

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

**ESTUDO SOBRE A PARTICIPAÇÃO OCUPACIONAL NA REDE DE
APOIO PSICOSSOCIAL DE EGRESSOS DE UM HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO**

SONIA MARGARETE BATISTA FRADE KRACHENSKI

MARINGÁ
2012

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

**ESTUDO SOBRE A PARTICIPAÇÃO OCUPACIONAL NA REDE DE APOIO
PSICOSSOCIAL DE EGRESSOS DE UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**

Dissertação apresentada por SONIA MARGARETE BATISTA FRADE KRACHENSKI, ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Estadual de Maringá, como um dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Área de Concentração: ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.

Orientadora: Prof^a. Dr^a.: SHEILA REGINA DE CAMARGO MARTINS

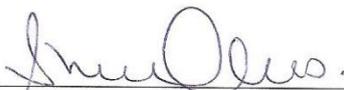
MARINGÁ
2012

SONIA MARGARETE BATISTA FRADE KRACHENSKI

**ESTUDO SOBRE A PARTICIPAÇÃO OCUPACIONAL NA REDE DE APOIO
PSICOSSOCIAL DE EGRESSO**

Aprovada em **19 de outubro de 2012.**

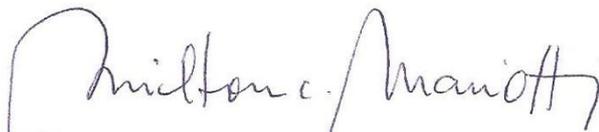
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Sheila Regina de Camargo Martins
Orientadora
UEM



Profa. Dra. Rozilda das Neves Alves
Membro
UEM



Prof. Dr. Milton Carlos Mariotti
Membro
UFPR

Dedico este trabalho

Às minhas filhas que são os amores e o sentido de
minha vida.

Aos meus pais por me ensinarem os valores de
vida, ética e solidariedade.

AGRADECIMENTOS

A todos que acompanharam esta trajetória de estudo e pesquisa e, de alguma forma, colaboraram para tornar este trabalho possível.

Às minhas filhas Naiara e Nicole por me incentivarem a retomar o caminho do conhecimento acadêmico, por compartilhar cada momento, por serem parte desta pesquisa, com as correções da Naiara e as traduções de Nicole ajudando neste processo e, finalmente, por serem as pessoas mais significativas de minha rede social.

Aos meus pais, Gertrudes e Manuel, apesar de não estarem mais entre nós, estão presentes nas lembranças e na formação de minha identidade. Às minhas irmãs pelo incentivo e por fortalecer nossos laços, com fé em Deus seguindo o caminho orientado por nossos pais.

Às minhas amigas e companheiras de trabalho, Joice, Soraya, Aline e Silvana, com quem dividi as angústias da prática profissional e acompanharam os momentos de desespero por achar que não seria possível continuar e por serem parte da transformação do pensamento e ações no campo da saúde mental. Não esqueço o gesto de compromisso com a formação continuada do diretor administrativo do HCAB, Alceu Bosi, quando autorizou minha participação no processo seletivo do mestrado, sem o qual não poderia ter a chance de estar realizando este trabalho.

Aos historiadores Stadler e Krachenski por ajudarem a olhar outras perspectivas e inserir a contextualização histórica do pensamento humano e suas transformações, que contribuíram na construção deste trabalho.

Aos participantes e familiares desta pesquisa que concederam suas histórias de vida tão generosamente e contribuíram para o conhecimento do cuidado em saúde mental, a partir da escuta, e assim reafirmarem o motivo pelo qual estou nesta profissão e no cuidado com o ser humano.

Aos gestores municipais de saúde mental entrevistados, por partilhar o processo de transformação na rede de saúde mental, fornecendo dados que contribuíram para o entendimento da construção e os percalços desde campo.

À minha orientadora Sheila Martins pela dedicação em todos os passos desta pesquisa, que pôde a cada orientação conduzir um direcionamento nos momentos em que parecia um turbilhão de ideias ela, com sua calma e sabedoria, centrava o pensamento sabendo qual caminho seguir. Agradeço pelo incentivo, responsabilidade e cuidado para com este trabalho.

Aos companheiros do primeiro curso de Mestrado Profissional em Políticas Públicas da UEM, pelos laços de amizade e companheirismo que criamos e pelo prazer de fazer parte de um grupo tão diversificado e fundamental para o intercâmbio de práticas e conhecimentos que ampliaram a formação e firmaram a missão de servidores públicos em defesa da população e do bem público.

Aos professores que de forma tão generosa e especial contribuíram para a nossa transformação profissional, proporcionaram a busca do conhecimento a partir de nossas práticas no serviço público e não mediram esforços para que pudéssemos concluir tal projeto.

E finalmente e não menos significante, a Deus por estar presente em nossas vidas, por me ajudar a acreditar que é possível alcançar os sonhos com trabalho, persistência, responsabilidade e apoio daqueles que amamos.

O Laço e o Abraço

*Eu nunca tinha reparado como é curioso um laço...
Uma fita dando voltas. Enrosca-se, mas não se embola, vira,
revira, circula e pronto: está dado o laço.
É assim que é o abraço: coração com coração, tudo isso
cercado de braço
É assim que é o laço: um abraço no presente, no cabelo, no
vestido, em qualquer coisa onde o faça.
E quando puxo uma ponta, o que é que acontece? Vai
escorregando... Devagarzinho, desmancha, desfaz o abraço.
Solta o presente, o cabelo, fica solto no vestido.
E, na fita, que curioso, não faltou nem um pedaço.
Ah! Então, é assim o amor, a amizade. Tudo que é sentimento.
Como um pedaço de fita. Enrosca, segura um pouquinho, mas
pode se desfazer a qualquer hora, deixando livre as duas
bandas do laço.
Por isso é que se diz: laço afetivo, laço de amizade.
E quando alguém briga, então se diz: romperam-se os laços.
E saem as duas partes, igual meus pedaços de fita, sem perder
nenhum pedaço.
Então o amor e a amizade são isso...
Não prendem, não escravizam, não apertam, não sufocam.
Porque quando vira nó, já deixou de ser um laço!*

(Mário Quintana)

KRACHENSKI, Sonia M. B. F. **ESTUDO SOBRE A PARTICIPAÇÃO OCUPACIONAL NA REDE DE APOIO PSICOSSOCIAL DE EGRESSOS DE UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.** (283 f.) Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: (Sheila Regina de Camargo Martins). Maringá, 2012.

RESUMO

O objetivo da pesquisa foi conhecer as repercussões da participação ocupacional na rede psicossocial de pessoas com transtorno mental que realizaram tratamento em hospital psiquiátrico. Foi realizada uma pesquisa qualitativa exploratória que buscou uma apreensão de significados nas falas e em outros comportamentos observados em entrevistas com cinco participantes e seus familiares sobre a participação ocupacional na rede psicossocial de pessoas que estavam na segunda internação em hospital psiquiátrico. O estudo foi orientado pela abordagem sistêmica. O levantamento de dados sobre os vínculos ocupacionais do indivíduo foi conduzido por meio da utilização do instrumento do mapa de rede social pessoal desenvolvido por Sluzki (1997) e das narrativas de vida ocupacional ligados a eventos pessoais, com base no modelo da ocupação humana desenvolvida por Kielhofner (2011). Foi realizado um levantamento dos serviços disponíveis na rede de atenção psicossocial dos municípios de origem dos participantes, por meio de entrevistas com os gestores. Os resultados evidenciaram que em todos os casos, situações de perdas e rompimentos psicossociais foram identificadas como importantes para o desenvolvimento dos processos de sofrimento psíquico. Quatro casos encontravam-se em vulnerabilidade psicossocial no período anterior às internações e, principalmente, após as mesmas. Todos conviviam ou conviveram com familiares com problemas decorrentes do uso abusivo de álcool, e apresentaram interrupção ou descontinuidade no tratamento, aumentando o risco de tentativas de suicídio. Verificou-se que com o agravamento dos sintomas, gradativamente há rupturas das relações de trabalho, escolares, com a comunidade e redução nos vínculos ocupacionais e nas relações familiares. As famílias dos casos estudados assumem o cuidado com a pessoa em sofrimento mental. Em três destes, realizam tal tarefa com maior tutela, situação que colabora para reduzir a capacidade das participantes em desempenhar atividades com autonomia e isso, por outro lado pode sobrecarregar os membros da família. A permanência do estigma da loucura se soma e muitas vezes pode se relacionar com tais acontecimentos. Os resultados evidenciam a necessidade de aprimoramento das ações de integralidade da rede de apoio psicossocial para a manutenção dos vínculos ocupacionais uma vez que estes contribuem para a ampliação da rede social e para promover a integração social dos egressos de hospital psiquiátrico. Verificou-se falta de efetivação de políticas específicas nessa vertente, uma vez que todos os casos analisados apresentam empobrecimento gradual dos relacionamentos sociais e laborais a despeito dos avanços na implantação das políticas já em funcionamento nos municípios estudados. As análises indicam que o investimento na rede de atenção psicossocial deveria priorizar a área de promoção da saúde, prevenção dos agravamentos, integração da rede de cuidados considerando a complexidade das ações da atenção básica e dos serviços de urgência e emergência no campo da saúde mental. É importante que a ênfase recaia na interlocução entre os diversos atores e setores envolvidos com elaboração de políticas públicas efetivas, isto é, daquelas voltadas para a promoção da convivência familiar e comunitária e geração de trabalho e renda.

Palavras-chave: Saúde Mental; Participação Ocupacional; Rede Social.

KRACHENSKI, Sonia M. B. F. STUDY ABOUT OCCUPATIONAL PARTICIPATION AT THE PSYCHOSOCIAL SUPPORT NETWORK OF EGRESSED FROM PSYCHIATRIC HOSPITAL. (283 f.) Dissertation (Master in Public Policies) – State University of Maringá. Supervisor: (Sheila Regina de Camargo Martins). Maringá, 2012.

ABSTRACT

The aim of this of this research was to get to know the effects of occupational participation at the psychosocial network of people suffering of mental disorder who are under treatment at psychiatric hospitals. There was a quantitative exploratory research which aimed an acknowledgment of meaning of speeches or other behaviors noticed during the interviews with the five participants and their families about the occupational participation at the psychosocial network of people who were under their second confinement at the psychiatric hospital. The study was oriented by the systemic approaching. The gathering of information about occupational bonds of the psychosocial network of being happened using the personal map of social network created by Sluzky (1997) and the narratives of occupational participation of personal events, based on the human occupation model developed by Kielhofner (2011). There is, also, a research about the available services on the network of psychosocial attention of the cities where the participants came from. This research was done through interviews with the managers. The results made evident that in all cases, loss situations and psychosocial ruptures were spotted as meaningful to the development of psychic suffering processes. Four cases were found in psychosocial vulnerability, on the period previous to the confinement and, mainly, after them. All of them shared their lives with problems deriving of alcohol abuse and had gone through interruption or break off of their treatment, rising the risks of a suicide attempt. It was noticed that with the aggravation of the symptoms, there were gradual ruptures of work, school and community relations and he reduction of occupational bonds and family relationships. The relatives of all cases take care of the person on mental suffering. In three of these families, the tasks are bigger which minimizes the capability of the participants on develop activities on their own, what overloads the family members. The stigma of madness is added to these situations and sometimes can even to relate with these situations. The results make clear the need of improvement of actions on integrating the psychosocial support network, since they contribute to the social network's expansion and promote the social integration of psychiatric hospital egressed. It was noticed a lack of political words specifically about this matters, since all of the cases presented gradual weaken of social and laboural relations, even though there was progress at creation of politics that are being used about the attention and care of egressed people. The analysis indicate that the investments at the network of psychosocial attention must priorities the health promotion area, prevention of aggravations and integration of health promotion networks, considering the complexity of basic care network actions and the services of urgency and emergency at the area of mental health. It is important that the emphasis goes to the talk among the many actors and sectors involved at the creation of effective public politics that is, of those created to promote the familiar and communitary living and work and income generation.

Key-words: Mental Health; Occupational Participation; Social Network.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa de rede social pessoal.....	78
Figura 2 – Das narrativas progressivas, regressivas e estáveis (Kielhofner, 2011)	94
Quadro 1 - Histórico de Participação Ocupacional – caso 1	118
Tabela 1.1 – Caso 1 – mapa 1 – Família	119
Tabela 1.2 – Caso 1 – mapa 1 – Amizade	119
Tabela 1.3 – Caso 1 – mapa 1 – Comunidade/Profissionais de saúde.....	119
Tabela 1.4 – Caso 1 – mapa 1 – Trabalho	119
Tabela 2.1 – caso 1 - mapa 2 - Família.....	120
Tabela 2.2 – Caso 1 – mapa 2 – Amizade	120
Tabela 2.3 – Caso 1 – mapa 2 – Comunidade/Profissionais de saúde.....	120
Tabela 2.4 – Caso 1 – mapa 2 – Trabalho	120
Tabela 3 – Caso 1 – Tipos de função da rede social significativa.....	121
Figura 3 – Mapa da Rede Social de Cristal anterior à 1º internação psiquiátrica (mapa 1)	123
Figura 4 - Mapa da Rede Social de Cristal entre a 1ª e a 2ª internação psiquiátrica (mapa 2).....	123
Figura 5 – Trajetória da narrativa de vida ocupacional de Cristal - caso 2	124
Quadro 2 - Histórico de Participação Ocupacional - caso 2.....	137
Tabela 4.1 – Caso 2 – mapa 1 – Família	138
Tabela 4.2 – Caso 2 – mapa 1 – Amizade	138
Tabela 4.3 – Caso 2 – mapa 1 – Comunidade/Profissionais de saúde.....	138
Tabela 4.4 – Caso 2 – mapa 1 – Trabalho	138
Tabela 5.1 – Caso 2 – mapa 2 – Família	139
Tabela 5.2 – Caso 2 – mapa 2 – Amizade	139
Tabela 5.3 – Caso 2 – mapa 2 – Comunidade/Profissionais de saúde.....	139
Tabela 5.4 – Caso 2 – mapa 2 - Trabalho.....	140
Tabela 6 – Caso 2 - Tipos de função da rede social significativa	140

Figura 6 - Mapa da Rede Social de Pérola anterior à 1ª internação psiquiátrica (mapa 1)	142
Figura 7 - Mapa da Rede Social de Pérola entre a 1ª e a 2ª internação psiquiátrica (mapa 2)	142
Figura 8 - Trajetória da narrativa de vida ocupacional de Pérola – caso 2.....	143
Quadro 3 - Histórico de Participação Ocupacional – caso 3	166
Tabela 7.1 – Caso 3 – mapa 1 – Família	167
Tabela 7.2 – Caso 3 – mapa 1 – Amizade	167
Tabela 7.3 – Caso 3 – mapa 1 – Comunidade/Profissionais de saúde.....	167
Tabela 7.4 – Caso 3 – mapa 1 – Trabalho	167
Tabela 7.5 – Caso 3 – mapa 1 – Estudo.....	167
Tabela 8.1 – Caso 3 – mapa 2 – Família	167
Tabela 8.2 – Caso 3 – mapa 2 – Amizade	168
Tabela 8.3 – Caso 3 – mapa 2 – Comunidade/Profissionais de saúde.....	168
Tabela 8.4 – Caso 3 – mapa 2 – Trabalho	168
Tabela 8.5 – Caso 3 – mapa 2 – Estudo.....	168
Tabela 9 – Caso 3 – Tipos de função da rede social significativa.....	169
Figura 9 – Mapa da Rede Social de Ágata anterior ao 1ª internação psiquiátrica (mapa 1)	170
Figura 10 – Mapa da Rede Social de Ágata entre a 1ª e a 2ª internação psiquiátrica (mapa 2)	170
Figura 11 - Trajetória da narrativa de vida ocupacional de Ágata – caso 3	171
Quadro 4 - Histórico de Participação Ocupacional – caso 4	194
Tabela 10.1 – Caso 4 – mapa 1 – Família	195
Tabela 10.2 – Caso 4 – mapa 1 – Amizade	195
Tabela 10.3 – Caso 4 – mapa 1 – Comunidade/Profissionais de saúde.....	195
Tabela 10.4 – Caso 4 – mapa 1 – Trabalho/educação	195
Tabela 11.1 – Caso 4 – mapa 2 – Família	196
Tabela 11.2 – Caso 4 – mapa 2 – Amizade	196

Tabela 11.3 – Caso 4 – mapa 2 – Comunidade/Profissionais de saúde.....	196
Tabela 11.4 – Caso 4 – mapa 2 – Trabalho	196
Tabela 12 – Caso 4 - Tipos de função da rede social significativa	197
Figura 12 – Mapa da Rede Social de Jade anterior à 1ª internação psiquiátrica (mapa 1)	198
Figura 13 – Mapa da Rede Social de Jade entre a 1ª e a 2ª internação psiquiátrica (mapa 2)	198
Figura 14 - Trajetória da narrativa de vida ocupacional de Jade – caso 4.....	199
Quadro 5 - Histórico de Participação Ocupacional – caso 5	220
Tabela 14.1 – Caso 5 – mapa 1 – Família	222
Tabela 14.2 – Caso 5 – mapa 1 – Amizade	222
Tabela 14.3 – Caso 5 – mapa 1 – Comunidade/Profissionais de saúde.....	222
Tabela 14.4 – Caso 5 – mapa 1 – Trabalho/educação	222
Tabela 15.1 – Caso 5 – mapa 2 – Família	223
Tabela 15.2 – Caso 5 – mapa 2 – Amizade	223
Tabela 15.3 – Caso 5 – mapa 2 – Comunidade/Profissionais de saúde.....	223
Tabela 15.4 – Caso 5 – mapa 2 – Trabalho	223
Tabela 16 – Caso 5 –Tipos de função da rede social significativa.....	224
Figura 15 - Mapa da Rede Social de Jasper anterior à 1ª internação psiquiátrica (mapa 1)	226
Figura 16 - Mapa da Rede Social de Jasper entre 1ª e 2ª internação psiquiátrica (mapa 2)	226
Figura 17- Trajetória da narrativa de vida ocupacional de Jasper – caso 5.....	227
Quadro 6 - Dados sociodemográficos	234
Quadro 7 - Dados da rede de saúde mental dos municípios pesquisados.....	235

SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

AOTA – American Occupational Therapy Association

APAE – Associação de Pais e Amigos de Excepcionais

ASSIMS – Associação Intermunicipal de Saúde

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil

CEEBJA – Centro Estadual de Educação Básica para Jovens e Adultos

CEP-SESA/HT – Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Estadual do Paraná/ Hospital do Trabalhador

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade de Saúde

CME – Central de Marcação de Consultas

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CPM – Centro Psiquiátrico Metropolitano

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CRE – Centro Regional de Especialidades

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DECAL – Departamento Central de Vagas

ECOSOL – Economia Solidária

EMATER – Instituto Paranaense de Assistência Técnica e Extensão Rural

ESF – Estratégia Saúde da Família

GAPH – Grupo de Assistência Psiquiátrica Hospitalar

HCAB – Hospital Colônia Aduato Botelho

INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social

LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MEC – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde
MTE – Ministério do Trabalho e Emprego
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial da Saúde
OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PA – Pronto Atendimento
PAH – Pronto Atendimento Hospitalar
PREPS – Polo Regional de Educação Permanente em Saúde
PROESC – Programa de Ensino Superior Comunitário
PVC – Programa de Volta Pra Casa
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESA/PR – Secretaria Estadual de Saúde do Paraná
SGPE – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SILOS – Sistemas Locais de Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUAS – Sistema Único da Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
UTP – Universidade Tuiuti do Paraná

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	17
1 OBJETIVOS.....	25
2. BREVE HISTÓRICO DA LOUCURA E DAS TRANSFORMAÇÕES NA ASSISTÊNCIA.....	26
2.1 A institucionalização da loucura e sua relação com a divisão do trabalho social.....	26
2.2 Concepções de trabalho na história.....	30
2.3 Trabalho e loucura na história.....	32
2.4 As transformações nas concepções sobre a pessoa com transtorno mental e sua inscrição social.....	44
2.5 O processo da reforma psiquiátrica no brasil.....	49
3. REDES SOCIAIS.....	65
3.1 Estudos e conceitos de redes sociais.....	65
3.2 Explicando o mapa de rede social significativa.....	77
3.3 Redes sociais em contextos laborais e comunitários.....	82
4. PARTICIPAÇÃO OCUPACIONAL E MODELO DE OCUPAÇÃO HUMANA.....	84
4.1 Narrativas da vida ocupacional.....	93
5. MÉTODO.....	98
5.1 A instituição.....	98
5.2 Participantes.....	99
5.3 Critérios para inclusão e exclusão dos participantes.....	99
5.4 Instrumentos.....	100
5.5 Local de realização das entrevistas.....	101
5.6 Procedimentos.....	101

6. RESULTADOS	105
6.1 Apresentação do caso 1 – Cristal.....	106
6.2 Apresentação do caso 2 – Pérola	127
6.3 Apresentação do caso 3 – Ágata.....	152
6.4 Apresentação do caso 4 – Jade	177
6.5 Apresentação do caso 5 – Jasper	204
6.6 Comparativos sociodemográficos e da rede de atenção psicossocial dos municípios de origem dos participantes	233
7. DISCUSSÃO E ANÁLISE	238
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	268
REFERÊNCIAS	275
APÊNDICES	279
1 Termo de consentimento livre e esclarecido	280
2 Entrevista semiestruturada.....	281

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica no Brasil tem conquistado avanços significativos, reconhecida como um processo de profunda mudança na assistência à Saúde Mental recomendada pela Lei nº 10.216/2001. Tal Lei fundamenta-se nos conceitos de descentralização, territorialidade, acessibilidade, promoção da cidadania, desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e rede psicossocial de pessoas com transtorno mental. Esta abordagem está promovendo mudanças no modelo de atenção e é contemplada no planejamento de Políticas Públicas, proporcionando a criação de dispositivos como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, o Serviço Residencial Terapêutico e o Programa “De volta para casa”. Os principais objetivos da reforma são a desinstitucionalização, a inclusão social e a promoção da cidadania voltada as pessoas em sofrimento mental.

Segundo Amarante (2003), a desinstitucionalização é um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações. Não se restringe apenas à reestruturação técnica de serviços ou de novas e modernas terapias, mas, para o autor, é necessário recolocar o *locus* de saúde mental como um lugar de conflito, confronto e contradições. Assim, a desinstitucionalização pode ser compreendida como resultante de relações e situações sociais concretas e imprime novos desafios que se apresentam para serem enfrentados. Como se trata de um processo complexo necessita do apoio e da participação de diversos atores e setores da sociedade.

Alguns desses desafios podem ser verificados na tentativa de estabelecer a rede social e identificar os entraves que se apresentam para a efetivação da rede de atendimento. Acompanhando os atendimentos do ano de 2010 no Hospital Adauto Botelho, onde foi realizada a pesquisa, observou-se que, apesar das propostas da reforma psiquiátrica ainda ocorria uma demanda significativa para internações neste hospital psiquiátrico. Naquele ano a média de internação foi de 76 pacientes por mês, 60% da capacidade dos leitos ativos, tendo um período médio de internação de 45 dias, dos quais 66% foram como primeira internação e 34% foram reinternamentos. Verificou-se ainda que as vagas permaneceram em aberto por pouco tempo. A experiência da pesquisadora indica que, em muitos casos, o afastamento do egresso de sua família, dos estudos, do trabalho e o

aumento dos agravos tende a dificultar a inclusão social do indivíduo com transtornos mentais. Tais observações encontram referências na literatura especializada. Sluzki, em seu livro “A Rede Social na Prática Sistêmica” (1997), relata o estudo conduzido por Dozier, Harris, Bergmam em 1987, correlacionando a probabilidade de re-hospitalizações em pacientes com alta depois de apresentarem crise psicótica. De acordo com tal investigação, a re-hospitalização mostrou-se maior quando a densidade da sua rede social pessoal era avaliada ou como muito baixa ou muito alta, ou seja, quando os membros da rede não estavam conectados entre si ou havia uma multiplicidade de interconexões. Esse último fator pode dispersar a formação de compromisso entre os integrantes, pois cada componente da rede social pode supor que outro se compromete com a atenção àquele membro que necessita de cuidado.

Sobre a importância da rede de apoio social pessoal na vida das pessoas, Sluzki (1997), acompanha a opinião de Bateson (1956, *apud* SLUZKI, 1997) de que os limites dos indivíduos não estão delineados apenas pelo seu corpo e propõe que:

[...] as fronteiras do indivíduo não estão limitadas por sua pele, mas incluem tudo aquilo com que o sujeito interage – família, meio físico, etc – podemos acrescentar que as fronteiras do sistema significativo do indivíduo não se limitam à família nuclear ou extensa, mas incluem todo o conjunto de vínculos interpessoais do sujeito: família, amigos, relações de trabalho, de estudo, de inserção comunitária e de práticas sociais (SLUZKI,1997, p.37).

O autor propõe que o conhecimento de tais interações pode colaborar para uma maior compreensão dos processos psicossociais de desintegração, de mal estar e de adoecimento, de transtornos da identidade, e de perturbação dos processos de adaptação construtiva e das possibilidades de mudanças.

O estudo de tal nível de análise mostra-se relevante na área da saúde mental, pois se considera que a reabilitação psicossocial inclui um conjunto de ações que tem como objetivo aumentar as habilidades das pessoas e promover a reinserção mais completa possível em uma vida normal e produtiva. Saraceno em seu livro *Libertando Identidades* (1999) define o processo de Reabilitação Psicossocial como um grande processo de reconstrução das relações familiares, um exercício de cidadania e contratualidade das

relações familiares, da rede social e do trabalho com valor social. Para o autor, os instrumentos que podem contribuir com a promoção de tais ações são: a escuta, a solidariedade, a afetividade, a transformação material da vida cotidiana e o favorecimento de trocas afetivas, sendo necessária uma práxis que acompanhe o indivíduo na constituição de espaço de troca, onde o trabalho não é um simples desenvolver de tarefas, mas uma forma de inserção laborativa com promoção de interesses, necessidades e desejos pessoais.

A preocupação com a manutenção dos vínculos ocupacionais pessoais dos egressos de tratamentos na área da saúde mental inclui a concepção de integralidade e de democracia nas ações em saúde.

O processo da reforma psiquiátrica está associado à formação democrática de vontade coletiva e à participação representativa no processo decisório, sendo necessário contar com a mobilização de esferas públicas, condições de agentes com autonomia, liberdades associadas e eleições para os principais cargos de governo. A condição de agente pode ser de integração, vulnerabilidade ou de exclusão do sujeito. A exclusão do indivíduo se dá por não estar inscrito no mundo do trabalho, família ou redes sociais, já na condição de vulnerabilidade, o agente estabelece poucos vínculos familiares, no trabalho e na rede social. (SANTOS Jr, 2010)

Assim como a arte e a cultura, o trabalho é uma forma de construção de identidades que oferece as condições para o indivíduo obter maior autonomia. Isto ocorre, em geral, pela capacidade de integração do agente ao meio transformando-o em um cidadão mais participativo. Acredita-se que as ações que buscam promover a inserção de pessoas com transtornos mentais no trabalho constituem-se em uma das estratégias fundamentais nos projetos e processos de produção de autonomia e no fortalecimento da contratualidade na perspectiva de inclusão social por ser um direito de todo cidadão.

Para isso, em 2004 iniciou-se uma articulação entre o Ministério da Saúde (MS) e a Secretaria Nacional de Economia Solidária do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). Tal articulação buscou o enfrentamento de um desafio comum: a reinserção social e econômica das pessoas com transtornos mentais. Em 2005, através da portaria interministerial MS/MTE 353/05, foi criado o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária e uma linha específica de financiamento aos municípios que desenvolvem atividades de inclusão econômica de pessoas com transtornos mentais.

Partiu-se de princípios expressos na Lei de Cooperativas Sociais (Lei 9867/1999) e também da articulação entre os diversos atores e recursos dos territórios. Todas essas ações se destinam a contribuir para uma efetiva produção de empreendimentos econômicos solidários e inclusivos das pessoas em situação de vulnerabilidade no contexto das políticas promotoras de desenvolvimento local e inclusão social.

A aliança entre Reabilitação Psicossocial e Economia Solidária tem como proposta promover ações em saúde, trabalho, educação e inclusão através da troca de experiências e construção de conhecimentos entre os grupos e a sociedade. Trata-se da conjunção de esforços para enfrentar as grandes dificuldades da questão, pois, muitas vezes pessoas que sofrem uma experiência psicopatológica apresentam comprometimentos de algumas funções sociais, cognitivas e afetivas, características que podem dificultar a inserção no mercado formal de trabalho. Tais experiências investigam a elaboração de propostas diferenciadas para a promoção de ações efetivas para a ampliação de sua rede social e de participação como cidadão (GIGANTE, 2010).

Entre as propostas de intervenção em rede, no presente trabalho são eleitos os conceitos desenvolvidos por Sluzki sobre a rede social pessoal, onde a rede é definida e delimitada a partir de um indivíduo ou ator social. Essa escolha justifica-se pelo fato de se considerar que as análises e experiências do autor apresentam uma abrangência e uma consistência interessantes, além de grande correspondência com os pressupostos da reforma psiquiátrica adotada pelo Sistema Único de Saúde (SUS, 1990) no Brasil. Com base na abordagem sistêmica e teorias e técnicas desenvolvidos no campo da Terapia Familiar, o autor ampliou os conhecimentos para incluir nas análises e intervenções também a rede de apoio social significativa dos egressos dos hospitais psiquiátricos. Sluzki (1997) observou que muitos daqueles pacientes que ele e seu grupo atendiam haviam permanecido um longo tempo internados e perdido o contato com seus familiares; podiam, contudo, ainda contar com o apoio de outros membros de sua rede social pessoal no processo de ressocialização. A abordagem de rede social no campo da psiquiatria foi então analisada pelo autor do ponto de vista sistêmico para atender aos fins de intervenção psicossocial.

Os contextos culturais e subculturais em que estamos imersos, os contextos históricos, políticos, econômicos, religiosos, de meio ambiente, de existência ou carência de serviços públicos, de idiosincrasias de uma região, país ou hemisfério, sustentam e fazem parte do universo relacional do indivíduo. Em um nível mais microscópico, por sua vez, a rede social pessoal pode ser definida como a soma de todas as relações que o indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade. Essa rede corresponde ao nicho interpessoal da pessoa e contribui substancialmente para seu próprio reconhecimento como indivíduo e para sua auto-imagem. Constitui uma das chaves centrais da experiência individual de identidade, bem estar, competência e agenciamento ou autoria, incluindo os hábitos de cuidado da saúde e a capacidade de adaptação em uma crise (SLUZKI & STEINMETZ *apud* SLUZKI, 1997, p. 42)

Portanto, para o autor a rede é definida e delimitada a partir de um indivíduo ou ator social considerado como “o campo relacional de uma pessoa” (SPECK e ATTENEAVE *apud* GUADALUPE, 2001, p. 01).

O presente estudo adota, portanto a definição de rede social pessoal como o

(...) conjunto de seres com que interagimos sinais que nos corporizam, que nos fazem reais (...) é a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade (...) e que correspondem ao nicho interpessoal do indivíduo. (SLUZKI *apud* GUADALUPE, 2001, p.01).

Definição que é esclarecida por Guadalupe (2001) da seguinte forma: “A rede social é constituída por todos os outros com que o indivíduo estabelece uma relação interpessoal, isto é, os seus familiares, amigos (e inimigos), colegas, vizinhos, organizações” (GUADALUPE, 2001, p. 01).

As observações empíricas da presente pesquisadora, em 22 anos de experiência, identificam-se com os estudos acima referidos sobre a importância da rede social pessoal dos egressos das internações psiquiátricas. É frequente que sejam relatadas à profissional diversas alterações na organização da rede social de pessoas com transtornos mentais que apresentam várias internações. Tais modificações incluem mudanças em seus hábitos de vida e em sua capacidade de manutenção dos vínculos laborais. Esse conjunto de questões estimulou a pesquisadora a buscar compreender, com maior profundidade e detalhe, a situação no presente estudo, a fim de analisar, de forma sistematizada, a rede social pessoal dos egressos de internações em hospital psiquiátrico. Espera-se que esse conhecimento

possa colaborar com as reflexões na área com o objetivo de aprimorar a elaboração de políticas públicas destinadas à promoção da reabilitação psicossocial e inclusão social de pessoas egressas do hospital psiquiátrico.

Então por meio de uma investigação com a construção e análise do mapa da rede social pessoal de pacientes internados no Hospital Psiquiátrico Aduato Botelho, procurou-se conhecer como os vínculos ocupacionais são afetados, assim como quais participantes e ou serviços contribuem para sua ativação e/ou manutenção, considerando-se os serviços disponíveis e sua efetividade.

Esta pesquisa buscou obter dados que colaborem com a compreensão dos processos relacionais envolvidos na manutenção, promoção ou dificuldades de inclusão social de indivíduos com transtorno mental egressos de internação. A eleição do estudo da rede social pessoal de tais egressos justificou-se pela argumentação teórica baseada nos estudos da área, de que o acometimento de doenças tende a conduzir a um afastamento das pessoas de seus relacionamentos interpessoais. Tais achados referem-se às doenças crônicas em geral e considera que algumas doenças podem, inclusive, limitar as possibilidades de o indivíduo estabelecer contatos sociais e reduzir gradativamente a rede social da pessoa. (SLUZKI, 1997).

Na área da saúde mental, o empobrecimento da rede social pessoal e as dificuldades de relacionamento familiar podem, muitas vezes, ganhar contornos ainda mais importantes quando se consideram os processos de preconceitos, estigmatização e segregação social que foram construídos ao longo da história da sociedade ocidental.

Em geral, nos primeiros internamentos alguns pacientes possuem vínculos sociais, assim como trabalho ou vida escolar. Apresentam também vínculos laborais preservados, mas com frequência, a não continuidade do tratamento extra-hospitalar e os re-internamentos tendem a reduzir os vínculos e aumentar os agravamentos.

Foi, portanto, a partir da percepção da pessoa em sofrimento psíquico e de seus familiares que se procurou conhecer a participação ocupacional dos egressos em suas respectivas redes sociais pessoais após a institucionalização em hospital psiquiátrico.

O trabalho foi dividido em oito capítulos, onde os primeiros contêm o referencial teórico com fundamentos para a compreensão do problema central da pesquisa.

Assim, inicia-se com a contextualização histórica dos conceitos da loucura e de trabalho desde a antiguidade aos dias atuais, incluindo o processo de transformação na assistência à saúde e reforma psiquiátrica no Brasil. Na sequência é abordado o tema de rede de sociabilidade, mudanças de valores da loucura e do trabalho nas diferentes sociedades, as transformações na assistência e como a história da loucura se integra à história do pensamento humano.

No capítulo 3 discorre-se sobre o conceito de rede social inserida no contexto histórico-social e como a compreensão sistêmica acompanhou e contribuiu para a transformação da rede de cuidados considerando-se a complexidade da sociedade ocidental. Neste capítulo também são explicadas as considerações para a construção do mapa de rede pessoal, desenvolvido por Sluzki (1997), instrumento utilizado nesta pesquisa.

O capítulo seguinte destinou-se à abordagem sobre participação ocupacional do ponto de vista do modelo de ocupação humana desenvolvido por Kielhofner (2011) e conceito de ocupação de Christiansen e Townsend (2010). São teorias que discutem, de uma perspectiva ocupacional, a vida e a sociedade considerando o processo de mútua influência estabelecido entre a participação ocupacional e as implicações no comportamento, na interação social, bem estar e participação em sociedade.

O capítulo 5 esclarece o método utilizado nesta pesquisa para uma análise qualitativa dos resultados. Os resultados estão no capítulo 6, que contém a apresentação e análise dos cinco casos, mapa de rede social pessoal, a rede de atendimento psicossocial; tabelas sobre as alterações na participação ocupacional relacionadas aos internamentos no hospital psiquiátrico e quadros comparativos sociodemográficos e da rede de atenção psicossocial nos municípios de origem dos participantes.

No capítulo 7 são discutidas as categorias de análise por meio das quais se buscou obter uma compreensão sobre a questão central desta pesquisa: conhecer como a rede social pessoal de indivíduos com transtornos mentais se relaciona, contribuindo ou interferindo na participação ocupacional e autonomia de pessoas que são tratadas em meio hospitalar psiquiátrico.

Foram elencadas as seguintes categorias de análises: perdas, mortes e rupturas; vulnerabilidade psicossocial; tutela; permanência do estigma da loucura; participação

ocupacional nas atividades laborais; risco de suicídio; familiares com problemas decorrentes do uso abusivo de álcool; interrupção ou descontinuidade no tratamento; rede de cuidados; rede social pessoal e participação ocupacional.

As considerações finais são realizadas no capítulo 8, ressaltando a compreensão no campo da saúde mental como processo contínuo de questionamentos e compartilhamento de análises estratégicas efetivas para alcançar o objetivo de inserção social, autonomia e cidadania das pessoas em sofrimento mental, com ações promotoras de responsabilidade e solidariedade.

1 OBJETIVOS

O problema central da pesquisa foi conhecer como a rede social pessoal de indivíduos em situação de doença crônica, com transtornos mentais, pode interferir na vida ocupacional e autonomia de pessoas que são tratadas em meio hospitalar psiquiátrico. A participação ocupacional é considerada fator de fundamental importância para preservação da rede social do indivíduo. Para tanto, investigar como ocorre o processo de impacto da internação na interação social e desempenho ocupacional dos egressos poderia oferecer subsídios para elaboração de projetos e programas de intervenção mais pertinentes.

