizadas e cuidadas em vários âmbitos da vida dos usuários, pois todas se determinam e são determinadas pelo processo saúde doença – mental. Por isso, o cuidado requer estratégias em saúde que estejam ampliadas à integralidade dos usuários.

Ações para além de atender bem e de aliviar o sofrimento e o sintoma, que estejam articuladas com os outros setores da sociedade para a melhoria de suas condições de vida e de saúde. Isso reflete que a assistência em saúde mental não pode ser centralizada na doença e no sintoma. Percebe-se que as necessidades das usuárias em saúde mental estão irredutivelmente singulares e interdependentes ao seu cotidiano social e econômico.

Tal discussão corrobora com a perspectiva de considerar necessário privilegiar um processo de trabalho que conheça o sujeito que traz consigo além de problemas de saúde, uma história de vida, que são também determinantes do seu processo saúde- doença. Conhecer a história de vida de cada sujeito norteador do processo de cuidado é, acima de tudo, reconhecê-lo em sua totalidade complexa e em sua realidade multideterminada pelos seus contornos sociais que atravessam e são atravessados por suas necessidades em saúde. (CAMPOS 2012; CAMPOS 2003; FRANCO 2007)

Vale ressaltar que conhecer o usuário em sua totalidade em saúde mental não é tarefa fácil, pois os caminhos da saúde ainda são pedregosos e fortemente demarcados pela hegemonia do modelo manicomial, que ao invés de aproximar-se da história do sujeito, respeitando sua subjetividade, reproduz cuidados tecnicistas voltados para procedimentos e cabe ao usuário apenas o papel de alienado mental, reduzindo-o à passividade e inércia frente ao seu tratamento (AMARANTE, 2007).

Diante dessa problemática, os próprios profissionais refletem estratégias mais resolutivas, como vê-se:

É possível contribuir mais com os usuários, com grupos de apoio, de música, de dança, de conversa. Mas para isso é preciso organizar o cronograma [...] A gente poderia fazer atividades culturais, esportivas, para não ficar só em medicação, psicoterapia. O paciente pede mais da gente. (Profissional de Saúde).

Eles adoram quando a gente organiza os grupos, organiza passeios para ir com eles, na verdade a gente entende que eles precisam, embora o tempo

seja curto, nós tentamos organizar essas atividades para melhorar as relações desses usuários (Profissional de Saúde).

Dessa forma, compreende-se, na perspectiva dos profissionais, que para produzir cuidado pautados em serviços de saúde é necessário privilegiar atividades que promovam encontros relacionais e que ofereçam espaço para explorar a multiplicidade do ser em existência emergir.

Como caminho, poderia se pensar em organizar o cronograma do serviço a priorizar não somente os procedimentos e o pronto-atendimento, mas também que coloquem em pauta os encontros entre os atores em saúde, pois é no âmbito das relações entre profissionais e usuários que é possível conhecer o mundo particular de cada sujeito e, por conseguinte, refletir e planejar a resolubilidade para o cuidado.

As experiências apreendidas no cotidiano dos serviços, juntamente com as percepções descritas em diário de campo, revelam o estabelecimento de vínculo relacional como égide máxima na produção do cuidado desses usuários. O desvelar dos discursos remete-se à potência da relação intersubjetiva que se estabelece nos encontros entre atores de saúde.

Eu cheguei aqui muito agressiva aqui no caps, aí encontrei pessoas que me dão atenção, apoio, cuidado. Eles são interessados, escutam meus problemas e me ajudam a suportar as dificuldades do dia a dia. Hoje já melhorei muito, não sou a mesma de antes (Helena).

Aqui no caps eu recebo o que não tenho em nenhum outro canto, eles me escutam, me dão atenção, amor, carinho. Sempre que preciso conversar com algum profissional eu consigo, essas coisas fazem a diferença nos meus dias (Maria).

Eu sou muito sozinha em casa, gosto de vim pra cá porque aqui tem várias companhias, sou bem acolhida por todo mundo daqui, desde o pessoal da limpeza até os médicos, isso fez total diferença no meu tratamento, melhorei depois que iniciei as atividades aqui (Francisca).

Franco (2007) e Ayres (2005) convergem a tais perspectivas à medida que referem que o trabalho em saúde mental é, principalmente, relacional. Além disso, ressaltam que o que acontece no encontro entre trabalhador e usuário atinge a máxima de produção do cuidado, podendo ser potencializador de vida, ou, em contrapartida, alienador e repressor de subjetividade. Tal encontro se estabelece a partir da capacidade do profissional em articular o manejo de instrumentos, de

conhecimentos com as necessidades relacionais com os usuários. Vale ressaltar que as relações são desafiadoras por serem atravessadas por afeto.

O trabalho relacional requer a capacidade de afetar e ser afetado pelo outro. Com a apreensão dos discursos percebe-se que, para os usuários, o afeto representa o interesse do profissional em estreitar laços subjetivos e, só a partir disso, que pode-se perceber as nuances que estão envolvendo o sujeito e seu processo saúde-doença, como vê-se:

O que se torna um abraço? Pra mim é uma coisa que eu nunca tive. Hoje eu to alegre por que eu já recebi dois abraços de duas profissionais. Minha família não me dá carinho, na me dá apoio, não dá nada, não perguntam como eu estou se eu estou bem ou mal. Aqui não, aqui as pessoas perguntam se eu to bem. Pra mim, a pessoa pra ser profissional, psicólogo, terapeuta, tem que ser uma pessoa que se interessa em saber como está seu paciente. Por que, por exemplo, se a pessoa é minha psicóloga, certo? E não pergunta como eu estou, o que eu estou fazendo na minha vida, como ela vai poder me ajudar? (Maria).

Observa-se, então, que é se aproximando do sujeito e conhecendo seus múltiplos contornos que a intersubjetividade entre os atores em saúde podem se desdobrar em ações que se configurem em produção de cuidado. A própria relação pode possibilitar uma esfera de fala e escuta que é, em si, cuidado potencial, como por exemplo:

Quando eu cheguei aqui eu chorava muito, era muita tristeza. Mas minha psicóloga e minhas colegas do grupo foram escutando meus problemas e foram me ajudando. Eu tenho muitos traumas, de abuso na infância, na adolescência. Por exemplo, hoje eu só falo sobre isso aqui com você por que eu já falei muito no início do meu tratamento com minha psicóloga. Eu consegui aliviar a dor, sabe? Eu compartilhei com ela um peso que eu carregava sozinha na minha vida (Helena).

O que eu acho mais importante aqui é que os profissionais escutam a gente, sabe o que estamos passando, a gente conta tudo e essas conversas ajudam a gente, eles dão conselhos eu, por exemplo, to tomando os conselhos do enfermeiro, que ta me ajudando muito (Maria).

Percebe-se, assim, a importância do processo de vinculação para o emergir de possibilidades de melhoria no processo saúde - doença. A confiança construída na relação terapêutica permite que ações efetivas de cuidado possam se estabelecer à medida que só se podem compreender as necessidades do sujeito quando ele se disponibiliza a participar do processo de cuidado, participando, se

corresponsabilizando, falando, escutando, problematizando e refletindo acerca de seu processo saúde – doença juntamente com o profissional e os demais atores em saúde.

A construção de vínculo depende tanto do movimento do usuário, como da equipe de saúde e de sua rede social de apoio. Nesse sentido, compreende-se que vínculo significa relações com linhas de duplo sentido, onde problematiza-se e valoriza-se o outro como sujeito-objeto e não como coisa inerte. Diante dessas perspectivas, ao conceituar vínculo, não deve-se moralizar sua dimensão, havendo padrões de vínculos bons ou maus, e sim, potencializadoras ou alienadoras de responsabilidades e autonomia do processo saúde-doença (CAMPOS, 2003).

Ainda nessa seara, é válido ressaltar que o encontro entre esses diversos atores do cuidado perpassam o campo relacional, interpessoal e intersubjetivo. Neste sentido, Cecílio (2009) salienta que não é fácil estudá-los e analisá-los, pois é um campo marcado por disputas, acordos e contradições, afetos, vínculos e sentimentos. Sendo assim, o estabelecimento de relação entre profissional e usuário, se consegue envolver empatia, aceitação, acolhimento e vínculo corresponsabilizado reúne elementos que propicia uma esfera que potencializa a aproximação entre os sujeitos.