O objetivo principal foi conhecer como se desenvolve a inter-relação do indivíduo com seus familiares, amigos, trabalho, estudos, serviços de saúde e comunidade após sua primeira internação em hospital psiquiátrico. Pretendeu-se, assim, compreender a relação entre a rede social pessoal e a manutenção dos vínculos ocupacionais de egressos da primeira internação do hospital psiquiátrico e que estão na segunda internação. Buscou-se também realizar o levantamento das ações que contribuíram para promover a adesão e acessibilidade ao tratamento extra-hospitalar de tais pessoas.

2. BREVE HISTÓRICO DA LOUCURA E DAS TRANSFORMAÇÕES NA ASSISTÊNCIA

2.1 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA E SUA RELAÇÃO COM A DIVISÃO DO TRABALHO SOCIAL

O objetivo deste capítulo é de contextualizar a construção dos conceitos de loucura e de trabalho do período da Idade Média à Modernidade no início do século XX. Os temas da Reforma Psiquiátrica e do movimento antimanicomial iniciado em meados do século XX, serão tratados em outro capítulo.

Tal discussão busca contribuir para a compreensão do problema central da pesquisa que é conhecer como a rede social significativa de indivíduos que apresentam transtornos mentais pode interferir em sua autonomia e sua vida ocupacional.

O objetivo é abordar o tema da rede de sociabilidade, as áreas de integração, pelo estudo da mudança de conceitos e valores da loucura e do trabalho nas diferentes sociedades. Interessa ainda lançar um olhar sobre a relação do cuidado com o louco e sobre como a história da loucura se integra com a história do pensamento humano.

Considerando que o louco foi, historicamente, inserido em um espaço de exclusão e em um contexto de difícil coesão social, Robert Castel realiza uma análise de situações de dissociação. Para tanto, busca compreender a incerteza dos estatutos, a fragilidade dos vínculos sociais e trajetórias modificadas, e como se estabelece o contrato do indivíduo inserido em uma situação de flutuação na estrutura social e que se encontra às margens do trabalho e nas fronteiras das formas de trocas socialmente consagradas.

Para além da discussão empírica, Castel (1998) observa como fator determinante para a recolocação dos indivíduos na dinâmica social a sua relação com o trabalho, sendo este um suporte de inscrição na estrutura social, não enquanto relação técnica de produção, mas como correlação entre o lugar ocupado na divisão social do trabalho, sua participação nas redes de sociabilidade e nos sistemas de proteção e a construção de áreas de coesão. O autor distingue três áreas de coesão social: integração, vulnerabilidade social e desfiliação

(exclusão). A integração é quando há trabalho estável e inserção relacional consistente. A desfiliação refere-se à ausência de qualquer atividade produtiva e o isolamento relacional e a área intermediária é a de vulnerabilidade social com precariedade do trabalho e fragilidade dos suportes de proximidades.

Castel (1998) considera também a mobilidade destas associações como, por exemplo, as condições precárias de trabalho podem ser compensadas pela densidade das redes de proteção mais próximas (vizinhança). Assim também a mobilidade nas configurações aumenta a zona de vulnerabilidade sobre a de integração em períodos de crise econômica, aumentando o desemprego, e por consequência o número de pessoas na área de exclusão. A partir daí, Castel propõe avaliar a coesão de um conjunto social em um dado momento/contexto histórico, entendendo a sociedade como um conjunto de elementos interdependentes, de acordo com o modelo durkheimiano.

Segundo Durkheim (1977), a divisão do trabalho social promove a coesão da sociedade por meio da solidariedade, considerando as diferenças entre os indivíduos e a consciência de que dependem uns dos outros, mantendo assim a ordem social. Para o autor, a função da divisão do trabalho na sociedade é o eixo das relações de integralidade na qual se estabelece a ordem social, sendo integração social o que a mantém coesa, identificando o fenômeno de solidariedade e os tipos de solidariedade em cada sociedade. O autor diferencia dois tipos de solidariedade, a mecânica e a orgânica. A primeira encontrava-se em sociedades de organizações mais simples, com baixa divisão de trabalho quando as regras e a moral eram definidas geralmente pela religião. Já a solidariedade orgânica é encontrada em sociedades mais complexas, industrializadas, com um grau de divisão do trabalho mais elevado e cada vez mais especializado. Na passagem de uma sociedade mecânica para a orgânica pode ocorrer a anomia, isto é, a ausência de regras, e o papel de integração e de organização da sociedade não são executados pelos indivíduos. Nesse momento se faz necessário uma intervenção do Estado com normatizações para reintegração e coesão da sociedade.

Baseando-se nesses conhecimentos, buscou-se compreender a construção do conceito de loucura e o lugar do louco nos diversos tipos de sociedade, considerando-se o contexto histórico social.

Ao percorrer os estudos da história da loucura é possível refletir sobre a história do pensamento da humanidade. Michel Foucault apresentou em seu livro sobre a história da loucura, de 1972, a modificação do significado da loucura da Idade Média à Era Clássica (até a Revolução Francesa e Industrial). Segundo o autor, foi destinado à loucura um espaço de exclusão, uma vez que o louco ocupava um lugar no grupo social como uma figura insistente e temida ligada a elementos místicos.

Para Foucault (2008), no início da Renascença há a liberação dos valores morais exaltados no pensamento medieval para uma relação com a animalidade do homem. A loucura não é mais estranha ao mundo dos homens e sim um espetáculo conhecido pelo espectador. Na Renascença atribuía-se à loucura uma experiência no campo da linguagem, em que o homem era confrontado com sua verdade moral, com as regras próprias à sua natureza e sua verdade. Dessa forma, a tradição humanista da Renascença colocava a loucura no centro do discurso. Já no pensamento racional, o discurso enfatizava a dualidade, como vida e morte, justiça e verdade, conduzindo à análise da loucura como doença mental. No Classicismo Europeu a loucura é uma forma relativa da razão: é a desrazão. No século XVII, a loucura é colocada fora do domínio no qual o sujeito detém seu direito à verdade, pois para o pensamento racional o domínio é a própria razão. Esse pensamento tem um papel ambíguo, ou seja, acentuando a consciência das formas que limitam a razão e das forças que contradizem, situando a loucura no interior da obra da razão.

O período entre o início do século XVII até final do século XVIII assinala uma fase de criação de um conjunto de instituições por toda Europa Ocidental, que eram casas de internação com poder absoluto e medidas de prisão arbitrárias.

Ainda segundo Foucault (2008), as origens da internação na Inglaterra datam do final do século XVI, quando foram instituídas as casas de correções com finalidade de punição dos vagabundos e alívio dos pobres. No início do século XVII as casas de correção foram obrigadas a instalar profissões, ateliers, manufaturas (moinho, fiação, tecelagem) para ajudar na manutenção das casas e assegurar trabalho aos internos, transformando-se em casas de trabalho, as *workhouses*. No mesmo período, nos países de língua alemã foram criadas casas de correção, as *Zuchthäuser*. Já na França, na metade desse mesmo século foram instituídos vários hospitais gerais. Tais locais foram destinados a recolher, alojar, alimentar aqueles que iam por vontade própria ou eram encaminhadas pela autoridade real

ou judiciária, com o objetivo de zelar pela subsistência, pela boa conduta e ordem geral. Não eram considerados estabelecimentos médicos e sim uma estrutura semijurídica. Muitas instituições hospitalares de ordem religiosa, como antigos leprosários, foram modificadas e passaram a ser vistas como casas de internação, desempenhando papel de assistência e repressão, destinadas a socorrer os pobres, mas também como pensionários pagos pelo rei ou por familiar.

Ao final do século XVIII havia um grande número de espaços de internamento por toda a Europa Ocidental que exerciam suas atividades de uma forma abusiva e em condições precárias. Durante um século e meio os loucos foram colocados sob tal regime de internamento nos hospitais gerais em celas, assim como misturados à população das *Workhouses* e *Zuchthäusen*. Permaneciam nas mesmas condições dos pobres, dos desempregados, dos correccionários e dos insanos. Pinel e a psiquiatria do século XIX encontraram os loucos entre os muros do internamento e com o discurso de tê-los libertado os mantiveram sob o regime de internamento. No final do século XVIII a medicina se apropriou da loucura, Pinel denomina a loucura de alienação e os loucos de alienados, propondo o isolamento e o tratamento moral dos alienados. (FOUCAULT, 2008)

Foucault (2008) faz uma reflexão sobre como os privilégios da razão conferiram ao espaço de internamento poder de segregação e atribuiu à loucura uma nova pátria.

Ele organiza numa unidade complexa uma nova sensibilidade à miséria e aos deveres da assistência, novas formas de reação diante dos problemas econômicos do desemprego e da ociosidade, uma nova ética do trabalho e também do sonho de uma cidade onde a obrigação moral se uniria à lei civil, sob as formas autoritárias da coação. Obscuramente, esses temas estão presentes na construção das cidades de internamento e em sua organização. São eles que dão sentido a esse ritual e explicam em parte o modo pelo qual a loucura é percebida e vivida pela era clássica. (FOUCAULT, 2008, p. 56)

2.2 CONCEPÇÕES DE TRABALHO NA HISTÓRIA

Para entender a relação da loucura com os aspectos sociais, econômicos e laborais, considera-se importante conhecer o conceito e valoração do trabalho nos diversos momentos históricos e sua relação na sociedade.

A filósofa Hannah Arendt (2010), em seu livro *A condição humana*, faz uma análise fenomenológica das atividades humanas como o trabalho, a obra e a ação e de aspectos temporais. A autora afirma que na antiguidade a valoração da atividade do trabalho era desprezada. Trabalhar significava ser escravizado pela necessidade; e a busca para ser um homem livre excluía o trabalho das condições de vida do homem. Nesse momento, exaltava-se a ação, entendida como a capacidade humana do agir ligada à palavra, exercida pelo cidadão no domínio público da vida na Polis. Com o desenvolvimento da cidade-estado distinguiam-se os cidadãos dos escravos, aqueles, participavam da ação política dentro do domínio público enquanto estes moradores do *Oikos* (casa) trabalhavam para prover o sustento dos seus senhores e estavam confinados ao domínio privado.

A autora considera que a partir da era moderna, principalmente no final do século XVIII, inverte-se a posição de valores da ação e da contemplação. Com a glorificação do trabalho como fonte de todos os valores e a elevação da racionalidade, seguiu-se a divisão do trabalho. O trabalho saiu de sua ocultação no domínio privado e passou ao domínio público onde podia ser organizado e dividido. Além disso, agrega-se ao conceito de trabalho o entendimento de utilitarismo. (ARENDR, 2010)

Marx (1987), em *A ideologia Alemã*, afirma que as etapas evolutivas acerca dos modos de produção, evolução material dos indivíduos ou relação com os meios de produção estão relacionados com a construção da história da propriedade. Discute, também, que cada fase da divisão do trabalho determina as relações dos indivíduos entre si, de acordo com o material, instrumento e produto do trabalho, considerando assim três fases evolutivas na divisão do trabalho relacionadas a formas diferentes de propriedade. Primeiro, na propriedade tribal (grande extensão de terras incultas) a divisão do trabalho era pouco desenvolvida e se limitava a divisão natural familiar (caça, pesca, criação de animais e agricultura pouco desenvolvida) e a estrutura social era a extensão da família

(chefes de tribo, membros da tribo e escravos); a segunda forma de propriedade era a comunal e estatal, foi durante a antiguidade com a formação das cidades, os cidadãos passam a ter poder sobre seus escravos (trabalhadores) e a divisão do trabalho era um pouco mais desenvolvida.

Marx (1987) afirma que, com a destruição dessa civilização pelos povos bárbaros formava-se uma nova estrutura de sociedade, onde a escravidão continuava sendo a base de toda a produção. Os camponeses eram intermediários entre homens livres e escravos, conduzindo à terceira forma de propriedade, a feudo-estamental, que ao contrário da antiguidade greco-romana, caracterizava-se por extensos terrenos e a expansão da agricultura. Nesta comunidade não há escravos e sim servos (pequenos camponeses que constituem a classe produtora) e a nobreza (os que tinham o poder sobre os servos). Aos poucos se constituiu crescente população de artesões nas cidades desenvolvendo a condição de oficial e de aprendiz. No feudalismo houve pequena divisão do trabalho e a estrutura estabelecida hierarquicamente no campo era a mesma que na cidade. Na primeira era a nobreza, o clero e o campesinato e segunda eram os mestres, os oficiais e os aprendizes. Na agricultura a divisão do trabalho tornava-se um pouco mais complexa com o surgimento da indústria doméstica dos próprios camponeses, mas o trabalho ainda era pouco dividido.

Segundo o historiador Georges Duby (1982) no livro *As Três Ordens ou o imaginário do feudalismo*, durante a Idade Média constituiu-se, na sociedade ocidental cristã, a representação mental da perfeição social sob a forma do modelo da trifuncionalidade com a imagem da ordem social. Ou seja, a divisão de três classes ou ordens estáveis e hierarquizadas: em um grau mais elevado e puro, o Clero, aquele que serve a Deus; em segundo plano o soldado, aquele que defende o estado pelas armas e, por último, o camponês, o que trabalha na terra e que alimenta os demais. Nesse período o trabalho continua em grau inferior, mas fazendo parte de uma ordem social interdependente; e com um raciocínio moral mais do que político serviu tanto ao regime da monarquia absolutista como à religião. A figura triangular das três ordens refletia, para o catolicismo, o sonho de uma sociedade una e trina como a divindade que a criou e a troca de serviços mútuos levando à unidade e à diversidade das ações humanas. Do mesmo modo, serviu para a monarquia como justificativa à teoria de sujeição do povo ao jugo da monarquia absoluta, ou seja, a trifuncionalidade serviu de moldura de divisão dos homens,

reforçou articulações normativas, imperativas. Os três caminhos não eram os únicos, mas eram considerados os bons, os demais caminhos eram condenados e toda uma parte da sociedade que não os seguiam era amaldiçoada, rejeitada ou aniquilada. É nesta parte da sociedade que a loucura se inseria.

Assim como Marx (1987), Durkheim (1977) considerava que a divisão do trabalho social não era exclusividade da era moderna, porém somente no final do século XVIII as sociedades passaram a ter consciência desta questão. Em plena industrialização no mundo ocidental, o aumento da produtividade e a divisão do trabalho influenciaram as mais diferentes áreas da sociedade, não se restringindo apenas aos aspectos econômicos, mas também morais.

Em consonância com Durkheim (1977), Castel (1998) afirma que, apesar dos riscos de desestabilização serem mais fortes sobre os desprovidos de recursos econômicos, a dimensão econômica não é o diferenciador essencial. Considera que as relações existentes entre a precariedade econômica e a instabilidade social possibilitam uma mobilidade dos indivíduos pelas zonas de integração, vulnerabilidade e desfiliação.

O autor compreende que as noções de estabilidade/instabilidade ou expulsão do emprego, inserção relacional, fragilidade dos suportes protetores ou isolamento social são distintos nos diversos contextos históricos. São diferentes nas sociedades pré-industriais, do século XIX ou XX, mas considera que as populações ocupam posições homólogas na estrutura social, assim como os processos que produz em tais situações podem ser homólogas em sua dinâmica e diferentes em suas manifestações. Por exemplo, a impossibilidade de conseguir um lugar estável nas formas dominantes da organização do trabalho e nos modos de pertencimento comunitários, ainda constitui uma população excedente de mão-de-obra, apesar das mudanças. A história não é linear, há muitas discontinuidades, bifurcações e inovações a serem enfrentadas. (CASTEL, 1998)

2.3 TRABALHO E LOUCURA NA HISTÓRIA

Nesta perspectiva, o louco ocupou um espaço de exclusão e para compreender como foi o reconhecimento da loucura durante a era Clássica, Foucault (2008) expõe

considerações sobre a mudança na percepção da miséria da Idade Média para a Renascença, quando esta despojou a miséria de sua positividade mística assim como a loucura. Se o louco na Idade Média era considerado como personagem sagrado era porque participava do sentido místico da miséria, era familiar na paisagem humana da Idade Média como ser de outro mundo. Na Renascença vai destacar-se como um problema de polícia, ou seja, aquele que ameaça a ordem dos indivíduos na cidade. Se na Idade Média o louco vagava de um lugar a outro, na Renascença essa peregrinação do louco perturbava a ordem do espaço social; ele é despojado dos direitos por estar na condição da pobreza e da ociosidade.

Na Renascença a miséria não é mais considerada em uma dialética da humilhação e de glória, mas numa relação entre a desordem e a ordem que encerra uma culpabilidade. No pensamento católico medieval a miséria tinha sua dignidade, pois era necessária para que os gestos individuais de caridade fossem méritos particulares e com isso os cristãos, promovendo tal assistência poderiam redimir seus pecados. Porém, com a reforma protestante, a miséria passa de uma experiência religiosa para uma concepção moral que a condena. (FOUCAULT, 2008)

Para o autor os pobres passam a ser tratados de acordo com uma classificação de sujeitos morais, que diferenciava os bons dos maus pobres. Assim o internamento justificava-se de duas formas conforme os valores morais: tanto podia ser justificado como benefício ou como punição, recompensa ou castigo. As razões que tornaram o internamento necessário tinham um imperativo de trabalho e condenação da ociosidade. No início, a tarefa dessas instituições era impedir a mendicância, a desordem e a ociosidade. Os internamentos foram instituídos no século XVII, devido a uma crise econômica que atingiu toda a Europa Ocidental, com diminuição de salários, desempregos, escassez de moeda, aumentando assim a pobreza. (FOUCAULT, 2008)

Com o crescente número de pobres e desempregados, foram criadas as casas de correção, hospitais gerais e *workhouses* (casas de trabalho) destinados à colocação dos desempregados e dos vagabundos. Nos tempos de pleno emprego e altos salários produziam mão de obra barata e em período de desemprego serviam para reabsorção dos ociosos, proteção social contra agitação e revolta. Nas casas de internamento, os internos deveriam trabalhar para ocupar-se com dever de produzir. O internamento era, então, utilizado com duplo papel: o de reabsorver o desemprego ou diminuir seus efeitos sociais e

o de controlar os preços quando tendem a aumentar demais, agindo sobre o mercado de mão-de-obra e sobre os preços de produção. Além da precaução social, o trabalho nas casas de internação teve uma significação ética, pois a preguiça foi tomada como uma forma de revolta. Os loucos, por estarem ao lado dos pobres e dos ociosos, também foram submetidos às regras do trabalho obrigatório. No contexto de crise das internações, nos ateliês distinguiam-se aqueles que, por apresentarem dificuldades em executar o trabalho produtivo e acompanhar o ritmo da vida coletiva, eram denominados de alienados e para tanto necessitavam de regime especial. (FOUCAULT, 2008)

De acordo com Amarante (2011) no livro *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*, a transformação dos hospitais gerais em instituições médicas foi justificada pela intenção de humanizá-las e adequá-las ao novo espírito moderno em consonância com o lema da Revolução Francesa: Igualdade, Liberdade e Fraternidade. Buscava-se a democratização de todos os espaços sociais. Nesse contexto, foram libertadas várias pessoas internadas devido ao poder autoritário do antigo regime, além de serem criadas, pelo estado republicano, instituições assistenciais como orfanatos, reformatórios, centros de reabilitação, escolas normais e casas de correção.

Amarante (2011) relata que Pinel ao propor liberdade aos loucos, defendeu apenas a liberdade das correntes, uma vez que eles deveriam ser submetidos a um tratamento asilar em regime de completo isolamento. Pinel elaborou a primeira nosografia com a classificação das enfermidades mentais, consolidando o conceito de alienação mental e a profissão de alienista, posteriormente chamada de psiquiatria.

O conceito elaborado por Pinel (*apud* AMARANTE, 2011) sobre a alienação mental referia-se a um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade do indivíduo perceber a realidade com objetividade. A etimologia do tema alienado é alguém de fora, estrangeiro, significa estar fora da realidade, fora de si, sem controle de suas próprias vontades e desejos, fora do mundo, o que, para Amarante (2011), pode significar também tornar-se outro. Nesse contexto, o conceito de alienação mental nasceu associado à ideia de periculosidade representando perigo à sociedade, por significar a perda da capacidade de discernimento entre o erro e a realidade. Pinel (*apud* AMARANTE, 2011) considerava que as causas da alienação mental estavam no meio social, portanto o alienado deveria ser submetido ao isolamento completo do mundo exterior, sendo este o principal fundamento terapêutico do tratamento moral.

Nessa linha de entendimento, o tratamento moral requeria ordem e disciplina para que a mente desregrada pudesse reencontrar seus objetivos, suas verdadeiras emoções e seus pensamentos. Consistia também no conjunto de princípios e medidas que, impostos aos alienados, pretendiam reeducar a mente, afastar os delírios e ilusões trazendo a consciência à realidade, levando a cura da alienação mental. (AMARANTE, 2011)

Dentre as estratégias utilizadas no tratamento moral, o “trabalho terapêutico” era considerado o mais importante. Nesse período o trabalho assumiu uma importância na sociedade, quando o modo de produção encontrava-se em plena transformação, o capitalismo em expansão e o trabalho utilizado como meio de reeducação das mentes desregradas e das paixões incontroláveis. (AMARANTE, 2011)

Na perspectiva de Marx (1975), as mudanças do modo de produção (maquinarias, transportes e técnicas de processo de produção) e o desenvolvimento da forma produtiva do trabalho desenvolveram a ampliação quantitativa do capital aumentando assim a acumulação capitalista. A demanda do trabalho não era mais determinada pelo volume de capital e conseqüentemente diminuía a necessidade de força de trabalho. Para o autor, a acumulação capitalista produz constantemente uma população trabalhadora adicional relativamente supérflua, apenas mantendo as necessidades de aproveitamento do capital, resultando em uma população trabalhadora excedente; ou seja, uma superpopulação utilizada como alavanca para a acumulação do capital. A esta população Marx chamava de “exército industrial de reserva disponível”, com o propósito dos capitalistas em manter o controle de preços e de custos de mão de obra, como as *workhouse* e casas de internação no século anterior.

Segundo Marx (1975), o ciclo da indústria do século XIX foi interrompido por oscilações entre alta produção e crise/estagnação, constituindo-se em maior ou menor absorção da força de trabalho e na reconstituição da população excedente industrial de reserva. Tal percurso da indústria moderna não ocorria anteriormente, pois o crescimento da demanda de trabalho era lenta, assim como o progresso da acumulação de capital, e encontravam-se barreiras tais como a população trabalhadora explorável, removidas por meio violentos. A expansão súbita e intermitente da escala de produção necessitou de material humano disponível e multiplicação dos trabalhadores independente do crescimento absoluto da população. A maioria dos trabalhadores improdutivos teria que se tornar produtiva, porém, a ação de solidariedade entre os empregados e desempregados

perturbava a ação livre da lei da demanda e da oferta. Quando a relação de dependência da classe trabalhadora sob a classe capitalista era estremecida, estes promoviam meios coercitivos ou contavam com a fome constituindo uma pressão silenciosa.

Nas diferentes formas da superpopulação relativa que habita a esfera do pauperismo encontra-se uma camada social constituída por três categorias: aptos para o trabalho (a pobreza aumenta durante as crises e diminui quando há a retomada dos negócios); os órfãos e crianças indigentes (candidatos ao exército industrial de reserva e que são absorvidos em tempos de prosperidade) e os degradados, maltrapilhos, prostitutas e incapacitados para o trabalho; estes, em decorrência da divisão do trabalho, sucumbem por imobilidade assim como também os mais idosos (doentes, viúvas, aleijados). (MARX, 1975, p. 273)

Os alienados faziam parte da população incapacitada para o trabalho e para serem recuperados eram submetidos ao trabalho obrigatório. Segundo Foucault (2008), se a psiquiatria positiva do século XIX renunciou às práticas e aos conhecimentos do século anterior, modificando a relação com a loucura por considerá-la objetivamente patológica, as manteve sob a ética da moral. A loucura era identificada como uma doença dos órgãos do cérebro que impedia o homem de pensar e agir como os outros, ou seja, a relação do louco (sentido de exceção) em relação aos outros (sentido universal).

No final do século XVIII, pouco antes da revolução francesa levanta-se a questão: a quem cabe a assistência? Adeptos a instauração de um controle do estado sobre os estabelecimentos de assistência, consideram o dever social como dever da sociedade e por fim um dever do estado. Já os economistas e liberais, consideravam um dever social como dever do homem em sociedade e não da própria sociedade. (FOUCAULT, 2008)

Para Castel (1998), apenas em 1830 nomeia-se a “questão social do pauperismo” devido à tomada de consciência das condições existentes das populações que são agentes e as vítimas da revolução industrial. É o momento em que há uma separação entre a ordem jurídico-política, o reconhecimento dos direitos dos cidadãos e uma ordem econômica que leva à miséria e à desmoralização em massa.

Em resposta à questão social sobre o lugar que ocupam os trabalhadores dissocializados na sociedade industrial foi criado um conjunto de dispositivos para promover sua integração. Já havia modos sistemáticos de intervenção em relação a

algumas populações como a repressão da vagabundagem, a obrigação do trabalho, o controle de circulação de mão de obra social assistencial e as intervenções públicas através do Estado para a manutenção da organização do trabalho e regulação da mobilidade dos trabalhadores. Existir socialmente equivaleria a ter efetivamente um lugar na sociedade fazendo algo socialmente útil. (CASTEL, 1998)

No final do século XVIII amplia-se o pensamento da assistência dando-lhe mais vivacidade natural e também bases econômicas mais justas – através da proposta de distribuição de auxílio às famílias dos doentes ao invés de construir grandes hospitais, proporcionando uma tríplice vantagem: sentimental – o contato com a família manteria a piedade real em relação ao doente; econômica – não seria necessário dar alojamento e alimentação, pois estariam assegurados em casa; médica – podendo ser mais afetado pelo aspecto deprimente no hospital (a melancolia do local) e diversos contágios. Além disso, há o afastamento do que lhe é importante agrava o sofrimento do paciente, suscitando doenças como o hospitalismo. O lugar natural de cura não é o hospital e sim a família ou o meio imediato ao doente. (FOUCAULT, 2008)

No início abandonam os projetos de reorganização central da assistência e de construção de grandes hospitais. Em contraposição ao movimento de libertar as pessoas dos internamentos permanece apenas a loucura, mesmo como doença, no espaço da exclusão. A loucura foi liberada para uma percepção que a individualiza, mas também a isola e destaca o indivíduo de seus antigos parentes, entre os muros do internamento. Encerra-se a era dos internamentos, permanecendo a detenção, ao lado de criminosos condenados. Aos loucos se previu uma atenuante, seriam avaliados por médicos para averiguar a situação, que poderiam colocá-los em liberdade ou em tratamento nos hospitais indicados. (FOUCAULT, 2008)

Pela dificuldade de não haver hospitais destinados aos loucos e pela pressão da Assembleia de proteção ao louco, criou-se uma lei que responsabilizava as famílias pela vigilância dos seus alienados e autorizava as autoridades municipais à adoção de todas as medidas necessárias. Como os problemas não se resolviam e os hospitais para alienados ainda não existiam, foram inúmeros os pedidos ao ministério. Foi assim que Bicêtre se tornou um grande centro para alienados, as mulheres eram levadas também para Salpêtrière. Havia dificuldade em determinar o lugar que a loucura ocuparia na humanidade, uma vez que sua concepção estava sendo reavaliada e a sociedade encontrava

dificuldades em incluir tal população num espaço social que estava se reestruturando. Nesse contexto, a reforma de Pinel na França e Tuke na Inglaterra seria um advento do reconhecimento positivo da loucura, que propôs um tratamento humano dos alienados. (FOUCAULT, 2008).

Amarante (2011) compreende que com a Revolução Francesa o debate sobre direitos humanos, sociais e políticos foi intensificado, atualizando um conceito da Grécia antiga segundo a qual a noção de cidadania derivava da concepção de Polis/cidade como um espaço público de trocas sociais, políticas, econômicas entre os membros de uma comunidade. Para Hannah Arendt (*apud* Amarante, 2011) na concepção ateniense o homem deveria participar da vida da comunidade, adquirindo sua virtude cívica, sua responsabilidade e compromisso com a sociedade.

Para Amarante (2011), nesse momento histórico a construção do conceito de cidadania associada a responsabilidade e possibilidade de conviver e partilhar com os outros de uma mesma estrutura política e social, constituiu também o conceito de alienação mental. Assim, se a razão era a condição elementar para definir a natureza humana e diferenciá-la das demais espécies vivas na natureza, o alienado, despossuído de razão plena, era impedido de ser admitido como cidadão, com a perda do livre arbítrio e consequentemente da liberdade.

O isolamento conferiu à loucura uma região que agrupou um conjunto de práticas e de juízo em um espaço de exclusão. Foucault (2008) ressalta que quando a medicina se apropriou da loucura como saber, esta já estava nos muros dos asilos, proporcionando um conhecimento do louco fora de sua vivência no mundo com sentido de exclusão. Na Era Clássica o reduzido entendimento para a existência da loucura só disponibilizava como recurso o internamento, ou seja, a exclusão. Houve o desaparecimento da figura do louco como tipo social familiar e as práticas do internamento provocaram um silenciamento da loucura afastada como ameaça à sociedade ou ao homem detentor de pensamento racional. Em compensação, as reflexões teóricas e científicas sobre a loucura estão imbricadas sem uma distinção entre a teoria e a prática. A teoria de possibilidade de cura, de eliminar sintomas ou dominar as causas é uma prática que separa, condena e faz desaparecer o louco. Nesse contexto, o saber médico teórico está ligado a uma concepção política, jurídica e econômica do indivíduo na sociedade. (FOUCAULT, 2008)

Segundo Foucault (2008), o que constitui a cura no modelo Pineliano é sua estabilização num tipo social moralmente reconhecido e aprovado. Assim, constitui também a forma ideal de um asilo, uma espécie de república do sonho onde as relações só se estabelecem numa transparência virtuosa.

No modelo referido, está incluso o significado de tipos sociais que podem ser comparados com a construção do tipo ideal de sanidade mental, de acordo com a noção de tipo ideal para Weber (*apud* RAMOS, 2006). Essa implica em admitir que a ciência não é o reflexo da realidade e que o conhecimento da realidade é limitado e imperfeito.

O conceito que Goffman (1999) faz da carreira moral do doente mental demonstra a construção do tipo ideal na categoria “doente mental”, sendo esta entendida em um sentido sociológico rigoroso.

A interpretação psiquiátrica de uma pessoa só se torna significativa na medida em que essa interpretação altera o seu destino social – uma alteração que se torna fundamental em nossa sociedade quando, e apenas quando, a pessoa passa pelo processo de hospitalização. (GOFFMAN, 1999, p. 112)

Para Foucault (2008) o internamento para alienados, nas mãos de Pinel, se tornou um instrumento de uniformização moral e de denúncia social. A prática de Pinel levava a uma segregação social que garantiu à moral burguesa uma universalidade de fato e que lhe permitiu impor-se como um direito a todas as formas de alienação. O asilo de Pinel, retirado do mundo, tornou-se um domínio uniforme da legislação em lugar de sínteses morais onde se apagavam as alienações que nasciam nos limites exteriores da sociedade.

Durante a Era Clássica e início da Modernidade, o direito considerava os alienados como menores de idade, situação jurídica definida pela interdição e pela curatela. Da mesma forma a medicina considerava a loucura como a infância à qual deveria ser aplicado um novo sistema de educação, que incluía castigo e recompensa, que objetivava dar novos rumos às suas ideias e também por meios coercitivos induzia a obrigação do trabalho. A ciência das doenças mentais desenvolvidas nos asilos estava ligada à observação e à classificação. Essencialmente no asilo do século XIX o pressuposto era vigilância e

juízo, representados pelos prestígios da autoridade de quem interna e o rigor da razão de quem julga. (FOUCAULT, 2008)

De acordo com Amarante (2011), a primeira lei de assistência aos alienados de toda a história foi promulgada em 30 de junho de 1838 na França. A partir de então, foram criados vários hospitais de alienados em diversos países reproduzindo os princípios e estratégias adotadas e estimuladas por Pinel. Muitos contemporâneos de Pinel faziam críticas ao modelo, observavam que o isolamento representava paradoxos com os ideais libertários da Revolução Francesa. Os primeiros asilos ficaram rapidamente superlotados, havia dificuldades em estabelecer os limites entre loucura e sanidade, e os hospícios ainda cumpriam funções sociais na segregação de segmentos marginalizados da população. Constantes denúncias de violência contra pacientes contribuíram para diminuir a credibilidade do hospital de alienados e da psiquiatria.

A conversão da medicina em justiça, da terapêutica em repressão, é um dos paradoxos da obra filantrópica e libertadora de Pinel. Quando se fala da obra de libertação de Pinel se omite essa segunda reclusão, a reclusão e a cela serão obrigatórias para aqueles que não se doam a lei geral do trabalho ou provocam os outros. (FOUCAULT, 2008)

No Brasil, o livro *O Alienista* de Machado de Assis, (ASSIS *apud* AMARANTE, 2011) faz uma crítica ao alienismo e ao modelo da ciência positivista abordando aspectos sobre normalidade/anormalidade, sobre ciência como produtora de verdade e sobre o mito da neutralidade científica. No mesmo período foi construído o primeiro hospício brasileiro Hospício Pedro II (inaugurado em 1852 no Rio de Janeiro), que reproduzia o modelo francês e foi o marco institucional da assistência psiquiátrica no Brasil.

Nesse período o país passava por transformações na economia e nas configurações políticas e sociais. O crescimento da população nas cidades foi acompanhado de diversos problemas de saúde pública e de segurança, em um contexto homólogo ao ocorrido na Europa no século XVII. Também aqui foram tomadas medidas semelhantes como a retirada dos desocupados, mendigos, prostitutas e loucos do espaço urbano, a partir da justificativa de que se tratava de uma questão de saúde. (MOTTA, 2008)

O Hospício Pedro II, com capacidade para 350 pacientes, tinha como perspectiva atender todo o território brasileiro. Em pouco mais de um ano se tornou insuficiente. Na virada do século XIX havia cerca de 20 instituições para atender doentes mentais. Com a

abolição da escravatura e a proclamação da república, o modelo assistencial da época sofreu consequências com o novo contexto político-social. Muitos ex-escravos que receberam a liberdade encontravam-se em situação de extrema precariedade, pois não havia alternativas para a inserção deste contingente populacional nas relações de trabalho pós-escravatura. Além disso, os imigrantes que substituíram a mão-de-obra escrava também não encontravam condições adequadas, e muitos eram absorvidos nos hospícios para alienados. (MOTTA, 2008)

No início, a administração do Hospício Pedro II ficava sob os cuidados da Santa Casa de Misericórdia, substituída depois pelo governo republicano, “[...] mudando o nome para Hospital Nacional dos Alienados e substituindo a caridade pela higienização e afirmação da cultura médica no interior das instituições para alienados”. (MOTTA, 2008, p.12)

Ao final do século XIX surgiu, baseado em uma comunidade na Bélgica, a proposta das colônias para alienados na tentativa de resgatar o potencial terapêutico dos hospitais, onde no modelo original se cuidava dos alienados e, com a utilização do trabalho agrícola, conseguia recuperá-los. Foram construídas grandes áreas agrícolas onde os alienados foram submetidos ao trabalho terapêutico agrícola. Para cuidar dos internos, foram contratados familiares (nutrícios) que habitavam os asilos protegidos. (AMARANTE, 2011)

No início do século XX, Emil Kraepelin (considerado o pai da psiquiatria moderna), afirmava que todo alienado constitui, de algum modo, um perigo para seus próximos, porém em especial para si mesmo. (AMARANTE, 2011)

Sob a influência do modelo de Kraepelin, no Brasil, logo após a Proclamação da República foram criadas as primeiras colônias brasileiras para alienados. Na gestão de Juliano Moreira, que dirigiu por três décadas a Assistência Médico-Legal de Alienados e depois nos anos 40 e 50 na gestão de Aduino Botelho foram criadas dezenas de colônias pelo país. Em pouco tempo mostraram-se iguais aos asilos tradicionais. Tais iniciativas apresentaram novas contradições, pois, da experiência de aldeias com pessoas livres, com sua história e cultura, formaram-se instituições asilares de recuperação pelo trabalho. (AMARANTE, 2011)

Mesmo dentro desse modelo, existiram algumas poucas iniciativas que buscavam acompanhar desenvolvimentos da assistência à doença mental e preconizavam uma assistência mais abrangente ao paciente psiquiátrico, como exemplo a iniciativa de implantação de ambulatório psiquiátrico em Pernambuco, pelo Dr. Ulisses Pernambucano e no Rio de Janeiro na Colônia de Engenho de Dentro, na década de 1930. Tal iniciativa era exceção no cenário da psiquiatria. Ao final dos anos 30 desenvolveram-se novas terapias biológicas como a insulino-terapia e métodos convulsivantes, e houve também experiências baseadas

[...] nas propostas que surgiram a partir do aprimoramento do tratamento Moral de Pinel. Nos Estados Unidos, Adolf Meyer (1900) criou o método tratamento moral, na Alemanha Herma Simon sistematizou a terapia ativa (1929) tratamento ocupacional dos enfermos mentais. (MOTTA, 2008, p.13)

No Brasil, em 1940, foi introduzida a Terapia Ocupacional pela Dr^a Nise da Silveira, especificamente em Engenho de Dentro, com transformações na terapêutica do uso da atividade. Foram criados ateliês como espaços lúdicos destinados ao desenvolvimento expressivo do paciente internado. Nesses espaços pretendia-se criar e modificar o caráter agressivo dos métodos tradicionais de tratamento, propiciando ao paciente o significado dos seus interesses pessoais e prazeres. (GOUVÊA, 2008)

Nos anos 50, o tratamento psiquiátrico hegemônico baseava-se em terapias biológicas ou pelo trabalho onde pacientes reclusos nos hospícios eram submetidos a processos violentos de tratamento. A experiência da Dr^a Nise da Silveira, adotando a arte como forma de expressão da loucura, modificou também a relação médico-paciente, onde este deixava de ser submetido à condição dominadora do médico. Para ela o mundo interior não era apenas o universo de linguagem falada, constituía-se de imagens produtoras de transformação de emoções, ou seja, o ato de expressão por meio de atividades manuais deveria ser acompanhado por uma fundamentação teórica e traduzir uma terapêutica ocupacional legitimada. Havia uma preocupação quanto ao uso terapêutico da atividade, para que a utilização de agentes terapêuticos como pintura, modelagem,

música e trabalhos artesanais, não servissem apenas para a distração dos internos ou para torná-los produtivos em relação à economia dos hospitais. (GOUVÊA, 2008)

Amarante (2011) comenta que com as duas grandes Guerras Mundiais a sociedade passou a refletir sobre a natureza do homem, sobre crueldade e sobre solidariedade entre os homens. Foram constituindo-se transformações históricas que possibilitaram também modificações no campo da psiquiatria. A sociedade constatava a ausência de dignidade humana seja nos campos de concentração da 2ª Guerra Mundial ou nas condições de vida oferecidas aos pacientes internados em hospitais psiquiátricos. A partir daí as primeiras experiências da reforma psiquiátrica foram iniciadas.

Nas análises acima realizadas sobre as reflexões de importantes estudiosos, em uma breve visita ao contexto histórico sobre como a loucura foi institucionalizada, buscou-se compreender como o louco ocupou, ao longo do tempo, na civilização ocidental, um lugar de exclusão associado à ideia de periculosidade. Verificou-se como a construção desse lugar foi sendo relacionado às questões do trabalho e da produtividade. Foi sublinhado que mesmo após o advento das defesas e tratados que foram apoiados nos pressupostos de direitos humanos no século XIX, o louco permaneceu à margem de tais direitos.

O louco é destituído de seus direitos civis sem poder expressar seus desejos e vontades assim como de se responsabilizar por seus atos. Passa a ser tutelado pelo Estado, retirado da rede de sociabilidade, uma vez que no processo de desenvolvimento científico e produtivo da civilização ocidental as comunidades passaram a não reconhecer mais a loucura inserida nas relações familiares e comunitárias assim como na relação com o trabalho e com a educação.

Em meados do século XX, quando prevalece o movimento em defesa da inclusão de atores que permanecem à margem da sociedade, de abertura dos manicômios, os movimentos sociais iniciam um profundo questionamento dos pressupostos vigentes e tem lugar um processo de desconstrução de conceitos estabelecidos desde a Era Clássica.

Para tanto, considera-se relevante o conhecimento histórico-contextual, uma vez que a internalização de novos conceitos requer um olhar crítico para que não se modifique apenas os dispositivos de assistência. Apesar dos avanços propostos pelos movimentos sociais e as políticas públicas vigentes, ainda se fazem presentes ações que contêm silenciosamente a ideia de exclusão, institucionalização e periculosidade.

2.4 AS TRANSFORMAÇÕES NAS CONCEPÇÕES SOBRE A PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL E SUA INSCRIÇÃO SOCIAL

Como descrito acima, Amarante (2011) destaca que no Brasil, alienistas do começo do século XX difundiram a internação nas colônias por considerarem o trabalho um meio terapêutico que estimulava a vontade, a energia e consolidava a resistência cerebral, diminuindo assim os delírios, podendo conduzir à cura.

A reflexão no período pós 2ª guerra mundial, sobre a natureza humana, a crueldade e solidariedade entre os homens, criou um novo contexto histórico que possibilitou um período de transformações em todos os âmbitos da vida social, inclusive nos pressupostos da psiquiatria. (AMARANTE, 2011)

Segundo Amarante (2011), nesse período, muitos soldados ingleses necessitaram de internamento para tratar os danos psicológicos, sociais e físicos decorrentes das guerras, resultando em dois problemas de ordem social: havia uma grande quantidade de pessoas que precisavam de cuidado, mas o número de profissionais para atendê-los não era suficiente. Além disso, havia precariedade de recursos; não obstante, necessitava-se de mão-de-obra para a reconstrução nacional e, para tanto, a recuperação dos enfermos era premente.

Nesse contexto, o autor afirma que surge pela primeira vez a expressão psicossocial que estabelece as primeiras relações entre transformações sociais e o psiquismo. Inicia-se um processo de modificação do tratamento nos hospitais psiquiátricos, de acordo com o qual se propõe a utilização do potencial dos próprios pacientes. (AMARANTE, 2011)

Amarante (2011) afirma que nesse período ocorreram as primeiras ações da reforma psiquiátrica em diversos países da Europa Ocidental, alguns com maior impacto e inovação, e analisa as experiências que ocorreram naquele período em três grupos: considera que nos dois primeiros as experiências da reforma psiquiátrica o modelo científico foi mantido, mas a forma da assistência foi modificada. Já último grupo o modelo psiquiátrico foi também objeto de revisão.

No primeiro grupo foram descritas pelo autor as experiências que procuraram modificações nas instituições psiquiátricas, na tentativa de transformar o hospital em uma instituição terapêutica, como na Inglaterra com as Comunidades Terapêuticas e na França com a Psicoterapia Institucional. O segundo grupo considerava o modelo hospitalar esgotado e propôs que a partir da construção de serviços assistenciais como Hospital Dia, oficinas terapêuticas, e centros de saúde mental, a importância e a necessidade do hospital psiquiátrico iria se reduzir. Podem-se identificar estas premissas em experiências como a Psiquiatria de Setor na França e a Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos. No outro grupo, no qual o termo “reforma psiquiátrica” é considerado inadequado, identifica-se a Antipsiquiatria na Inglaterra e a Psiquiatria Democrática na Itália. (AMARANTE, 2011, p. 41)

A proposta de Comunidade Terapêutica iniciou-se em 1959 com Maxwell Jones. A principal questão dessa modalidade de tratamento funda-se no entendimento de que a função terapêutica é uma tarefa assumida por todos, tanto pela equipe, pela família e pelo paciente, e o foco principal é a atuação da equipe buscando evitar o abandono, o descuido e a violência. Tal modalidade se insere em um processo de reformas institucionais que teve como objetivo uma luta contra a hierarquização ou verticalização dos papéis sociais, ou seja, um processo de horizontalidade e democratização da função terapêutica. (AMARANTE, 2011, p. 42-43)

De acordo com Amarante (2011), na França a experiência protagonizada por François Tosquelles, conhecida como Psicoterapia Institucional, resgatou a noção de trabalho terapêutico. A justificativa se assentou na crença de que esta atividade ofereceria possibilidade de participação e de assunção de responsabilidades pelos pacientes. Tal experiência encontra-se inserida em um contexto em que a França passava por situação social e econômica precária, agravada pela ocupação e destruição durante a 2ª Guerra Mundial, e os hospitais também foram danificados, diminuindo os locais de assistência.

Os pressupostos considerados na psicoterapia institucional são a escuta e a ampliação dos referenciais teóricos, a noção de acolhimento, importância da equipe e da instituição na construção de suporte e referência para os internos. Com uma fundamentação psicanalítica, as atividades visavam uma reorganização interna da dinâmica psíquica. (AMARANTE, 2011)

Segundo Amarante (2011), no final dos anos 1950 e início dos anos 1960, em decorrência da necessidade de um trabalho externo ao hospital psiquiátrico, a experiência realizada na França foi a Psiquiatria de Setor, que adotou medidas para continuidade terapêutica após a alta hospitalar. O objetivo era evitar reinternações e novas internações. Para tanto, foram criados Centros de Saúde Mental distribuídos em diversos “setores” que eram estabelecidos de acordo com a distribuição populacional das regiões, ou seja, acontecia a regionalização na assistência psiquiátrica.

A inovação dessa experiência foi a possibilidade da equipe multidisciplinar fazer o acompanhamento terapêutico dos pacientes tanto no hospital quanto no local de residência. Destacando-se a ideia de trabalho em equipe na qual o tratamento não era mais considerado exclusividade do médico, mas de uma equipe multiprofissional. Essas atividades faziam parte do contexto das políticas públicas de saúde mental. (AMARANTE, 2011)

Nesse mesmo período, nos Estados Unidos, verificaram-se nos hospitais psiquiátricos as condições precárias de assistência, a violência e os maus tratos a que eram submetidos os pacientes. Isso estimulou o desenvolvimento da experiência da Psiquiatria Preventiva, que ficou mais conhecida como Saúde Mental Comunitária. Houve um decreto em 1963 que redirecionou a política de assistência psiquiátrica objetivando reduzir as doenças mentais e promover saúde mental na comunidade. (AMARANTE, 2011)

Naquela época, os Estados Unidos encontravam-se na Guerra do Vietnã, momento em que houve um aumento significativo de jovens com envolvimento com drogas, *gangs* e outros movimentos. O Estado buscava medidas para o enfrentamento das questões sociais e políticas emergentes. A proposta da psiquiatria preventiva tornou-se uma alternativa quase milagrosa para tal enfrentamento. (AMARANTE, 2011)

Na opinião de Amarante (2011), a psiquiatria preventiva baseava-se em pressupostos da história natural das doenças que compreende como linear o processo saúde/enfermidade e a evolução das doenças. De acordo com tais pressupostos, as doenças mentais seriam passíveis de serem prevenidas se fossem detectadas precocemente. Dessa forma, a noção de prevenção foi transportada da medicina preventiva para a psiquiatria, considerando os três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária.

Também se construiu o conceito de crise, compreendido como um evento temporário no curso da doença. A psiquiatria preventiva com a proposta de saúde mental comunitária utiliza-se de estratégias de intervenção de base comunitária, em que as equipes são consideradas consultoras comunitárias com abordagem nas crises individuais, familiares e sociais. Uma das principais diretrizes das políticas públicas da saúde mental nos Estados Unidos foi baseada no conceito de desinstitucionalização, considerado como um conjunto de medidas para desospitalização. Foram implantados Centros de Saúde Mental, Oficinas Protegidas, Lares Abrigados, Hospital Dia, Hospital Noite, e leitos ou enfermarias em Hospital Geral com o objetivo de tornar o Hospital Psiquiátrico tradicional obsoleto e diminuir a incidência das doenças mentais. Ao contrário do que se esperava, houve um aumento da demanda psiquiátrica tanto nos serviços extra-hospitalares como nos hospitais psiquiátricos. (AMARANTE, 2011)

As ideias de Amarante (2011) sobre esse movimento não correspondem aos relatos de Sluzki (1997), para quem os movimentos da saúde mental comunitária apoiados no modelo de rede perderam visibilidade muito em virtude dos seus efeitos positivos que incomodavam o “*establishment*” psiquiátrico em muitas partes do mundo. (SLUZKI, 1997, p. 41). Pode-se ponderar que, apesar das críticas acima realizadas sobre a alegação do aumento da demanda, os movimentos atuais revitalizaram muitos aspectos desse modelo, como é o caso da reforma psiquiátrica brasileira, agora sobre a justificativa de que utilizam outra perspectiva paradigmática, com a qual Sluzki já identificava os movimentos pioneiros, mas que Amarante (2011) atribui como próprios da ciência da modernidade.

Amarante (2011) considera as experiências da Antipsiquiatria iniciadas na Inglaterra e a Psiquiatria Democrática na Itália como aquelas que iniciaram processos de ruptura com o paradigma psiquiátrico tradicional. A Antipsiquiatria considerava que o essencial é o que existe entre as pessoas e que os ditos loucos eram oprimidos e violentados tanto nas instituições psiquiátricas como na família e na sociedade, e entendia que o discurso do louco denunciava os conflitos e contradições existentes na família e na sociedade. O objeto de estudo era uma determinada experiência do sujeito em relação com o ambiente social e, portanto, rejeitava o conceito de doença mental da psiquiatria. O terapeuta tinha como princípio permitir que o sujeito vivenciasse sua experiência e considerava que os sintomas eram uma possibilidade de reorganização interior. A função

do terapeuta era auxiliar a pessoa a vivenciar e a superar o processo dessa experiência. (AMARANTE, 2011)

Em *Manicômios, prisões e conventos* Goffman (1999) descreve o conceito de instituições totais, destacando as características semelhantes que são encontradas nos hospícios, prisões e conventos. O que a psiquiatria considerava o curso natural da doença mental, Goffman compreendia como a carreira moral. O objetivo de desinstitucionalização se torna mais complexo na medida em que se compreendem como os mecanismos e sistemas das instituições totais atuam no indivíduo e em sua relação com a carreira moral, a estigmatização ou a mortificação do eu. (*apud* AMARANTE, 2011)

Para Amarante (2011) as obras de Goffman e de Foucault influenciaram a experiência da Psiquiatria Democrática que teve como protagonista Franco Basaglia que formulou um pensamento e uma prática institucional originais, com objetivo de superação do modelo manicomial, além das estruturas físicas. Propôs um conjunto de saberes e práticas científicas, sociais, legislativas e jurídicas de acordo com o qual o hospital psiquiátrico é considerado um lugar de isolamento, segregação e patologia da experiência humana.

No início dos anos 70, Basaglia e sua equipe iniciaram um processo de transformação no hospital psiquiátrico de Trieste, considerado por Amarante a mais rica e original experiência contemporânea. (*apud* AMARANTE, 2011)

Simultaneamente ao fechamento do hospital psiquiátrico de Trieste foram criados serviços e dispositivos substitutivos ao modelo manicomial, serviços substitutivos compreendendo o conjunto de estratégias para a retirada do lugar das instituições psiquiátricas clássicas não havendo reinternações ou novas internações como a experiência da psiquiatria preventiva. (AMARANTE, 2011)

A partir do conceito de tomada de responsabilidade, os centros de saúde mental regionalizados assumiam a integralidade das questões relativas ao cuidado no campo da saúde mental de seu território. Para a inclusão social, foram criadas cooperativas de trabalho ou de construção de residências para ex-internos em suas respectivas cidades de origem. O lugar da loucura passa a ser restabelecido, reconstruído a partir de inúmeras formas de participação e produção social, focalizando-se também como as sociedades lidam com as pessoas em sofrimento mental buscando-se modificar os preconceitos que as

relacionavam ao erro, à periculosidade, à insensatez e à incapacidade. (AMARANTE, 2011)

2.5 O PROCESSO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

O processo da reforma psiquiátrica brasileiro acompanhou as modificações acima descritas com uma revisão dos conceitos na formação do lugar social da loucura na sociedade moderna e um processo de transformação do lugar do louco, que passa de “alienado” a ator social em uma construção coletiva do sujeito de saúde mental.

O processo histórico da loucura nos séculos XVIII e XIX delimitou conceitos de alienação e posteriormente de doença mental, segundo Torre e Amarante (2001). Tal transformação pode ser compreendida diante de um novo modelo de homem ou novo sujeito da modernidade que partiu da ideia de indivíduo e se concretizou na proposição de um sujeito do conhecimento cartesiano – relacionado à racionalidade científica. A racionalidade adotou princípios de causalidade e previsibilidade, permitindo o surgimento de um sujeito da razão. A loucura, em contraposição, é o sujeito da desrazão.

Algumas experiências de reformas psiquiátricas foram limitadas a simples propostas de reformulação de serviços como tentativas de humanizar o hospital, introduzindo novas técnicas de tratamento para transformá-lo em instituição terapêutica. Outras experiências procuraram criar serviços externos com objetivos de minimizar os efeitos nocivos da hospitalização e diminuir as internações, tendo o hospital como último recurso. Nos dois casos, as mudanças muitas vezes se restringiam aos serviços dominando a atenção e agenda dos profissionais e dirigentes. (AMARANTE, 2011)

Rotelli (1990 *apud* AMARANTE, 2011) propõe como ponto de partida para se pensar o campo da saúde mental e de atenção psicossocial a superação de não apenas um modelo ou sistema fechado, mas a adoção de uma perspectiva de um processo social complexo, em constante movimento, e que se transforma permanentemente. Nesse contexto surgem novos elementos, situações, atores e conflitos de interesses, ideologias, visões de mundo, concepções teóricas, religiosas, éticas, étnicas, de pertencimento de classe social.

A reestruturação da atenção psiquiátrica no Brasil ocorreu no contexto de reestruturação da área na América Latina que contou com o apoio da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) para a implantação da estratégia da Organização Mundial de Saúde (OMS). Representou um grande desafio por se contrapor às tendências hegemônicas nos serviços públicos com a proposta de ampliar a cobertura da atenção e o acesso à saúde para toda a população. Para tanto necessitava operar mudanças dos serviços prestados, modificando o modelo medicalizado para um modelo com ações universais de prevenção e assistência, levando em conta a situação socioeconômica de cada país.

A maioria dos processos de reforma psiquiátrica iniciados na América Latina nos anos 70 e 80 não obtiveram grande alcance [...] foram experiências piloto, processos que contaram com ajuda política mais pessoal que institucional e com a presença de um profissional ou grupo de profissionais com capacidade de liderança e conhecimentos técnicos comunitários. (DESVIAT, 1999, p. 139)

Havia uma hegemonia dos manicômios e hospitais psiquiátricos nos serviços de saúde mental até início dos anos 90, que se encontravam em condições materiais precárias, com um número de pacientes acima do que a instituição comportava: situação de miséria e violação dos direitos humanos, além de poucos serviços sociais e falta de apoio comunitário. (DESVIAT, 1999)

Apenas na década de 90 o processo da reforma psiquiátrica na região pôde contar com apoio suficiente (político, técnico e populacional) para se oficializar como política pública.

Em 1988 a OPAS aprovou

[...] o objetivo de promover a transformação dos sistemas de saúde dos países da região, projetando uma estratégia de descentralização e democratização, por meio dos sistemas locais de saúde e do desenvolvimento da atenção primária à saúde, como forma de utilizar com mais eficiência os recursos limitados do setor (DESVIAT, 1999, p.140).

Em novembro de 1990 houve a Conferência Latino Americana para a reestruturação da atenção psiquiátrica. O marco inicial da reforma psiquiátrica ficou conhecido como declaração de Caracas, com a aprovação de um “[...] projeto de reforma para a América Latina e o Caribe estabelecendo os princípios, os objetivos prioritários e as linhas estratégicas necessárias” (DESVIAT, 1999 p. 135).

Tal iniciativa culminou em uma ampla mobilização com atualização legislativa, sensibilização de necessidades de mudanças, da urgência do reconhecimento e da salvaguarda dos direitos dos pacientes com distúrbios mentais, além da reforma dos tipos de assistência em quase todos os países da região (DESVIAT, 1999 p. 136).

Treze países da região, entre eles o Brasil, iniciaram trabalhos que contaram com

[...] a mobilização da opinião pública, a constituição de comissões e grupos de estudos, a redação de projetos legislativos e a adoção de medidas concretas, orientadas para a melhoria das condições das instituições prestadoras de serviços e para a modificação das estruturas e do funcionamento dos programas nacionais (OPAS, 1992, *apud* DESVIAT, 1999, p. 136).

O contexto sócio-político-econômico em que se encontrava a América Latina e o Caribe nos anos de 1990 era de condições de declínio econômico. A maioria dos países estava em situação de grande endividamento externo e alta inflação, produzindo elevação da pobreza extrema. Com a crise econômica houve redução nos gastos sociais e na saúde, aumentando as deficiências na estrutura básica dos serviços enquanto aumentavam as necessidades sociais em diversos setores da população. (DESVIAT, 1999)

Com o crescimento constante da população houve acelerado processo de urbanização, desemprego e perda de valores, criminalização de crianças em situação de rua, perda de aculturação e subalimentação, fatores que contribuíam para aumentar as necessidades sociais e de saúde da população. (DESVIAT, 1999)

Tanto a OPAS como pesquisadores na área da psiquiatria comunitária alertavam “[...] que em diversos países latinos americanos a magnitude dos distúrbios psiquiátricos

não diferia da observada nos países desenvolvidos” (DESVIAT, 1999, p.138). Havia, contudo, um grande contingente de pessoas acometidas por transtornos de natureza psicossocial, representadas pelas condutas violentas que causavam sofrimentos e inquietações que necessitam de atenção dos serviços de saúde.

Foram realizados encontros nacionais multissetoriais na Argentina, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Chile e Venezuela. No Brasil houve grande mobilização nacional na II Conferencia Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, com a participação democrática na atenção psiquiátrica brasileira, processo empreendido por equipes do Ministério da Saúde e de líderes de todo o país unido pela ideia da reforma e desinstitucionalização. (DESVIAT, 1999)

Outra linha de atuação da reforma consistiu em promover mudanças da legislação que regulamentava a internação psiquiátrica, assim como a modificação do código civil e penal. Em alguns estados foram aprovadas leis prevendo a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos e estabelecendo procedimentos para salvaguardar os direitos das pessoas com transtornos mentais, regulamentando a internação involuntária. (DESVIAT,1999). Foi apresentado o projeto de lei pelo deputado Paulo Delgado ao senado propondo

[...] a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais bem como a regulamentação de internação psiquiátrica involuntária, colocando na agenda do debate político, profissional e civil as formas de atenção à saúde mental” (DESVIAT,1999, p. 143).

Em 1993 foi criado um grupo de trabalho composto por vários segmentos da sociedade, a partir de estudos dos diferentes projetos de leis brasileiras e referências internacionais. O grupo elaborou recomendações que fazem parte de um instrumento estratégico para a reforma psiquiátrica. Em 1994 foi criada uma Comissão Nacional da Reforma Psiquiátrica, proporcionando um grande debate sobre o projeto de lei, propondo um modelo de atenção à saúde e um modelo de organização dos serviços sócio-sanitários (DESVIAT, 1999).

Até 1991, havia no Brasil 86 mil leitos em 313 hospitais psiquiátricos com um período de internação médio em torno de 100 dias, e muitos pacientes permaneciam internados por longos períodos (mais de 2 anos) e mais de 30 mil pessoas haviam perdido completamente os vínculos sociais (BRASIL, Ministério da Saúde, 1994 *apud* DESVIAT, p. 144)

O debate nacional sobre a saúde mental, a necessidade e a urgência de uma nova política de saúde mental aconteceu em um momento de transição política de grande articulação da sociedade civil, após 20 anos de ditadura militar.

A constituição democrática de 1988 considera a saúde um direito de todos e dever do Estado assegurar o acesso universal e igualitário às medidas e serviços destinados à promoção, proteção e recuperação de saúde [...] garantindo um sistema nacional de saúde descentralizado, a criação de um serviço único e a regulação sobre a medicina privada conveniada (CONSTITUIÇÃO FEDERAL BRASILEIRA, artigo 196, 1988 *apud* DESVIAT, 1999, p. 144)

De acordo o que preconiza a Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080 de 19/09/1990 que estabelece a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi desenvolvido um programa pela equipe do MS visando a utilização do financiamento federal e sua capacidade normativa para modificar substancialmente as formas de atenção à saúde mental – resultando na portaria ministerial de 1992,

[...] modificando o sistema de pagamentos aos hospitais, inclusive o financiamento de outros serviços alternativos (consultas individuais ou em grupo por profissionais de diferentes categorias, atenção em centros psicossociais e hospital-dia, bem como urgências e internações nos hospitais gerais), pressupondo a possibilidade de uma diversificação na alocação dos recursos anteriormente destinados aos hospitais psiquiátricos públicos ou conveniados, complementada em 1993 por uma portaria da secretaria da assistência à saúde, estabelecendo critérios de funcionamento dos hospitais psiquiátricos buscando sua humanização, garantindo o direito do paciente e atendimento multiprofissional (DESVIAT, 1999, p. 147).

Em 1993 houve redução de quatro mil leitos de hospitais psiquiátricos e fechados nove manicômios particulares por falta de condições; simultaneamente foram abertos dois mil leitos de psiquiatria nos hospitais gerais (BRASIL, MS, 1994, *apud* DESVIAT, p. 148)

As portarias ministeriais 189/91 e 224/92 instituíram várias modalidades, dentre as quais os hospitais-dia, as oficinas terapêuticas e os CAPSs (centro de atenção psicossocial), reestruturados pelas portarias nº 336/02 e 189/02, estabelecendo várias modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i, CAPS ad, modalidades que dependem do número de habitantes do município. Isto é, tornou-se necessário ter um mínimo de 20.000 habitantes para ser contemplado com algum desses equipamentos. Alguns serviços funcionam 24 horas e oferecem leitos de atendimento à crise, como o CAPS III. (AMARANTE, 2011)

Amarante (2011) reafirma que os serviços de atenção psicossocial podem ser considerados tanto mais de base territorial, quanto maior a capacidade de desenvolver relações com os vários recursos existentes no âmbito de sua comunidade. Devem procurar desenvolver ao máximo suas habilidades em atuar no território que não se reduzem às definições apenas do espaço geográfico.

Em relação à atenção em saúde territorial, Desviat (1999) comenta que as diretrizes da OPAS baseiam-se no conceito de Sistemas Locais de Saúde (SILOS), sendo este um instrumento da organização dos serviços sanitários, com objetivo de integração de todos os recursos de saúde pública em espaços populacionais definidos, constituindo uma unidade de gestão que garanta a realização dos serviços sanitários fundamentais, ou seja, “um marco territorial/populacional, entendido como instrumento de análise, de prestação de serviços e de intervenção na comunidade” (DESVIAT, 1987, *apud* DESVIAT 1999). Buscando assim, a descentralização e maior concentração do aparelho estatal, visando democratização e eficiência, melhorando a alocação de recursos, maior adaptação e capacidade de resposta às demandas de grupos populacionais afetados por problemas socioeconômicos, ambientais e epidemiológicos comuns.

Para garantir a qualidade do atendimento e o cumprimento das normas de funcionamento dos hospitais psiquiátricos, foi criado o grupo de acompanhamento de assistência psiquiátrica hospitalar (GAPH) para criar mecanismos de avaliação, controle e

fiscalização e incorporando os diferentes segmentos sociais como conselhos profissionais, usuários e familiares (DESVIAT,1999).

Desviat refere-se à

“[...] originalidade brasileira na forma de integrar no discurso civil, na consciência social, a trama de atuações que um programa comunitário deve incluir, e também na forma de inventar fórmulas de atendimento com base na participação dos diversos agentes sociais”. (DESVIAT,1999, p. 150)

A equipe do Ministério da Saúde (MS) e a participação social conciliaram posturas em relação a pontos fundamentais como desinstitucionalização alternativa, defesa dos direitos dos usuários e aprimoramento da técnica. Com o apoio da OPAS, conseguiram materializar as bases para uma reforma que obteve apoio de um amplo movimento profissional e civil, atores de diversos manifestos como a luta antimanicomial e portarias ministeriais. (DESVIAT, 1999)

A promulgação da lei 10.216 de 06/04/2001 foi um passo decisivo nessa direção. A iniciativa tramitou durante 12 anos e o que foi aprovado foi um projeto substitutivo que dispõe sobre “[...] a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, (AMARANTE, 2011, p.70). Contudo, o texto da lei não assegura questões do projeto inicial como a extinção progressiva dos manicômios. Significou, sem dúvida, um avanço considerável no modelo assistencial conhecido como a Lei da Reforma Psiquiátrica. Aspectos importantes ao processo social da reforma psiquiátrica em relação à lei 10216/2001 foram a regulação dos internamentos involuntários incluindo o Ministério Público Estadual no processo, que deve ser comunicado no prazo de 72 horas.

Amarante (2011) expõe algumas dimensões que se entrelaçam nesse processo social complexo de saúde mental e atenção psicossocial como a do teórico-conceitual (epistêmica), do técnico-assistencial, jurídico-política e do sociocultural.

As dimensões teórico-conceitual ou epistêmica que fundamentaram a constituição de um saber psiquiátrico sobre a loucura, ou seja, as ciências naturais, estão em uma fase de transição, passando do pressuposto de que a ciência como um saber neutro, insuspeito, munido de um bom método (a experimentação), produzindo somente a verdade absoluta, já não é aceito universalmente e deixando de ser hegemônico (AMARANTE, 2011, p.64)

Acreditava-se que para a definição e formulação de políticas sociais bastava o conhecimento produzido pela ciência, almejando uma sociedade planejada e administrada de forma totalmente científica (visão positivista). Na atualidade compreende-se a necessidade de incluir uma variedade de aspectos que interferem na formulação de estratégias, como os aspectos ideológicos, político e ético com questões transversais de religiosidade, culturais e morais, para a formulação de políticas públicas ou programas de saúde comunitária, uma ação social ou política. (AMARANTE, 2011)

A psiquiatria passou a

[...] experimentar novas definições adotando os termos transtorno mental, a legislação brasileira utiliza a expressão “portadores de transtorno mental”, que também recentemente modificou para sujeito em sofrimento psíquico ou mental, pois a ideia de sofrimento nos remete a pensar em uma pessoa que sofre em uma experiência vivida de um sujeito. Com a doença colocada entre parênteses, nos deparamos com o sujeito, com suas vicissitudes, seus problemas concretos do cotidiano, seu trabalho, sua família, seus parentes e vizinhos, seus projetos e anseios (AMARANTE, 2011, p. 69)

Tais modificações não são, portanto, aleatórias, mas possibilitam uma revisão da concepção de “loucura” para adoção de uma noção ampliada de integralidade no campo da saúde mental e da atenção psicossocial (AMARANTE, 2011).

Os serviços de saúde mental e atenção psicossocial, entendidos como dispositivos estratégicos, como lugares de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais, lidam com as pessoas, e não com as doenças, e devem ser lugares de sociabilidade e produção de subjetividades. Nesse ponto há a inter-relação da dimensão técnico-assistencial com a dimensão epistêmica (AMARANTE, 2011).

Nas dimensões jurídico-política o código penal, civil e outras leis e normas sociais reportam-se às pessoas com sofrimento psíquico dificultando o exercício de cidadania. Considera-se necessária uma revisão da legislação, pois a loucura não é sinônimo de periculosidade, de irracionalidade, de incapacidade civil e exercício da cidadania. Para tanto a discussão sobre pontos relevantes dos direitos humanos é necessária. “Trata-se de uma luta pela inclusão de novos sujeitos de direito e de novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental, direito ao trabalho, ao estudo, ao lazer, ao esporte, à cultura, enfim, aos recursos que a sociedade oferece” (AMARANTE, 2011, p.70).

Um exemplo é a concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) previsto na LOAS (Lei Orgânica de Assistência Social) que é restrito a pessoas com diagnóstico de deficiência mental e que não pode ter nenhuma atividade profissional, mesmo sendo trabalho informal ou em cooperativas, projetos de geração de renda ou economia solidária, dificultando as estratégias de inclusão social (AMARANTE, 2011, p.69)

A construção de cidadania e de pessoas sujeitas de direitos vai além de aprovar leis; refere-se a um processo social complexo com mudanças de mentalidade, atitudes e relações sociais. “A psiquiatria contribuiu para que a sociedade entendesse o louco como perigoso, lugar de louco é no hospício, doente mental é irracional” (AMARANTE, 2011, p. 71). Vários estigmas sobre as pessoas com sofrimento mental construíram-se, com efeitos nas representações sociais e sentidos sociais de medo, de risco e de exclusão: estigmas, discriminação e preconceito.

Amarante (2011) considera a dimensão sociocultural como estratégia do processo brasileiro da reforma psiquiátrica por envolver a sociedade na discussão da reforma, colaborando para desconstrução de preconceitos.

A participação social nas políticas de saúde, inclusive na saúde mental, foi impulsionada por constar no capítulo da saúde na Constituição Federal de 88, a instituição do SUS (lei 8080/90) e o estabelecimento do controle social com a participação da comunidade na gestão do sistema (lei 8142/90). (AMARANTE, 2011)

O autor afirma que as três conferências nacionais de saúde mental (1987 no Rio de Janeiro, em 1992 e 2001 em Brasília) contaram com a participação social na discussão e

construção das políticas de saúde mental e atenção psicossocial, além do envolvimento dos atores sociais nos conselhos de saúde e nas comissões de saúde mental ligadas a estes conselhos e ao SUS.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2010, só aconteceu nove anos depois em um momento de grande resistência, quando a participação social foi importante para a mobilização dos atores envolvidos com a questão para avaliar as mudanças ocorridas desde a Lei da Reforma Psiquiátrica e a construção de novas estratégias. A dimensão sociocultural obteve visibilidade devido à realização de encontros regulares organizados e protagonizados pelos atores sociais da reforma, após várias manifestações da sociedade que culminaram na marcha dos usuários em 30 de setembro em Brasília, e com a convocação da IV Conferência Nacional de Saúde Mental. Esta conferência teve um caráter inovador por ser intersetorial e contar com a participação de áreas da cultura, direitos humanos, economia solidária, assistência social e outros.

O campo da saúde mental compreende o processo saúde/doença como dinâmico, complexo e multidimensional e um lugar de conflitos, assim, requer reflexões constantes, levando em consideração aspectos mais difíceis e estratégicos implicados.

Um dos aspectos relevantes é a atenção à crise. Para tanto é fundamental a compreensão de crise como um conceito diferente daquele adotado pelo modelo clássico da psiquiatria, que entende a “[...] crise como uma situação de grave disfunção que ocorre exclusivamente em decorrência da doença” (AMARANTE, 2010, p. 81). Com esta concepção a intervenção necessária é a de conter a pessoa em crise seja por estratégias de contenção física ou química.

Ao contrário, no contexto da saúde mental e atenção psicossocial, a crise é entendida como o resultado de uma série de fatores que envolvem terceiros, sejam familiares, vizinhos, amigos ou mesmo desconhecidos, um momento que pode ser resultado de uma diminuição do limiar de solidariedade de uns para com outros, de uma situação de precariedade de recursos para tratar a pessoa em sua residência, enfim uma situação mais social que puramente biológica ou psicológica. Também por este motivo trata-se de um processo social (AMARANTE, 2011, p.81 e 82)

Sluzki (1997) assume [...] “que muitas crises que desencadeiam comportamentos que acabam sendo rotulados como transtornos psiquiátricos têm como ponto de partida uma ruptura da rede social”. (SLUZKI, 1997, p.115).

Essa visão de crise inclui uma atenção às relações e aos seus significados nos serviços da rede de atenção psicossocial, pois,

[...] a necessidade da existência de serviços de atenção psicossocial que possibilitem o acolhimento das pessoas em crise, e que todas as pessoas envolvidas possam ser ouvidas, expressando suas dificuldades, temores e expectativas, estabelecendo vínculos afetivos e profissionais com estas pessoas, que se sintam realmente ouvidas e cuidadas, que sintam que os profissionais estão as escutando e efetivamente voltados para seus problemas, dispostos e comprometidos a ajuda-las (AMARANTE, 2011 p. 82).

A estrutura dos serviços de atenção psicossocial deve ser flexível possibilitando o acolhimento no período da crise, alguns podem ter leitos de suporte para que a pessoa fique por um breve período. A atenção psicossocial no eixo de urgência e emergência, ou seja, no momento de crise em que, tanto o usuário e principalmente a família, amigos ou vizinhos, solicitam apoio imediato apresenta uma lacuna, pois os serviços disponíveis como SAMU, locais de pronto atendimento, muitas vezes não se encontram capacitados para proceder ao acolhimento e administrar a situação de forma adequada (AMARANTE, 2011).

Um dos princípios no campo da saúde mental e da saúde em geral é a territorialidade e intersetorialidade como estratégia de ações que atuam na comunidade, são transversais a vários setores sociais e a organização em rede, ou seja, “[...] formando uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos” (AMARANTE, 2011, p.86). Prevê não apenas a implantação e implementação da rede substitutiva, mas também, e principalmente, a articulação com as demais políticas sociais, econômicas, educacionais, de esporte e cultura, e os sistemas jurídicos, assim como com os demais recursos comunitários e da rede de serviços disponíveis nos territórios.

Outro desafio é a questão de residencialidade e emancipação dos sujeitos. A partir do trabalho de desinstitucionalização, construção do trabalho de saúde mental e atenção psicossocial, foram encontradas muitas pessoas que vivem há muitos anos em instituições psiquiátricas. Quem vive há um longo período institucionalizado muitas vezes não quer deixar o hospital, e perdeu seus vínculos familiares, reduziu as expectativas pessoais, as possibilidades de expressão, de sentimentos e de construir projetos de vida. A maioria dessas pessoas não tem condições de voltar a viver sem a ajuda de terceiros e para tanto há a importância de se organizarem programas e estratégias de residencialidade e de subsídios financeiros. (AMARANTE, 2011).

Foram criadas políticas públicas procurando oferecer condições para o processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. A portaria ministerial 106/2000 do MS instituiu os Serviços Residenciais Terapêuticos destinados aos internos em instituições psiquiátricas por um período no mínimo de dois anos, objetivando a superação do modelo psiquiátrico asilar. Amarante (2011) alerta para o risco de institucionalização das residências, sendo necessário ter em mente que se trata de lares e deve-se cuidar para não aceitar as tendências à banalização, repetição, padronização de atitudes ou de serialização.

Atualmente encontram-se muitas pessoas em vulnerabilidade social vivendo nas ruas, alguns com sofrimento psíquico agravado pelas condições em que se encontram ou por vícios. O Ministério da Saúde lançou em dezembro de 2011 a portaria nº 3.088 que “[...] institui a Rede de Atenção Psicossocial com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”. (BRASIL, MS, 2012).

Os serviços de atenção em regime residencial, como o serviço residencial terapêutico tipo II (portaria nº 3.090/11) contemplam as pessoas em sofrimento mental com longo período de internação e que apresentam acentuado nível de dependência e necessitam de cuidados permanentes específicos. Outra portaria, a nº121/12 instituiu unidades de acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas no componente de atenção residencial de caráter transitório, também no regime residencial temporário. A portaria nº 131/12 incluiu custeio para comunidades terapêuticas, instituiu que tais instituições estejam vinculadas aos serviços de atenção psicossocial (CAPS) do território. (Brasil, MS, 2012). Esse recente formato da atenção

psicossocial foi construído devido a constante participação e mobilização social na IV Conferencia Nacional de Saúde Mental.