Por outro lado, quando a relação confere uma esfera de conflito e não-aceitação, emerge-se outro contexto atravessado por barreiras, que ao invés de aproximar, afasta, exclui e isola o sujeito e, por vezes, como consequência, prejudica e até interrompe o processo de produção do cuidado, como observa-se nos relatos:

Na farmácia, por exemplo, a pessoa entrega o remédio e nem olha na nossa cara. Muita gente reclama disso lá na coordenação. Tem profissional que tem que entender que não está me fazendo um favor entregando remédio. A gente fica triste, se sente discriminada e não acolhida (Maria).

Tem profissional que é besta, que é chato. Passa por a gente, não dá um bom dia. Ora eu fui lá, passei uma hora e meia esperando ser atendida. Quando entrei no consultório o médico passou 5 minutos comigo. Eu disse: Olhe aqui pra mim, você sabe o que eu tenho? Como é que você troca de remédio sem me perguntar nada? Isso deixa a gente irritada. Profissional nem se preocupa com a gente. Trata a gente mal. Quando sou tratada mal, eu não volto lá não. E se eu puder, ainda denuncio. (Francisca)

No âmbito da saúde mental, o desenvolvimento de uma assistência promotora de qualidade de vida e de saúde, exige uma maior atenção centrada no usuário e em suas necessidades, tendo o processo de trabalho guiado por

tecnologias leve, ou tecnologias relacionais, consideradas aquelas facilitadoras de produção de vínculo, acolhimento, autonomia no cuidado, estabelecidas nos encontros entre os diferentes atores em saúde (JORGE et al, 2011).

Acerca do uso de tecnologias relacionais, os profissionais entrevistados reconhecem a importância do processo de vinculação e acolhimento ao usuário. Foi visível mediante a experiência da pesquisa em campo o engajamento pessoal que a maioria dos profissionais mobilizam para atender bem e oferecerem cuidados resolutivos, mesmo com as dificuldades de baixo recursos humanos e uma alta demanda para ser atendidas. Essa percepção também é relatada pelos profissionais:

A gente sabe da importância do vínculo com o profissional na saúde mental. Não é um trabalho simples, não é só chegar lá, passar um remedinho e vai-te embora. Isso sinceramente não funciona. É só enganação tanto para o profissional como para o paciente. É assim que a gente consegue, ao menos, chegar perto deles e ganhar a confiança (Profissional de Saúde).

Aqui eu tento lembrar o nome de cada paciente, do primeiro que chegou hoje até aquele paciente que há meses não frequenta mais o serviço e quando ele volta, eu tento lembrar. O usuário chega muda: Dra, a senhora ainda lembra de mim? Isso faz com que o paciente reconheça que ele é importante, que é valorizado, que é lembrado (Profissional de Saúde).

As narrativas convergem à perspectiva de que o processo de vinculação favorece tanto o processo de trabalho como o processo de resgate da autonomia dos usuários. No trabalho em saúde, acolhimento e vínculo são decisivos na relação de cuidado entre o trabalhador de saúde mental e o usuário, pois facilitam a construção da autonomia mediante responsabilização compartilhada e pactuada entre os sujeitos envolvidos nesta terapêutica (JORGE et al, 2011).

Em contrapartida, todos os profissionais entrevistados nas duas instâncias de saúde colocam que o campo relacional, atualmente na situação macropolítica e micropolítica da cidade de Fortaleza, encontra-se fragilizado devido à instabilidade de profissionais nos serviços, por conta das seleções públicas que tem duração de 2 anos.

A gente tá hoje aqui por uma seleção pública e a seleção vai acabar, aí vem outro profissional e entra no meu lugar. Eu estou falando isso, mas não é só na minha profissão não, no serviço como um todo essa instabilidade profissional. Aí entra novo profissional e passa novamente por

todo esse ciclo de adaptação, organização. É muito complicado. É desgastante para o serviço, para os usuários. (Profissional de Saúde)

Eu acho que um dos maiores problemas, hoje na rede de saúde de fortaleza é essa instabilidade. Quando eu entrei aqui eu entrei para substituir uma que saiu. Eu acho que essa instabilidade é mais angustiante até mais pro paciente, porque a gente como profissional, tá na área, a gente vai perder o emprego tá, mas a gente se vira, a gente vai atrás de outra coisa. Mas e o paciente, se vira como? Fazer todo o vínculo de novo, começar tudo de novo. Difícil, complicado. Muitos reclamam, alguns abandonam por causa dessa instabilidade. (Profissional de Saúde)

Apreende-se das narrativas as fragilidades da própria dinâmica macropolítica que vem a interferir na micropolítica à medida que politicamente promove a instabilidade de profissionais no serviço que coloca o usuário em situações de difícil resolutividade à medida que o processo de cuidado presume um estabelecimento de vínculo e confiança. Na visão dos usuários a situação que mais afeta e trás prejuízos ao seu processo de tratamento é a instabilidade dos profissionais. Os usuários passam por constantes trocas de receitas de medicação e isso repercute em toda a dinâmica biopsicossocial do usuário, como relatado:

Era tão bom quando era o antigo psiquiatra. Ele conversava com a gente, ouvia nossos problemas e só no fim é que ele passava medicação, não trocava muitas vezes. Mas quando entrou outro medico, ele só muda o medicamento e pronto. Por que cada um médico consulta a gente diferente eu queria que o antigo psiquiatra voltasse pra cá, mas aqui tem o que a prefeitura manda (Helena).

Não tá melhor aqui pela mudança de profissional. O atendimento aqui é bom, a acolhida é boa. Mas a troca de profissional desestabiliza a gente. Um médico passa uma medicação, vem o próximo e troca. Aí o nosso corpo demora a se adaptar, tem alguns que a gente não se adapta aí tem que testar outro. Tem uns que a reação não é boa. Que a gente muda em casa, muda tudo, muda tudo. Os grupos dos profissionais acabam e é muito difícil (Francisca).

Diante dessa problemática, é preciso enfatizar que todas as dimensões do cuidado, seja ela política, profissional, intersetorial ou organizacional, estabelecem-se de forma imanentes entre si e interdependentes, assim como afirma Cecílio (2011). Sendo assim, uma fragilidade em uma dimensão repercute em todas as outras, desestabilizando ou desorganizando o processo de produção do cuidado.

As experiências narradas sugerem que a ação na área de saúde mental, no cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico, vem passando por abalos políticos constantemente e, por conseguinte, vem interferindo no estreitamento de vínculos

entre usuário e serviços de saúde, fragilizando o campo relacional e tornando um desafio a caminhada do usuário na rede de assistência à saúde mental.

O CAPS, como aponta a legislação, é um dos principais pontos da produção do cuidado em saúde mental, sendo considerado o organizador da rede assistencial de saúde mental e, como tal, deve buscar tanto a resolutividade em atendimentos ambulatorial como o estreitamento de laços entre o campo da saúde mental, os serviços de saúde – principalmente com a Estratégia Saúde da Família - e a comunidade, assim como mostra a figura,

Nessa seara, no que concerne às práticas que se estabelecem no cotidiano do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da Regional IV (SER IV), os usuários destacam a importância de cada atividade terapêutica em curso no seu processo saúde – doença mental, sinalizando a psicoterapia individual e a psicoterapia em grupo, as duas principais formas de elaboração e organização de seus elementos subjetivos produzidos em seu dia-a-dia particular, assim como relatam os usuários:

Toda terça-feira tem tanto a terapia de grupo, como a terapia individual. Essas atividades são fixas e ajuda muito a gente. Em grupo a gente ouve os relatos das outras pessoas que estão na mesma situação da gente ou até pior, e as vezes melhor. No grupo eu vejo que não estou sozinha, eu sinto o problema dos outros na pele, né. Cada um conta seu problema e um tenta ajudar o outro, não é somente o profissional que fala. No individual é entre eu e meu terapeuta. É mais íntimo, eu falo coisas que eu ainda não me sinto a vontade de colocar no grupo. No individual eu vejo o meu problema. No grupo eu vejo o meu e o das colegas. (Helena)

Tem terça-feira que eu choro tanto. A gente conta nossa história um pouquinho, para todos no grupo ou no papel. A gente faz mais é conversar mesmo. Mais é conversa, a conversa é o que melhora a gente (Francisca).

As narrativas sugerem que cada atividade tem sua função específica no tratamento, onde cada uma facilita e potencializa processos diferentes, mas que se complementam. No que se refere à terapia individual, aponta-se para uma psicoterapêutica mais longa e gradual, que refere um sigilo e permite o usuário significar e ressignificar momentos de fragilidade que já tenham passado em sua vida. Quanto à terapia de grupo, percebe-se o resgate da fala e da escuta mediante um processo de socialização entre todos do grupo, fazendo com que o partilhar e o compartilhar de situações cotidianas promovam melhorias para a qualidade de vida de cada um participante.

Enquanto fragilidade dos serviços prestados pelo CAPS junto à população, aponta-se para a dificuldade relatada acerca do atendimento psiquiátrico e do uso da medicação, pois, se por um lado, os usuários afirmam a importância da medicação no processo tratamento, mas por outro lado, ter um uso regular e eficaz de psicotrópicos vem sendo dificultado pela ausência de profissionais psiquiátricos que lhe ofereçam uma assistência contínua.

Eu melhorei muito com o medicamento. Como eu fui violentada por muito tempo, os remédios me ajudam a dormir melhor, a não ter tanta tristeza, mas aí quando falta os remédios volta tudo de novo, a agressividade, a tristeza (Helena).

Não tá melhor aqui pela falta do médico. Hoje tem, amanhã pode ser que não tenha. E a gente fica desassistida, mesmo todo mundo sabendo que é importante para nós os remédios e o atendimento psiquiátrico, aí dificulta o tratamento (Francisca).

Em suma, no tocante à égide máxima da assistência, a pesquisa preocupou-se em problematizar como as atividades oferecidas pelo serviço de saúde mental, produzem ou não alcances existenciais, enquanto melhoria para o bem-estar e qualidade de vida dos usuários. Estes colocam evoluções no seu processo saúde doença mental após ter iniciado tratamento no CAPS.

Se não fosse aqui, eu já tinha matado algum filho meu. Eu era muito agressiva. Eu quebrava muito as coisas dentro de casa. Hoje eu tô bem. Hoje eu tomo medicação, falo dos meus problemas, não fico explodindo em casa, brigando e batendo nos meus filhos e netos. Era assim que eu era antes. Hoje eu sou outra pessoa. (Helena)

Eu passo a semana em casa com problemas com filho e marido, aí fico esperando chegar a terça-feira para colocar minhas tristezas no grupo e para as doutoras, elas recebem todo o abacaxi da gente. A gente conta a vida da gente todinha, a semana todinha. O que aconteceu na semana. E aí a gente vai ficando menos angustiada, né. Todo esse acompanhamento mudou minha vida para melhor (Francisca).

Com os conselhos que eu recebo aqui eu estou tentando me podar mais, para cuidar mais de mim, pois eu estava me entregando ao sofrimento e aos maus tratos. Hoje eu sei que tenho que centrar em mim e sou muito mais feliz assim. (Maria)

Sendo assim, pode-se dizer que os usuários, mediante sua inserção e participação nas atividades propostas no CAPS, estão conseguindo organização e

estabilidade, mesmo que lenta e gradual, no que se refere aos problemas e conflitos que estão inseridos em seu cotidiano existencial.

Todas essas atividades se somam em um conjunto de atos assistenciais pensados para resolver os problemas de saúde, constituindo, então o projeto terapêutico singular, ao qual Franco (2003) faz algumas considerações sobre seu conceito, descrevendo que o usuário quando entra no serviço em busca de uma resolução de um determinado problema de saúde, este é inserido no atendimento, passa inicialmente por uma avaliação de risco e após essa definição os profissionais que o atenderam imaginam um conjunto de atos assistenciais que deverão ser encaminhados com o objetivo de resolver seu problema de saúde. Acerca da construção do projeto terapêutico dos usuários tem-se que:

Como eu tenho outros problemas de saúde, os próprios profissionais daqui me auxiliam que eu tenho que me cuidar em tudo. Tenho três hérnias de disco. Não posso operar, por que se não eu não volto a andar. Tenho problemas de tireóides, tenho dois nódulos grandes da tireóide. Aí aqui me sugeriram que eu procurasse acompanhamento para esses problemas também, que eu cuidando disso minha ansiedade melhoraria (Francisca)

No início eu não me sentia a vontade em participar da terapia de grupo, então comecei com terapia individual, participando da terapia de grupo como ouvinte. Depois fui me acostumando com as pessoas do grupo e comecei a participar. Os profissionais sempre ficavam falando comigo, perguntando se eu estava gostando das atividades, hoje percebo que é pra cuidar de tudo, de tudo mesmo (Helena).

O desdobrar das narrativas apontam, dessa forma, para a importância da integralidade no processo de produção do cuidado, onde corpo e mente se integram de forma dinâmica, sendo assim, enfatizado no projeto terapêutico a busca de cuidados para todos os campos fragilizados da vida dos sujeitos, seja físico, psíquicos e/ou sociais.

De acordo com a Portaria nº 336 de 2002, define-se que a função do serviço não está restrita à qualidade do atendimento ambulatorial. É preconizado que o CAPS deve oferecer suporte em saúde mental à atenção básica, manter diálogo com a atenção secundária e terciária quando preciso e territorializar-se ao contexto comunitário do usuário, responsabilizando-se pela organização da demanda e da rede de cuidados. (DELFINI et al, 2009)

Neste sentido, a pesquisa preocupou-se em compreender as interfaces entre o projeto terapêutico singular do usuário e o diálogo com os outros serviços da

rede de saúde, principalmente com a Unidade básica de Saúde, visto que CAPS e ESF compõem os principais dispositivos do cuidado mais próximos dos usuários.

Os profissionais convergem com a perspectiva de que, para a construção do projeto terapêutico singular e a possibilidade de um fluxo contínuo do usuário na rede, é de máxima importância a interconectividade entre as redes de serviços pela via informal, onde os profissionais possam se encontrar e dialogar para acharem melhores soluções para os problemas de saúde dos usuários, tanto no interior do próprio CAPS, como entre os outros serviços da rede. Segue nos relatos:

A gente não faz isso por escrito por que não funciona, mas a gente faz assim “Fulano, dá uma olhadinha nele, eu acho que ele tá precisando de uma coisa assim. Aqui no Caps, a gente conversa sem dificuldade nenhuma, em todos os campos. Em todas as instâncias a gente tem abertura (Profissional de Saúde)

Inclusive a gente tem aquelas fichas de fluxo e contra-fluxo, mas a gente tem encontrado essa facilidade de fazer um encaminhamento para um posto, para um hospital, pra uma atenção mais especializada. Às vezes, é um problema de menopausa, o Hospital da Mulher, e a gente tem encontrado essa abertura entre profissionais e as instâncias. (Profissional de Saúde)

Os profissionais dimensionam a importância dessa intervenção mais elaborada, junto à rede, pois sabe-se que é difícil, ainda, a aceitação de pessoas com transtornos mentais em outros espaços para além do CAPS. É preciso, principalmente nessa seara, a participação dos profissionais dialogando e caminhando junto com o usuário na rede, com o intuito de promover a flexibilização e a aceitação do usuário em toda a rede de cuidados em saúde.

Em complemento a essa questão, tem-se ainda a frágil vinculação entre o CAPS e o Território - distanciando ainda mais família e produção do cuidado -, onde os profissionais se sentem super lotados com atendimentos ambulatoriais, encontrando dificuldades para se inserir no território e a não utilização dos recursos do próprio território enquanto instrumento terapêutico.

Infelizmente a gente tá pecando nisso aqui nesse Caps, a gente estava conversando exatamente sobre isso “Quando é que vai pro território de novo?” “Abrir esse espaço?”, mas hoje a gente está tentando, pelo menos manter os pacientes mais organizados pra eles terem condições de buscarem outras coisas fora desse ambiente aqui. Nós estamos com alta demanda, pouco tempo e poucos profissionais, com mínimas de condições de ir ao território (Profissional de Saúde).

Falar de território, não é apenas falar de seus limites geográficos, assim como afirma os estudos de Lima e Yasui (2013), é falar de um contexto onde desdobram múltiplas possibilidades de vida, mediadas pelo que há de mais próximo dos usuários - trabalho, escola, grupos comunitários - que são multideterminados pela cultura e pelos aspectos sócio-político-econômico que o demarca, em seu tempo e em seu espaço. Dessa forma, entrecruzar as categorias território e saúde, é entender os processos saúde-doença que são irredutivelmente singulares a cada espaço, a cada tempo e a cada lugar que se processa, em cada contexto social específico.

E é no território que há as relações mais próximas do usuário a envolver movimentos, diálogos e conflitos, como consequência da complexidade dos laços sociais e da difícil relação ainda em construção entre sociedade e saúde mental. Em saúde, se estabelece que cada equipe de saúde mental e equipe de saúde da família se torne responsável por uma área adstrita. Isso facilita a construção, ao longo do tempo, de vínculos terapêuticos e de apropriação do território por parte das equipes de saúde. É conhecendo o usuário em sua totalidade – contexto biopsicossocial, que é possível fazer intervenções mais resolutivas.