As pessoas que permanecerem muito tempo em instituições não tem facilidade para conseguir um emprego ou um emprego com renda suficiente para que possam sustentar-se. Vários países garantem uma renda mensal mínima como subsidio para atender a tal situação (AMARANTE, 2011, p.90) No Brasil criou-se o programa denominado “De volta para casa” que com a lei 10.708 de 31/07/2003 instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para pessoas com transtornos mentais egressas de internações psiquiátricas com pelo menos dois anos de internação.

Nos centros americanos e franceses de saúde mental, assim como em muitos centros no Brasil, as oficinas eram/são criadas no interior dos serviços, tendo um caráter de ofício terapêutico e uma função normativa de produção de subjetividades adequadas às normas sociais. “Atualmente, a tendência é construir ateliês pelo espaço social, pela cidade afora”. (AMARANTE, 2011, p.85). O desafio está na possibilidade de encontrar entidades que possam participar solidariamente da invenção de estratégias de atenção psicossocial com a inclusão das pessoas em acompanhamento nos serviços de atenção psicossocial.

Em relação às cooperativas, centros de convivência e empresas sociais, na Itália foi criada a cooperativa de trabalho para os pacientes internados em hospital psiquiátrico de Trieste, por volta dos anos 70, na época dirigido por Franco Basaglia. A experiência que na época foi considerada ousada e insana,

[...] anos depois a iniciativa foi considerada inovadora e eficaz a qual a OMS passou a apoiar o projeto, divulgar e estimular iniciativas similares em outros países [...] Foi aprovada na Itália, uma lei nacional criando cooperativas sociais destinadas a oferecer trabalho a pessoas consideradas em desvantagem social, além de uma legislação da comunidade econômica europeia que passou a apoiar política e financeiramente os projetos denominados Empresa social (AMARANTE, 2011, p. 91 e 92)

As políticas de saúde mental e atenção psicossocial passaram a adotar estratégias mais específicas e concretas de criação de projetos de geração de renda para as pessoas em acompanhamento na rede. No Brasil foi aprovada a lei 9.867 de 11/11/1999, instituindo as

cooperativas sociais com o objetivo de inserção comunitária das pessoas “[...] em desvantagem no mercado econômico, por meio do trabalho” (AMARANTE, 2011, p.92).

Com essa perspectiva a questão do trabalho se torna uma estratégia de cidadania, autonomia e emancipação social, deixa de ser mera ocupação da ociosidade, uma forma de controle institucional ou como atividade prescrita, orientada e protegida. Atualmente existem várias iniciativas de inclusão pelo trabalho e geração de renda. (AMARANTE, 2011)

A saúde mental na atenção básica à saúde é uma das áreas mais promissoras “[...] a estratégia saúde na família é considerada uma das formas de atenção primária em saúde, que tem como foco a família e objetiva reverter o modelo assistencial predominantemente biomédico, centrado na doença e no tratamento” (AMARANTE, 2011, p.93). Representa o início da possibilidade de reversão e reorientação no cuidado à saúde, concebida enquanto processo multidimensional e não apenas pautada no aspecto curativo especializado investindo na promoção da saúde e na defesa da vida, educando a comunidade e desenvolvendo práticas de pensar e lidar com a saúde.

Amarante (2011) ressalta que as equipes da Saúde da Família devem ser treinadas na concepção da reforma psiquiátrica e sanitária compreendendo como processos sociais complexos visam a melhoria da assistência, promoção da saúde e construção da consciência sanitária nas comunidades. É importante que as equipes recebam “apoio matricial” para conduzir os casos de saúde mental de forma mais adequada

No caso de saúde mental no contexto de saúde da família, a ideia de complexidade é invertida, ou seja, a complexidade no nível terciário (hospitalar) as respostas são padronizadas, massificadas, elementares: medicação sedativa, contenção no leito. No nível primário, da rede básica, é que as ações devem ser mais complexas: lidar com a família, com as pessoas em crise, com a vizinhança, com os atores sociais no território em que vivem. (AMARANTE, 2011,p.96 e 97)

O novo cenário político da área resulta de uma revisão epistemológica que ensejou a criação de um conjunto de estratégias e princípios no campo da saúde mental e atenção psicossocial, constituído por um efetivo processo de participação e construção social.

Algumas das estratégias e dispositivos que contribuem para a configuração desse novo cenário são a Lei Estadual da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/01); a atuação do Ministério Público; a participação e controle social nas políticas de saúde mental e atenção psicossocial e a crítica permanente e consciente da violência e da segregação produzida pelo hospital psiquiátrico e pela medicalização. (AMARANTE, 2011). Segundo o autor, como resultante desse contexto já se observam mudanças:

Houve a redução de mais de 40 mil leitos hospitalares com a construção simultânea de serviços de atenção psicossocial, de estratégia de residencialidade, de centros de convivência, cooperativas e empresas sociais, o programa “De volta pra casa”, os projetos de inclusão pelo trabalho, as iniciativas culturais, a estratégia saúde da família. Está configurada a construção de um novo modelo de lidar com o sofrimento mental, acolhendo e cuidando efetivamente dos sujeitos, e a construção, conseqüentemente de um novo lugar social para a diversidade, a diferença e ao sofrimento mental (AMARANTE, 2011, p.104)

Amarante e Torre (2001) pontuam que na ampliação do conceito de reforma psiquiátrica o objetivo não é reduzi-lo a um processo restrito a mudanças administrativas ou técnicas de serviço, mas entender a desconstrução como uma busca de superação dos paradigmas clássicos e oportunidade de problematização das concepções de subjetividade, saúde, doença, loucura e reconstrução de sua complexidade que possa oportunizar a constituição de uma relação de contrato com o sujeito que substitua a relação de tutela.

Uma questão importante para a transformação institucional no processo de desconstrução é o movimento de tomada de responsabilidade individual e coletiva. A trajetória de sair da condição de sujeito marcado pelo exame clínico e psiquiátrico até a transformação em um usuário do sistema de saúde que luta para produzir cidadania para si e seu grupo passa pelo aspecto da autonomia. Para tanto, a finalidade do tratamento é produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela. (TORRE & AMARANTE, 2001)

Uma das necessidades atuais no campo é a composição de uma rede de comunicação entre os atores e setores implicados. Um dos riscos que se corre quando não há clareza da desinstitucionalização, desconstrução do dispositivo e do paradigma psiquiátrico é o de sair do manicômio e continuar reproduzindo os mecanismos do

dispositivo psiquiátrico, mantendo a função da psiquiatria como saber-poder. Isto é, podem-se criar equipamentos nas cidades sem que por isso se passe a trabalhar no campo social.

O que realmente se busca é a mudança cultural e profissional na abordagem dos sujeitos, concebidos desde a modificação da concepção de saúde de ausência de doença para uma abordagem ampla e complexa de produção de saúde. Nessa nova forma de conceber os sujeitos em relação, estes são vistos como produtos e produtores de saúde, ativos e autônomos. Busca-se a integralidade das ações, não apenas sanitárias, mas de defesa dos direitos integrais das pessoas e da comunidade como um todo.

3 REDES SOCIAIS

3.1. ESTUDOS E CONCEITOS DE REDES SOCIAIS

O pressuposto da atual política de saúde no Brasil estabelece em suas diretrizes a atenção em rede de cuidados integrada compreendendo o ser humano de forma integral, ou seja, bio-psico-socio-espiritual, inserido em um contexto sócio-econômico-cultural e político. A proposta da Reforma Psiquiátrica Nacional destaca que o cuidado com as pessoas que sofrem de transtornos mentais deve ser conduzida em seu meio familiar e comunitário. Sabe-se o quanto a reinserção familiar e social dos egressos é um processo ainda em construção, assim como a construção de uma rede de serviços e de atenção que funcione com efetividade, de acordo com os princípios da integralidade.

Elkaïm (1989) observou em sua prática que a “despsiquiatrização” teve influência do enfoque sistêmico, por meio da realização de intervenções no nível do sistema amplo, da construção do conceito de uma nova solidariedade, da análise das funções que um problema coletivo pode cumprir na comunidade, ou seja, das funções da rede social.

Para compreensão do conceito de rede social faz-se importante revisitar o contexto histórico-social no qual está inserido, retomando a construção do conceito de modernidade no mundo ocidental influenciado e legitimado por narrativas científicas vigentes; assim como a transformação do pensamento racional do homem moderno (que adota a imagem de universo estável e com relações lineares) para um pensamento contemporâneo de universo complexo em um sistema aberto de relações flexíveis. O paradigma da complexidade para Morin (1996) reconhece os princípios da instabilidade, incerteza e imprevisibilidade, e com fundamento no pressuposto ecológico-relacional traz consigo a noção de redes de interações que funcionam de maneira interdependente.

Segundo Najmanovich (1999), a construção do conceito de modernidade se deu a partir dos escritos de Galileo, Decartes e as teorias físicas newtonianas, que começaram a impor um modo de narrativa dos trabalhos científicos asséptico, incorpóreo e em terceira

pessoa, genérica, no qual o observador colocava-se em posição neutra ao objeto de estudo. Acreditava-se possuir uma imagem completa do universo, total, absoluta e objetiva.

Um universo estável, onde só estão permitidos os deslocamentos reversíveis e as relações lineares [...] A ideia de um mundo mecânico está estreitamente ligada à concepção analítica do conhecimento, que busca uma unidade elementar para explicar o comportamento de um todo maior a partir das propriedades de suas unidades componentes (NAJMANOVICH, 1999, p.50)

Criou-se a ideia que o funcionamento dos sistemas mecânicos só aconteceria em contextos específicos e que não poderia sofrer interferências em seu funcionamento. Para tanto era necessário gerar condições de isolamento, controladas pelo homem, desenvolvendo a ilusão de um contexto estável e independente.

Produziram um discurso fechado ao diálogo, ao outro, à diferença, reconhecendo uma só e monolítica racionalidade, a sua própria [...] A modernidade crê ter a propriedade da razão, como sucede com todos os partidários dos sistemas totalizadores, que afirmam que com seus métodos pode ler-se o livro do universo e que explicita o implícito – pensam que tem acesso privilegiado a realidade última (NAJMANOVICH, 1999, p.51)

Em relação aos sistemas totalitários e ao pensamento do homem moderno, Arendt, em seu livro “Origens do totalitarismo” publicado em 1951, escreve sobre a contradição do significado do “realismo” em que os sistemas totalitários se fortaleceram e ao mesmo tempo o descaso desses sistemas para com o contexto de realidade, assim como “[...] a incompatibilidade entre o real poderio do homem moderno (maior do que nunca, tão grande que pode ameaçar a própria existência do seu universo) e a sua incapacidade de viver no mundo que o seu poderio criou, e de lhe compreender o sentido”. (ARENDR, 1989, p.12).

Tal postura deriva de uma concepção de homem dividido em compartimentos, no qual o conhecimento – emoção – ação não interage, são independentes. Privilegia-se o quantitativo, não levando em consideração os aspectos qualitativos, ou seja, a ética, a

estética, a cor, o odor, o mundo subjetivo. Esta dicotomia também atinge a área das ciências humanas. Em relação à organização social, a revolução industrial trouxe considerável aumento da produção e de rotina de trabalho, ligado ao controle e estabilidade do contexto social. Mantendo-se por décadas uma estabilidade apoiada na educação e no controle permanente da vida na cidade, da rotinização do trabalho, a construção de maquinaria e o estabelecimento de uma disciplina social rígida (NAJMANOVICH, 1999).

Segundo a autora, no final do século XIX as concepções dos autores clássicos da física já não eram suficientes. A física relativista de Einstein e a física quântica fundamentaram uma nova concepção do observador e de realidade; criou-se um novo pensamento de sistemas abertos, levando em conta os processos irreversíveis e a história na física. O conceito de modernidade perdeu força no princípio do século XX, mas apenas após a II Guerra as divergências ficaram mais sistematizadas e generalizadas. Na 2ª metade do século XX a transformação de concepção do saber humano foi bastante difundida colocando em questão o conhecimento do conhecimento, ou seja, passou-se a considerar que o que o ser humano vê e entende está relacionado com o que vive a partir de sua experiência prévia (NAJMANOVICH, 1999). Isto é, a própria neutralidade na observação do cientista foi colocada em cheque diante dos novos conhecimentos adquiridos pelos avanços das ciências: da física, da neurologia, da biologia e das ciências sociais.

Sluzki (1997) concorda com a relação estabelecida entre a transformação de conceitos da física e os modelos das práticas em rede, realizadas por profissionais na maioria especializados em terapia familiar, que sofreram influências dos modelos cibernéticos e evoluíram acompanhando o desenvolvimento da cibernética com base construtivista, utilizando metodologias terapêuticas centradas nas narrativas.

O autor comenta que o desenvolvimento da cibernética com a noção de circularidade já havia conduzido a uma mudança nos conceitos da física, mas houve um novo desequilíbrio e um salto qualitativo com a inclusão de postulados da física quântica, de que

[...] toda observação é função dos pontos de referência e inclusive dos valores do observador e não apenas um atributo do observado”. Essa concepção inclui a consideração de um necessário processo interacional circular na relação entre o observador e o observado, desaparecendo

assim a crença positivista de neutralidade do observador, [...] portanto, não existe descrição objetiva da realidade. (SLUZKI, 1997, p.128)

No campo da terapia familiar esse salto epistemológico teve maior visibilidade ao se legitimar uma nova dimensão conceitual de análise dos processos sistêmicos, que começou a valorizar as narrativas como o campo das histórias em comum, compartilhadas pelas famílias, pelos grupos sociais e progressivamente entre terapeutas e pacientes no decorrer da terapia. As abordagens construcionista social e construtivista orientaram, portanto o pressuposto conceitual de “[...] que o problema se encontra na descrição do problema, e que, conseqüentemente, a mudança consiste em descrever (falar sobre) os problemas de maneira diferente, gerando diferentes acordos e diferentes conseqüências” (SLUZKI, 1997, p. 133).

Najamnovich (1999) considera que a compreensão do mundo passa a ter uma imagem mais complexa e interativa. Leva-se em consideração a perspectiva de como as coisas são vistas, percebidas, assim como o conhecimento prévio sobre o que se deve ver. Considera-se que tudo isso faz parte de um processo cognitivo e que é transmitido ao conhecimento público através da linguagem.

Todo o universo físico é visto hoje como uma imensa rede de interações, onde nada pode definir-se de maneira absolutamente independente [...] A transformação conceitual apresenta-se por uma nova metáfora como a do universo como rede ou emaranhado de relações e indivíduos como nós dessa rede que ultrapassa a transformação da imagem do mundo proposta pela física. Começa a gerar uma cultura que não pensa o universo como um relógio e sim como arquipélagos de ordem em um mar de caos: A cultura de complexidade (NAJMANOVICH, 1999, p. 59)

Pensadores pós-positivista estão em consonância em relação à posição de que o conhecimento não é a imagem especular da realidade, mas a expressão da forma peculiar de relação humana – mundo em uma linguagem simbólica, produto da vida cultural e do intercâmbio com o meio ambiente, ou seja,

[...] o conhecimento não é o produto de um sujeito separado radicalmente da natureza, mas o resultado de interação global do homem com o mundo a que pertence [...] Cada cosmovisão, sistema de ideias e crenças, cada paradigma nasce de interação intelectual, sensorial e afetiva dos seres humanos com o mundo (NAJMANOVICH, 1999, p. 63)

A autora referencia autores como Bateson, Foucault entre outros que “[...] destacam a multidimensionalidade do fenômeno perceptivo cognitivo e a imprescindível e inevitável influencia da linguagem no processo”. (NAJMANOVICH, 1999, p. 57)

A época contemporânea evidencia a diversidade, o reconhecimento da diferença e da alteridade e da interação proporcionando encontros. “As redes sociais são por excelência da interação humana, entretanto séculos de concepções totalitárias e excludentes fossilizaram boa parte de nossas relações” (NAJMANOVICH, 1999, p. 72).

O conhecimento do contexto histórico-social ao qual está inserida a discussão da diversidade e pluralidade, de acordo com os princípios da complexidade e de uma visão ampliada de rede social, colabora para a compreensão das questões sociais; para a problematização do indivíduo e de sua rede de interações, por meio de narrativas compartilhadas. Considera-se que a linguagem desempenha papel fundamental no entendimento dos processos para a “[...] formação de identidade, significação de um problema, visão sobre a rede e sobre a possibilidade de apoio perante as necessidades” (FEIJÓ, 2006, p. 234)

Para Feijó (2006), as narrativas podem se referir a um problema ou histórias sobre as quais, são construídas no contexto comunitário ou terapêutico. Grandesso (*apud* FEIJÓ, 2006) considera narrativa como a organização da experiência vivida através da linguagem e, portanto, uma estruturação dos significados, que dão sentido aos acontecidos.

Supondo que a questão não é o problema em si, mas o significado que as pessoas atribuem a ele, e que, portanto, não há conhecimento absoluto, e sem o que Najmanovich (*apud* Feijó) chama de perspectivismo, não dá para separar observador do objeto e nem o que se diz do problema das dificuldades das relações, principalmente daquelas nas quais se vive o problema mais diretamente (FEIJÓ, 2006, p. 238)

A construção de significados no processo de formação da identidade do *self* pessoal e contextual se dá através da linguagem nas relações. Inclui o que o indivíduo pensa de si, de suas dificuldades e possibilidades de apoio daqueles com quem convive, inserido num contexto sócio-econômico-cultural, estabelecendo assim uma rede social que legitima o indivíduo como pertencente àquele sistema (rede como função de apoio e troca) assim como pressões para mudanças com seu comportamento (funções de regulação social). (FEIJÓ, 2006)

Quando o indivíduo não se sente legitimado, digno de participação nessa rede, seu processo de construção de identidade é interrompido, sendo necessária sua reconstituição para: superar determinados problemas ou dificuldades; repensar seus valores e buscar um lugar nas relações com aqueles membros da rede que lhe são significativos mesmo sendo diferentes, para solucionar as dificuldades. (FEIJÓ, 2006)

Pertencer e ser diferente ao mesmo tempo é importante na sua relação com a rede [...] Portanto, escolher os próprios caminhos e ter a sua visão por ela validada, contribui tanto para o desenvolvimento pessoal, quanto para a afirmação da própria identidade e certamente para solução em relação ao problema (FEIJÓ, 2006, p.234)

O conceito de rede social teve seu desenvolvimento marcado por várias correntes na área de saúde mental que são a seguir discutidas.

De acordo com Meneses e Sarriera (2005), tal discussão tem se ampliado nas últimas décadas, em função da inter-relação dos diversos segmentos da sociedade e de sua utilização pelos variados campos das ciências, tanto das ciências ditas “duras” como a informática, a matemática e a física, como nas ciências relacionais como antropologia, sociologia, psicologia, entre outras. Todas elas procuram analisar, de forma interdisciplinar, como se dá a organização e o funcionamento das redes sociais.

Para os autores, as pesquisas sobre redes sociais são encontradas com dois focos de estudos; o primeiro observando-se o aspecto estrutural das redes, que utilizam para análise, gráficos e pesquisas quantitativas, e o segundo sobre a funcionalidade das redes sociais, geralmente conduzidas em pesquisas com metodologias qualitativas. Estas buscam

descrever as funções da rede social, as características dos seus vínculos e suas conexões (MENESES & SARRIERA, 2005)

Segundo Sluzki (1997) o conceito de rede social foi desenvolvido e aperfeiçoado de maneira acumulativa por vários autores, mas de forma desordenada. (SLUZKI, 1997). Considera-se que J. Moreno foi um dos precursores com a publicação de trabalhos em 1934, na busca em compreender a rede de relações, de como as pessoas se conectavam ao grupo a que pertenciam. Para tanto elaborou a construção de formas gráficas de representação conhecidas como Sociograma, que tem como característica a visualização da forma como os membros de um determinado grupo se conectam entre si. (FREEMAN, 1996, *apud* MENESES & SARRIERA, 2005)

Outro precursor dos estudos sobre a temática foi E. Bott que em 1928, publicou um artigo sobre uma investigação das interações de crianças na pré-escola, no qual utilizou o *Sampling Method Analysis*. A partir de observações sobre os tipos de comportamento da criança, realizou tabulações sobre a frequência de todas as instâncias de cada forma de comportamento, tais como: com quem conversava, como interferia no grupo, como era vista pelos outros e como cooperava com seus colegas. (FREEMAN, 1996, *apud* Menezes & Sarriera, 2005). Em 1957, publicou estudos sobre as relações externas de famílias urbanas, estabelecendo a diferenciação da composição e da estrutura e dos conteúdos de interação da rede. (SLUZKI, 1997)

No início do século XX, a metodologia hegemônica da época na comunidade científica era o Método Científico Experimental, que exigia a utilização de mecanismos rígidos de controle de variáveis, com condições de estabilidade. Além disso, previa a neutralidade do observador ou do pesquisador, diferentemente das metodologias participativas e construcionistas utilizadas na atualidade. As pesquisas sobre redes sociais, apesar de considerarem focos de investigação diversificados, mantêm como base de estudo a interação e as inter-relações dos nódulos da rede, assim como os vínculos gerados entre os diversos nódulos (MENESES & SARRIERA, 2005)

Sluzki (1997) considera que o modelo de rede ocupou lugar central inicialmente com a publicação do trabalho de Speck e Attenuave em 1973, que aplicaram as noções de rede em comunidades nas culturas em que viviam. As reuniões de rede também foram

desenvolvidas para o manejo de pacientes em crise, em reuniões terapêuticas que incluíam a família e a rede informal de relações.

Speck e Attneave (2000, *apud* Meneses & Sarriera, 2005) realizaram estudos sobre as redes de famílias, tendo como questão principal as limitações percebidas nas psicoterapias individuais com esquizofrênicos. Observaram que se obtinha maior êxito quando a rede familiar era envolvida no tratamento. Segundo tais estudos, as relações estabelecidas entre os membros de uma família, inclusive com amigos e parentes não próximos, estavam relacionadas com a aparição e permanência dos sintomas de esquizofrenia. Segundo os autores, assim como existem redes que promovem a saúde, também podem existir redes disfuncionais e patologizantes. Consideravam a possibilidade de se estabelecer uma “patologia social” comum ao redor de uma pessoa com esquizofrenia. Isso porque as limitações nas formas de interação seriam potencializadas pelos processos de estigmatização impostos pela cultura a um integrante de uma família, em um processo de retroação que tende a manter as relações disfuncionais. Questões que trazem para o campo da saúde mental a relevância de se considerar o contexto social em que a pessoa em sofrimento mental está inserida.

Neste sentido aqueles autores propõem uma intervenção na rede e com a rede social, buscando modificar o funcionamento da rede social por meio da ativação e valorização dos vínculos, das experiências comuns, da regularidade e cotidianidade que os participantes das redes mantem, visando propiciar mudanças nos padrões de relacionamento que contribuam para a retribalização (SPEACK E ATTENEAVE *apud* MENESES & SARRIERA, 2005).

Já Elkaïm (1995 *apud* MENESES E SARRIERA, 2005) em seus estudos sobre a função das redes sociais na família e da rede social familiar propõe uma técnica específica para o tratamento psicoterapêutico, ou seja, “terapia de rede”. O autor considera seis fases no processo terapêutico que se inicia com a retribalização para que a família se reorganize ou construa uma rede primária e termina quando as mudanças nos padrões de relação são alcançadas, tanto no âmbito familiar quanto na rede social a qual a família está inserida.

Sluzki (*apud* MENESES & SARRIERA, 2005) com base nos estudos anteriormente citados e na abordagem sistêmica, propõe uma nova forma de conceituar as redes sociais. Sluzki define a rede social pessoal como o conjunto de todas as relações

significativas para o indivíduo ou que ele diferencia da massa anônima da sociedade. Esta rede social corresponde ao seu nicho interpessoal que contribui para o reconhecimento de si mesmo e de sua auto-imagem. Tal sistema relacional possibilita uma experiência individual de identidade, bem-estar, competência e autonomia, incluindo hábitos de cuidados de saúde e a capacidade de adaptação em uma crise. (SLUZKI e STEINMERTZ *apud* SLUZKI, 1997)

A experiência de Souza (2004, *apud* FEIJÓ) no trabalho com redes sociais abordando aspectos de formação de novas redes mostra que as pessoas com maior facilidade de inserção em redes de serviços e de novas amizades, desenvolvem mais rapidamente recursos para superar crises (FEIJÓ, 2006 p. 236)

Sluzki (1997) compreende que as relações percebidas como significativas pelo indivíduo contribuem para seu reconhecimento como pessoa. Atualmente as relações significativas, antes determinadas apenas pelas relações familiares, têm sido reconsideradas ampliando-se o foco para as relações com outras pessoas que podem ser relevantes sem que, necessariamente, sejam parentes. Destaca a ampliação e complexidade do campo anteriormente identificado como terapia familiar que atualmente muitos autores denominam de práticas sistêmicas (FEIJÓ, 2006).

Feijó (2006) pactua com as ideias de Sluzki no sentido de ampliar a prática clínica às práticas preventivas e comunitárias e com a importância do trabalho em rede. Além do trabalho com a rede social significativa, também considera importante outras redes como, por exemplo, “[...] a rede de equipamentos e serviços, aspectos do seu conhecimento, acesso, inserção e participação das famílias, dos indivíduos e de todos que com eles trabalham”. (FEIJÓ, 2006, p. 236)

Com uma visão de rede social ampliada, compreende a rede pessoal como parte da rede, em sua complexidade, flexibilidade e interconectividade. Para a autora, diante da amplitude do objeto de estudo: “Estamos sempre tratando de uma micro-rede, que é parte de uma maior e que se liga a várias outras redes”. (FEIJÓ, 2006, p. 236). Considera assim que “[...] o indivíduo, suas dificuldades ou crise e o contexto social precisa ser visto de forma ampla e ao mesmo tempo particular para atender a proximidade e o apoio sentidos em relação à rede social” (FEIJÓ, 2006, p. 244)

Para Sluzki (1997) o que sustenta e faz parte do universo relacional do indivíduo são os contextos culturais e subculturais em que se está inserido, tais como os contextos históricos, políticos, econômicos, religiosos, de meio ambiente, de existência ou falta de serviços públicos e de diferenças de territórios.

Elkaïm enfatiza também a elaboração de um enfoque social-político, integrando os elementos socioeconômicos, culturais e políticos no trabalho em rede. “Em um meio desfavorecido economicamente [...] os problemas quase sempre se vinculam com pressões sociais, econômicas ou culturais”. (ELKAÏM, 1989, p75)

Pluymaekers (1989) concorda com as propostas de Elkaïm de que se deve considerar a importância da rede social nos problemas abordados. Em sua prática pôde confirmar que a inter-relação dos problemas vividos em nível doméstico, sofriam grande influência de um processo público que leva a exclusão social, como hospitalização, abrigamentos, etc.

O autor assume a necessidade de criação do contexto no qual as redes emergem, seja familiar, social ou institucionalmente, e que responda diretamente aos objetivos de permitir as pessoas que se ajudem mutuamente utilizando seus próprios recursos, podendo enfrentar melhor o risco de controle social mediante um nível de intercâmbio mais igualitário. (PLUYMAERKERS, 1989)

Sluzki parte “[...] do pressuposto de que muitas crises que desencadeiam comportamentos que acabam sendo rotulados como transtornos psiquiátricos tem como ponto de partida uma ruptura da rede social”. (SLUZKI, 1997, p.115)

A definição de crise para Feijó é

[...] o momento em que um grupo, família e/ou indivíduo encontra-se numa situação de extrema dificuldade, não vê boas saídas, ou o que vê como saída não lhe parece possível, quando o que crê não serve para sair de dificuldades e seus comportamentos também não. (FEIJÓ, 2006, p. 237)

Sluzki (1997) estudou como ocorre a reestruturação da rede social das pessoas idosas, observando que na medida em que passam pelas transições do ciclo vital, diminuíam ou condensavam-se a participação das pessoas no âmbito relacional. Como exemplo, a mudança de foco das atividades laborais como formas de estruturação do tempo e das relações pessoais, seja por aposentadoria ou por perda do emprego, o indivíduo pode acionar outras formas de utilização do tempo, como atividades de lazer, esportivas, criativas, assim como outras formas de relações. (SLUZKI *apud* Meneses & Sarriera, 2005)

Sluzki (1997) ao referir-se a diversas investigações epidemiológicas sobre como a rede social afeta a saúde do indivíduo e a saúde do indivíduo afeta a rede social, comenta que tais estudos admitem existir uma correlação direta entre qualidade da rede social e qualidade de vida. Destaca que segundo as investigações, pessoas menos integradas socialmente têm maior probabilidade de morrer, e que as investigações epidemiológicas confirmam a correlação positiva entre rede social e saúde. Salienta que já Durkheim (*apud* SLUZKI, 1997) em seu estudo de 1897, demonstrou que existe maior probabilidade de suicídio nos indivíduos mais isolados socialmente, em comparação com aqueles que possuem uma rede social mais ampla, acessível e integrada.

Dozier, Harris, Bergman (*apud* SLUZKI, 1997) desenvolveram um estudo, em 1987, que correlaciona a densidade da rede social com a probabilidade de re-hospitalização em pacientes com alta depois de um episódio de psicose. Observaram que a probabilidade de re-hospitalização é maior se a rede possui pouca conexão (baixa densidade) ou se há muitas interconexões independentes do informante (densidade elevada), do que aquela em que a rede apresenta uma densidade intermediária independente do tamanho da rede.

Vários aspectos do relacionamento com a rede se entrelaçam com suas características, gerando maior ou menor possibilidade de apoio: se for grande demais e os membros forem pouco conectados ou íntimos a possibilidade de apoio pode ser reduzida, ou se for uma rede pequena, pode sobrecarregar na divisão de funções, dificultando a possibilidade de apoio. (FEIJÓ, 2006)

Sluzki (*apud* MENESES & SARRIERA, 2005) compreende a importância do funcionamento das redes para a saúde da família, principalmente no âmbito da saúde mental de seus membros, do sistema familiar e do contexto social em que se desenvolvem

estes. O autor considera também que quando as famílias pertencem a redes funcionais e com variedade de função promovem a saúde familiar. Para o autor, as redes sociais propiciam o andamento geral da saúde, a adesão ao tratamento e colaboram para o ajuste emocional.

A presença de uma doença, especialmente uma doença crônica, debilitante ou isolante, produz um impacto nas interações entre o indivíduo, sua família próxima e a rede social mais ampliada. O autor pondera que a doença produz um efeito interpessoal aversivo, gerando condutas coibitivas por parte do outro; restringe a mobilidade do sujeito, o que reduz a oportunidade dos contatos sociais e o isola; pode debilitar o doente reduzindo sua iniciativa de ativação da rede, além de reduzir sua possibilidade de gerar comportamentos de reciprocidade na relação interpessoal da interação social. (SLUZKI, 1997)

O autor considera também a questão do cuidador do doente, pois os comportamentos de cuidado para com as pessoas com doenças crônicas são pouco gratificantes na medida em que tendem a ser reiterados e percebidos, muitas vezes, como pouco efetivos. Tais comportamentos tendem a gerar um esgotamento dos membros da rede social. O desestímulo que pode acometer os cuidadores dos pacientes com problemas crônicos pode incluir os profissionais que participam desses cuidados (SLUZKI, 1997). Em momentos de crise, quando o indivíduo e/ou familiares precisam de suas redes, esse relacionamento também é afetado, há uma oscilação entre função de apoio e regulação social quando se distanciam dos padrões de comportamento socialmente esperados. (FEIJÓ, 2006)

Bruscargim (2004 *apud* FEIJÓ, 2006) em seus estudos demonstrou que uma comunidade religiosa tende a ser uma rede grande e densa, com funções de apoio e de regulação acirradas, e aqueles que investem na própria espiritualidade geralmente compartilham valores com outros, e tem fé em algo o que os fortalece (FEIJÓ, 2006).

Feijó (2006) faz referência a crises ou questões com maiores dificuldades como doenças graves, abuso de substâncias químicas e violência, principalmente no âmbito doméstico, situações com implicações sociais e estruturais graves que mantêm a rede com pouca estrutura de apoio e de proteção aos envolvidos. Devem-se considerar também as

condições estruturais, políticas e sociais, além da especificidade do problema. (FEIJÓ, 2006, p. 248)

Nos estudos de Sluzki (1997) há referências de que na relação da pessoa com sofrimento mental e sua rede social significativa pode haver diminuição do contato e qualidade do relacionamento, isolamento, afastamento do trabalho e consequentemente de parte dessa rede.

Por outro lado, a revisão de narrativas sociais e científicas acerca de estigmas sobre o sofrimento psíquico poderia colaborar para reverter tais desempenhos das redes de apoio social. Assim, a transformação de narrativas monolíticas contribuiria para emergência de processos dialógicos com potencial de ativar recursos pessoais, laborais e relacionais com a comunidade na atenção psicossocial.

3.2 EXPLICANDO O MAPA DE REDE SOCIAL SIGNIFICATIVA

Sluzki (1997) propõe a construção de um gráfico para que sua visualização colabore com a compreensão da funcionalidade da rede, o qual denomina de mapa de rede social pessoal.

A construção do mapa de rede social significativa de Sluzki inicia-se com a identificação de um mapa mínimo que consiste no desenho de um círculo que representa o contexto relacional do indivíduo onde são registrados com pontos todos os indivíduos que interagem com uma determinada pessoa. O círculo é dividido em quatro quadrantes (ver Figura 1), sendo que cada quadrante representa um segmento como família, amigos, relações de trabalho ou escolares, relações comunitárias, de serviços ou de credo. Sobre esses quadrantes inscrevem-se três círculos que correspondem às áreas de relações: o círculo interno para relações íntimas, o intermediário para relações pessoais com menor grau de compromisso e o externo para relações ocasionais, de conhecidos. O conjunto dos habitantes desse mapa mínimo constitui a rede social pessoal do informante

Então no mapa são sistematizados quatro quadrantes divididos em áreas destinadas à representação dos componentes das relações familiares, de amigos, relações de trabalho-escola e relações comunitárias. O objetivo é possibilitar o estudo das relações das

famílias e as conexões com um ou os vários contextos. Sobre os quadrantes inscrevem-se três áreas circulares (círculo interno, intermediário e externo), que permitem representar a proximidade ou o afastamento dos membros da rede em relação ao indivíduo de acordo com a significação expressa nas narrativas do próprio informante (MENESES E SARRIERA, 2005). (ver Figura 1)

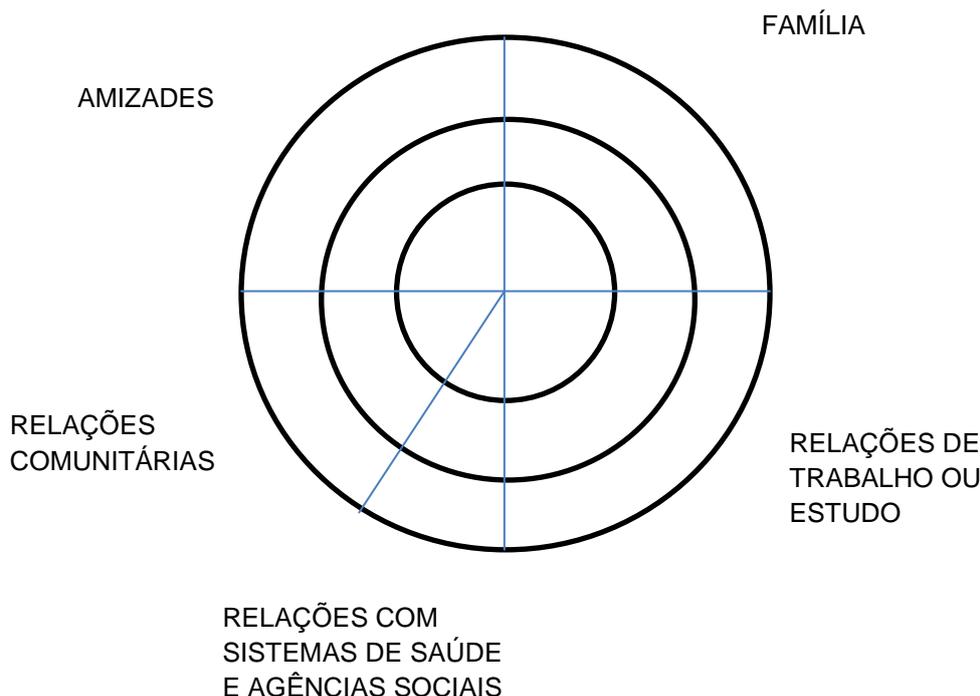


Figura 1: Mapa de rede social pessoal (Sluzki, 1997)

O conjunto dos habitantes do mapa mínimo são marcados com pontos nos respectivos quadrantes de acordo com a descrição do sujeito sobre seus vínculos das relações. Esse conjunto constitui a rede social pessoal do informante. O mapa se refere a um registro de um determinado momento descrito pelo informante ou pode dizer respeito à reconstrução de algum momento do passado. (SLUZKI, 1997)

Como já vimos, as redes são complexas, flexíveis e interconectadas. Para estabelecer a fronteira da rede utilizamos narrativas compartilhadas em que o terapeuta ou o pesquisador faz perguntas ao informante para definir os integrantes de sua rede e sua caracterização em termos de proximidade, distância, funções entre outras.

Assim, para a construção e avaliação da rede social pessoal, Sluzki leva em conta as características estruturais, ou seja, as propriedades da rede em seu conjunto; as funções dos

vínculos (tipo predominante de intercambio interpessoal) e os atributos de cada vínculo (propriedade de cada relação).

As características estruturais da rede são: tamanho, densidade, composição (distribuição), dispersão, homogeneidade/heterogeneidade e tipos de funções.