Sabe-se, mediante a articulação entre políticas e saberes, que as ações em saúde mental na Atenção Básica estão para além de “tapar buracos”, ou prescrever medicações e renovar receitas. De acordo com a política, a expectativa é de que Atenção Básica é concebida como lugar de produção do cuidado mais próximo das condições territoriais do usuário sendo a porta de entrada do usuário na Rede de Saúde e a mesma é responsável por garantir o acesso e o acolhimento de usuários, inclusive de saúde mental, a fim de produzir cuidados voltados para prevenção, promoção de saúde e fazer devidos encaminhamentos para outros setores da rede (Brasil, 2003).

Os usuários confirmam a prática de ida à unidade básica de saúde em busca de medicação, mas relatam não serem acolhidos e respeitados enquanto cidadãos comuns que necessitam de assistência à saúde, como segue:

De três em três meses to la só pra pegar receitas do diabetes. Se não fosse pra pegar medicamento eu nem ia lá. Eu não gosto muito de lá. Mas aí tenho que ir para passar no médico, aí o médico passa outra receita pra controlar a glicemia (Helena).

Lá é diferente, de lá pra cá. Por que lá eu não sei se é por que o pessoal lá não tá há muito tempo. Se lá o povo não entende o que é saúde mental. Lá você não recebe atenção. Tem profissional que não pergunta o que você tem ou do que ta precisando, lá no posto é desse jeito (Francisca).

Na visão dos profissionais da ESF, a produção do cuidado nesse âmbito é difícil por não serem capacitados para atenderem pacientes com transtornos mentais, onde a única responsável em atender tais pacientes é uma profissional com especialização em psiquiatria. Diante desses relatos, questiona-se não somente a capacidade científica/teórica para lidar com a saúde também, mas também e, principalmente, sua capacidade relacional de acolher, vincular e corresponsabilizar-se com os usuários em suas necessidades – pois é visto nos relatos dos usuários a falta de “tato” dos profissionais em atenderem bem. Esta situação sugere que o problema não necessariamente seja a falta de conhecimento científica acerca da saúde mental, e sim, a falta de disponibilidade pessoal de vincular e tratar bem tais usuários.

A pesquisa aponta como égide máxima, a relação fragilizada e conflituosa entre saúde mental e estratégia saúde da família, enfatizando alguns pontos específicos que dificultam o processo de produção do cuidado ser resolutivo nessa seara: a formação profissional que não leva em conta o uso de tecnologias leve-relacionais; falta de capacitação sobre saúde mental e integralidade do cuidado na atenção primária; a não priorização de ações e a não corresponsabilização em saúde mental por profissionais de saúde que não seja a médica com especialização; a dicotomia presente entre corpo – mente. Acredita-se que devem ser levadas em pauta de discussão para políticas públicas de saúde, para que a atenção psicossocial não seja fragmentada, centralizada em poucos profissionais especialistas e restritos aos serviços de saúde mental especializados.

Em um contexto geral, o vínculo com o CAPS aparece como um cuidado corresponsabilizado no processo saúde-doença, com potencial resolubilidade no que concerne aos atendimentos ambulatoriais, conseguindo vincular com o pacientes e com outros pontos da rede de saúde, garantindo uma maior potência ao projeto terapêutico singular e ao processo de produção do cuidado. Contudo, se faz necessário enfatizar que é preciso que se criem alternativas de mudanças de processos de trabalho à operacionalizar-se iminentes ao meio social dos usuários,

podendo assim, desdobrar possibilidades de utilizar recursos do próprio contexto comunitário dos mesmo.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os percursos desta pesquisa incluem histórias de pessoas em adoecimento mental grave e persistente, com internações psiquiátricas, e identificam-se rupturas sociais afetivas, abandono das atividades cotidianas e domésticas, perdas de papéis familiares e sociais, assim como de vínculos afetivos. Sendo assim, as dinâmicas e as buscas por possibilidades de tratamento transformaram-se continuamente, alterando, muitas vezes, as agências e os atores envolvidos nesse processo de busca.

Nas narrativas, é revelado a busca de um culpado ou de um motivo real para o adoecimento aparece como uma questão necessária de ser comentada nas falas das participantes. Tais elementos estão ancorados como desvio de ordem moral, religiosa, social e orgânica. É a partir daí que se produz simbologias do processo saúde-doença, caracterizada por constante fluidez, mutabilidade, diversidade e ambiguidade.

As entrevistadas busca, em seu percurso, cuidado formais e informais e assim delinea o itinerário terapêutico em busca de tratamento ou cura saúde mental. A rede de apoio social nestas situações é bastante eficaz para orientação, suporte, tratamentos alternativos aos modelos psiquiátricos tradicionais. A avaliação da sua extensão pode servir como indicador das condições sociais de existência de maior ou menor capacidade de mobilizar recursos sociais na busca por cuidado de saúde.

Pode-se perceber que esses itinerários são construídos cotidianamente através de fluxos e conexões que envolvem acontecimentos diversos e atores múltiplos. A igreja, apareceu como o serviço informal que tem como mecanismo principal, sustentação e força para alívio de suas próprias angústias no processo de cuidado em saúde mental.

Na esfera profissional, o CAPS é o serviço de maior vínculo com as usuárias. No entanto, percebe-se um reduzido diálogo do CAPS (equipamento estratégico da rede de atenção psicossocial) com as redes de apoio social de Maria, Helena e Francisca, o que impede uma real compreensão sobre as dimensões sócio-culturais e sentido das práticas de cuidado da comunidade. Nesse caso, reflete-se sobre em que medida a rede de atenção psicossocial se aproxima do ideário da reforma psiquiátrica e, a segunda, quanto ao real formato de rede assumido pelos serviços de saúde mental em sua articulação com as arenas de cuidado.

O estudo evidencia que no tocante ao processo de produção de cuidado em saúde mental em interface com a rede assistencial de saúde mental foi possível apreender que ainda é um grande desafio um fluxo contínuo e integral do usuário na rede, à medida que os usuários desta rede tenha direito de espaço não somente em centros especializados, como o CAPS, mas em todos os outros pontos da rede de saúde – atenção básica, secundária e terciária - e de assistência social de apoio.

Sendo assim, diante da análise das narrativas, são observadas situações contraditórias, que vão desde o abandono do usuário à sua própria sorte – como no caso das equipes do ESF - até a responsabilização da equipe – mais precisamente, as equipes de saúde mental do CAPS.

Foi perceptível o lugar central que o CAPS ocupa na vida desses entrevistados. No discurso, esse espaço aparece como um cuidado diferenciado, atravessado por vínculos de afeto e co-responsabilização no processo saúde-doença, mas com dificuldade de tornar-se um lugar que não só atenda bem as pessoas, mas que promova uma articulação social e intersetorial, principalmente com a Unidade Básica de Saúde e o território comunitário do usuário.

É consubstancial afirmar, então, que o CAPS é apenas um dos pontos estratégicos na perspectiva do serviço de saúde em rede, que precisa se articular a rede básica, secundária e terciária de saúde, assim bem como à comunidade, respeitando a lógica da intersetorialidade.

A pesquisa revela, ainda, a relação fragilizada e conflituosa entre saúde mental e estratégia saúde da família, enfatizando alguns pontos específicos que dificultam o processo de produção do cuidado ser resolutivo nessa seara: a formação profissional que não leva em conta o uso de tecnologias leve-relacionais; falta de capacitação sobre saúde mental e integralidade do cuidado na atenção primária; a não priorização de ações em saúde mental e a não corresponsabilização por profissionais de saúde que não sejam especialistas; a dicotomia presente entre corpo – mente.

Acredita-se que devem ser levadas em pauta de discussão para políticas públicas de saúde, para que a atenção psicossocial não seja fragmentada, centralizada em poucos profissionais especialistas e restritos aos serviços de saúde mental especializados. Além disso, os usuários trazem nas narrativas que, em suas trajetórias de vida, são afetados pelas dificuldades que enfrentam em aproximar-se

da sociedade, enquanto cidadãos, onde sofrem discriminações por serem usuários da rede de saúde mental e não conseguem se estabelecer em vínculos sociais, empregatícios e de direitos à aposentadoria.