O **tamanho** da rede diz respeito ao número de pessoas na rede. Sluzki (1997, p. 45) afirma que “[...] há indicações que as redes de tamanho médio são mais efetivas do que as pequenas ou as muito numerosas”. Em situações de sobrecarga ou tensão de longa duração as ações dos membros de redes pequenas tornam-se menos efetivas. As redes muito numerosas tendem a ser ineficazes, pela falta de integração ou por cada um supor que alguém já tomou as providências necessárias. Sluzki relata outros fatores que afetam o tamanho da rede como as migrações e relocações, reduzindo o tamanho da rede quando não há acesso da rede e ao longo do tempo, e, em geral, a rede das pessoas idosas se reduz por falta de acesso para ativação de novos membros, e pelo enfraquecimento ou morte de outros.

Em relação à **densidade**, Sluzki (1997, p. 46) refere que se trata da “[...] conexão entre os membros independente do informante (amigos que são amigos entre si; parentes próximos que são íntimos entre si)”. Comenta que um nível de densidade médio favorece a máxima efetividade do grupo ao permitir a comparação de impressões; uma rede com nível de densidade muito alta favorece a conformidade e pode proporcionar um nível de efetividade mais baixo enquanto que um nível de conectividade muito baixo reduz a efetividade pela falta do efeito potencializador da comparação mútua das impressões. O autor ressalta que a avaliação da dimensão “densidade” deve ser complementada por análises qualitativas.

A **composição ou distribuição** significa

[...] a proporção do total de membros da rede que está localizada em cada quadrante e cada círculo; as redes muito localizadas são menos flexíveis e efetivas e geram menos opções do que as redes de distribuição mais ampla; isso se aplica tanto à distribuição em quadrantes como em círculos; assim, existem pessoas cuja rede significativa se centra na “família”, da qual dois membros se localizam no círculo interno e o resto no círculo intermediário, coisa que torna a informante muito dependente dessas duas pessoas centrais (SLUZKI, 1997, p. 46).

A **dispersão** demonstra a “[...] distância geográfica entre os membros, situação que afeta a facilidade de acesso ao e do informante, e, portanto, afeta tanto a sensibilidade da rede às variações do indivíduo quanto a eficácia e velocidade de resposta às situações de crise”. (SLUZKI, 1997, p. 47)

A **homogeneidade ou heterogeneidade** demográfica e sociocultural em relação à idade, sexo, cultura e nível sócio econômico, pode oferecer às pessoas vantagens e inconvenientes em termos de identidade ao favorecer o reconhecimento de sinais de *stress*, ativação e utilização de recursos relacionais. Essa variável pode orientar quanto às tensões entre sub-redes com diferenças culturais ou socioeconômicas. Como exemplo, o autor considera as redes de casais com diferentes *status* educacional ou social, étnico/cultural que requer contínuo ajustamento de muitas diferenças. (SLUZKI, 1997)

Sluzki (1997) considera **os atributos de vínculos específicos** como a intensidade ou compromisso e intensidade da relação, durabilidade, história em comum e **os tipos de funções** desempenhadas por cada vínculo e pelo conjunto que é determinada pelo tipo predominante de intercâmbio interpessoal entre os membros da rede, como: companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e de conselhos, regulação social, ajuda material e de serviços e acesso a novos contatos.

A função de “[...] **companhia social** refere-se à realização de atividades conjuntas ou simplesmente o estar juntos”. A companhia social pode ser considerada quando se compartilha situações cotidianas. (SLUZKI, 1997, p. 48)

O vínculo estabelece a função de **apoio emocional** quando há

[...] intercâmbios que conotam uma atitude emocional positiva, clima de compreensão, simpatia, empatia, estímulo e apoio; é o poder contar com a ressonância emocional e a boa vontade do outro; é o tipo de função características das amizades íntimas e das relações familiares próximas com um baixo nível de ambivalência (SLUZKI, 1997, p. 49).

Guia cognitivo e de conselhos é a função exercida nas interações que compartilham informações pessoais ou sociais, esclarecem expectativas e proporcionam modelos de papéis. Já a **regulação social**, ou controle social, são interações que destacam responsabilidades e papéis. Tais intercâmbios tendem a neutralizar os desvios de comportamento que não respondem às expectativas coletivas, permitem a dissipação da frustração e da violência e favorecem a resolução de conflitos. (SLUZKI, 1997)

A função de “[...] **ajuda material e de serviços** quer dizer, colaboração específica com base em conhecimentos de especialistas ou ajuda física, incluindo os serviços de saúde”. (SLUZKI, 1997, p.52)

Por fim a função de **acesso a novos contatos** refere-se às relações que desempenham a função de “[...] abrir portas para a conexão com pessoas e redes que não faziam parte da rede social do indivíduo”. (SLUZKI, 1997, p.53)

Cada vínculo pode ser analisado em termos de seus atributos levando em consideração que as seguintes variáveis são interdependentes entre si: a **função predominante**, qual função ou combinação de funções caracteriza de maneira predominante esse vínculo; a **multidimensionalidade ou versatilidade**, ou seja, quantas dessas funções desempenham essa pessoa, se é uma companhia social procurada e, além disso, um bom ombro para chorar e fonte de conselhos; **reciprocidade ou simetria/assimetria**, se o informante desempenha para essa mesma pessoa o mesmo tipo de função, ou funções equivalentes às que essa pessoa desempenha para ele; **intensidade ou o compromisso da relação**, isto é, o grau de intimidade; **frequência dos contatos**; **história da relação**, ou seja, há quanto tempo se conhecem e qual é a experiência prévia da ativação do vínculo. (SLUZKI, 1997)

Para Sluzki (1997) esse nível de análise pode desencadear algumas implicações, como por exemplo, a sensibilização para variáveis de rede tanto para terapeutas ou pesquisadores, como ao paciente. A construção do mapa de redes pode oferecer informações sobre as redes que podem ser ativadas, desativadas ou modificadas em momentos de crise.

No caso específico do trabalho em crise com pacientes crônicos, é de particular utilidade entender que os membros de equipe terapêutica de

outras instituições com os quais o paciente ou sua família interagem, constituem em muitos casos, parte essencial da rede social dos pacientes e merecem se incluídos na consulta. (SLUZKI, 1997, p.60-61)

3.3 REDES SOCIAIS EM CONTEXTOS LABORAIS E COMUNITÁRIOS

Moerbeek e Need (*apud* MENESES e SARRIERA, 2005) pesquisaram os efeitos negativos que as redes podem ter no contexto laboral, investigando como a competitividade pode deteriorar a posição de uma pessoa no trabalho ou impedir sua mobilidade. Também consideraram os efeitos negativos do sistema capitalista em relação ao curso de vida e a mobilidade na carreira. Os resultados da investigação apontaram que a carreira profissional de pessoas que sofrem com atitudes destrutivas influenciadas por adversários fica em vulnerabilidade. Observaram também tanto as influências positivas quanto as negativas que as interações entre os membros da rede produzem. Confirmando assim os pressupostos de Speck e Atteneave sobre os aspectos funcionais e disfuncionais das redes, que, por sua vez podem produzir efeitos promotores de bem estar ou levar a conduções difíceis de vida sócio laboral. (MENESES E SARRIERA, 2005)

O trabalho de Mance (*apud* MENESES & SARRIERA, 2005) discute a construção de redes solidárias nos aspectos econômicos e alteração da rede como um todo, onde um nóculo desta impacta em outro. Por esta rede circulam recursos materiais, informativos e de valor com o objetivo de criar um mercado de produtos alternativos ao comércio capitalista.

Como já referido acima, os estudos das redes sociais no contexto da comunidade vão de pequenos grupos até políticas públicas e modos de produção de civilidade.

Meneses e Sarriera (2005) fazem uma reflexão sobre a potência das diversas funções que prestam as redes sociais. Partem do pressuposto que um grupo pode influenciar uma família, um indivíduo ou até um grupo que também é influenciado por todos os outros membros da rede, criando-se redes facilitadoras e promotoras de saúde ou, ao

contrário, perturbadoras do funcionamento, dependendo da experiência adquirida e das formas de interação da rede.

A relevância da discussão sobre as redes sociais na contemporaneidade se deve a maior complexidade com que as pessoas se organizam na matriz social. As pesquisas sobre redes sociais que inicialmente eram restritas aos contextos escolares foram se ampliando para contextos familiares, comunitários e laborais buscando uma maior compreensão do funcionamento das famílias nas interações do micro e mesossistema (MENESES & SARRIERA, 2005)

Na medida em que as redes sociais familiares possibilitam a conexão das redes pessoais de cada indivíduo, o ingresso de novas pessoas na rede pode contribuir para seu bom funcionamento. Os resultados das pesquisas ressaltam a importância da qualidade dos vínculos criados entre os componentes da rede na vida das pessoas (MENESES & SARRIERA, 2005).

4. PARTICIPAÇÃO OCUPACIONAL E MODELO DE OCUPAÇÃO HUMANA

Neste capítulo são abordados os conceitos de ocupação humana, participação ocupacional e a importância e as consequências do fazer na vida dos seres humanos. Buscou-se compreender, assim, como as narrativas demonstram a trajetória da participação ocupacional na vida das pessoas com sofrimento mental levando em consideração episódios significativos para cada indivíduo. Tais conceitos são baseados na bibliografia de Kielhofner (2011), Christiansen e Townsend (2010) que se compatibilizam com os conceitos da Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidades de Saúde (CIF) desenvolvida pela OMS (2004).

Christiansen e Townsend (2010) abordam o termo “ocupação” estabelecendo uma perspectiva ocupacional da vida e sociedade. Para os autores [...] a utilização do tempo humano revela muitas maneiras de esforço humano, cada qual tendo implicações no comportamento, desenvolvimento, interação social, bem-estar e participação em sociedade”. (CHRISTIANSEN E TOWNSEND, 2010, p. 02)

A palavra “ocupação” deriva do latim *occupatio* e significa “ocupar ou aprender”, ser ocupado no sentido de usar ou assumir o controle de tempo e espaço durante o envolvimento de uma pessoa em um empreendimento de vida reconhecível. “As ocupações diárias do ser humano são envolvimento com forma e senso de propósito, significado, estilo cultural e importância social/econômica ou de poder”. (CHRISTIANSEN e TOWNSEND, 2010, p. 02)

Em consonância com o que foi discutido no capítulo sobre a história da loucura, Christiansen e Townsend afirmam que desde os primórdios dos tempos os seres humanos ocuparam suas vidas com objetivo direcionado às atividades necessárias para existência e bem-estar. Os primeiros seres humanos viviam em grupos e utilizavam ocupações primitivas para assegurar sua sobrevivência. Com a evolução da linguagem (comunicação) foram anexando significados às ocupações e aos eventos, às novas maneiras de adaptação, sobrevivência e competição com os desafios da natureza, como por exemplo, se organizando com divisão de tarefas.

Ao longo da história, a sociedade tornou-se mais complexa e as ocupações refletiram tal complexidade. Com a revolução industrial o trabalho e o significado dado a este foi modificado, sendo de grande relevância para a organização social. A era atual, conhecida como pós-industrial ou era da informação foi descrita por Ferguson (*apud* CHRISTIANSEN e TOWNSEND, 2010) como uma transformação social que resultou de uma transformação pessoal, resignificando os valores de trabalho e lazer, além da participação social.

A partir dessa ideia pode-se pensar sobre os diversos papéis socioculturais exercidos pelos indivíduos para suprir as necessidades da comunidade. A história ilustra como o trabalho, o lazer e as ocupações do dia-a-dia coexistiram e foram influenciados pelas culturas, tempo e meio ambiente, fornecendo um contexto no qual se pode compreender o presente. (CHRISTIANSEN & TOWNSEND, 2010).

“História são contos culturais que pode reportar ocupações individuais e/ou coletivas de humanos ao longo do tempo em situações desenvolvidas por sistemas e lugares que influenciam o que os seres-humanos fazem”. (CHRISTIANSEN & TOWNSEND, 2010, p.06).

A ocupação está tão arraigada na existência do ser humano que tem sido amplamente considerada como um tópico de atenção acadêmica. Os autores referem-se à emergência da ciência ocupacional como uma área dedicada à compreensão da ocupação humana, focando no que as pessoas fazem em suas vidas sob circunstâncias diferentes. Para obter maior compreensão da ocupação humana no século XXI, os autores propõem cinco questões importantes que servem como base e que retratam uma perspectiva ocidental.

Como as pessoas ocupam seu tempo? O que influencia no que as pessoas fazem? Como as pessoas descrevem suas ocupações? Como o contexto determina o que as pessoas fazem e quando elas fazem? Como a ocupação afeta a saúde, bem estar e participação na sociedade? (CHRISTIANSEN & TOWNSEND, 2010, p. 06)

Para Kielhofner (2011) o conceito de ocupação humana se refere “[...] a realização de trabalho, jogo ou atividades de vida diária dentro de um contexto temporal, físico e sociocultural, que caracterizam a maior parte da vida do ser humano”. (p. 05)

Para o autor a ocupação humana compreende três grandes áreas: as atividades de vida diária, o jogo e a produtividade, baseando-se na compreensão de Reilly (1974 *apud* KIELHOFNER, 2011) que concebe as atividades de vida diária como as tarefas típicas de vida necessárias para o autocuidado e a automanutenção; o jogo como as atividades escolhidas livremente e a produtividade se refere às atividades (tanto remuneradas como não remuneradas) que produzem serviços ou produtos a outros.

Fidler e Fidler (1983 *apud* KIELHOFNER, 2011, p. 05) entendem que “[...] os seres humanos se caracterizam por apresentar uma necessidade intensa de fazer coisas” Para Rogers (1983 *apud* KIELHOFNER, 2011, p. 05) “[...] os seres humanos são criaturas socioculturais que compartilham mundos comuns de ações e significado, a ocupação inclui o fazer coisas entre outros e com outros”. A ocupação expressa e mantém o tecido social que nos rodeia.

[...] a ocupação denota ampla classificação do fazer que ocorre no contexto do tempo, do espaço, a sociedade e a cultura. Os contextos físicos, sociais e culturais oferecem condições que convidam, moldam e informam a ocupação humana, enfim todas as coisas que os seres humanos fazem, por que fazem e como fazem, o que pensam e sentem sobre elas, derivam da interação de condições e influências do tempo, espaço, sociedade e cultura. (KIELHOFNER, 2011, p.05)

Considerando que cada indivíduo difere em como se motiva para fazer e escolher coisas, em seu modo de vida diária e em suas capacidades individuais, o modelo de ocupação humana conceitualiza três componentes inter-relacionados para explicar como os indivíduos elegem, organizam e executam suas ocupações: a volição, a habituação e a capacidade de desempenho. Kielhofner (2011) chama a atenção para os diferentes aspectos que formam parte de uma pessoa em sua totalidade.

A volição se refere à motivação pela ocupação; a habituação se refere ao processo pelo qual a ocupação se organiza em padrões ou rotinas e a capacidade de desempenho diz respeito às capacidades físicas e mentais no que se baseiam o desempenho ocupacional habilidoso. (KIELHOFNER, 2011, p. 05)

Para compreensão dos componentes acima citados, considera-se que volição é um processo integrado do padrão de pensamentos e dos sentimentos acerca de si mesmo como agente no seu próprio mundo, os quais ocorrem quando o indivíduo antecipa, elege, experimenta e interpreta o que se faz. Os pensamentos e os sentimentos volitivos incluem a causalidade pessoal (sentido próprio de capacidade e eficiência), os valores (o que se considera importante e significativo para fazer) e os interesses (o que é prazeroso ou gratificante fazer), assim os significados gerados de tais reflexões levam as escolhas seguintes. (KIELHOFNER, 2011)

O termo habituação se refere “[...] ao padrão de comportamento semiautônomo, que responde aos nossos contextos temporais, físicos e sociais conhecidos”. (KIELHOFNER, 2011, p. 16), ou seja, habituação “[...] é a disposição internalizada de exibir padrões habituais de comportamento, guiados ou nossos hábitos e regras, que respondem a características rotineiras dos ambientes temporais, físicos e socioculturais”. (KIELHOFNER, 2011, p. 18) A habituação é responsável pelo comportamento diário, da maneira habitual de abordar tarefas, das várias formas de como as pessoas lidam em sua casa, comunidade e de nossos padrões de relação interpessoal, o que consideram como comum e corrente em sua vida.

Segundo o autor, todas as capacidades e as limitações de capacidades que são descritas em forma objetiva são experimentadas pelas pessoas que as apresentam. De acordo com o modelo de ocupação humana se define “[...] capacidade de desempenho como a capacidade de fazer coisas vem da condição dos componentes físicos e mentais subjacentes e da experiência subjetiva correspondente”. (KIELHOFNER, 2011, p. 20)

Parte-se do princípio que “[...] todas as ocupações ocorrem em um ambiente complexo e multidimensional”. (KIELHOFNER, 2011, p. 21) A ocupação encontra-se sempre no ambiente, é influenciado por ele e o torna significativo através de seu contexto físico e sociocultural. Para tanto, leva-se em consideração o impacto ambiental compreendido como oportunidade, apoio, demanda e as limitações que os aspectos físicos

e sociais do ambiente exercem sobre uma pessoa. É visto como um fator que pode capacitar ou incapacitar um indivíduo.

Sobre a questão de influência do ambiente, para Kielhofner (2011, p. 85) “[...] o conceito de entorno, como este impacta na ocupação humana e como a maneira em que as pessoas interagem com seus entorno”, define-se “[...] como sendo as características específicas físicas e sociais, culturais, econômicas e políticas dos contextos pessoais que impactam na motivação, na organização e no desempenho da ocupação”.

Esta definição sugere como várias dimensões do entorno podem afetar a vida ocupacional de um indivíduo. Muitos operam em uma variedade de contextos (lar, comunidade, escola, trabalho). Dentro destes contextos as pessoas encontram diferentes espaços físicos, objetos, pessoas, expectativas e oportunidades para fazer coisas, ao mesmo tempo a cultura global, as condições econômicas e os fatores políticos também exercem uma influencia na vida ocupacional. (KIELHOFNER, 2011)

Dessa forma, o entorno inclui as seguintes dimensões: os espaços nos quais as pessoas fazem as coisas; as formas ocupacionais ou tarefas disponíveis, esperadas ou requisitadas pelo contexto; os grupos sociais (família, amigos, companheiros de trabalho, vizinhos, comunidade, etc) com quem a pessoa se relaciona; a cultura que influencia tanto nos aspectos físicos como sociais; o contexto político e econômico que repercute em aspectos como a liberdade e recursos relevantes para ocupação. (KIELHOFNER, 2011)

O autor afirma que o entorno prove recursos e oportunidades que facilitam o desempenho ocupacional, de acordo com os aspectos familiares, físicos e sociais. Estes, apoiam os comportamentos rotineiros e características estáveis e recorrentes. Sustentam os hábitos e as regras, como as demandas e restrições do entorno. Influenciam também no desenvolvimento dos hábitos e das regras podendo limitar a motivação e a ação. Alguns serviços demonstram ter efeitos adversos em seu beneficiário. (KIELHOFNER, 2011) De acordo com o autor,

Borell, Gustavsson, Sandman & Kielhofner [...] “estudaram como as regras, os eventos organizados e as preocupações de pessoas em um hospital dia para pessoas com transtornos mentais inibiam as intenções dos clientes de exibir comportamentos espontâneos e facilitavam a passividade e inatividade”. (1984 *apud* Kielhofner, 2011, p. 88)

Acrescenta que a maioria dos grupos sociais apresenta uma profunda ambivalência frente às pessoas com incapacidades, incluindo as sociedades que possuem leis e sistemas de bem estar social, organizadas para apoiar as pessoas com incapacidades, demonstram desconforto quando observam as atitudes de indivíduos e as práticas de grupos para com a pessoa com incapacidade. (KIELHOFNER, 2011)

As incapacidades emocionais ou intelectuais podem isolar as pessoas do resto da sociedade, na cultura ocidental é conferido um alto valor a inteligência, de tal maneira que um déficit implícito nessa área significa o tipo de defeito pessoal mais grave, algo que atinge a própria dignidade do indivíduo. (DEXTER, 1956, 1960. EDGERTIN, 1967 *apud* KIELHOFNER, 2011, p. 94)

As pessoas com incapacidades podem considerar que sua rede social se reduziu devido às relações de amizade que se afastarem por se sentirem incomodadas ou não disponíveis, ou pela dificuldade nas relações em que a base é a atividade. Kornblum e Anderson (1982 *apud* KIELHOFNER, 2011) ressaltam que a família é afetada e influenciada pela presença de um membro com incapacidade. As rotinas das tarefas da casa, as responsabilidades familiares, a organização do espaço físico, as restrições na família e outros fatores podem ter consequências. Isto é, as famílias podem ser mais exigidas para cuidar da pessoa com incapacidade quando os sistemas políticos e econômicos restringem a disponibilidade de serviços e apoios.

Kielhofner (2011) resalta que as pessoas com incapacidades, muitas vezes acabam passando grande parte de sua vida em grupos sociais especializados, como em casas de transição, instituições residenciais e casa de idosos. Podem também ser lugares de tratamento por um curto período como hospitais, centros de saúde mental, centros de reabilitação, etc. Entretanto uma variedade de fatores, desde poucos recursos até incentivos e demandas das organizações, pode resultar em condições pouco favoráveis para atingir seus objetivos. Conseqüentemente, podem contribuir aos problemas que buscam aliviar.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde e a Prática de Terapia Ocupacional o termo “participação” é utilizado referindo-se à participação de uma pessoa em situações de vida. “A participação implica as pessoas fazendo parte na sociedade junto

com suas experiências dentro de seus contextos”. (AOTA, 2002 e OMS, 2001 *apud* KIELHOFNER, 2011)

Nesse sentido, o termo “participação ocupacional” se refere à participação no trabalho, na escola, no jogo, no lazer ou nas atividades de vida diária que são parte do contexto sociocultural próprio e que são desejadas ou necessárias para o bem estar pessoal. (KIELHOFNER, 2011)

Segundo Yerna (1980 *apud* KIELHOFNER, 2011) a participação não envolve apenas o desempenho, mas também a experiência subjetiva; portanto, a participação ocupacional implica fazer coisas com significado pessoal e social.

Considerando-se o que as pessoas fazem no curso de suas ocupações, Haglund e Heriksson (1995 *apud* KIELHOFNER) descrevem esse fazer em três níveis: participação ocupacional, desempenho ocupacional e habilidade ocupacional. A participação se refere ao fazer no sentido mais amplo, a participação nas atividades que são parte de sua vida; o desempenho denota conjuntos de ações que formam um fazer coerente e o conceito de habilidade mostra a observação mais detalhada ao que uma pessoa faz e se refere a unidades de ação com propósito. (KIELHOFNER, 2011)

A participação ocupacional também é influenciada coletivamente pela capacidade de desempenho, habituação, volição e condições ambientais, e tanto é pessoal como contextual. Pessoal, pois os tipos de participação em que a pessoa está envolvida são influenciados por razões, regras, hábitos, capacidades e limitações específicas do indivíduo, e contextual devido ao fato de que o entorno pode facilitar ou restringir a participação ocupacional. “A interação completa de fatores pessoais e ambientais é a que finalmente dá forma a série total da participação ocupacional na vida de uma pessoa”. (KIELHOFNER, 2011)

O autor considera que uma incapacidade pode alterar, mas não necessariamente restringir a participação ocupacional se existirem os suportes adequados. As limitações de desempenho podem influenciar, e não necessariamente inibir a participação, se a pessoa puder fazer escolhas volitivas se tiver suportes ambientais adequados.

A participação ocupacional pode envolver uma variedade de tarefas no fazer. Por exemplo, um homem que trabalha como mecânico não apenas troca de pneus, mas tem

várias outras formas ocupacionais ou tarefas, além de ocupações de lazer como jogo de pôquer, pesca, andar de bicicleta e suas atividades de vida diária como tomar banho, vestir-se e cozinhar. Cada vez que a pessoa realiza cada uma destas ações está desempenhando uma tarefa. (KIELHOFNER, 2011)

Segundo Nelson (1988 *apud* KIELHOFNER, 2011) a definição de desempenho ocupacional é a realização de uma forma ocupacional ou tarefa. Como a maior parte do desempenho inclui atividades de rotinas diárias, as habituações tem grande influência no desempenho e, da mesma forma, o desempenho também é influenciado pelo entorno, que é afetado quando há restrições no desempenho ocupacional.

As ações que formam o desempenho ocupacional são denominadas de habilidades definidas “[...] como ações observadas e dirigidas a um objeto que a pessoa usa quando se desempenha”. (FICHER, 1999; FISHER & KEILHOFNER, 1997; FORSYTH, SALAMY, SIMON & KIELHOFNER, 1997 *apud* KIELHOFNER, 2011, p. 103). As habilidades se referem às ações concretas que são realizadas em meio do desenvolvimento de uma forma ocupacional ou tarefa, diferente da capacidade de desempenho que diz respeito à capacidade subjacente.

Para Kielhofner (2011) o grau de êxito em desempenhar as formas ocupacionais/tarefas depende da eficácia das habilidades usadas para fazê-las. A totalidade de participação ocupacional no trabalho, no jogo ou nas atividades de vida diária depende, de forma semelhante, do grau em que a pessoa executa com êxito as tarefas que formam uma área de participação ocupacional.

A vida da maioria das pessoas consiste em diferentes tipos de participação ocupacional e esta participação, através do tempo, resulta em uma adaptação ocupacional e seus componentes, a identidade e competência ocupacional. A adaptação, segundo Kielhofner (2011), se define como a construção de uma identidade ocupacional e a realização de uma competência ocupacional ao longo do tempo no próprio contexto ambiental. Para tanto o autor reconhece adaptação ocupacional com os dois elementos distintos e interrelacionados, além de especificar que a adaptação ocorre em um contexto particular com suas oportunidades, suportes, restrições e demandas.

Christiansen refere-se à identidade como (1999 *apud* KIELHOFNER, 2011, p. 106) “[...] uma definição composta de si mesma, que inclui regras e relações, valores,

autoconceitos, desejos e objetivos pessoais”. Argumenta que a participação em ocupações ajuda a criar a identidade. Para tanto, a identidade ocupacional inclui o sentido pessoal de capacidade e eficiência para fazer; que coisas considera interessante e prazerosa de se fazer; quem é definido pelas regras e relações; e o que é obrigado a fazer e encontra sentido nas rotinas de vida conhecidas e a percepção do entorno pessoal, o que sustenta e espera este entorno. Esses elementos se desenvolvem ao longo do tempo e fazem parte da identidade de cada pessoa, assim como de suas implicações para o futuro.

Para Kielhofner (2011) a construção de uma identidade ocupacional começa com o autoconhecimento de capacidades e interesses pessoais desde a experiência e se estende até a construção de uma visão baseada em valores e do futuro que deseja. A identidade tem a ver com o sentido subjetivo da vida ocupacional e a competência tem a ver com colocar em ação essa identidade em forma contínua.

O autor diz que “[...] a competência ocupacional é o grau em que se sustenta um padrão de participação ocupacional que reflete a identidade ocupacional pessoal”. (KIELHOFNER, 2011, p. 107), e acrescenta que

A competência ocupacional inclui cumprir as expectativas das regras pessoais e dos próprios valores e padrões de desempenho; manter uma rotina que lhe permita assumir suas responsabilidades; participar em uma classificação de ocupações que provem um sentido de habilidades, controle, satisfação e realização pessoal; exercer os valores pessoais e ser ativo em alcançar seus objetivos de vida desejados; competência começa com organizar a vida pessoal para cumprir com responsabilidades e padrões pessoais básicos e continua com cumprir obrigações das regras e depois chegar a uma vida satisfatória e interessante”. (KIELHOFNER & FORSYTH, 2001 *apud* kielhofner, 2011, p. 107)

O autor considera que em algum momento da vida, a maioria das pessoas passará por situações ameaçadoras e dificuldades na adaptação ocupacional e necessitará elaborar a reconstrução da identidade e da competência ocupacional.

Tanto a identidade como a competência ocupacional integra o modo como a volição, a habituação e a capacidade de desempenho, em conjunto, orientam a cada pessoa que faça de sua vida única. Isto inclui:

[...] o que se considera importante; o sentido do prazer e satisfação próprio e único em fazer coisas, o conhecimento das próprias capacidades, limitações e relativa efetividade; a consciência de quem se é em relação com o mundo social; a familiaridade com os ritmos e rotinas da vida. A experiência vivida e a apreensão do mundo” (KIELHOFNER, 2011, p. 110)

4.1. NARRATIVAS DA VIDA OCUPACIONAL

A análise do nível da participação ocupacional inclui a consideração das narrativas, segundo as quais as pessoas significam suas vidas.

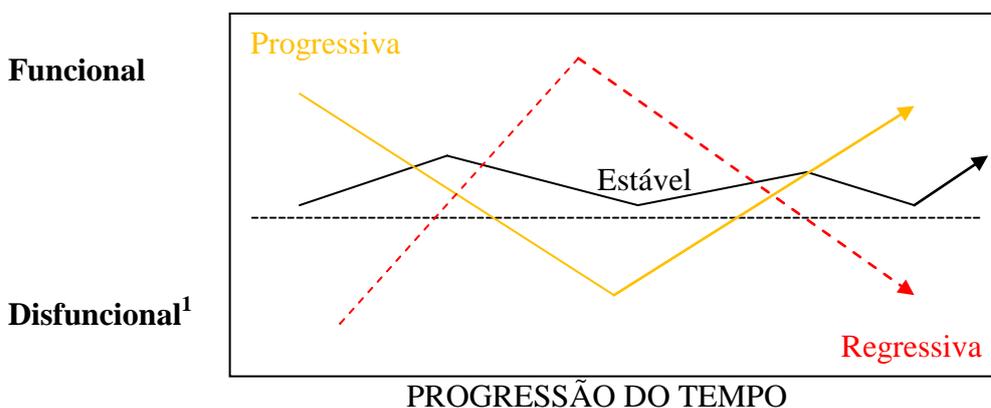
“As pessoas conduzem e desenham o sentido da vida ao situar-se em narrativas que se desprendem e que integram seu passado, presente e futuro”. (GEERTZ, 1986; GERGEN & GERGEN, 1988; HELFRICH, KIELHOFNER & MATTINGLY, 1994; MATTINGLY, 1991; SCHAFER, 1981; SPENCER, 1982; TAYLOR, 1989 apud KIELHOFNER, 2011, p. 110). Os autores ressaltam que o argumento e a metáfora são características importantes que sintetizam e transmitem o sentido em muitos elementos e episódios da vida.

Gergen e Gergen (1988 apud KIELHOFNER, 2011, p. 110) consideram “[...] o argumento como a estrutura da narrativa, é o que determina como as pessoas pensam e falam quando usam histórias”. A ligação entre a progressão do tempo e a direção da vida pessoal é o argumento da história, sendo, portanto a estrutura dos eventos no tempo na medida em que melhoram ou pioram.

O argumento da narrativa revela seu significado geral porque resume onde tem estado e para onde está indo sua vida [...] Os diferentes episódios de vida derivam seu significado da forma geral do argumento. Uma maneira de entender os argumentos da narrativa que têm sido utilizados na investigação e práticas de terapia ocupacional é caracterizá-los como narrativas regressivas, progressivas ou estáveis. (JONSSON, KIELHOFNER & BOREEL, 1997; KIELHOFNER, BRAVEMAN, FINLAYSON, PAUL-WARD, GOLDBAUM & GOLDSTEIN, 2004 apud KIELHOFNER, 2011)

Os autores consideram uma narrativa estável quando a vida continua em uma direção constante, uma narrativa progressiva quando a direção é para cima, uma narrativa regressiva se dirige para baixo. As pessoas buscam avaliar os elementos de vida em termos de significados ou impactos na história de vida que se desenvolve, e em geral os eventos representam uma continuação da direção básica da vida. Entretanto, outros eventos mudam positivamente ou representam uma ameaça à direção da vida. Avaliando-se os elementos contínuos, o argumento subjacente (tanto em direção para melhor ou para pior que a vida tomará) está sempre em jogo. (KIELHOFNER, 2011)

FIGURA 2 - DAS NARRATIVAS PROGRESSIVAS, REGRESSIVAS E ESTÁVEIS. (KIELHOFNER, 2011)



Ortony, (1979 *apud* Kielhofner, 2011, p. 112) afirma que a “[...] metáfora é o uso de um objeto ou fenômeno conhecido para representar um evento ou situação menos compreendida”. As metáforas caracterizam as circunstâncias complexas ou emocionalmente difíceis. De forma resumida, lembra-se de algo conhecido ou de mais fácil compreensão pode ser uma maneira de lidar com situações difíceis. Como exemplo, ao enfrentar doenças graves as pessoas podem evocar o termo “batalha”. Esta metáfora descreve a enfermidade como um inimigo que deve ser combatido e destruído.

¹ No gráfico sobre a trajetória de Narrativas de vida ocupacional, Kielhofner (2011) utiliza o termo “Bom” e “Mal” para identificar as alterações da funcionalidade quanto a participação ocupacional, entretanto para facilitar a compreensão, a pesquisadora substituiu “Bom” e “Mal” por “Funcional” e “Disfuncional”, respectivamente.

Nas narrativas de pessoas com transtornos mentais que se encontravam em hospitais psiquiátricos, foram identificadas metáforas de ímpeto e de encarceramento,

[...] Inicialmente referiam-se a sua vida em termos de velocidade, inércia, ímpeto, aceleração e desaceleração, quando resumem ou avaliam os eventos de sua vida, relacionam imagens, como recomeçar a vida, ir mais devagar, a vida passando ou a vida não indo a lugar algum. Usavam a metáfora de ímpeto para caracterizar seus conflitos, razões e dificuldades ao avaliar a progressão e direção de sua vida (MALLINSON, KIELHOFNER & MATTINGLY, 1998 *apud* KIELHOFNER, 2011, p. 112)

Os autores também encontraram outras pessoas com sofrimento mental que descreviam suas vidas com muitas restrições ou confinadas pelas circunstâncias. Em suas histórias relatavam que estavam presos, sem poder de tomada de decisão, e permaneciam em relações, empregos e situações de vida insatisfatórias.

Kielhofner afirma que

[...] uma narrativa pode ser definida como uma história que integra através do tempo a volição, a habituação, a capacidade de desempenho e os entornos que se desdobram através do argumento e da metáfora que resumem e dão sentido a estes elementos. Tanto a identidade ocupacional como a competência ocupacional são refletidas e realizadas nas narrativas ocupacionais. (KIELHOFNER, 2011, p. 113)

Kielhofner (2011) ressalta que as histórias de cada pessoa refletem uma única e pessoal trajetória com seus desafios e lugares próprios. A maneira com que cada pessoa aborda a vida está ligada aos argumentos e as metáforas subjacentes de suas histórias.

Em consonância com o modelo de ocupação humana, a área tem discutido a Política Nacional de Saúde Funcional, que é um tema transversal às demais políticas de saúde. O conceito de saúde funcional é o estado de bem estar individual e das coletividades em todos os ciclos da vida, no desempenho das atividades e na participação, promovendo qualidade de vida e autonomia para o pleno exercício da cidadania. A discussão para a implementação da Política Nacional de Saúde Funcional no SUS traz a possibilidade da

utilização de outra classificação além da CID (Classificação Internacional de Doenças) que possa contribuir para ampliar a compreensão da saúde no Brasil levando em conta a complexidade dos fatores envolvidos e desenvolvendo assim políticas públicas mais eficazes para a promoção à saúde.

Um sistema de informação na área da saúde que não classifica o contexto no qual as pessoas estão inseridas é um sistema falho, e os indicadores de saúde incompletos acabam por nos levar a ações equivocadas. Para tanto, algumas políticas, como a da pessoa com deficiência, da pessoa idosa e em outros setores como da seguridade social, referem à utilização da

Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (CIF), esta é uma classificação aceita pela ONU como uma das classificações sociais, sendo mencionada e incorporada nas “Normas Padronizadas para a Igualdade de Oportunidades para pessoas com incapacidades”. A CIF constitui um instrumento apropriado para o desenvolvimento de legislação internacional sobre os direitos humanos bem como de legislação a nível nacional (OMS, 2004, p. 10)

A CIF baseia-se na integração de dois modelos opostos, o biológico (médico-centrado) e o social, aquele considera a incapacidade como um problema da pessoa causado diretamente pela doença, trauma ou outro problema de saúde. Já o modelo social considera a incapacidade como um problema criado pela sociedade e com uma questão de integração plena do indivíduo na sociedade. A incapacidade é considerada, então, não como atributo do indivíduo, mas como resultante de um conjunto complexo de condições muitas vezes criadas pelo ambiente social. Com integração desses dois modelos, busca obter a integração das várias perspectivas de funcionalidade utilizando assim a abordagem biopsicossocial. (OMS, 2004)

A CIF aborda os aspectos da saúde humana e alguns componentes relevantes para a saúde relacionados com o bem-estar e descreve-os em termos de domínio de saúde e domínios relacionados com a saúde. Esta classificação se aplica a todas as pessoas, não apenas as pessoas com incapacidades, pois descreve a saúde e os estados relacionados com a saúde associados a qualquer condição de saúde, descrevendo situações relacionadas com a funcionalidade do indivíduo e suas restrições. (OMS, 2004)

A CIF organiza as informações em duas partes: funcionalidade/incapacidade e fatores contextuais. A primeira parte classifica componentes da função e estrutura do corpo e atividades de participação, por meio da capacidade e do desempenho indicando aspectos de funcionalidade tanto individual como social. Os fatores contextuais abordam uma lista de fatores ambientais que tem impacto facilitador ou limitador sobre os componentes de funcionalidade e de incapacidade e os fatores pessoais que representam a história particular da vida e estilo de vida de um indivíduo e engloba características próprias que não são parte de uma condição de saúde ou de um estado de saúde, os quais não são classificados na CIF, mas podem influenciar os resultados das várias intervenções. (OMS,2004)

Nesta pesquisa não foi utilizada a CIF para a classificação da funcionalidade dos participantes de forma direta, uma vez que os objetivos da pesquisa foram destinados a investigar a contribuição da rede de apoio social na manutenção dos vínculos laborais dos egressos. Considera-se, contudo, que a abordagem biopsicossocial está relacionada aos conceitos e pressupostos utilizados na pesquisa. Isto é, a pesquisa abordou aspectos da integralidade da saúde dos participantes, com ênfase nos significados contextuais da rede social pessoal e dos aspectos laborais como elementos relevantes para a atenção psicossocial de egressos de internação em hospital psiquiátrico. A ênfase foi na consideração dos aspectos relacionados à autonomia e à participação ocupacional dos egressos, que conforme noções da CIF acima descritas guardam correspondências importantes com os aspectos estudados na presente pesquisa, uma vez que o estudo pretendeu compreender o processo de mútua influência entre a rede de apoio social pessoal, a participação ocupacional e a qualidade de vida dos egressos de internações em hospitais psiquiátricos como fatores complexos e inter-relacionados, que podem colaborar para manutenção, proteção e reabilitação da saúde.