As potencialidades e fragilidades no âmbito da saúde mental, evidenciadas empiricamente em tal estudo, sugere que sejam consideradas como pauta de discussão no tocante a articulação entre políticas públicas, saberes e práticas em saúde, com o intuito de enfatizar a necessidade da continuidade de reivindicação de assistência a saúde que foque a dialógica entre setores sociais e os serviços multiprofissionais em saúde, em suas interfaces com integralidade do cuidado. Propõe-se que tal estudo contribua para outros desdobramentos com melhores possibilidades de afirmação da saúde e do bem-estar de usuários de saúde mental.

Sendo assim, conclui-se com o presente estudo que a produção do cuidado em saúde mental precisar buscar estratégias para além de uma transformação estrutural dos serviços, com alcance para um novo arranjo de atenção que potencialize o protagonismo dos atores em saúde e de vínculos corresponsabilizados, e, sobretudo, afirmação de bem estar social e qualidade de vida para os usuários.

## REFERÊNCIAS

- ACIOLE, GG. **Depois da reforma:** contribuição para a crítica da saúde coletiva. 148p. São Paulo: Hucitec, 2013. (Saúde em Debate, 233).
- ALMEIDA FILHO, N.; COELHO, M.T.A.; PERES, M.F.T. O conceito de saúde mental. **Revista USP**, São Paulo, n.43, p. 100-125, set/nov, 1999.
- ALVES, P. C. & RABELO, M. C. Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/ doença. In: **Antropologia da Saúde:** Traçando Identidades e Explorando Fronteiras (P. C. Alves & M. C. Rabelo, org.), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Relume Dumará, p.107-121, 1999.
- ALVES, P. C. A Experiência da Enfermidade: Considerações Teóricas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 263-271, jul/set, 1993.
- ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C. *et al.* **Experiência de doença e narrativa.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, p.125-38.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1996.
- \_\_\_\_\_. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P.; FREITAS, F.; NABUCO, E.; PANDE, M.N.R. Da diversidade da loucura à identidade da cultura: o movimento social cultural no campo da reforma psiquiátrica. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 125-132, jan./jun. 2012.
- ARAÚJO JL, PAZ EPA, MOREIRA TMM. Hermenêutica e saúde: reflexões sobre o pensamento de Hans-Georg Gadamer. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n.1, p. 200-7, 2012.
- ARAÚJO, L.; BELLATO, R.; HILLER, M. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: algumas experiências. In: Pinheiro R, Martins P, editors. **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica.** Rio de Janeiro: CEPESC/ IMS-UERJ; Recife: Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2011.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- BACKES, D.S.; COLOMÉ, J.S.; ERDMANN, R.H.; LUNARDI, V.L. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.35, n.4, p.438-442, 2011.
- BARROS, S; SALES, M. - Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde - **Rev Esc Enferm**; v.45 (spe2), p.1780-1785, 2011.

BARTON, R. Fine structure of mesophyll cells in senescing leaves of Phaseolus. **Planta**, v. 71, n. 4, p. 314-325, 1966.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados**. Editora Garamond, 2005.

\_\_\_\_\_. **The destruction of the mental hospital as a place of institutionalisation**. In: Presentation delivered to the First International Congress of Social Psychiatry, London, 1964.

BELLATO, R.; ARAÚJO, LFS.; CASTRO, P. **O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde**. In: Pinheiro, R., Silva AGJ., Mattos RB (orgs). *Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008.

BORBA, L.O. *et al.* A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.45, n.2, p.442-9, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. 23 milhões têm transtornos. **Informativo Eletrônico da SE/CNS para os Conselheiros Nacionais**. Ano VI, Brasília, 29 de junho de 2010. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/periodicos/carta\\_eletronica\\_29062010.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/periodicos/carta_eletronica_29062010.pdf)>. Acesso em: 19 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 14 set 2016.

BÜRKE, K.P.; BIANCHESSI, D.L.C. O trabalho como possibilidade de (re)inserção social do usuário de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da equipe e do usuário. **Rev Est e Pesq em Psicol.**, v.13, n.3, 2013.

CABRAL, A.L.L.V.; MARTINEZ-HEMAEZ, A.; ANDRADE, E.L.G.; CHERCHIGLIA, M.L. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.16, n.11, p. 4433-4442, 2011.

CAÇAPAVA, J. R. et al. Trabalho na atenção básica: integralidade do cuidado em saúde mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. vol. 43, n. especial 2, p. 1256-1260, 2009.

CAMARGO, R.M.P.; OLIVEIRA, R.M. Internação psiquiátrica: ouvindo quem passou pela experiência. **Reme - Rev. Min. Enferm.**; v.13, n.2, p. 288-292, abr./jun., 2009.

CAMPOS, A.C.V. et al. O cuidado humanizado sob a percepção dos enfermeiros Humanized care in the nurses perception's. **Enfermagem Revista**, v. 15, n. 1, p. 47-57, 2012.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

\_\_\_\_\_. **Um método para análise e cogestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.

CAMPOS, G.W.S.; ONOCKO-CAMPOS, R.T.; DEL BARRIO, L.R. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. **Ciênc. saúde coletiva**, v.18, n.10, p. 2797-2805, 2013.

CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.923-931, jul/ago, 2003.

CAPRARA, A.; VERAS, M.S.C. Hermenêutica e narrativa: a experiência de mães de crianças com epidermólise bolhosa congênita. **Interface**. São Paulo, v.9, n.16, p.131-146, 2005.

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

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, v.13, n.3, p. 469-478, 1997.

\_\_\_\_\_. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface – comunic., saúde educ.**, Botucatu, São Paulo, v. 13, supl. 1, p.545-555, 2009.

\_\_\_\_\_. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. Espaço Aberto. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, São Paulo, v.15, n.37, p.589-99, abr./jun, 2011.

\_\_\_\_\_. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. p.113-126. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CONESP, 2012 (Série Cadernos Técnicos).

COOPER, D. **Psiquiatria e Antipsiquiatria**. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1989.

CUNHA, G.T., CAMPOS, G.W.S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011.

CUNHA, L.A. Orgânico e Simbólico nas Ciências Sociais em Saúde. Composição: **Revista de Ciências Sociais da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul**, n. 9, p. 33-44, 2011.

DALL'AGONOL, C.M. e TRENCH, M.H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **R. gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.20, n.1, p.5-25, jan. 1999.

DALMOLIN, B.M.; VASCONCELLOS, M.P. Etnografia de sujeitos em sofrimento psíquico. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n.1, p. 49-54, 2008.

DELFINI, P.S.S. et al. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1483-1492, 2009.

DELGADO, P. G. G., *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.

DELGADO, P.G.G. Determinantes institucionais da cronificação. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 40, p.117-125, 1991.

D'ESPOSITO, M.E.W.; NEVES, R.C. Pesquisando a partir da perspectiva da complexidade na área de linguística Aplicada. **DELTA**, São Paulo, v. 3, n.1, p. 239-259, 2015 .

DESVIAT, M.; LIRIA, A.F., OLMEDO, G.R. Demanda em Saúde Mental em Unidades de Saúde da Família. **Mental**, v.3, n.5, p. 23-42, 2005.

DUARTE, L. F. D; LEAL, O. F. **Doença, sofrimento, perturbação, perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998, 210p. (Coleção Antropologia e Saúde).

Ekman, I. (2000). The Meaning of Living with Severe Chronic Heart Failure as Narrated by Elderly People. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, 14, 130–136.

FLICK, W. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução Joice Elias Costa. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONTES, B.A.S.M. Redes sociais e saúde: sobre a formação de redes de apoio social no cotidiano de portadores de transtorno mental. Política & Trabalho, **Revista de Ciências Sociais**, UFPB, João Pessoa, n. 26, p. 87-104, 2007.

FORTALEZA, Ceará. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Rede Psicossocial. **Rede Assistencial à Saúde Mental**. Fortaleza, 2010. Disponível em: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br/sms/saude-mental>>. Acesso em: 18 ago 2016.

\_\_\_\_\_. **Prefeitura Municipal de Fortaleza** (web site oficial). Disponível em: <[www.fortaleza.ce.gov.br](http://www.fortaleza.ce.gov.br)>. Acessado em: 12 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório da Gestão de Saúde 2007. **Saúde, Qualidade de Vida e a ética do cuidado**. Imprensa Municipal. 2009. Acessado em: 10 set. 2016.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1978.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.11, n.23, p.427-38, set/dez, 2007.

FRANCO, T.B. O uso do fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

FRANCO, T.B.; GALAVOTE, H.S. **Em Busca da Clínica dos Afetos**, 2010.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p.151-63, 2012.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, p. 55-124, 2003.