5 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de cunho descritivo-exploratória, que busca uma apreensão de significados nas falas ou em outros comportamentos observados nos participantes, interligados ao contexto em que estão inseridos e delimitados pela abordagem conceitual do pesquisador. Propõe a utilização de análise discursivo-exploratória que procura desenvolver, esclarecer conceitos, assim como descrever determinada população levando em consideração suas opiniões, atitudes e crenças. Aplica-se, portanto, aos objetivos do presente estudo que privilegia a análise da experiência a partir do discurso e dos significados atribuídos pelos próprios participantes e tem como objetivo obter uma compreensão de fenômenos relacionais complexos.

5.1 A INSTITUIÇÃO

O Hospital Colônia Adauto Botelho (HCAB) da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (SESA/PR) dispõe atualmente de 160 leitos cadastrados no DATASUS, mas estão ativos 117 leitos para internação integral de pessoas com transtornos mentais e dependentes de álcool e outras drogas e 22 para pacientes com longo período de internação aguardando vaga para serem inseridos em Serviço Residencial Terapêutico tipo-2. Conta com equipe especializada na área de Saúde Mental, atendendo principalmente a população da região metropolitana de Curitiba, litoral do Paraná e as cidades do Paraná que não possuem ou não dispõem de vagas para atendimento especializado.

O período de internação varia de 30 a 60 dias de acordo com a evolução de cada paciente. Durante o internamento o paciente é atendido por uma equipe interdisciplinar contando com psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiro, auxiliares e técnicos de enfermagem. No processo da alta hospitalar o paciente é encaminhado e orientado para a continuidade do tratamento especializado disponível na rede de atenção psicossocial em seu território.

5.2. PARTICIPANTES

Foram convidadas para a participação do estudo 07 pessoas com transtornos mentais, 5 mulheres e 2 homens, que se encontravam no segundo internamento no Hospital Colônia Adauto Botelho/SESA-PR no período da investigação, de abril à julho de 2011, sendo que 1 homem e 1 mulher iniciaram a entrevista mas desistiram de continuar, e suas decisões foram respeitadas. Foram realizadas entrevistas com mais dois pacientes-participantes, mas foram descartadas, pois se verificou posteriormente que o 1º internamento deles ocorreu em hospital geral e avaliou-se que tal fato poderia interferir na homogeneidade da amostra.

Foi solicitado a cada um dos convidados que indicassem pelo menos um membro de sua família que pudessem participar de uma entrevista com a finalidade de contribuir fornecendo informações sobre a rede de apoio psicossocial do participante. O universo da pesquisa foi, portanto composto por cinco pacientes e familiares que em conjunto aceitaram participar do estudo.

A opção de realizar a pesquisa durante o segundo internamento deveu-se à possibilidade de se conhecer mais precocemente as dificuldades encontradas pelos participantes nos relacionamentos com sua rede social, especialmente no que se refere à manutenção de seus vínculos laborais e participação ocupacional, e que isso pudesse colaborar para aumentar as chances de realização de encaminhamentos pertinentes. Isto é, buscou-se obter informações que colaborassem com a indicação de ações potencialmente favoráveis à preservação ou recuperação de seus vínculos laborais.

Tais critérios visaram obter dados sobre a trajetória do participante entre o primeiro e o segundo internamento que colaborassem para a orientação e encaminhamento aos serviços da rede psicossocial disponíveis no município de origem para a continuidade do tratamento extra-hospitalar.

5.3. CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES

Foram identificados e convidados para participar da pesquisa os pacientes até o limite de cinco pessoas considerando-se que a análise qualitativa reduz o universo de participantes, uma vez que se pretendeu realizar uma análise em profundidade dos dados.

Foram convidados os pacientes que atendiam aos seguintes critérios de inclusão, durante o período da coleta de dados, de abril a julho de 2010:

- Homens e mulheres maiores de 18 anos;
- Estar no segundo internamento no HCAB durante o período da coleta de dados;
- Apresentar habilidades cognitivas, sociais e adaptativas preservadas.
- Não ser adicto de álcool e outras drogas, salvo quando em comorbidade com outro transtorno mental como patologia de base;
- Possuir ou ter possuído algum vínculo de trabalho, geração de renda e/ou estudo;

O paciente e seus familiares aceitaram participar da pesquisa após a leitura e confirmação com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critérios de exclusão:

- Apresentar comprometimentos graves que inviabilizassem a compreensão da entrevista;
- Ser adicto de álcool e outras drogas, desde que não apresentasse comorbidade com outro transtorno mental como patologia de base;
- Não aceitassem participar ou desistissem do aceite

5.4 INSTRUMENTOS

O instrumento principal da pesquisa foi o roteiro de entrevista semi-estruturada, por meio do qual o indivíduo e seus familiares forneceram informações para a identificação da rede social pessoal, especialmente relacionada à de vida ocupacional de cada participante,

Utilizou-se para análise da participação ocupacional dos participantes da pesquisa o instrumento desenvolvido por Kielhofner e cols. (2004 *apud* Kielhofner, 2011) destinado à construção da vida ocupacional por meio da trajetória de narrativas de vida ocupacionais.

A construção da vida ocupacional pessoal pode ser compreendida por meio de narrativas de vida ocupacionais, como história pessoal que refletem a identidade e competência ocupacional integrando através do tempo a volição, a habituação e a

capacidade de desempenho e os entornos que se desdobram através do argumento e da metáfora resumindo e assinalando o sentido a estes elementos.

A partir das entrevistas semiestruturadas com tema que compõem a história do desempenho ocupacional, procurou-se construir a trajetória de vida ocupacional, considerando-se as alterações na participação ocupacional pessoal. A construção do gráfico sobre a trajetória das narrativas de vida ocupacional evidencia os eventos significativos que propiciaram adaptações na vida ocupacional e indicaram as interações com sua rede social e rede de cuidados.

5.5 LOCAL DE REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

As entrevistas com os participantes foram realizadas, em sua maioria, em salas reservadas do HCAB, hospital psiquiátrico da SESA localizado no município de Pinhais – PR, região metropolitana de Curitiba. A entrevista com os familiares dos participantes, por nós identificados como Cristal e Ágata, foram realizadas em suas respectivas residências, com anuência dos participantes, uma vez que haviam recebido alta em um dia em que a entrevista não pôde acontecer. Em todas as entrevistas foram seguidos os preceitos éticos assegurados aos participantes; suas participações, voluntárias; os dados fornecidos absolutamente sigilosos; e não consta no trabalho qualquer nome ou outro dado que possa identificá-los.

5.6 PROCEDIMENTOS

Inicialmente o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (CEP-SESA/HT) sob o número 288/2011. Após sua aprovação foram convidados os pacientes, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão acima descritos e os familiares indicados.

Foram realizadas três entrevistas com cada participante: duas individuais e uma que incluiu um familiar indicado pelo participante. Nas duas entrevistas com os participantes foi seguida a entrevista e o roteiro semiestruturados (apêndice 2). Para a entrevista com os participantes e seus familiares procurou-se obter dados que respondesse a seguinte

indagação-guia: “Quem são os membros da família, da comunidade e dos serviços, que na opinião dos informantes colaboram, interferem ou dificultam a reinserção social, especialmente ocupacional do paciente-participante em sua família e comunidade após sua primeira internação” Todas as entrevistas foram audiogravadas e posteriormente transcritas em sua íntegra. Durante as entrevistas foram realizadas anotações sobre observações relevantes dos comportamentos dos entrevistados, que foram depois acrescentadas às transcrições a fim de fornecerem dados de contexto para colaborar com a análise dos significados dos conteúdos dos discursos.

O levantamento dos serviços disponíveis na rede de atenção psicossocial dos egressos do Hospital foi realizado no território de abrangência dos municípios de origem dos participantes da pesquisa por meio de entrevistas realizadas com gestores indicados pelos órgãos oficiais, e também por via telefônica com dois dos gestores.

A partir do levantamento de dados dos pacientes internados no HCAB no período entre abril e julho de 2011, foram elencados os pacientes que estavam no 2º internamento em hospital psiquiátrico, e destes, aqueles que respondiam aos critérios para participação na pesquisa. A maioria dos casos encontrados era do sexo feminino e os que apresentavam condições em participar da entrevista estavam no período próximo à alta hospitalar, já avaliados pela equipe com melhor orientação e compreensão, diminuição dos sintomas e condições de tomada de decisão.

A pesquisadora, depois de relacionar os pacientes, entrou em contato com os profissionais da equipe técnica que dispunham de entendimento da condição em que o paciente se encontrava para participar da pesquisa. A seguir, a pesquisadora fez contato com cada paciente individualmente na unidade de tratamento, fazendo o convite para a participação e esclarecendo do objetivo da pesquisa. Com aqueles que aceitaram participar foi combinado data e local para a entrevista.

Na primeira entrevista a pesquisadora acompanhava o paciente-participante da unidade de tratamento até o local onde seria realizada a entrevista. Fazia-se a leitura do TCLE e os pacientes-participantes que consentiram assinavam o TCLE, assim como a pesquisadora, deixando em branco apenas a assinatura do familiar, que assinou no momento da 3ª entrevista com sua participação. Foi entregue uma cópia para cada participante.

Em dois casos foram entrevistados os familiares (3ª entrevista) após a alta hospitalar. Para tanto, a pesquisadora foi até suas respectivas casas e nos outros três casos os familiares foram entrevistados no dia da alta, quando foram buscar os pacientes.

Os nomes de todos os participantes foram mantidos sob sigilo e substituídos por designações de pedras preciosas. Foram alterados, também, todos os outros nomes ou iniciais de familiares que constam do trabalho, cuidando-se para modificar quaisquer outras informações que poderiam direta ou indiretamente identificar a eles e/ou a seus familiares.

O número de pacientes masculinos internados no período da coleta de dados que estavam no segundo internamento em hospital psiquiátrico foi menor em relação a pacientes do sexo feminino (5 casos de mulheres). Houve três casos, sendo que um deles não concordou em participar da entrevista e um outro, após a realização das entrevistas, verificou-se que seu primeiro internamento ocorreu em hospital clínico, não sendo utilizado nesta pesquisa para que a amostragem fosse mais uniforme.

Foi realizado levantamento dos serviços disponibilizados na rede de atenção psicossocial existentes nos municípios de origem dos participantes da pesquisa.

Para a confecção do mapa de rede social dos participantes foram considerados dois contextos temporais em que estes se encontravam. O primeiro mapa constituiu-se das relações anteriores ao desencadeamento da crise antes do 1º internamento hospitalar e o segundo, tem como base a constituição da rede no período entre as duas internações.

Os dados foram analisados do ponto de vista qualitativo-compreensivo, de acordo com o referencial sistêmico e narrativo a partir do qual Sluzki (1997) propôs o instrumento do mapa de rede social pessoal do indivíduo e Kielhofner (2011) propôs a construção da trajetória de vida ocupacional pessoal. Para a construção do referido mapa e da trajetória da vida ocupacional, foram consideradas as informações fornecidas nas entrevistas pelos participantes e por seus familiares e as observações realizadas pela pesquisadora.

Para a análise do mapa de rede social pessoal (SLUZKI, 1997) foram consideradas as cinco categorias principais propostas pelo autor: 1) a composição ou distribuição, 2) o tamanho, 3) a densidade, 4) a dispersão e 5) a homogeneidade da rede; assim como aquelas que porventura se mostraram relevantes para a compreensão do problema da pesquisa.

Para a análise da construção da vida ocupacional pessoal considerou-se as narrativas ocupacionais relacionadas a eventos significativos para os participantes.

Os resultados foram objeto de reflexão e análise, individualmente, e também em relação aos dados obtidos nos levantamentos realizados sobre a rede de serviços disponíveis na área de atenção psicossocial dos municípios de origem dos participantes da pesquisa.

A análise e discussão dos resultados em seu conjunto foram realizadas por meio da construção de categorias de análise, através das quais se buscou uma compreensão da questão central da pesquisa: conhecer como a rede social pessoal de indivíduos com transtornos mentais pode contribuir ou interferir na participação ocupacional e autonomia de pessoas que são tratadas em meio hospitalar psiquiátrico.

A devolução dos resultados aos participantes, familiares e serviços, com indicações sobre os fatores e recursos relacionais e de serviços que podem, em cada caso, colaborar para promoção da saúde por meio da participação ocupacional serão realizados após a conclusão da pesquisa, a partir de novembro de 2012.

6 RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os 5 casos por meio da descrição da história de cada participante, a história de vida ocupacional: subdividida em atividades de vida diária, educacional e laboral, de socialização e de lazer.

A seguir é realizada a descrição da rede de serviços de saúde mental do município de origem de cada participante, contendo os dispositivos, fluxo da rede de saúde mental, integração com a atenção básica, capacitação, ações para a geração de trabalho e renda e articulações intersetoriais.

A participação ocupacional e suas alterações no período que antecede o primeiro internamento e entre o primeiro e segundo internamento estão ilustrados em uma figura buscando maior apreensão dos resultados para análise.

Para a construção do mapa de rede social pessoal de cada participante foram apresentadas figuras que compõem os membros da rede nas relações familiares, de amizade, de trabalho e escola, relações comunitárias e de serviços sociais e de saúde, além do número de membros estabelece o grau de intimidade nas relações. Foram elaborados dois mapas para cada participante em dois momentos: um que antecede o 1º internamento e outro entre os dois internamentos. Outra figura que auxilia para análise dos resultados evidencia os tipos de função que cada membro da rede estabelece com o participante.

São, portanto, apresentados dois mapas de rede social pessoal e a figura das narrativas de trajetória de vida ocupacional de cada participante, que evidenciam os resultados para análise que são discutidos em cada caso.

Após a apresentação dos casos, há um quadro comparativo com dados sócio demográficos dos cinco participantes e outro quadro dos cinco municípios pesquisados, para auxiliar na compreensão dos resultados para a análise e discussão entre os casos pesquisados e elaboração das categorias de análise que estão no capítulo a seguir.

6.1. APRESENTAÇÃO DO CASO 1 – CRISTAL

A entrevista foi realizada na oficina de Terapia Ocupacional. Quando chegaram, havia um mural com exposição de desenhos e Cristal informou que um dos desenhos no mural era seu. Ela havia desenhado sua família, e a pesquisadora perguntou se poderiam pegar o desenho para ajudar a explicar sobre eles. Cristal concordou.

Cristal apresentou-se um pouco ansiosa em relação à previsão de alta e demonstrou compreender as questões, respondendo com objetividade. Em um determinado momento da entrevista emocionou-se e seus olhos ficaram marejados quando falava de assuntos referentes aos problemas enfrentados, mas disse que poderia continuar a entrevista, que prosseguiu sem problemas.

Ao final da entrevista a pesquisadora acompanhou a participante de volta à unidade, e durante o trajeto Cristal contou que se sentiu bem por ter desabafado e lembrado sua história.

Na segunda entrevista Cristal disse estar mais calma em relação a sua alta. Havia sido informada pelo médico que seria marcada em breve, e que estavam aguardando o contato com a Assistente Social do município de origem para saber se haverá disponibilidade da medicação para continuar o tratamento extra-hospitalar, por ser uma medicação especial.

Cristal demonstrou preocupação em relação ao andamento das entrevistas quando recebesse alta. Ficou acordado que se a entrevista com o familiar não fosse realizada durante a internação, a pesquisadora iria até a sua casa para conversar com ele.

No caminho de volta à unidade Cristal comentou que seu filho participa de retiros religiosos e sempre a convida, mas que não vai, e que pessoas da igreja também colaboram com a sua família por intermédio do filho e da nora, como por exemplo, trazendo o filho até o hospital para visitá-la.

Como não foi possível fazer a terceira entrevista com a família enquanto Cristal estava internada, a pesquisadora entrou em contato por telefone para combinar um dia para ir até a casa da participante. Após terem sido realizadas tentativas sem sucesso de contato telefônico com a filha, a pesquisadora falou com a nora que tem telefone fixo, que afirmou que daria o recado quando Cristal viesse visitá-la, pois moram em bairros distantes.

Depois de alguns dias a pesquisadora conseguiu um contato breve com a filha que mora com Cristal, combinando o encontro para uma semana depois do contato telefônico.

A pesquisadora chegou com uma hora de atraso por ter se perdido e entrado em outros bairros, e nesse período foram feitos vários contatos na tentativa de obter indicação do caminho. Percebeu-se disponibilidade da filha e de algumas pessoas que moravam há mais tempo no bairro de colaborar com os esclarecimentos sobre a rota.

A pesquisadora foi recebida no caminho próximo pela filha, que indicou o local exato da casa. Havia várias pessoas na rua e música em volume razoável; a rua era estreita e sem asfalto. A neta de Cristal estava no portão. Havia um pequeno terreno na frente da casa, e na porta de entrada foi colocada uma tábua de tamanho médio, atravessada na porta, para que a neta menor não saísse. Cristal encontrava-se sentada no sofá com a netinha no colo, e levantou para cumprimentar a pesquisadora, convidando-a para sentar. No cômodo havia uma cama de casal, um sofá de dois lugares e uma TV; no cômodo ao lado ficava a cozinha. Antes de começar a entrevista a pesquisadora entregou uma declaração de internação enviada pela assistente social do HCAB solicitada por Cristal, que informou que havia ido ao INSS para requerer o auxílio doença e estava aguardando resposta. Caso fosse necessário ela entregaria a declaração.

Durante a gravação notou-se colaboração e envolvimento com a entrevista por parte da filha e também de Cristal. No decorrer da entrevista ambas demonstraram crescente facilidade para abordar temas difíceis como as situações de tentativa de suicídio de Cristal.

História de Cristal - caso 1

Cristal tem 44 anos, é solteira, tem oito filhos, cursou até a segunda série do ensino fundamental, trabalha em casa e cuida das netas. Mora com três filhas, duas netas e um genro. Mudou-se para um bairro distante dos outros membros de sua família. Teve cinco companheiros sendo o último relacionamento o mais duradouro, por um período de 20 anos.

Antes de mudar-se para onde mora atualmente, Cristal morou no mesmo bairro desde jovem, estabelecendo vínculos com familiares (que permaneceram no referido bairro) e com a comunidade, incluindo vários trabalhadores de serviços de ação social, saúde e segurança. A família de Cristal deixou sua cidade natal quando ela tinha três anos

de idade, fugindo de seu pai que abusava do álcool e era agressivo com a mãe de Cristal, tios e filhos, chegando inclusive a ameaçá-los de morte.

É importante ressaltar que a família extensa acompanhou a família nuclear na migração e estabeleceu-se no mesmo local, podendo assim manter a rede de apoio para a reestruturação decorrente dessa migração.

Cristal atribuiu as alterações na sua vida ao acidente que ocorreu durante a gravidez do terceiro filho, uma queimadura ocasionada por curto circuito durante uma cauterização ginecológica com sequelas que modificaram seu corpo e vínculos sexuais.

Cristal apresentava iniciativa para resolução de conflitos, contava com apoio da família extensa, mesmo quando uma de suas filhas teve problemas devido ao uso de drogas. Essa filha (aqui denominada como “filha 4”) teve dois filhos, um criado pela avó paterna e outra criada por Cristal, que a considera uma filha. Disse que teve contato com a filha 4 quando estava em tratamento, e ela foi visitá-la, e que a filha 4 teve muitas recaídas.

Em sua vida adulta, Cristal foi gradativamente permanecendo mais em casa, parou de trabalhar devido à união com o 5º companheiro e retornou a trabalhar fora depois de 10 anos, mas desistiu, tendo ainda algumas iniciativas para trabalho informal com geração de renda sem continuidade. Afirma que apresentava irritabilidade e desmotivação quando estava com outras pessoas, e aos poucos foi isolando-se.

Cristal iniciou tratamento ambulatorial há aproximadamente cinco anos, pouco antes da separação, mas tomava a medicação de forma regular, interrompendo o uso por conta própria. Teve uma relação estável com o 5º companheiro durante aproximadamente 20 anos, e nesse período afastou-se dos vínculos de trabalho e de amizade, mantendo fortes os vínculos familiares e comunitários.

A separação da união com esse companheiro foi em decorrência de tentativas de abuso sexual em relação à filha (enteada do companheiro) com quem mora atualmente. Cristal tinha dificuldades em conviver com o companheiro. Contou que ele agredia os filhos e ela, e chegou a fazer boletins de ocorrência contra ele em algumas dessas situações. Cristal não conseguia dormir nem sair de casa e não conseguia libertar-se dessa situação devido às ameaças do companheiro. Retornou ao tratamento ambulatorial, mas a situação não mudou. Cristal solicitou ajuda de serviços da comunidade (Ação Social,

Delegacia da Mulher), conseguindo fugir de sua casa com todos os filhos. Passou por situação homóloga à ocorrida com sua mãe quando Cristal era pequena, com a diferença de haver migrado apenas com sua família nuclear.

Então, após a separação desse relacionamento, precisando sair da casa e do bairro onde morava e sendo necessária nova organização social, foi para um abrigo. Cristal conseguiu retornar ao bairro onde se encontrava a família extensa, mas por pouco tempo. Atualmente mora na casa de sua filha em outro bairro e apresenta dificuldades de acesso (devido às barreiras materiais) aos vínculos familiares e comunitários que já havia estabelecido. Não conseguiu ativar vínculos no novo bairro, e considera difícil o acesso aos serviços de saúde porque dispõe de poucos recursos financeiros.

Além da situação de alteração da rede e dificuldade em reorganização/readaptação, houve o falecimento da irmã 1 que era a pessoa com quem mais contava nos momentos difíceis. Nesse mesmo período faleceram a avó e um tio que sofria de depressão. Tais perdas também contribuíram para diminuição de pessoas com quem mantinha vínculos significativos em sua rede social. Cristal entrou em uma crise mais profunda, apresentando isolamento social, desmotivação, insônia, dificuldades na resolução de conflitos e no desenvolvimento de suas atividades de vida diária, como cuidado da casa, da alimentação e higiene pessoal, o que culminou com tentativa de suicídio, ocasionando o 1º internamento hospitalar.

Após a alta hospitalar retornou ao mesmo ambiente, distante da maioria dos vínculos estabelecidos, e continuou o tratamento ambulatorial de forma irregular. Segundo informações da filha, Cristal permanecia bastante na cama, sem motivação, sem iniciativa, e não tomava a medicação adequadamente, o que ocasionou outra crise e o segundo internamento.

Durante o 2º internamento Cristal afirma ter percebido melhora, conseguindo, se relacionar com outras pessoas, dormindo e se alimentando melhor, e se sentindo mais motivada para realizar as atividades de autocuidado e com o ambiente. Após a alta hospitalar, Cristal retornou para o mesmo bairro e a filha percebe que ela está melhor, mas ainda não tem vontade de sair de casa e é necessário lembrá-la da medicação. Cristal cita a dificuldade quanto aos recursos financeiros e acesso aos serviços de saúde, sendo necessário ir ao bairro onde morava para consegui-los.

Aproximadamente um mês após a alta hospitalar, não havia conseguido marcar consulta com um psiquiatra e a medicação havia acabado. Nesse período foi até a Unidade Básica de Saúde do bairro onde morava, ficando dias na casa do filho, mas não levou a guia de referência para encaminhamento à continuidade do tratamento. Lá recebeu a visita do agente de saúde do bairro em que mora atualmente, que a orientou ir à Unidade Básica de Saúde. Segundo Cristal e a filha, apesar da família ser grande, a manutenção dos contatos depende que elas procurem ajuda e se desloquem até os outros filhos, ou seja, irem ao bairro onde moravam anteriormente, já que dificilmente eles vão visitá-las.

Histórico da Participação Ocupacional – Caso 1

Histórico de atividades de vida diária

Cristal morava com três filhas (sendo que as mais novas, menores de idade, durante o tratamento ficaram com o pai), duas netas - sendo a mais velha sua responsabilidade -, e o genro. Uma das filhas mais novas foi morar com o namorado e não quis retornar para casa após a alta da mãe, a outra permaneceu com o pai. Com essa situação Cristal deixou de receber pensão do ex-marido e benefícios do Programa Bolsa Família, pois as filhas menores não estão sob sua responsabilidade e também não estão frequentando o colégio. Antes do 1º internamento, Cristal cuidava de suas netas, pois a filha e o genro trabalhavam fora. Durante o 1º internamento sua filha teve que sair do emprego, pois não tinha com quem deixar as crianças e também precisava acompanhar o tratamento da mãe. Cristal não trabalha fora porque, segundo ela, os filhos não deixam. Ela cria uma neta, uma vez que a mãe é dependente química e não vive com ela. Mora num bairro novo, não tem amizade com os vizinhos e não tem ânimo para sair de casa. Incomoda-se com muito barulho, cuida da casa com a ajuda da filha e assiste televisão. Às vezes vai até o bairro onde morava visitar os demais filhos e sua mãe. Pouco antes dos internamentos ficava só na cama, não conseguia cuidar da casa, cozinhar e também não tinha animo para realizar higiene pessoal. Apresentava dificuldade para dormir e alimentar-se, apenas tomava café e fumava cigarro.

Histórico de atividades educacional e laboral

Cursou até o 2º ano primário, parou de estudar porque não gostava e não era obrigada a estudar, gostava mais de ajudar em casa ou passear.

Trabalhou como babá aos 10 anos de idade em casa de família, recebia salário, mas sem registro. Dos 11 aos 12 anos foi morar com uma tia para ajudar a cuidar de sua filha e da casa. Retornou para casa materna após ficar doente, e diz que trabalhava em condições precárias e chegou a adoecer por maus tratos, além de não receber pelo serviço. Quando retornou permaneceu ajudando a mãe nas tarefas de casa.

Aos 15 anos teve seu primeiro filho (sendo mãe solteira), e contava com a ajuda da mãe. Para obter alguma renda, trabalhou como vendedora de porta em porta, diarista e em uma empresa de reciclagem (essas duas últimas atividades sem registro).

Com 18 anos teve seu 1º emprego registrado, em uma metalúrgica, onde permaneceu por dois anos. Iniciou recolhendo tampas e latas que caíam no chão e depois passou a ser operadora de máquinas. Sua rotina diária era: pela manhã cuidava da casa e dos filhos e a tarde deixava-os com sua mãe, só voltando à noite. Tempos depois deixou o trabalho porque o companheiro com quem passou a viver não queria que ela trabalhasse fora, então ficou cuidando da casa e dos filhos. Para conseguir alguma renda, trabalhou como catadora de material reciclado: separava em casa e vendia. Após 10 anos voltou a trabalhar em uma empresa de reciclagem, onde permaneceu por um ano e meio. Começou a ficar desanimada e parou de trabalhar fora.

Participou de cursos no Centro Social onde aprendeu a fazer crochê, chinelo e objetos com papel reciclado. O que mais a interessou foi o crochê, a que deu continuidade fazendo tapetes para sua casa ou para seus familiares, mas não para vender. Fez curso de cabeleireira e começou atuar em casa, cortava e arrumava os cabelos da vizinhança, e cobrava pouco pelo serviço porque as famílias eram humildes também. Parou com essa atividade por desmotivação e irritabilidade e, segundo informou, não aguentava ficar com as pessoas, e passou a dispensar os clientes.

Começou a se desmotivar até mesmo para cuidar da casa, limpar, cozinhar; só lavava a roupa, e a filha a ajudava nas tarefas. Não sentia vontade de sair, só cuidava da neta. Nesse período foi encaminhada para tratamento psiquiátrico e psicoterápico pelo médico-clínico da UBS. Iniciou o tratamento que, segundo ela, ajudou um pouco. Atribuiu às dificuldades relacionais com o companheiro a reduzida evolução de seu quadro. Para proteger a filha desse companheiro, teve apoio dos serviços sociais e conseguiu sair de casa. Foi acolhida, com os filhos, em uma casa de apoio onde foi avaliada pelo médico do

local. Sua filha conseguiu emprego, mas Cristal não voltou a trabalhar fora, passou por mudanças de local de moradia, e retornou ao bairro em que morava até seu genro comprar uma casa em outro local.

Histórico de atividades de lazer e socialização:

Quando era adolescente, Cristal gostava de dançar, sair com a irmã e com amigas, viajar, ir à praia. Com sua irmã (falecida em 2008) e uma amiga viajavam para praia, jogavam baralho, namoravam, saíam para locais escutar música. Depois que sofreu o acidente com queimaduras que, segundo relatou, lhe causou alterações corporais, Cristal ficou com vergonha de colocar biquíni e de ir à praia, diminuindo seus hábitos de lazer.

Cristal considera o crochê que aprendeu no centro social como lazer. Disse que faz porque gosta, reutiliza fios de blusas velhas, e que quando alguém da família pede que faça um tapete e fornece o fio e ela faz, mas sem cobrar nada. No centro social, levava os filhos, e enquanto eles participavam de atividades esportivas, como escolinha de futebol e atividades recreativas, frequentava cursos de crochê, manufatura de chinelos, entre outros. Esclareceu que não fez amizades durante os cursos. Disse que quando as pessoas falavam com ela, respondia. Além dos cursos e atividades esportivas, o centro social fornecia cestas básicas e em datas comemorativas como Páscoa distribuía chocolate. A participação no centro decorreu de iniciativa de Cristal. Cada família podia permanecer durante um ano nesse programa, sendo necessária a presença nas atividades, mas no final Cristal começou a se desanimar e faltava nas aulas, e então sua filha participou em seu lugar.

Informou que atualmente ainda gosta de escutar música em casa, não sai para dançar, já que não gosta mais de bailes, de barulho. Disse que apesar de gostar de filmes não tem dinheiro para ir ao cinema. Teve um namorado após a separação, mas não quer se casar novamente, e seu interesse é cuidar de sua neta e filhos. Gosta de plantas e de animais, tem folhagem, árvores frutíferas no quintal e um cachorro. Às vezes levava a netinha para passear na pracinha, vai à casa de familiares (filhos e mãe), ou visitar o padrinho da filha. Pretende ter sua casa, para morar com sua família, e cadastrou-se no programa da Ação Social “Minha casa, minha vida”. Espera ser contemplada com uma casa.

Quanto ao seu desempenho e competência ocupacional, Cristal percebe que não tem muita facilidade para aprendizagem, mas persiste até conseguir aprender. Aceitava as

orientações da professora assim como do encarregado pela tarefa no trabalho, e percebe que tinha um bom relacionamento com as pessoas no trabalho, afirmando que levava o trabalho a sério e era obediente.

Dados Referentes à Rede de Serviços de Atenção à Saúde Mental - Município de São José dos Pinhais/PR

São José dos Pinhais é a maior e mais antiga cidade da região metropolitana de Curitiba, tem aproximadamente 300 mil habitantes e a economia tem base no polo industrial e de exportações. (SJP,2012) As informações sobre a rede de saúde mental do município foram fornecidas pela coordenadora municipal de saúde mental.

Segundo a coordenadora o Município está em Gestão Plena desde 2011; isto significa que o município administra e faz a contratação ou manutenção direta dos prestadores de serviços e gerencia os recursos que vem direto do MS (que antes eram solicitados ao governo estadual e os recursos vinham pelo fundo de saúde do estado). Há maior autonomia nos programas de saúde, mas continuam vinculados a 2ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.

A política de saúde mental para o município está sendo construída e, portanto, ainda não está aprovada oficialmente. O que já existe é o decreto das Regionais de Saúde do município. A demanda em saúde mental estava anteriormente inserida em outro departamento, não havia um departamento específico com coordenação de saúde mental, até ser estruturado em junho de 2011.

O fluxo de atendimento à saúde mental foi organizado nos três Níveis de Atenção com ênfase à atenção primária, de matriciamento com a compreensão de território considerando as demandas. Estão mapeando as necessidades dos serviços e formulando o relatório situacional de serviços de saúde mental.

Para a implantação da rede assistencial mínima em saúde mental foi solicitada à 2ª regional o credenciamento dos CAPSi e CAPS II mas ainda é necessário que seja apreciada pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Há ambulatório de psiquiatria que não conta até o momento com um ambulatório ampliado para o atendimento psicológico, terapia ocupacional, assistência social e enfermagem. Segundo a gestora, são encontradas dificuldades para inclusão de leitos psiquiátricos em hospital geral.

A política sobre álcool e outras drogas também está sendo estruturada, foi apresentada aos secretários e está em fase de aprovação.

Houve o fechamento do hospital psiquiátrico Pinheiro em 2008, com fechamento de leitos sem transferência de recurso financeiro de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para serviços substitutivos.

Havia casas de apoio no entorno do hospital, e com o fechamento foi promulgado um Decreto Lei Municipal proibindo a existência dessas casas. A Vigilância Sanitária interdita aquelas que são denunciadas.

Em relação aos pacientes de longa permanência do Hospital Pinheiro foi realizado o resgate e a inserção familiar. Muitos ficaram em serviços como casas de apoio, mas não houve um processo de reabilitação psicossocial em serviços residenciais terapêuticos. Para os casos que estão em situação de rua, o município tem contratado serviços em Curitiba, como casas de apoio, até que ocorra a reestruturação da rede de saúde mental do município. A partir da efetivação do cadastramento do CAPS II, o objetivo é que se realoquem as AIHs para São José dos Pinhais, para que aqueles usuários retornem ao município de origem em serviços residenciais terapêuticos.

O Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM) é o órgão regulador de vagas para internação em hospitais psiquiátricos para os municípios da região metropolitana de Curitiba e Litoral do Paraná. Os casos com encaminhamento para internação são direcionados do município para o CPM.

Serviços existentes atualmente em São José dos Pinhais:

O CAPSad está em funcionamento desde 2005, e é cadastrado no Ministério da Saúde (MS). O CAPSi funciona desde 2010, com solicitação de cadastramento via SESA/PR. O CAPS II não está funcionando, existe a estrutura física e equipe mínima, foi solicitado o cadastramento via SESA/PR. O Matriciamento em saúde mental pelas equipes dos NASFs foi iniciado em 2010. Os Ambulatórios de psiquiatria infantil e para adultos, com residência psiquiátrica estão em funcionamento desde julho de 2011.

Há Equipes de Matriciamento em Saúde Mental – formadas por equipes multiprofissionais (psiquiatra, enfermeiro, psicólogo e assistente social) nas seis regionais de saúde do município, que tem a função de dar assessoria às equipes de saúde do ESF e

UBS no território da regional e fazem os encaminhamentos para o ambulatório ou para o CPM objetivando a internação.

Fluxo da rede de atenção à saúde mental

A Estratégia de Saúde da Família recebe matriciamento das equipes do NASF. O profissional responsável pela capacitação dos agentes comunitários de saúde informa sobre os casos que necessitam de atenção no território. O profissional da ESF aciona o matriciamento em saúde mental que realiza um estudo do caso, e se for pertinente realiza o encaminhamento necessário inserindo-o no fluxo da rede de saúde mental.

Há uma lista de espera para os atendimentos que, segundo a gestora foi otimizada pelos ambulatórios/residência de psiquiatria.

Situações de urgência e emergência são atendidas inicialmente no Pronto Atendimento Hospitalar (PAH) do Município que aciona o matriciamento, geralmente a psiquiatria. Quando a pessoa assim atendida necessita de internamento psiquiátrico, o usuário permanece no PAH até conseguir a vaga pela central de leitos do Estado, no Centro Psiquiátrico Metropolitano (órgão regulador de vagas para a região metropolitana de Curitiba) que realiza nova triagem.

Situações que necessitam de transporte entre os hospitais ou serviços são atendidas pelas regionais de saúde, e para atender situações que ocorrem em domicílio é acionado o SAMU que direciona a pessoa, conduzindo-o ao PAH e se necessário ao CPM.

Não há leitos psiquiátricos credenciados em hospitais gerais do município. Quando necessário a equipe do hospital aciona o matriciamento de saúde mental.

Sobre a questão da referência e da contra referência a gestora informou que quando o usuário regressa do hospital psiquiátrico a equipe do hospital realiza encaminhamento para continuidade do tratamento no município de origem. É necessário que o usuário acesse a Unidade Básica de Saúde para o encaminhamento ser efetivado. A UBS faz a regulação do agendamento de consultas, seja na UBS seja em ambulatório ou CAPS. Não há protocolo de comunicação entre a alta hospitalar, a UBS ou outro órgão da saúde para realizar busca ativa caso o usuário não procure a UBS para continuidade do tratamento. Quando há visitas dos agentes comunitários, estes podem comunicar a UBS.

Pretende-se que com a implantação e implementação do CAPS II e do CAPSi o monitoramento do território ocorra de forma mais efetiva. O CAPSad já tem feito a regulação do território.

O município tem convênio com comunidades terapêuticas, uma delas atendendo adolescentes a partir dos 12 anos e outra a partir dos 16 anos. O encaminhamento para a comunidade terapêutica é feito pelo CAPS e quando o usuário sai da comunidade terapêutica a família é comunicada e a equipe do CAPSad se responsabiliza pela busca ativa. No caso de adolescentes o conselho tutelar também é notificado.

Os CAPSad e CAPSi, tem funcionado como “porta aberta” ou seja, pode ser feito encaminhamento direto por usuários, familiares, escola, ou outros órgãos ou serviços.

Capacitação

A capacitação para equipe do CAPSi foi conduzida pelo Ministério da Saúde quando o serviço entrou em funcionamento. As UBS iniciaram recentemente a capacitação de agentes comunitários.

A Residência Médica em psiquiatria está em funcionamento desde julho de 2011, com recursos do MS e do MEC. Há uma proposta de residência multiprofissional em saúde mental sendo negociada junto ao MEC para 2012.

A câmara técnica da 2ª Regional de Saúde estava tentando articular cursos na área de saúde mental, mas até o momento não obteve resposta.

Rede de apoio intersetorial

No município existe a Rede de Proteção coordenado pela Secretaria Municipal de Educação, que realiza reuniões semanais nas escolas com a participação do CAPSi. Compõe a rede de proteção o Centro de Referência da Ação Social (CRAS), a Unidade Básica de Saúde e o Conselho Tutelar. Os casos são então discutidos com todos os segmentos.

Em relação às pessoas em situação de rua e que apresentam transtorno mental o monitoramento é feito pelo CREAS (Centro de Referência Especializado da Assistência Social). Atualmente está sendo iniciada a construção de uma parceria entre a saúde mental e a ação social.

Não há parceria entre a Secretaria da Justiça e da Saúde em relação à saúde mental. O que ocorre em casos de adolescentes ou de adultos jovem é que a promotoria encaminha ao CAPSi, ou em casos de adultos, a promotoria encaminha direto para o CPM.

Há um Centro de Convivência no município para adolescentes em vulnerabilidade social que recebe apoio do CAPS.

O Programa Bem Estar do Programa de Ensino Superior Comunitário (PROESC) tem parceria com a Secretaria da Saúde. Uma psicóloga realiza um grupo para adultos com transtornos mentais em uma UBS, mas os usuários são encaminhados de várias regiões. O grupo tem a finalidade de promover a cidadania.

A gestora informou que não há ainda parcerias com a Secretaria do Esporte ou com outras entidades desta área.

Quanto à geração de trabalho e renda o município ainda não tem organizada a política de economia solidária, que está em processo de planejamento e a área da saúde mental tem pensado em realizar parcerias incluindo as questões do CAPS para vincular a geração de renda ao acompanhamento dos usuários no território.

O município não disponibiliza indicadores sobre informações dos vínculos laborais de pessoas com transtornos mentais.

Quadro 1 - Histórico de Participação Ocupacional – caso 1

	Atividades de vida diária	Atividades educacionais e laborais	Atividades de lazer e de socialização
Anterior ao início dos sintomas	Realizava higiene pessoal; autocuidado; cuidava da casa (limpeza); lavava roupas e cozinhava; cuidava dos filhos e netos; desempenhava as atividades com volição.	Cursou até o 2º ano do primário, trabalhou como babá, vendedora, diarista e em empresa de reciclagem; aos 18 anos trabalhou como operadora de máquinas em metalúrgica; parou de trabalhar por 10 anos, mas realizou atividades para geração de renda como catadora de material reciclado; fez cursos de cabelereira, crochê e de chinelos; após 10 anos trabalhou em empresa de reciclagem.	Quando jovem gostava de dançar, sair com a irmã, viajar, ir a praia, jogava baralho, saía com sua irmã e amiga.
Durante evolução do transtorno mental	Realizava higiene pessoal, autocuidado, limpeza da casa com auxílio da filha, cozinhava com auxílio da filha, lavava roupa e cuidava das filhas menores e neta; desempenhava as atividades por obrigação, não por vontade própria.	Saiu da empresa de reciclagem por sentir-se cansada e desanimada; não deu continuidade ao trabalho de cabeleireira por desânimo; irritabilidade e isolamento; deixou de frequentar os cursos no centro social; não tinha vontade de sair.	Depois do acidente (queimadura) sentia vergonha e não ia mais à praia; escutava música; às vezes ia à igreja, não sentia vontade de sair e nem de dançar; não tinha vontade de sair de casa; assistia televisão; namorou, mas não deu continuidade.
Pré-internação hospitalar	Descuidada de si e da higiene pessoal; não conseguia realizar limpeza da casa, lavar roupas ou cozinhar. Todas as tarefas eram realizadas pela filha. Cuidava das netas.	Não desenvolvia atividades laborais.	Não saía de casa; não conseguia ficar em local com barulho; permanecia na cama; fumava e tomava café; preocupava-se com as filhas, mas não interagía positivamente.
Entre 1º e 2º internamento	Melhorou no autocuidado; cuidava das netas com auxílio da filha; permanecia bastante na cama (sonolência).	Não buscou emprego e também não pensou em atividades para geração de renda, pretendia cuidar das netas para a filha poder trabalhar.	Não saía de casa; assistia televisão e dormia.

Tabela 1.1 – Caso 1 – mapa 1 – Família

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
Filha 1	Filha 4	Avó (falecida)
Neta 1	Filha 5	Tio 1 (falecido)
Filha 2	Neto 2	Tio 2
Filha 3	Companheiro 3	Tio 3
Filho 1	Ex-sogra 3	Tio 4
Filho 2	Irmão 1	Tio 5
Neta 2	Irmão 2	Padrinho da filha
Filho 3	Sobrinho 1	Tia 1
Mãe	Sobrinho 2	Tio 5
Irmã 1 (falecida)	Sobrinho 3	Prima
Irmã 2		Companheiro 1
Genro 1		Companheiro 2
Nora 1		Companheiro 4
Nora 2		Pai do primeiro filho
Nora 3		Pai
Neta 3		
Neto 1		
Neta 4		
Neta-enteada		
Companheiro 5		

Tabela 1.2 – Caso 1 – mapa 1 – Amizade

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
	Ex-namorado	Amiga 1

Tabela 1.3 – Caso 1 – mapa 1 – Comunidade/Profissionais de saúde

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
	Assistente social 3 (CRASI)	Assistente Social 1 (Casa protegida)
	Assistente social 4 (CRASJ)	Médico 1 (Casa protegida)
	Médica 5 (clínica geral J)	Professora Centro Social.
	Agente de saúde 1	Assistente Social 2 (delegacia da mulher)
		Médico 1 (obstetra)
		Médico 2 (obstetra)
		Médico 3 (obstetra)
		Médico 4 (Clinico geral - I)
		Psiquiatra 1
		Psicólogo 1
		Psiquiatra 2
		Psicólogo 2

Tabela 1.4 – Caso 1 – mapa 1 – Trabalho

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
	Amiga 2	Patrão
		Encarregado

Tabela 2.1 – caso 1 - mapa 2 - Família

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
Filha 1	Filho 1	Filha 4
Neta 1	Filho 2	Filha 5
Neta 2	Filho 3	Neto 2
Filha 2	Mãe	Ex-sogra
Filha 3	Irmã 2	Companheiro 3
Genro 1	Nora 1	Padrinho da filha
	Nora 2	Irmão 1
	Nora 3	Irmão 2
	Neta 3	Sobrinho 1
	Neto 1	Sobrinho 2
	Neta 4	Sobrinho 3
	Neta-enteada	Tio 2
	Companheiro 5	Tio 3
		Tio 4

Tabela 2.2 – Caso 1 – mapa 2 – Amizade

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
		Ex-namorado
		Colega 1
		Colega 2

Tabela 2.3 – Caso 1 – mapa 2 – Comunidade/Profissionais de saúde

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
	Assistente social 3 (CRASI)	Amigo do filho 1
	Assistente social 4 (CRASJ)	Atendente do INSS
	Médica 5 (clínica geral J)	Psiquiatra 3
	Agente de saúde 1	Psicólogo 3
		Médico 4 (Clínico Geral – I)
		Psiquiatra 4
		Psicólogo 4
		Psiquiatra 5
		Psicólogo 5
		Assistente social 5
		Terapeuta ocupacional
		Auxiliar de enfermagem

Tabela 2.4 – Caso 1 – mapa 2 – Trabalho

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais

Tabela 3 – Caso 1 – Tipos de função da rede social significativa

	Companhi a social	Apoio emocional	Guia cognitivo/ conselhos	Regulação social	Ajuda material	Acesso a novos contatos
Filha 1	X	X	X	X	X	X
Neta 1	X	X		X		X
Filha 2	X	X				
Filha 3	X					
Filho 1	X	X	X	X	X	X
Filho 2	X	X	X	X	X	
Mãe	X	X	X	X	X	
Filho 3	X	X	X	X	X	
Neta 2	X			X		
Genro 1	X				X	
Nora 1	X				X	
Nora 2	X					
Nora 3	X					
Neta 3	X					
Neto 1	X					
Neta 4	X					
Neta Enteada	X					
Irmã 2	X	X	X	X	X	
Irmã 1 (falecida)	X	X	X	X	X	
Companheiro 5					X	
Filha 4	X					
Filha 5	X					
Neto 2						
Companheiro 3	X					
Ex-sogra 3	X					
Irmão 1	X					X
Irmão 2	X					
Sobrinho1						
Sobrinho 2						
Tio 2	X					
Tio 3	X					
Tio 1 (Falecido)	X					
Avó (falecida)	X	X	X	X		
Tia 1						
Tio 5						
Prima						
Pai						
Companheiro 1 (falecido)						
Companheiro 2						
Companheiro 4						
Pai do 1º filho						
Sobrinha	X					
Padrinho da filha	X			X		
Amiga 1	X					X
Ex-namorado	X	X	X	X		X
Colega 1	X		X			
Colega 2	X		X			
Assistente Social			X		X	X
Médico 1						
Prof. CS			X	X	X	
Assistente social 2			X	X	X	X

Assistente social 3					X	X
Atendente do INSS					X	
Colega do filho	X				X	
Psiquiatra 1			X		X	
Psicólogo 1		X	X		X	
Médico 2.					X	
Médico 3					X	
Médico 4					X	
Psiquiatra 2					X	
Psicólogo 2					X	
Médico 5					X	
Médica 6					X	
Agente de saúde 1					X	
Psiquiatra 3			X		X	
Psicólogo 3					X	
Psiquiatra 4					X	
Psicólogo 4					X	
Psiquiatra 5					X	
Psicólogo 5		X			X	
Assistente social 4					X	
Terapeuta ocupacional					X	
Auxiliar de enfermagem					X	
Amiga 2	X	X		X		X
Patrão				X	X	
Encarregado				X		

MAPA DE REDE SOCIAL SIGNIFICATIVA – CASO 1

Figura 3 – Mapa da Rede Social de Cristal anterior à 1ª internação psiquiátrica (mapa 1)

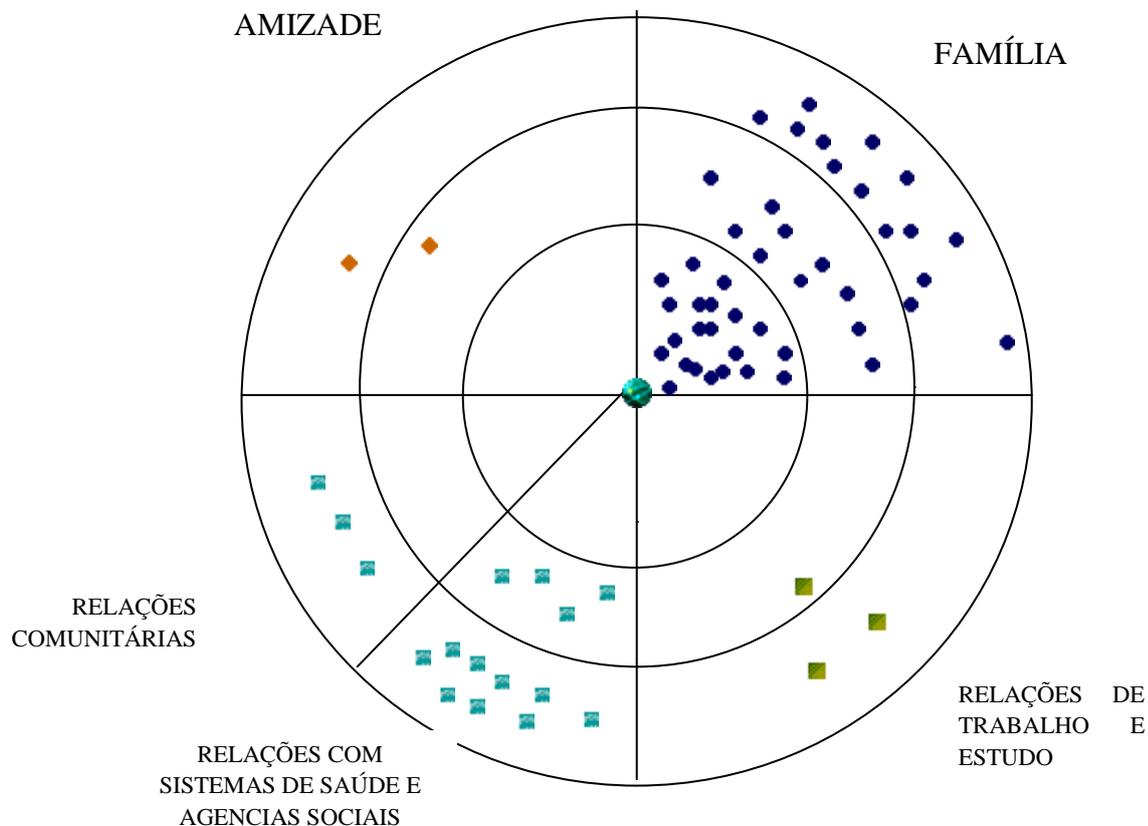


Figura 4 – Mapa da Rede Social de Cristal entre a 1ª e a 2ª internação psiquiátrica (mapa 2)

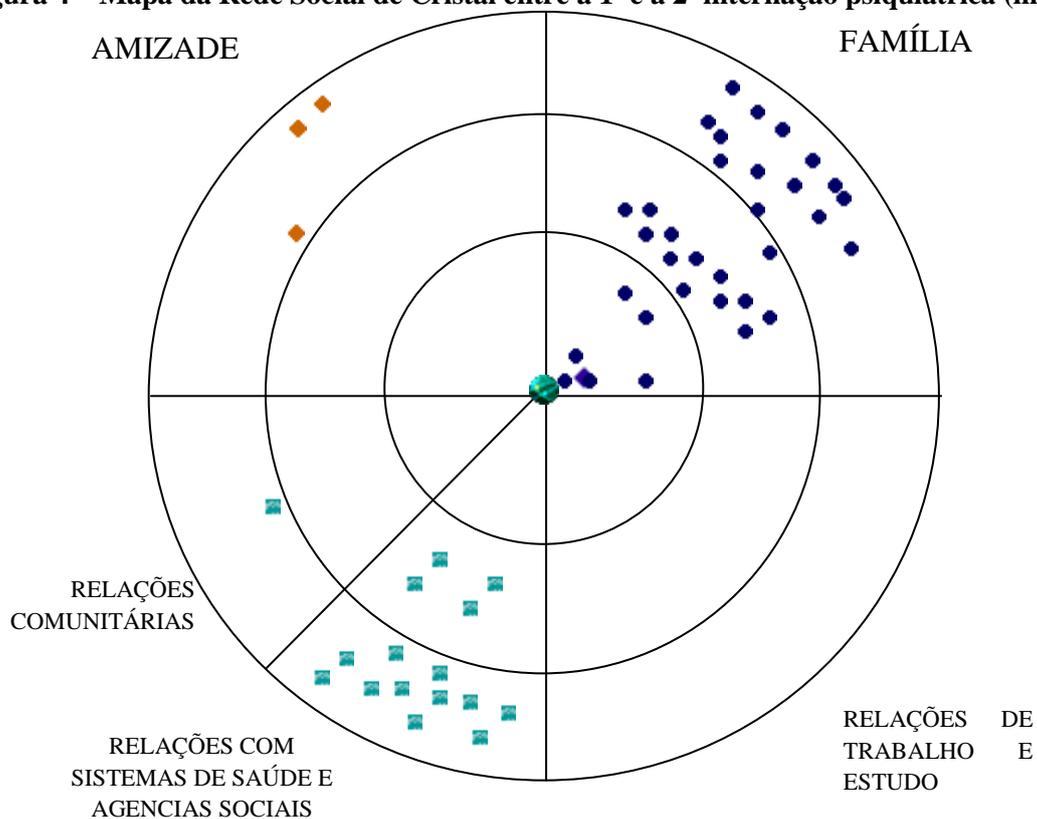
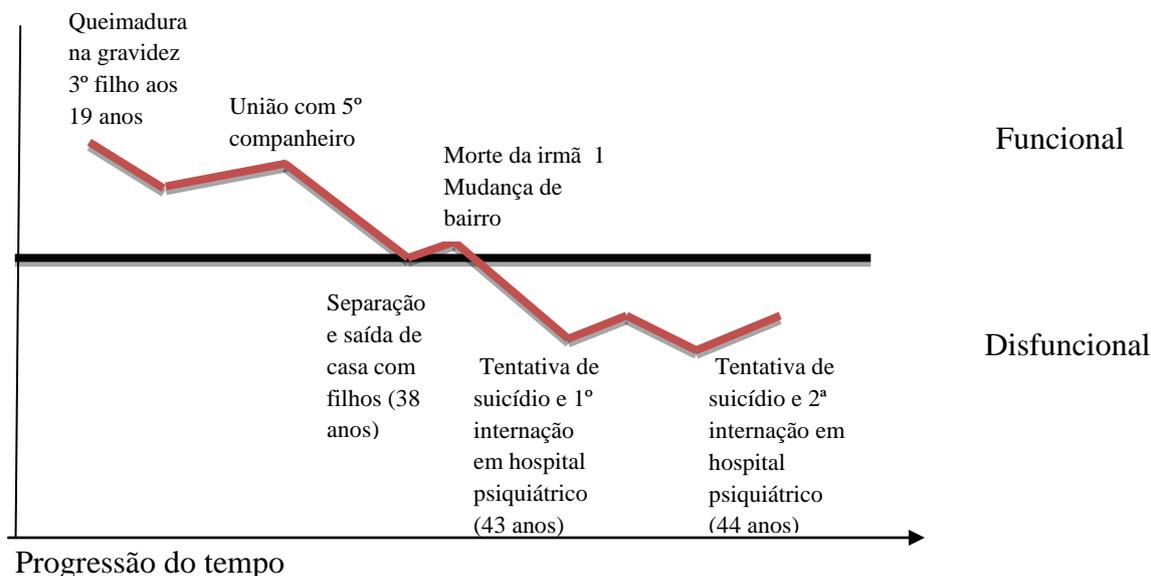


Figura 5 - Trajetória da narrativa de vida ocupacional de Cristal – caso 1



ANÁLISE DOS RESULTADOS DO CASO 1

No mapa 1 encontram-se as seguintes características em relação ao mapa 2:

Tamanho da rede - há um grande número de pessoas (65) que foi diminuindo após situação de mudança de local de moradia, e após a internação foi reduzido para 53 pessoas.

Densidade – demonstra conexão de qualidade positiva entre os membros da rede principalmente no quadrante da família. Diferente do quadrante de comunidade e profissionais da saúde, em que os integrantes apresentam baixa conectividade independente da informante.

Composição ou distribuição da rede – nota-se maior concentração no quadrante da família e no de profissionais de saúde, e baixo número de pessoas nos quadrantes de amigos e de trabalho. Em relação ao 2º mapa, percebe-se diminuição do número de membros de trabalho e da família, assim como um afastamento da convivência com os mesmos (dificuldade de acessibilidade). Em relação aos profissionais de saúde houve um pequeno aumento, sendo importante destacar que isto ocorreu em decorrência da internação, pois há maior concentração relativa ao período de internações. Não eram profissionais com continuidade do tratamento extra-hospitalar.

Dispersão ou acessibilidade – No 1º mapa a distância geográfica era menor, considerando que a maior parte do tempo Cristal morava no mesmo bairro que sua família e conhecia os recursos disponíveis, assim como a vizinhança o que proporcionava maior acessibilidade tanto com os vínculos familiares quanto com a comunidade e profissionais de saúde e da assistência social. Havia sentimento de pertencimento ao local e à comunidade, assim como contato mais próximo e cotidiano com a família de origem e extensa. No 2º mapa, a distância geográfica e as condições financeiras desfavoreceram a acessibilidade, diminuindo a convivência com a maioria dos membros de sua rede, o não reconhecimento do bairro atual e não ativação dos vínculos com vizinhos ou com novas amizades, assim como os recursos da comunidade e profissionais da saúde. É importante observar que isso ocorreu meses antes da primeira internação.

Sobre a homogeneidade/heterogeneidade demográfica e sociocultural: quanto ao nível socioeconômico, os membros da rede de Cristal são homogêneos; tanto o 1º quanto o 2º mapa necessitam do trabalho ou de renda para sua sobrevivência, de apoio de benefícios da ação social, utilizam o SUS e recorrem à solidariedade da comunidade religiosa. Quanto aos aspectos demográficos, são heterogêneos quanto à idade e sexo. Como a maioria dos membros são familiares, parte são da mesma idade que Cristal e outra parte são filhos (adolescentes, adulto jovem) e netos (crianças). Quanto ao nível cultural apresenta-se mais homogeneidade, sendo que alguns filhos ainda estão em idade escolar.

A intensidade dos vínculos em relação à filha 1 e aos filhos mais próximos é elevada. A relação é de longa duração e apresentam histórias em comum. Quanto aos companheiros com quem viveu, teve uma relação mais intensa com o 5º companheiro, mas com muitos aspectos negativos dessa relação. A maioria de suas relações amorosas conjugais resultou em rompimentos e distanciamentos e evidenciavam aspectos emocionais e sexuais negativos, determinando, inclusive, rompimentos com a rede de apoio familiar e social, assim como ocorreu com sua mãe, irmãos e tios quando Cristal estava com apenas três anos.

Tipos de função da rede (de acordo com a Tabela 3.1):

Grande parte das pessoas com vínculos familiares tem a função de companhia social, com os filhos de forma mais próxima e recíproca, diminuída devido à dificuldade de acessibilidade. Outros são companhias sociais eventuais. O apoio emocional se apresenta

em número reduzido mais centrado nos filhos mais próximos, mãe e irmã, e em certo momento com amiga do trabalho. Com todos estabelece um tipo de apoio recíproco. Há também apoio por parte de alguns profissionais de saúde e de ação social, mas em ocasiões pontuais.

Guia cognitivo e conselhos: Cristal interage compartilhando informações pessoais ou sociais com os filhos mais próximos, netas, mãe e irmã, e também com alguns profissionais de saúde e ação social da mesma forma quanto à regulação social e ajuda material. Há poucos membros que exercem a função de acesso a novos contatos.

Apesar da rede social significativa de Cristal ser grande, geralmente são poucas as pessoas que exercem funções que efetivamente colaboram na interação e ativação da sua rede. Os mesmos vínculos familiares exercem várias funções, fator que pode sobrecarregá-los. Os profissionais de saúde executam funções como apoio emocional, guia cognitivo e ajuda material (serviços), mas não estabelecem vínculos duradouros (contínuos).

Com a redução da rede social significativa de Cristal concomitante com a redução de sua participação ocupacional, verifica-se uma diminuição da ativação dos vínculos pela dificuldade de acesso devido à separação e mudanças de território. A participante citou desmotivação, e observou-se diminuição na reciprocidade de apoio emocional e de ajuda material, pois passou a necessitar de maior auxílio. Isso foi percebido no período em que a crise foi desencadeada e culminou em seu 1º internamento. Do ponto de vista da análise de rede social houve uma sobrecarga da filha (com quem mora) que não pôde lhe oferecer os cuidados necessários para o autocuidado (ela inclusive trabalhava e não podia prestar muita atenção às necessidades da mãe). No período entre crises, a filha teve que parar de trabalhar para cuidar das netas de Cristal e da casa, além de acompanhar seu tratamento. Nesse período não conseguiu reorganizar a rede de forma que tivessem maior apoio. As filhas menores de idade exigiam limites que Cristal não estava em condições de impor, dificultando ainda mais sua condição.

A partir da disfuncionalidade da rede, assim como com a redução da participação ocupacional de Cristal, a filha 1 passou a apresentar um acúmulo nas funções da rede. Os demais membros da família nuclear e extensa colaboram quando necessário e solicitado, ou seja, nos momentos das crises, mas não apresentam iniciativa para manter ativado o apoio emocional com maior frequência e efetividade.

A partir das informações sobre a rede de serviços em saúde mental no município de origem de Cristal, pode-se concluir que as dificuldades apresentadas por ela para acessar o fluxo do atendimento em saúde mental eram pertinentes, pois não havia serviços estruturados para o atendimento. Constituíam-se no atendimento clínico nas UBS, e quando necessário o atendimento em saúde mental era encaminhamento a outro município, distante de seu território, dificultando o acesso ao tratamento, além da falta de continuidade pela interrupção dos contratos. As equipes das UBS e ESF não tinham apoio e capacitação para o atendimento específico, visto que a equipe de matriciamento em saúde mental foi estruturada em 2010 e o ambulatório de psiquiatria está em funcionamento desde julho de 2011, período em que Cristal saiu do seu 2º internamento hospitalar.

6.2 APRESENTAÇÃO DO CASO 2 – PÉROLA

Pérola foi convidada a participar da pesquisa por estar em condições de compreender, tomar decisões, e por estar no segundo internamento em hospital psiquiátrico. O primeiro foi em outro hospital psiquiátrico há aproximadamente cinco anos.

No trajeto para a sala de entrevista, ao passar pela sala de reuniões do hospital, Pérola comentou que havia participado de uma celebração religiosa naquela sala, com um padre ucraniano, e isso lhe chamou atenção por ela ser descendente de poloneses.

Pérola mostrava-se animada, com a fala acelerada, ansiosa com a aproximação do dia de sua alta e pensando nas coisas que iria fazer quando chegasse em casa, pois tinha abandonado tudo. No meio da entrevista, quando falava de suas filhas e do sofrimento que elas estavam passando sem que ela pudesse conversar nem dar apoio, Pérola ficou emocionada e chorou, mas conseguiu continuar a entrevista. Ao final, no caminho de volta para a unidade Pérola, comentou que havia sido bom poder falar de si, desabafar, e que se sentiu bem.

Na segunda entrevista, mostrou-se animada e um pouco menos ansiosa. Relatou que não havia dormido bem e amanheceu com dor de cabeça. Foi aferida sua pressão, que estava um pouco alta, e disse estar preocupada, pois não tinha problemas de pressão. Ao final da entrevista a pesquisadora perguntou sobre suas dúvidas e Pérola comentou que depois da 1ª entrevista ficou pensando se sua participação poderia lhe prejudicar de alguma

forma e chegou a conversar com a enfermeira sobre isso, mas que depois percebeu que “era coisa de sua cabeça”. A pesquisadora procurou esclarecer novamente sobre a pesquisa, que não prejudicaria o seu tratamento, que sua participação era voluntária e que seguiria a ética e o sigilo dos dados pessoais fornecidos. Ao término da entrevista Pérola foi para o jardim do hospital encontrar-se com as outras pacientes que estavam em horário de passeio.

3ª Entrevista – dia da alta. A pesquisadora foi até a unidade de tratamento e conversou com Pérola e o marido que estavam aguardando serem atendidos pela médica para serem liberados. A pesquisadora entrou em contato por telefone com a equipe, que informou que levaria um tempo para Pérola ser atendida e se fosse preciso ligariam para a oficina de terapia ocupacional. Pérola e o marido se dirigiram até a oficina onde a pesquisadora os aguardava. O marido falava pausadamente e em tom baixo, às vezes demorava a completar as frases, e Pérola respondia mesmo quando a pergunta era dirigida ao marido. Ele demonstrou atenção e preocupação com Pérola e a ajudava no que era preciso, e observou-se carinho e afeto entre o casal. Pérola dirigia-se ao marido como “pai” de forma afetuosa. Ela estava ansiosa para ir ao atendimento e ser liberada. o que ocorreu naquele mesmo dia.

História de Pérola - caso 2

Perola tem 53 anos, casada há aproximadamente 22 anos, tem 2 filhas, uma com 20 anos e a outra com 16, e mora com o marido e as filhas em uma área rural do centro-oeste do Paraná. Moram em terreno próprio e trabalham com agricultura familiar. Pérola trabalha em casa e ajuda nos afazeres da colônia, como tirar leite e cuidar dos animais de criação.

A mãe de Perola morreu quando ela tinha 1 ano. Tinha 3 irmãos mais velhos e 1 mais novo que faleceu pouco tempo depois de sua mãe. Nesse período o pai, os três irmãos e Pérola mudaram-se de Santa Catarina para o Paraná, região próxima de onde mora atualmente. O pai casou-se novamente e Pérola foi criada pela madrasta, que considera como mãe. Do segundo casamento do pai teve 5 filhos, 2 homens e 3 mulheres.

Seu pai sofreu um derrame quando Pérola tinha entre 15 e 16 anos e precisou de cuidados durante 4 anos. Segundo ela, teve de cuidar sozinha do pai durante esse período, pois ele só queria que ela cuidasse e não queria que ela se casasse para, continuar cuidando dele. Seu pai faleceu quando ela tinha aproximadamente 20 anos. Pérola relata que nessa

época iniciou a depressão, pois era muito triste e nervosa. Esclareceu que nunca agrediu ninguém e tinha medo de tudo. Relata também que o pai bebia muito e era muito nervoso.

Desde os 14 anos, Pérola trabalhava na roça com o pai e os irmãos. Depois que o pai faleceu continuou trabalhando na roça e nos afazeres domésticos. Quase não saía porque o pai não deixava ir às festas da cidade. Conheceu seu atual marido quando seu pai estava doente, o rapaz foi levar sua irmã e o cunhado, pois eles não tinham carro e moravam um pouco distante. O rapaz mandava recado pelo cunhado dizendo que gostava dela, então Pérola mandou uma carta e se comunicavam dessa maneira. Depois que o pai faleceu, encontrou o rapaz em uma festa na cidade e namoraram por três anos até que Pérola fugiu de casa e foi morar com os pais dele. Sua família não aceitou essa situação, porque, segundo Pérola, eles não queriam que ela saísse para continuar trabalhando para eles. Ela relata que sofria muito, era nervosa, pobre e que todo o dinheiro do trabalho ficava com o irmão que ia se casar. Morou com os sogros até construírem uma casa, e só oficializou a união quando engravidou da 1ª filha. Aos poucos sua família foi aceitando sua união e atualmente mantém contato com sua madrasta e irmãos.

Pérola conta que no início ela e o marido trabalharam muito, o terreno tinha muito morro e plantavam milho e soja. Atualmente o terreno já está mais plano e há máquinas para fazer o serviço. Pouco tempo antes de engravidar da segunda filha sofreu uma queda e machucou o joelho. Sentia muita dor, mas não foi procurar tratamento imediato e foi necessário fazer cirurgias e colocação de pinos no joelho. Desde então não pôde mais trabalhar na roça com o serviço mais pesado. Não consegue se ajoelhar ou correr.

Pérola relatou que morreram os três irmãos mais velhos e uma cunhada, todos em um prazo de 3 anos. Ela era mais próxima a dois dos irmãos falecidos, e com o outro não tinha tanto contato, pois tinha problemas com bebida e acabava se afastando. Todos morreram de enfarte, o que a preocupa, mas esclarece que até o momento não apresenta problema no coração. Tem sobrinhos, filhos desses irmãos, com os quais mantém contato.

Perola disse que piorou da depressão depois que se casou e já tinha a primeira filha, mas ainda não fazia tratamento. Sentia muita tristeza, muita dor nas pernas, não queria ver ninguém e só queria ficar no quarto. Iniciou tratamento para depressão quando estava grávida da segunda filha e chorava muito, ficava nervosa e não conseguia dormir. Foi consultar com o médico da UBS de Bom Sucesso do Sul, que receitou medicação para a

depressão. Foi encaminhada para o psiquiatra em Pato Branco, pois no município que mora não há especialista. Mesmo assim, não teve melhora. Foi encaminhada então para internação no hospital psiquiátrico há aproximadamente 5 anos.

Depois do internamento Pérola sentiu-se melhor por um período e voltou a fazer suas atividades como antes. Continuou o tratamento nos serviços extra-hospitalares, consultava de 3 em 3 meses com o psiquiatra no CRE de Pato Branco, encaminhada pelo médico da UBS, e pegava a medicação na UBS no município de Bom Sucesso do Sul, que por ser medicação especial era fornecida pela Regional de Saúde em Pato Branco. Pérola conta que deixou de tomar alguns remédios por conta, mas não parava o que era para dormir. Apresentou nova crise, passou por vários médicos e por fim foi consultar um médico psiquiatra particular em Pato Branco que alterou sua medicação. Segundo ela, num dia acordou disposta, voltou a fazer as coisas, até as filhas se surpreenderam. O marido comenta que Pérola teve a crise há aproximadamente 2 anos, ficando por cerca de 6 meses desanimada e isolada, não fazia nada e não saía de casa. Procuraram o médico particular citado acima, houve melhora com o tratamento e Pérola não precisou ser internada.

Fazia, também, tratamento devido à dor no joelho. Foi encaminhada para consulta em Curitiba, no Hospital do Trabalhador, com um especialista, e levava guia para fazer tratamento fisioterápico em Bom Sucesso. Quanto a outros problemas clínicos, afirma ter feito tratamento para tireoide por dois anos e parou de tomar a medicação por conta.

Pérola conhece várias pessoas que trabalham na UBS e hospital, como o diretor do hospital, as enfermeiras, médico clínico e pessoal da limpeza. Recebe visita domiciliar sempre que tem alguém doente na família. Disse que iam até duas vezes por semana quando a sogra precisava fazer curativo, e os profissionais da ESF também iam a sua casa quando passou um período com muita dor no joelho e precisava de medicação injetável. Recebe visita de agentes de saúde e tem uma sobrinha que trabalha como agente, e fazem coleta de exames que são levados para o outro município, local em que também são realizados exames de raios-X e eletrocardiograma. Diariamente sai uma ambulância para levar os pacientes para tal município.

Pérola contou que na UBS há também uma equipe com fisioterapeuta, psicólogo e assistente social. Fez atendimento com a psicóloga por aproximadamente um mês, depois

parou por conta própria, e também atendimento fisioterápico, sendo que em 2010 fez mais de 50 sessões.

Pérola contou que a sogra morreu há cerca de 3 meses e que conviviam bastante, moravam perto, e se davam bem. Ela estava doente e necessitava de cuidados. A filha mais velha de Pérola passava o dia com a avó e à noite, quando necessário, ela e o marido iam dormir com a sogra. O sogro faleceu há aproximadamente 8 anos, e foi ela e seu marido que ajudaram a cuidar dele. O marido é o único filho homem, e tem mais 3 irmãs. Pérola relata que se dá bem com as cunhadas, sendo que uma delas mora na colônia, em local um pouco mais afastado, e as outras em municípios vizinhos. As cunhadas haviam se reunido e pediram para a filha mais velha de Pérola acompanhar a avó, e ajudavam a moça a pagar o curso. O marido comentou que quando Pérola está bem é trabalhadora, gosta de cozinhar e conversar, se dá bem com todos e que todos gostam dela. Observa que por ser um lugar pequeno, todos na colônia se conhecem, são amigos e se ajudam.

Há aproximadamente 3 meses Pérola começou a piorar, não tinha vontade de sair de casa, não conversava, só queria ficar no quarto, não conseguia realizar atividades como cuidar da casa, fazer comida ou tirar leite, não tinha ânimo para realizar higiene pessoal, alimentava-se pouco, sentia muito medo. O marido considera que após o falecimento de sua mãe (sogra de Pérola), ela começou a piorar, já que elas conviviam bastante e se davam bem. Quando começou a perceber que Pérola estava desanimada, dava conselhos dizendo que se continuasse assim iria afundar. Ele acha que ela se preocupa demais com coisas que não têm necessidade e que quando não está bem tem dificuldade em aceitar ajuda, por achar que nada vai adiantar. Ele e as filhas procuravam tirá-la de casa, ir à estrebaria, obrigavam-na a tomar banho, recebiam visita de familiares, levaram-na aos médicos, até que chegou um momento em que não conseguiam mais ajudar. Foi quando o médico psiquiatra particular orientou o internamento, fez o encaminhamento e conseguiram por meio da Secretaria de Saúde do Município, por intermédio do diretor de BSSul, encaminhar ao CPM em Curitiba para fazer triagem e levá-la para internamento no HCAB.

Pérola relata que quando chegou ao hospital só ficava na cama, não falava com ninguém e não tinha ânimo, mas que sentiu melhora após 5 dias de internamento e agora se sente mais animada e pensa nas coisas que fará quando chegar em casa. No hospital participou dos grupos e das tarefas na unidade, e diz que engordou cerca de 5kg. Fez amizades com algumas pacientes e conversava com elas. Comenta que algumas a

incomodam muito e, apesar de saber que elas não estão bem, quando estavam próximas ficava nervosa, incomodada e saía de perto ou ficava quieta. Foi atendida pela equipe de enfermagem quando necessitou e tem bom relacionamento com elas.

Após a alta do hospital Pérola pretende voltar a cuidar da sua casa, fazer pão, macarrão, arear suas panelas, tirar leite, tratar dos porcos, recolher os ovos e dar milho para as galinhas. Quanto ao tratamento, pretende continuar tomando a medicação de acordo com o receita do psiquiatra do hospital, com ajuda de suas filhas para lembrar os horários, e continuar indo À UBS em BSSul e fazer consultas com o psiquiatra no CRE em Pato Branco. Espera não retornar mais ao hospital. O marido aconselha que ela não se preocupe tanto com as coisas pequenas e aceite ajuda quando necessário. Diz que as filhas estavam esperando que ela melhorasse enquanto estava no hospital, e uma das filhas sempre ligava para saber como ela estava.