GADAMER H. **Hermenêutica em retrospectiva**: Heidegger em retrospectiva. Trad. de Marco Antônio Casanova. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

\_\_\_\_\_. **Verdade e método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. Petrópolis: Vozes, 2007.

GEANELLOS, R. Exploring Ricoeur's hermeneutic theory of interpretation as a method of analyzing research texts. **Nursing Inquiry**, v. 7, p. 112-119, 2000.

GERHARDT TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad Saúde Pública**, v.22, p.2449-63, 2006.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I (orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 575-625.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

\_\_\_\_\_. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2003.

\_\_\_\_\_. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974. 320p.

GONÇALVES, T.R. Apoio social e saúde: contribuições das ciências sociais e humanas às intervenções em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1117-1119, 2012.

HERMAN, Nadja. **Hermenêutica e Educação**. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2002.

JACCOUD, M.; MAYER, R. A observação direta e pesquisa qualitativa. Em: POUPART, J. e colaboradores. **A Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008, p.254-294.

JORGE, M. S. B. *et al.* **Produção da atenção e suas articulações com as linhas de cuidado do SUS e da rede assistencial de saúde mental**. Relatório de Pesquisa. Digitado, Fortaleza, 2012.

JORGE, M.S.B. *et al.* Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, v. 24, n. 1, p.112-20, 2015.

JORGE, M.S.B., *et al.* Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p. 3051-3060, 2011.

JORGE, M.S.B., *et al.* Resolubilidade do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família: representação social de profissionais e usuários. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 48, n.6, 2014.

JORGE, M.S.B; PINTO, A.G.A. **Adoecimento mental e a família: representações e subjetividades**. In: TRAD, L. A. B. Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

JORGE, M.S.B. *et al.* Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 112-120, 2015.

Kaplan, H.I.; Sadock, B.J.; Grebb, J.A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

LACERDA, A.; VALLA, V.V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro (RJ): CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2006. p.91-102.

LEITE, S.N.; VASCONCELOS, M.P. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamento no cotidiano familiar. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 113-128, 2006.

LEVINE, P.A.. **O despertar do tigre: curando o trauma**. 4.ed. São Paulo: Summus, 1999.

LIMA, A. F. **Metamorfose, anamorfose e reconhecimento perverso: a identidade na perspectiva da psicologia social crítica**. São Paulo: Fapesp Educ, 2010.

MALISKAI, I. C. A.,; PADILHAI, M. I. C. S AIDS: a experiência da doença e a construção do itinerário terapêutico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 03, p.687 - 698, 2007.

MÂNGIA, E.F.; YASUTAKI, P. M. Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.19, n. 1, p.61-71, 2008.

MARTINEZ, H. A. **Os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente**. Universitat Rovira i Virgili, 2006. Tradução de Virgínia Jorge Barreto. Belo Horizonte, 2006.

MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ A. **Os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente**. Universidad Rovira i Virgili. Texto de apoio. Tradução: Virgínia Jorge Barreto. Belo Horizonte, Abril 2006.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2001. p.39-64.

MENDES, E.V. As **redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MERHY, E. E. O uso do fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento : o caso de Luz (MG). In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva**. 3 ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. p.162.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**, 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MIELKE F.B., et al. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.159-164, 2009.

MOREIRA, D. **Psiquiatria: controle e repressão social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1983.

NASCIMENTO, Y.C.M.L.; BRÊDA, M.Z.; ALBUQUERQUE, M.C.S. Mental illness: perceptions regarding sufferers' identities. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 54, p. 479-490, 2015.

NAVARINI, V.; HIRDES, A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. **Texto Contexto Enferm**. v. 17, n. 4, p. 680-8, out/dez 2008.

NUNES, M.O. Interseções antropológicas na saúde mental: dos regimes naturalistas à espessura biopsicosociocultural do adoecimento mental. **Interface**, v. 16, n. 43, p. 903-915, 2012.

OLIVEIRA SEGUNDO, E.M. *et al.* A percepção da família que convive com pessoas portadoras de transtornos mentais. **Saúde Coletiva**, v. 8, n. 49, p. 93-98, 2011.

OLIVEIRA, F.B.; GUEDES, H.K.A.; OLIVEIRA, T.B.S.; SILVA, J.C.C. Saúde mental e estratégia de saúde da família: uma articulação necessária. **Psychiatryonline Brasil**, v.14, n.9, 2009.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Revista de Saúde Pública**. v. 46, n. 1, 2012, p.43-50.

ONOCKO-CAMPOS, R.T. *et al.* 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. **Cad Saude Publica**, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIM, Jairnilson S. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. ZMA Hartz & LM Vieira-da-Silva, organizadores. **Avaliação em saúde**. Dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 9-10, 2005.

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.

PEPPER B., KIRSHNER M.C., RYGLEWICZ H. The Young adult chronic patient: overview of a population. **Psychiatric Services**. v.1, n.5, 2000, p.989-995.

PEREIRA, R.C. **Lugar de louco é no hospício?! um estudo sobre as representações sociais em torno da loucura no contexto da reforma psiquiátrica**. 1997. 100f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

PEREIRA, R.D.M., ALVIM, N.A.T. Aspectos Teórico-filosóficos da Medicina Tradicional Chinesa: acupuntura, suas formas diagnósticas e relações com o cuidado de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**. v.7, n.1, p.279-88, 2013.

PINTO, A.G.A. *et al.* Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciênc. saúde coletiva**. v.17, n.3, 2012. p.53-660.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.12, p.4579-4589, 2011.

PITTA, A.M.F. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

RABELO, M.C.M. A experiência de Indivíduos com problema mental: entendendo projetos e sua realização. In: RABELO, M.; ALVES, P.; SOUZA, I. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

RABELO, MCM., ALVES, PCB., SOUZA, IMA. **Experiência de doença e narrativa [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 264 p.

RESSEL, Lúcia Beatriz *et al.* O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto contexto - enferm**. v. 17, n.4 , 2008.

RICOEUR, P. **Do texto à ação**. Porto: Rés Editora, 1989.

\_\_\_\_\_. **Hermenêutica e ideologias**. Organização, tradução e apresentação de Hilton Japiassu. Petrópolis: Editora Vozes, 2008.

\_\_\_\_\_. **Hermeneutics and the human sciences**. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

\_\_\_\_\_. **Teoria da interpretação**. Lisboa: Edições, 70; 1976.

\_\_\_\_\_. **Interpretações e ideologias**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

\_\_\_\_\_. **O conflito das interpretações**: ensaios de hermenêutica. 1978.

\_\_\_\_\_. **Tempo e narrativa**. Tomo III. Tradução de Roberto Leal Ferreira. 1997.

ROTELLI F. **O inventário das subtrações**. In: Nicácio F. (org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Ed. Hucitec; 1990, p.61-64.

ROTELLI F., DE LEONARDIS O., MAURI D. **Desinstitucionalização, uma outra via**. In: Nicácio F, organizadora. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Editora Hucitec; 2001a. p.17-59.

SALLES, M.M.; BARROS, S. Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2129-2138, 2013 .

\_\_\_\_\_. Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. **Rev Esc Enferm**, v.41, n.1, p.73-81, 2007.

SAMPAIO; J. J. C.; GUIMARÃES, J. M. X.; ABREU, L. M. **Supervisão clínico-institucional e a organização da atenção psicossocial no Ceará**. São Paulo: Hucitec, 2010.

SELLARS, C.; HUGHES, T.; LANGHORNE, P. Speech and language therapy for dysarthria due to non-progressive brain damage. **Cochrane Database Syst Rev**. v.20, n.3, 2005.

SGANZERLA, I.M.; LEVANDOWSKI, D.C. Ausência paterna e suas repercussões para o adolescente: análise da literatura. **Psicol. rev.** (Belo Horizonte), Belo Horizonte , v. 16, n. 2, p. 295-309, 2010 .

SILVA, G.R.; REIS, H.F.T.; SANTOS, E.M.; SOUZA, M.P.A.; et al. Saúde mental na Atenção Primária à Saúde: percepções da equipe de saúde da família. **Cogitare Enferm**. v.21, n.2, p. 01-08, 2016.

SILVA, S. F. et al. **Redes de atenção à saúde no SUS**: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde. Campinas, SP: Saberes Editora, 2011.

SILVEIRA, M.L. **O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. 124p. (Coleção Antropologia & Saúde)

SLUZKI, C.E. **A rede social na prática sistêmica – alternativas terapêuticas.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOARES, M.V.B., CARVALHO, A.M.P. Mulheres portadoras de transtornos mentais e a maternidade. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.17, n.5, set/out 2009.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e Saúde da Família.** Salvador: EDUFBA, 2006. 237p.

TRAD LAB et al. Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.4, p.797-806, 2010.

TRAD, L. A. B., & ESPERIDIÃO, M. A. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde. **Interface-Comunic., Saude, Educ**, v. 13, supl 1, p.557-70, 2009.

TRAD. L. A. B. **Itinerários Terapêuticos: questões e enfoques presentes na literatura e um modelo holístico de análise com foco na cronicidade.** Capítulo de livro em processo de revisão. EdUFBA, Salvador, BA, 2014.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as religiões populares. **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: Cepesc, p. 103-115, 2005.

VAN MANEN, Max. **Researching lived experiences.** State University of New York Press, Albany, 1990.

VASCONCELOS, M.G.F. **Família e Atenção à Saúde Mental: sentidos, práticas e itinerários terapêuticos.** 2014. 169f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – UECE, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 2014.

VASCONCELOS, M.G.F., *et al.* Práticas inovadoras de saúde mental na atenção básica: apoio matricial na redefinição do processo de trabalho em saúde. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 166-175, jan/jun 2012.

VELHO G. **Individualismo e cultura.** Rio de Janeiro: Zahar; 1994. Projeto, emoção e orientação em sociedades complexas; p. 154-62.

VELHO, G. Projeto, emoção e orientação em sociedades complexas. **Individualismo e Cultura.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.135p.

VENTURIELLO, M.P. Itinerario terapéutico de las personas con discapacidad y mediaciones en el cuidado de la salud: la mirada de los familiares. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p.1063-1083, 2012.

YASUI, Silvio. **A construção da reforma psiquiátrica e o seu contexto histórico.** 1999. 213f. Tese de Doutorado. Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 1999.

YASUI, Silvio. CAPS: estratégia de produção de cuidado e de bons encontros. In: PINHEIRO, R.; JUNIOR, A.G.S; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Desinstitucionalização d saúde mental:** contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESCIMS/UERJ, 2007.

## CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ATIVIDADES	PERÍODO DE EXECUÇÃO
1.1. Levantamento da literatura sobre o tema de estudo	01 a 09/2015
1.2. Fichamento de Textos, articulando com o objeto de pesquisa	01 a 10/2015
1.3 Disciplinas obrigatórias e optativas em Fortaleza	01/2015 a 12/2015
1.4 Disciplinas em outros programas	03 a 10/2015
1.5 Eixo teórico do projeto (levantamento)	07/2015 a 03/2016
1.6 Elaboração do Projeto de Pesquisa	08 a 11/2015
1.7 Aprovação no Comitê de Ética	11 e 12/2015
1.8 Etapa exploratória – entrada dos pesquisadores no campo	03/2016
1.9 Levantamento de informações para análise	03/2016
1.10 Coleta de Dados – Entrevista	03 a 07/2016
1.11 Coleta de Dados – Observação Sistemática	03 a 07/2016
1.12 Digitação, codificação e tabulação do material de análise	04 a 08/2016
1.13 Classificação dos dados – análise parcial	04 a 08/2016
1.14 Análise final dos dados	05 a 09/2016
1.15 Relatório final da pesquisa	08 a 10/2016
1.16 Divulgação do trabalho nos campos de pesquisa e no meio acadêmico	07 a 12/2016
1.17 Defesa da Tese	12/2016

**ORÇAMENTO**

<b>MATERIAL DE CONSUMO</b>			
<b>DISCRIMINAÇÃO</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>VALOR UNITÁRIO R\$</b>	<b>VALOR TOTAL R\$</b>
Xerox	500	0,10	50,00
Papel ofício A4	02 resmas	15,00	30,00
Cartuchos P/B	02	21,00	42,00
Cartuchos colorido	02	22,50	45,50
Impressora Multifuncional	01	300,00	300,00
Notebook	01	1.500,00	1.500,00
Canetas	01 caixa com 30	30,00	30,00
<b>TOTAL GERAL</b>	-----	<b>1888,60</b>	<b>1997,00</b>
<b>OUTRAS DESPESAS</b>			
<b>DISCRIMINAÇÃO</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>VALOR UNITÁRIO R\$</b>	<b>VALOR TOTAL R\$</b>
Compra de Livros	03	100,00 cada	300,00
Assinaturas de periódicos	02	75,00 cada	150,00
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>05</b>	<b>175,00</b>	<b>450,00</b>

Orçamento total avaliado em **R\$: 2.447,00**

**Observação:** Todas as despesas com a pesquisa serão financiadas pela pesquisadora.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A

### ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- ✓ Articulação das Unidades Básicas de Saúde e CAPS para melhoria da assistência;
- ✓ Fluxo dos usuários dentro da rede assistencial;
- ✓ Práticas desenvolvidas, na unidade, às pessoas em adoecimento mental crônico.

**APÊNDICE B****ROTEIRO DE ENTREVISTA INICIAL  
PESSOA EM ADOECIMENTO MENTAL GRAVE****Identificação:**

- ✓ Identificação:
- ✓ Idade:
- ✓ Sexo:
- ✓ Escolaridade:
- ✓ Religião:
- ✓ Estado civil:
- ✓ Bairro:
- ✓ Com quem reside:
- ✓ Pessoa que tem maior aproximação:

**Roteiro norteador:**

- ✓ Fale-me quem é você e sobre sua vida (cotidiano, família, amigos, moradia, lugares que frequenta, diagnóstico, recursos assistenciais formais e informais, itinerário terapêutico, dificuldades, facilidades).

## APÊNDICE C

### ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

- ✓ Serviço de saúde
- ✓ Grupos de apoio
- ✓ Domicílio
- ✓ Bairro
- ✓ Ambiente de convívio de pessoas com relações muito próximas
- ✓ Rua
- ✓ Casa
- ✓ Espaço para o familiar com transtorno mental crônico
- ✓ Relações estabelecidas no bairro
- ✓ Outro ambiente que seja muito significativo para o usuário

**APÊNDICE D**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP**

***TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
( PESSOAS EM ADOECIMENTO MENTAL GRAVE)***

O Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar de um estudo intitulado “ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE PESSOAS EM ADOECIMENTO MENTAL GRAVE: olhares plurais sobre a Rede de Atenção Psicossocial” a ser realizado por mestranda em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará sob a orientação da Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge.

Nesse estudo, pretendemos Compreender o itinerário terapêutico de pessoas em adoecimento mental crônico inseridas na Rede de Atenção Psicossocial. Para isso, precisamos de sua autorização para realizar entrevistas, bem como para gravar esse momento. Informamos que sua participação não trará prejuízos para sua saúde, sendo garantida a privacidade dos depoimentos e dos dados coletados, que serão utilizados cientificamente. Informamos também que o (a) senhor (a) não terá despesas financeiras, nem receberá gratificação ou pagamento pela participação neste estudo. O (a) senhor (a) poderá receber esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa quando requisitar, podendo desistir de continuar colaborando se assim desejar, sem que isso lhe traga prejuízos. Este termo será elaborado em duas vias sendo uma para o pesquisador e outra para o sujeito da pesquisa. Nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço e a todos os próprios participantes quando assim solicitado, através de quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa. Caso precise entrar em contato com o pesquisador responsável, Carliene Bezerra da Costa. Para maiores esclarecimentos sobre os procedimentos éticos e legais da pesquisa informo-lhe também o telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE – Fone: 3101-9890.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, \_\_\_\_\_ concordo em participar como voluntário (a) no estudo citado. Declaro ter sido informado (a) pelo pesquisador sobre o desenvolvimento da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos e as finalidades da mesma.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

---

Assinatura do Sujeito da Pesquisa  
Responsável

---

Assinatura do Pesquisador

**APÊNDICE E**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP**

***TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE***

O Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar de um estudo intitulado “ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE PESSOAS EM ADOECIMENTO MENTAL GRAVE: olhares plurais sobre a Rede de Atenção Psicossocial” a ser realizado por mestranda em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará sob a orientação da Profa. Dra. Maria Salette Bessa Jorge.