Histórico de participação ocupacional – caso 2

Atividades de vida diária

Quando está bem, a rotina diária de Pérola consiste em acordar cedo com o marido, fazer café e tomar chimarrão. A filha mais nova acorda cedo para ir à aula e a mais velha dorme um pouco mais, pois chega tarde do curso. Depois de tomar chimarrão, ela e o marido vão à estrebaria tirar leite, que é um trabalho manual, e não mecanizado, e o leite é vendido para uma fábrica de laticínios da região. Faz o serviço da casa, lava a roupa e faz o almoço, mas quando não se sente bem as filhas fazem o serviço doméstico.

Depois continua a fazer o trabalho que precisar, junta cavaquinho, grimpa para fazer fogo, planta mandioca, trata da criação de porcos e galinhas, recolhe os ovos, etc. Pérola gosta de fazer pão e bolacha, e diz que aprendeu sozinha ou com sua madrastra. Não faz para vender, e quando a sogra estava viva fazia pão para ela também. Quando fazia uma grande quantidade de bolacha distribuía para familiares.

Quando não está bem não consegue fazer nada, não tem vontade de sair de casa, nem de conversar, w prefere ficar sozinha no quarto. Não cozinha, não vai tirar leite de manhã, não tem ânimo para realizar higiene pessoal e ficava dias sem tomar banho, as filhas levam-na obrigada. Não conseguia dar atenção e apoio para as filhas. Pérola conta que não queria nem ficar com o marido, dormiam em camas separadas. Reconhece a

preocupação e o sofrimento que todos tinham com ela e o esforço para que ela melhorasse, e no estado que ela ficava o marido e as filhas ficavam nervosos, pois pensavam que ela não queria se ajudar.

Atividades educacional e laboral

Pérola estudou até a 4ª série do ensino fundamental. A escola ficava distante de sua casa, e ela e as irmãs caminhavam cerca de 5km diariamente para estudar. A escola só tinha até a 5ª série, mas o pai não deixou continuar. Lembra-se da escola, tinha amigos, conseguia acompanhar os estudos, nunca reprovou, tinha certa facilidade em aprender. Comenta que nunca ficou de castigo ou apanhou, pois naquele tempo a professora castigava batendo com a régua na mão.

Pérola começou a trabalhar na roça com aproximadamente 14 anos, carpia, plantava e colhia milho, trabalhando com o pai e os irmãos. Naquela época o trabalho era todo manual, com enxada, e ela gostava quando iam trabalhar de carroça. O pai possuía um pequeno terreno então eles plantavam em terras arrendadas, e todo o ganho ficava com seu pai que comprava o que era necessário para a família. Depois que o pai faleceu continuou trabalhando com o irmão mais velho. Realizava também os serviços domésticos, lavava o chão, ajudava a tirar leite das vacas que tinham, apenas para o consumo. Pérola comenta que sua família era muito humilde, com poucos recursos financeiros.

Ela diz que atualmente o plantio da soja é feito com trator e colhido com ceifa e que eles arrendaram as terras para o plantio de soja. Quando é época de colheita o arrendatário leva alguns peões e todos almoçam em sua casa e tomam chimarrão.

As demais tarefas são realizadas pela família, e quando necessário pedem ajuda para outras pessoas. Conta, como exemplo, que um vizinho comprou um gerador e pagou com serviço, limpando os matos da plantação, e que às vezes convidam vizinhos quando vão descarnar um porco.

Periodicamente recebem visita de funcionário do Instituto Paranaense de Assistência Técnica e Extensão Rural (Emater), com orientações sobre a plantação e a criação. Participam de cursos que são promovidos pelo instituto. Pérola comenta sobre um programa para construção de casa em que eles estão cadastrados e aguardando serem chamados.

Atividades de lazer e socialização

Pérola gostava de bordar, apesar de não se lembrar com quem aprendeu, mas tinha uma prima da sua idade que sabia bordar e pintar e que a orientava. Conta que bordou o seu enxoval, mas que depois de casada não bordou mais. Durante o segundo internamento, em atendimento na oficina de terapia ocupacional, lembrou os pontos de bordado. Manteve contato com a prima, que também sofre de depressão. Ela mora na colônia perto de onde a família de Pérola morava e faz algum tempo que foi visitá-la.

Tem bastante contato com suas cunhadas, irmãs do marido. Elas vão visitá-la e vice-versa. Uma das cunhadas é ministra da igreja que Pérola frequenta e a ajuda na organização dos cânticos e puxa os cantos na missa. Participou como catequista durante aproximadamente 2 anos, mas que atualmente não há mais criança na colônia para fazer a catequese.

Pérola diz que quando era jovem não frequentava festas, pois seu pai não a deixava sair. Relata que ele bebia muito, brigava com os filhos e principalmente com a esposa. Ela tinha amizade com primos e vizinhos, e às vezes se visitavam para conversar.

Pérola gostava de dançar. Depois que o pai faleceu às vezes ia às festas, dançava vanerão e valsa, mas depois da queda e cirurgias no joelho não pôde mais dançar, mas ainda gosta de ir às festas ou bailes com as filhas.

Tem o hábito de reunirem a família em datas comemorativas como Páscoa e Natal, cada vez em uma casa. Pérola lembra que no Natal ainda sentia-se bem, se reuniram em sua casa e que conseguiu fazer a comida e conversar. Fazem também churrasco e todos colaboram com a comida e com a limpeza do lugar. Pérola gosta de conversar quando está boa e que o marido diz que ela fala alto e muito rápido.

Levaram-na em centro espírita e em curandeiro. Antes do primeiro internamento sua cunhada levou-a em Centro de Saravá. Perola ia obrigada, não acreditava que eles podiam ajudá-la. As pessoas também rezavam por ela.

Dados da rede de serviços em saúde mental no município de Bom Sucesso do Sul (BSSul)

As informações foram obtidas em entrevista realizada via telefônica com o Diretor do Departamento de Saúde e com a psicóloga responsável pelo programa de saúde mental no município.

O município de BSSul, localizado na região sudoeste Paraná, compõe o complexo de 15 municípios da 7ª Regional de Saúde da SESA, tendo como sede da regional o município de Pato Branco (PB), que fica há aproximadamente 40 km de BSSul.

O município tem aproximadamente 3.400 habitantes, a maioria em área rural. Com o objetivo de manter as pessoas em seu meio e que os jovens possam estudar e retornar para o município, há um programa de transporte para estudantes de universidades próximas. O município dispõe de transporte para levar os pacientes para atendimento de saúde em outro município. Há um bom índice de geração de emprego, não há pessoas em condição de miséria ou de rua. A demanda para a saúde mental é de 12% da população local, os casos mais graves são poucos.

Há uma Unidade Básica de Saúde com equipe de ESF que atende aproximadamente 15 comunidades rurais. Há programa para hipertensos, gestantes e diabéticos, com grupos específicos na UBS. Exames laboratoriais são coletados na UBS, mas levados para Pato Branco.

Compõe a equipe Estratégia da Saúde da Família médico clínico, psicóloga, enfermeiro, fisioterapeuta e agentes de saúde. A equipe realiza visita uma vez por semana nas comunidades rurais. Atende no pavilhão da comunidade e, quando necessário, faz visita domiciliar. Em média, os profissionais fazem três visitas por ano em cada comunidade. Há equipes de Estratégia de Saúde da Família que faz visitas nos domicílios, mesmo na área rural, e reuniões com os agentes comunitários.

O hospital atende aos casos leves com as especialidades de clínica geral, ginecologia e pediatria, e quem necessita de outras especialidades é encaminhado para Pato Branco.

Há um consórcio entre municípios da região para a saúde que dispõe de um centro regional de especialidades mantido pela ASSIMS (Associação Intermunicipal de Saúde), onde há um profissional médico psiquiatra – utilizam o Centro Regional de Especialidades (CRE) em Pato Branco. São feitos encaminhamento para consultas psiquiátricas.

O CRAS é composto de profissionais das áreas da assistência social, saúde e educação que dão suporte na área da saúde mental. A equipe é composta pela assistente social, pedagoga e psicóloga. Esta é responsável pelas ações de saúde mental no município e é a mesma que trabalha na UBS. Ofereciam grupos/cursos para pessoas que utilizam medicação psicoativa, em tratamento psicológico e/ou psiquiátrico, mas estas atividades não têm acontecido no momento.

Há a proposta de se fazer grupo específico para a saúde mental com palestras, rodas de conversa, atividades lúdicas, que em processo de discussão com as equipes ESF e do CRAS.

A última capacitação foi realizada em 2006 no município de Chopinzinho. Não há capacitação, nem pela Regional de Saúde. Há reuniões mensais sobre saúde mental com os municípios da Regional de Saúde do estado e participam as equipes das APAEs (Associação de Pais e Amigos de Excepcionais) e CRAS.

Fluxo da rede de saúde mental

Os atendimentos são realizados pelo médico clínico na unidade básica com a equipe da Estratégia da Família. Quando necessário é realizado encaminhamento para o psiquiatra do CRE e acompanhamento pela equipe de saúde mental e pelos agentes comunitários. Na região há quatro psiquiatras em Pato Branco e um em Chopinzinho. A dificuldade de contratar profissionais da área é muito grande, assim como a fixação desse profissional no serviço.

As medicações são fornecidas por meio do consórcio gerenciado pela ASSIMS. No caso de medicação especial, essa é solicitada para a Regional de Saúde. Quando as pessoas necessitam de internações, são encaminhadas pelo psiquiatra do CRE para Curitiba no CPM, que faz a regulação de vagas para os hospitais psiquiátricos. O transporte é feito pelo município.

Para egressos de hospital psiquiátrico não há fluxo estabelecido. Nos últimos anos ocorreram poucos casos, que recebem acompanhamento psicológico domiciliar, além de serem encaminhados para consultas psiquiátricas em Pato Branco. Há um CAPS em Pato Branco, mas que não tem convênio com o município de Bom Sucesso do Sul. Há um

projeto de implantação de um CAPS para três municípios (micro região) por meio de consórcio.

Quadro 2 - Histórico de Participação Ocupacional - caso 2

	Atividades de vida diária	Atividades educacionais e laborais	Atividades de lazer e de socialização
Anterior ao início dos sintomas	Realizava higiene pessoal; autocuidado; limpava a casa, cozinhava; cuidava das filhas; cuidava das pessoas da família quando ficavam enfermas; desempenhava as atividades com volição	Cursou até 4ª série; trabalhou na roça desde os 14 anos com o pai e irmãos; arrendavam terras para plantar, pois o terreno que tinham era pequeno; mesmo depois que casou continuou a trabalhar na roça com o marido, já em terreno próprio; aplainaram a terra e plantavam com ferramentas manuais	Gostava de dançar e ir a festas, aprendeu a bordar e a fazer crochê na juventude com uma amiga; bordou o seu enxoval. Ia à igreja; ajudava a organizar os cânticos da missa; gostava de cantar; visitava familiares e vizinhos; gostava de assistir novela; tomava chimarrão com o marido.
Durante evolução do transtorno mental (após queda e cirurgias no joelho que restringiu a função motora)	Realizava higiene pessoal e autocuidado; limpava a casa; cozinhava.	Não trabalhou mais na roça; fazia tarefas mais leves como limpar mandioca, alimentar as galinhas, e tirar leite.	Não pôde mais dançar, não bordava ou fazia crochê; ia à igreja; organizava os cânticos e cantava na missa; tomava chimarrão; visitava os familiares e gostava que eles fossem visitá-la.
Pré-internação hospitalar	Diminuição da volição para realizar AVDs; tornou-se descuidada de si e da higiene pessoal; não conseguia limpar a casa e cozinhar; recebia ajuda das filhas e marido; ficava só na cama; queria ficar sozinha; não conseguia dormir direito e alimentava-se pouco.	Não saía de casa; não realizava atividades de rotina.	Não saía de casa; isolava-se no quarto; não ia à igreja, não cantava; não gostava de escutar música ou assistir TV; não conversava; não ia visitar os familiares, e quando recebia visita não conversava, ficava quieta.
Entre o 1º e o 2º internamento (apresentou uma crise nesse período com comportamentos semelhantes ao item anterior, mas não foi internada, melhorou com tratamento ambulatorial)	Melhorou quanto ao autocuidado e higiene pessoal; cuidava da casa e cozinhava; apoiava as filhas e cuidava de familiares enfermos; desempenhava as atividades com volição	Realizava atividades de rotina como tirar leite, cuidar das galinhas, limpar mandioca.	Tomava chimarrão com o marido; visitava parentes e vizinhos e recebia visitas; gostava de conversar; ia à igreja, organizava os cânticos e cantava na missa; foi catequista; gostava de ir à festas ou bailes (mesmo não conseguindo dançar); participava de festas comemorativas como Páscoa e Natal reunindo familiares inclusive em sua casa.

Tabela 4.1 – Caso 2 – mapa 1 – Família

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
Marido	Madrasta	Mãe (falecida)
Filha 1	Pai (falecido)	Irmão 1 (falecido)
Filha 2	Irmão 5	Irmão 2 (falecido)
Sogra	Irmão 6	Irmão 3 (falecido)
Sogro (falecido)	Irmã 1	Irmão 4 (falecido)
	Irmã 2	Cunhada 1(Falecida)
	Irmã 3	Cunhada 2
	Cunhada 3	Sobrinho 1
	Cunhada 4	Sobrinho 2
	Cunhada 5	Sobrinho 3
		Sobrinho 4
		Sobrinha 1
		Sobrinha 2
		Sobrinho 6
		Sobrinho 7
		Prima 1
		Primo/cunhado 1

Tabela 4.2 – Caso 2 – mapa 1 – Amizade

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
	Vizinha 1	Amiga 1
	Vizinha 2	

Tabela 4.3 – Caso 2 – mapa 1 – Comunidade/Profissionais de saúde

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
		Padre
		Curandeiro/ Benzedor
		Médico clínico 1
		Médico psiquiatra 1
		Médico psiquiatra 2
		Enfermeira 1
		Enfermeira 2
		Enfermeira 3
		Enfermeira 4
		Auxiliar de serviços gerais
		Agente de saúde

Tabela 4.5 – Caso 2 – mapa 1 – Trabalho

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
	Arrendatário	Funcionário da Cooperativa
	Funcionário da EMATER	Funcionário da Empresa de laticínios 1

Tabela 5.1 – Caso 2 – mapa 2 – Família

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
Marido	Madrasta	Cunhada 2
Filha 1	Irmã 1	Sobrinho 1
Filha 2	Prima 2	Sobrinho 2
Sogra (falecida)	Cunhada 3	Sobrinho 3
	Cunhada 4	Sobrinho 4
	Cunhada 5	Sobrinha 1
	Sobrinha 3	Sobrinha 2
		Sobrinho 5
		Sobrinho 6
		Prima 1
		Primo/cunhado 1
		Sogro (falecido)

Tabela 5.2 – Caso 2 – mapa 2 – Amizade

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
	Vizinho 1	Colega 1
		Colega 2
		Colega 3
		Colega 4
		Colega 5
		Colega 6

Tabela 5.3 – Caso 2 – mapa 2 – Comunidade/Profissionais de saúde

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
	Motorista	Padre
	Médico psiquiatra 2	Veterinário
	Diretor do hospital de BSSul	Psicólogo 1
	Enfermeiro 1	Assistente social 1
	Fisioterapeuta 1	Médico clínico 1
		Enfermeira 1
		Enfermeira 2
		Enfermeira 3
		Enfermeira 4
		Mulher da limpeza 1
		Médico psiquiatra
		Médico ortopedista 2
		Médico psiquiatra 3
		Médico psiquiatra 4
		Assistente social 2
		Terapeuta ocupacional 1
		Enfermeira 5

Tabela 5.4 – Caso 2 – mapa 2 - trabalho

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
	Arrendatário	Cooperativa
	Funcionário da Emater	Empresa de laticínios 2
	Vizinho 3	Esposa do arrendatário
		Famílias vizinhas
		Peões

Tabela 6 – Caso 2 - Tipos de função da rede social significativa

	Companhia social	Apoio emocional	Guia cognitivo/conselhos	Regulação social	Ajuda material	Acesso a novos contatos
Marido	X	X	X	X	X	X
Filha 1	X	X	X	X	X	X
Filha 2	X	X	X	X	X	X
Sogra	X	X	X	X	X	X
Sogro	X			X	X	
Madrasta	X	X	X	X	X	
Pai	X		X	X	X	
Irmão 1	X			X		
Irmão 2	X	X	X	X		
Irmão 3	X	X	X	X		
Irmão 4				X		
Irmão 5				X		
Irmão 6	X			X		
Irmã 1	X	X		X	X	X
Irmã 2	X			X		
Irmã 3	X			X		
Cunhada 1	X					
Cunhada 2	X					
Cunhada 3	X	X	X	X	X	X
Cunhada 4	X	X	X	X	X	
Cunhada 5	X	X		X	X	
Mãe				X		
Sobrinho 1	X					
Sobrinho 2	X					
Sobrinho 3	X					
Sobrinho 4	X					
Sobrinha 1	X					
Sobrinha 2	X					
Sobrinho 6	X					
Sobrinho 7	X					
Prima 1	X	X	X	X		
Primo/cunhado 1	X		X	X		X
Sobrinha 3	X		X		X	X
Prima 2	X	X		X	X	X
Vizinha 1	X					
Vizinha 2	X					
Amiga 1	X					

Colega 1	X					
Colega 2	X					
Colega 3	X					
Colega 4	X					
Colega 5	X					
Padre	X					
Curandeiro/benzedor					X	
Veterinário					X	
Motorista	X				X	
Médico clínico 1					X	X
Médico psiquiatra 1					X	
Médico psiquiatra 2					X	X
Médico ortopedista 1					X	
Enfermeira 1					X	
Enfermeira 2					X	
Enfermeira 3					X	
Enfermeira 4					X	
Auxiliar de serviços gerais					X	
Agente de saúde					X	X
Diretor do hospital de BSSul					X	X
Enfermeiro 1					X	X
Fisioterapeuta					X	
Psicólogo					X	
Assistente social					X	
Médico psiquiatra 3					X	X
Médico ortopedista 2					X	X
Médico psiquiatra 4					X	
Assistente social					X	X
Terapeuta ocupacional					X	
Enfermeira 5					X	
Arrendatário	X				X	X
Funcionário da Emater	X				X	X
Funcionário da cooperativa					X	X
Empresa de laticínios 1					X	
Esposa do arrendatário	X					
Peões	X				X	
Vizinho 3	X				X	
Famílias vizinhas	X				X	
Empresa de laticínios 2					X	

MAPA DE REDE SOCIAL SIGNIFICATIVA - CASO 2

Figura 6 - Mapa da Rede Social de Pérola anterior à 1ª internação psiquiátrica (mapa 1)

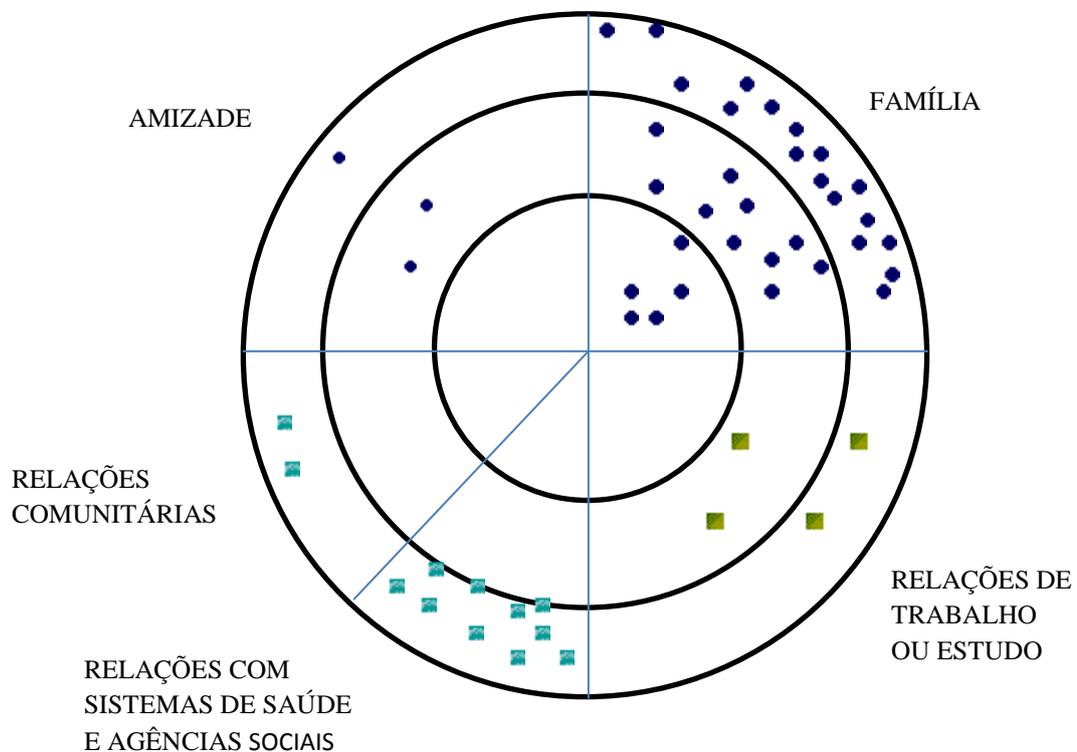


Figura 7 - Mapa da Rede Social de Pérola entre 1ª e 2ª internação psiquiátrica (mapa 2)

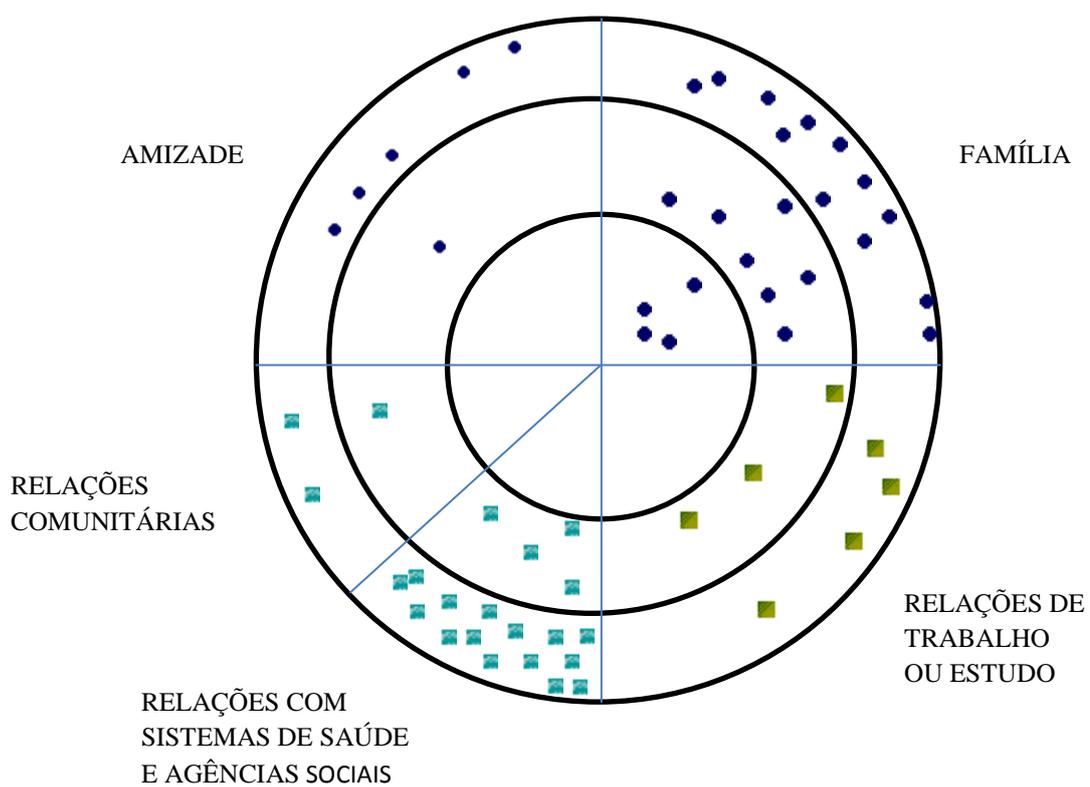
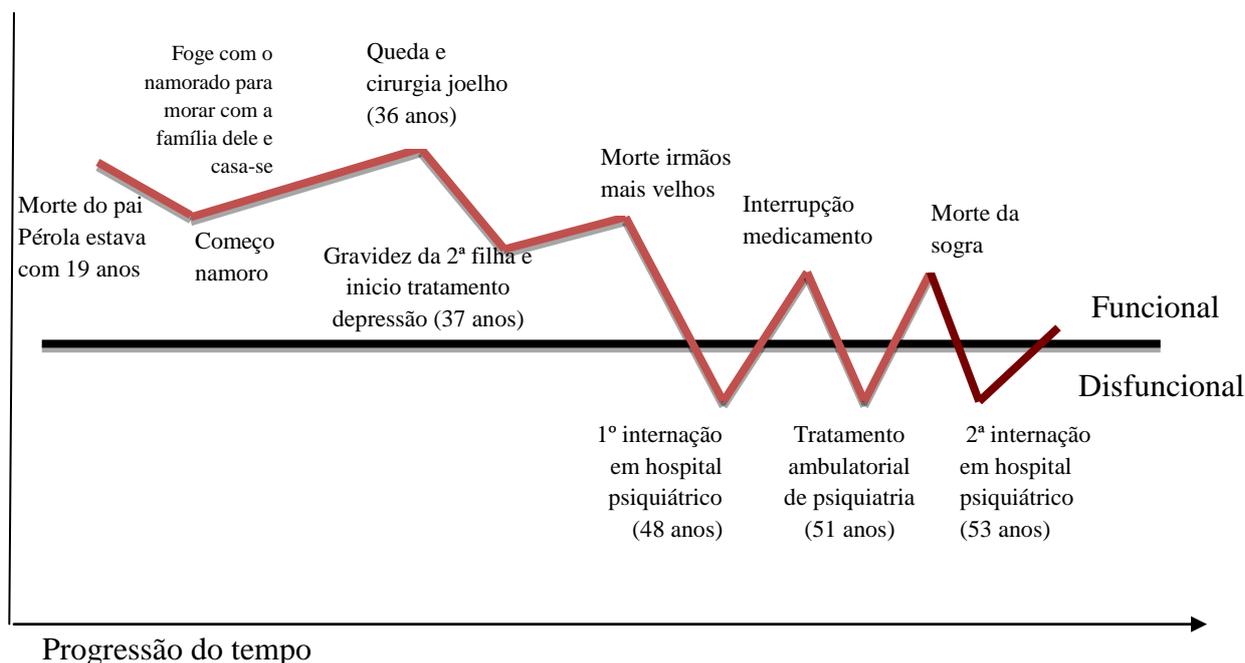


Figura 8- Trajetória da narrativa de vida ocupacional de Pérola – caso 2



Análise dos resultados – caso 2

Quanto ao tamanho da rede, observou-se pequena alteração quanto ao número de membros da rede, de 51 no mapa 1 para 59 no mapa 2. Verificou-se que a mudança de local de moradia de Pérola após o casamento fragilizou as relações com seus familiares de origem, mas Pérola conseguiu ativar novos vínculos com a família do marido. Com a perda de várias pessoas significativas como o pai, irmãos, sogro e sogra houve diminuição da rede de apoio social. Percebe-se que nos momentos de luto Pérola apresentava-se mais vulnerável emocionalmente, necessitando a ativação de outros membros da rede como de serviços de saúde.

Com relação à densidade da rede, demonstra-se uma conexão positiva entre os membros tanto nos quadrantes das relações familiares como com os sistemas de saúde e agências sociais. No que se refere às relações de amizade e de trabalho, apesar desses quadrantes apresentarem em menor número, observou-se que as relações familiares e da comunidade desenvolvem funções de amizade e de trabalho, pois a comunidade é pequena e o trabalho é realizado em um sistema de agricultura familiar. Nas relações com os sistemas de saúde e social, mesmo não dispondo de dispositivos específicos para a saúde

mental, apresentou-se boa conectividade e envolvimento para a tentativa de resolução de problemas.

Quanto à composição ou distribuição da rede, nota-se maior concentração nos quadrantes das relações com a família e dos sistemas de saúde e agências sociais, e em menor número nas relações de trabalho, que aumentaram um pouco no mapa 2 quando a família intensificou as formas de relação de trabalho como arrendamento de suas terras, intercâmbio com vizinhos ou peões, cooperativa para venda de soja, venda da produção de leite e orientações de profissionais especializados. O quadrante das relações de amizade tem poucos membros, e o aumento do número de membros no mapa 2 foi devido a se considerar os vínculos estabelecidos durante o 2º internamento, mas são vínculos temporários. No relato de Pérola e do marido, apesar de não citarem especificamente amigos, reforçaram que na colônia todos são amigos e se ajudam. Em relação ao sistema de saúde e agências sociais observou-se um aumento no mapa 2. A análise evidencia que isso ocorreu pela maior necessidade em acessar os serviços devido aos seus problemas de saúde, tanto clínicos como psicológicos. Também no mapa 2 estão inseridos alguns profissionais do hospital durante o 2º internamento, considerados como vínculos temporários.

Sobre a dispersão ou acessibilidade verificou-se que não houve grande alteração quanto à distância geográfica. Pérola mora na área rural com a família, e apesar de encontrar-se em espaços pouco distantes dos vizinhos e parentes, tanto na colônia como no município, o acesso é fácil, já que dispõe de um automóvel que facilita a locomoção. O veículo é dirigido tanto pelo marido como pela filha mais velha. Pérola mantém contato com a rede por meio de visitas, na igreja e em encontros familiares em datas comemorativas ou almoços coletivos. Os serviços de saúde também estabelecem formas de acesso, e a equipe realiza visitas periódicas às comunidades rurais ou com visitas domiciliares. Como o número de habitantes do município é pequeno há uma familiaridade maior entre todos.

Quanto à homogeneidade/heterogeneidade da rede demográfica e sociocultural, a rede social de Pérola mostra-se mais homogênea em relação ao nível sócio econômico, onde muitos vivem na colônia da agricultura familiar, mas também precisam trabalhar para se sustentarem. Em relação aos aspectos demográficos, há ainda homogenia com vários

membros a mesma geração e os filhos e sobrinhos, mesmo sendo de outra geração, são todos adultos e seguem a cultura dos pais.

Quanto à intensidade dos vínculos, em relação à família nuclear mantém-se vínculo de forte intensidade tanto em convivência como em colaboração e afeto mútuo. A família extensa também apresenta vínculo com forte intensidade e, apesar de não haver convivência diária, procuram manter contato e ajudam-se mutuamente. Pérola disse que pode contar com o apoio das cunhadas assim como colaborou para cuidar da sogra.

Tipos de função da rede:

No caso de Pérola, as funções de companhia social são estabelecidas pela maioria dos membros da família, amigos e trabalho. Em relação ao apoio emocional, pode contar com a família nuclear e alguns membros da família extensa. Com todos Pérola estabelece apoio recíproco. Quanto às funções de guia cognitivo e conselhos, Pérola compartilha informações pessoais ou sociais com alguns membros de sua família assim como com os que estabelecem apoio emocional.

A regulação social ocorre principalmente com familiares. A função de ajuda material é exercida com reciprocidade entre os membros. Os serviços de saúde e agências sociais apresentam função de ajuda disponibilizando assistência e recursos possíveis e promovendo o acesso a novos contatos, assim como buscando alternativas de assistência na macrorregião ou em nível estadual, colaborando para a efetivação dos recursos. Os serviços de saúde e assistência social, como os agentes comunitários, são acessados por Pérola e pelos membros de sua rede, formando uma rede solidária.

O contexto geográfico e sócio cultural em que Pérola está inserida apresenta aspectos que favorecem as condições para a integração da rede social e participação ocupacional, estabelecendo redes de solidariedade e buscando alternativas para as dificuldades enfrentadas.

Por ser uma região rural composta por comunidades que vivem da agricultura familiar, os membros da rede social de Pérola mantiveram valores culturais através de gerações. Mesmo com a mudança de localidade tanto da família de origem quanto da família nuclear, conseguiram estabelecer novos vínculos que fortaleceram a rede além de desenvolverem atividades laborais comunitárias e familiares. Para a sobrevivência da

família é necessária a participação ocupacional de todos os membros envolvidos com o trabalho rural e afazeres domésticos, para a produção do alimento para consumo familiar e geração de renda. Havia uma pequena divisão de tarefas onde todos colaboravam mutuamente.

Percebe-se uma evolução do período em que Pérola vivia com a família para a convivência com a família nuclear, no sentido de absorverem algumas tecnologias que proporcionaram alterações favoráveis à condição de trabalho, além da inclusão e acesso a algumas políticas sociais com objetivo de promover a manutenção das comunidades rurais no sistema de agricultura familiar, evitando assim um êxodo para outros municípios. Isto é observado tanto em relação às políticas agrárias como da saúde e da ação social, apesar das restrições e dificuldades existentes.

No caso de Pérola as condições relatadas quando morava com a família de origem, que também era marcado por um modelo de trabalho familiar, eram precárias para a manutenção da sobrevivência familiar, pois trabalhavam em terras arrendadas. A severidade do pai, agravado pelo uso abusivo de álcool, e as posteriores sequelas do derrame, levaram Pérola a assumir responsabilidade ainda muito jovem. O trabalho na roça quando adolescente era culturalmente naturalizado e necessário, mas a responsabilidade de cuidado do pai enfermo durante longo período significou para Pérola uma restrição para as atividades dessa fase do ciclo vital, uma vez que o pai exigia que apenas ela cuidasse dele, não a deixava sair, e não queria que ela se casasse, impedindo-a de vivenciar sua juventude.

Pérola remete o início da depressão a essa época, dizia que ficava muito irritada, nervosa e sentia muita tristeza, contudo não apresentava dificuldade em desenvolver suas tarefas diárias. Naquele tempo, não consideravam como problema de saúde. Após o falecimento do pai, continuou trabalhando na roça e em casa para um dos irmãos. Começou a ir a festas e começou a namorar. A ideia de cuidar do pai e não se casar permaneceu, pois ela não trabalhava com a família, mas sentia que trabalhava para eles, principalmente para o irmão que cuidava da renda familiar e não distribuía igualmente e o que arrecadavam, pois o fruto do trabalho ficava para ele e a família não concordava que ela saísse de casa. Com esse irmão Pérola não mantém um bom relacionamento, apesar de serem vizinhos na colônia.

Pérola mudou tal situação quando fugiu para casar com o marido. Foi acolhida por sua família, que tinha uma condição financeira um pouco melhor e um terreno maior onde pôde se estabelecer próxima aos pais do marido. Começou a trabalhar na construção de um espaço seu e de sua nova família, mas relata que os sentimentos de tristeza, irritabilidade e choro foram acentuados durante a gravidez. Apresentava dificuldade em dormir, mas mesmo assim continuou trabalhando na roça e nos afazeres domésticos. Ela e o marido constituíram sua nova família, moradia, cuidaram de suas terras e aos poucos sua família de origem foi aceitando seu casamento e estabeleceram novamente o contato.

Nesse contexto observa-se a ampliação de sua rede social, ativando novos membros como os sogros e as cunhadas, irmãs do marido, que deram suporte e condições para Pérola tentar se estabilizar, estabelecendo novos vínculos, laços familiares, amizade e solidariedade, que se mantêm.

O problema decorrente das sequelas no joelho limitou sua participação ocupacional, já que não pôde mais trabalhar na roça, mas continuou realizando os afazeres domésticos e tarefas mais leves na colônia. Também não pôde mais dançar, que era algo que ela gostava.

Durante sua segunda gravidez Pérola ficou mais vulnerável emocionalmente. Relatou que se agravaram os sintomas, sentimentos de tristeza, insônia, choro, dores nas pernas, irritabilidade. Tais sintomas foram observados pelo médico da UBS do município, que estava fazendo acompanhamento do pré-natal, diagnosticando-os como depressão. Iniciou-se então o tratamento medicamentoso e também feito encaminhamento para o médico psiquiatra em outro município.

Houve uma ampliação e ativação do laço da rede social de Pérola em relação ao sistema de saúde, principalmente após a queda, cirurgias no joelho e a segunda gravidez, estabelecendo vínculos de apoio com profissionais de saúde e parcerias com município de maior porte ativando acesso a outros recursos.

De acordo com os dados encontrados, consta que a rede de saúde existente no município de BSSul configura uma estrutura com poucos dispositivos, sendo os recursos voltados para a atenção básica. Por ser um município com número de habitantes inferior ao previsto nas portarias, não consegue acessar a maioria das políticas públicas voltadas para a saúde. Para tanto, procura efetivar alguns convênios com o município de maior porte da regional para algumas especialidades.

Atualmente a rede de saúde conta com poucos recursos para a saúde mental, o que vai ao encontro com os relatos de Pérola, que, para ser inserida na rede de atenção à saúde mental teve de se deslocar de cidade, além da dificuldade em estabelecer vínculos e continuidade do tratamento na rede pública. Foi atendida por vários médicos no CRE e necessitou buscar atendimento psiquiátrico no serviço privado, com o qual estabeleceu vínculo e tratamento continuado e encaminhamento adequado. A dificuldade de contratação e manutenção do profissional médico psiquiatra foi confirmada nas informações fornecidas pelo gestor do serviço de saúde do município de BSSul que afirmou que apesar do convênio, há poucos psiquiatras na região. Quando se consegue a contratação desse serviço, os profissionais não permanecem por muito tempo no local, havendo muita rotatividade e em certos períodos há