Nesse estudo, pretendemos Compreender o itinerário terapêutico de pessoas em adoecimento mental crônico inseridas na Rede de Atenção Psicossocial. Para isso, precisamos de sua autorização para realizar grupo focal, bem como para gravar esse momento. Informamos que sua participação não trará prejuízos para sua saúde, sendo garantida a privacidade dos depoimentos e dos dados coletados, que serão utilizados cientificamente. Informamos também que o (a) senhor (a) não terá despesas financeiras, nem receberá gratificação ou pagamento pela participação neste estudo. O (a) senhor (a) poderá receber esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa quando requisitar, podendo desistir de continuar colaborando se assim desejar, sem que isso lhe traga prejuízos. Este termo será elaborado em duas vias sendo uma para o pesquisador e outra para o sujeito da pesquisa. Nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço e a todos os próprios participantes quando assim solicitado, através de quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa. Caso precise entrar em contato com o pesquisador responsável, Carliene Bezerra da Costa. Para maiores esclarecimentos sobre os procedimentos éticos e legais da pesquisa informo-lhe também o telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE – Fone: 3101-9890.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, \_\_\_\_\_ concordo em participar como voluntário (a) no estudo citado. Declaro ter sido informado (a) pelo pesquisador sobre o desenvolvimento da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos e as finalidades da mesma.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_.

---

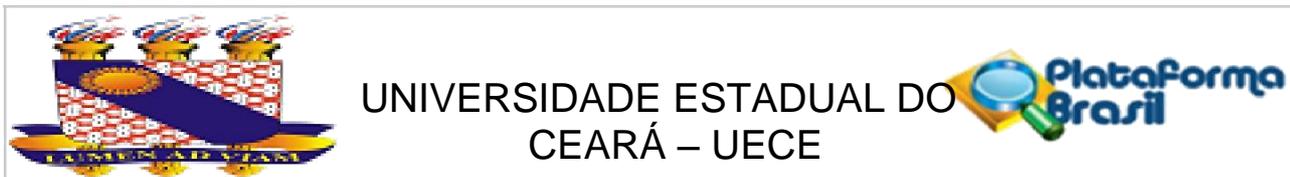
Assinatura do Sujeito da Pesquisa  
Responsável

---

Assinatura do Pesquisador

## **ANEXOS**

## PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** INQUÉRITO SOBRE O FUNCIONAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E DO ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REGIÕES METROPOLITANAS BRASILEIRAS

**Pesquisador:** Maria Salete Bessa Jorge

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 33799014.5.0000.5534

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** CNPQ

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 948.554

**Data da Relatoria:** 27/01/2015

**Apresentação do Projeto:**

O projeto em questão tem como objetivo analisar o funcionamento, a utilização e a qualidade da Atenção Básica à Saúde, bem como o acesso à Atenção

Especializada para condições crônicas e de saúde mental, em quatro regiões metropolitanas brasileiras: Fortaleza (CE), Campinas (SP), São Paulo

(SP) e Porto Alegre (RS). Trata-se de pesquisa multicêntrica, que integrará pesquisadores e grupos de pesquisa de sete Universidades: USP, UNICAMP, UNB, UFRGS, UFC, UECE e UNIFOR. A pesquisa utilizará métodos mistos, integrando as abordagens quantitativa e qualitativa. Os dados quantitativos serão produzidos por meio de um inquérito junto a profissionais e usuários de serviços de Atenção Básica, Atenção Especializada e Saúde Mental, nas quatro regiões. Para a produção do material qualitativo, serão realizados grupos focais com profissionais e usuários dos referidos serviços, análise de

**Endereço:** Av. Silas Munguba, 1700

**Bairro:** Itaperi

**CEP:** 60.714-903

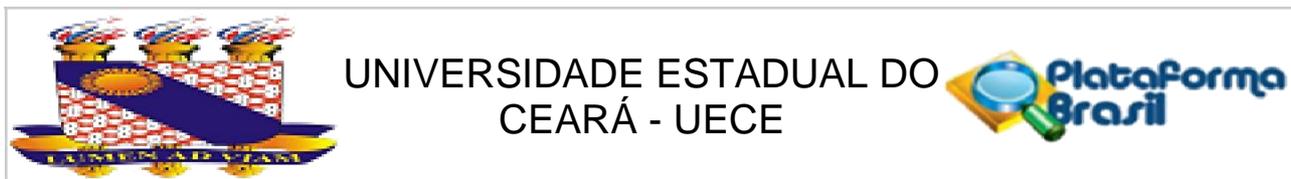
**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3101-9890

**Fax:** (85)3101-9906

**E-mail:** [anavaleska@usp.br](mailto:anavaleska@usp.br)



Continuação do Parecer: 948.554

prontuários e entrevistas em profundidade para o delineamento de itinerários terapêuticos singulares de alguns usuários selecionados. A metodologia proposta será quanti e qualitativa. Na abordagem quantitativa Tais variáveis são preestabelecidas e procuram verificar e explicar sua influência sobre outras variáveis, mediante a análise de frequência de incidências e de correlações estatísticas. A abordagem quantitativa busca formular hipóteses prévias e métodos específicos de verificação, submetendo o fenômeno estudado à experimentação (ou observação sistemática), tentando controlar variáveis e eliminar fatores de confusão ou vieses na busca de explicação causal de fenômenos. Serão ainda realizados grupos focais com profissionais e usuários e posteriormente serão analisadas suas falas.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Analisar criticamente as variáveis de contexto e de funcionamento relacionadas à qualidade da atenção básica à saúde e ao acesso à atenção especializada para as doenças crônicas e saúde mental em regiões metropolitanas brasileiras.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos da pesquisa estão relacionados ao constrangimento dos participantes ao responderem as entrevistas ou participarem do grupo focal. Algum constrangimento poderá ocorrer decorrente da exposição de opiniões, assim como eventuais perdas profissionais ou pessoais pelo tempo despendido nas entrevistas. Os riscos forma bem descritos pela autora. Quanto aos benefícios, menciona-se a contribuição ao SUS no que concerne informações acerca do acesso e à qualidade do serviço ofertado à população atividades da pesquisa

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de grande relevância por seu caráter multicêntrico e pelas contribuições ao SUS

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos estão presentes e bem detalhados em suas exigências.

Anexos os seguintes termos.

Folha de Rosto assinada, TCLE para usuários e profissionais, Carta de anuência

Cronograma Correto

#### **Recomendações:**

**Endereço:** Av. Silas Munguba, 1700

**Bairro:** Itaperi

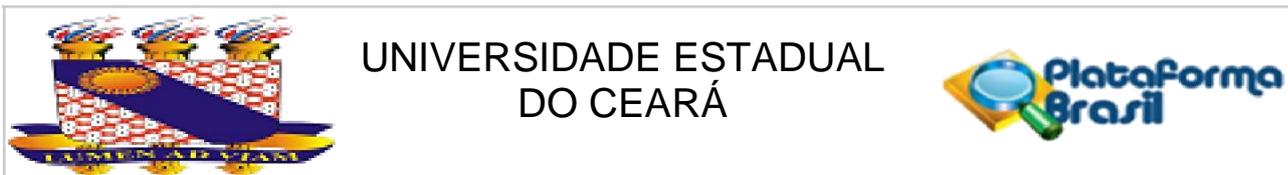
**CEP:** 60.714-903

**UF:** CE **Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3101-9890

**Fax:** (85)3101-9906

**E-mail:** [anavaleska@usp.br](mailto:anavaleska@usp.br)



Continuação do Parecer: 948.554

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

FORTALEZA, 09 de Fevereiro de 2015

---

**Assinado por:**

**Ana valeska Siebra e silva (Coordenador)**

**Endereço:** Av. Silas Munguba, 1700

**Bairro:** Itaperi

**CEP:** 60.714-903

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3101-9890

**Fax:** (85)3101-9906

**E-mail:** [anavaleska@usp.br](mailto:anavaleska@usp.br)

**PREFEITURA DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

**À COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE – CORES IV**

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância referente à realização da pesquisa intitulada: **INQUÉRITO SOBRE O FUNCIONAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E DO ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REGIÕES METROPOLITANAS BRASILEIRAS.**

Seguem as informações sobre o referido estudo:

- Pesquisador responsável: **GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS;**
- Instituição proponente: **UNIVERSIDADE DE CAMPINAS;**
- Locais de realização da pesquisa: **UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL GERAL VINCULADOS À SECRETARIA REGIONAL IV;**
- Período de coleta de dados: **MARÇO A DEZEMBRO DE 2016.**

A pesquisa só poderá ser iniciada após análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo necessária apresentação do parecer de aprovação do estudo.

Após a defesa, os pesquisadores deverão realizar apresentação oral dos resultados do estudo para a **COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE - COGTES** e entregar uma cópia impressa do trabalho para compor a biblioteca desta Coordenadoria.

Comunicamos que a COGTES/SMS emitiu parecer favorável, conforme sua competência, do presente estudo.

Fortaleza, 14 de março de 2016.

  
Maria Ivanília Tavares Timbó

Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Maria Ivanília Tavares Timbó  
Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde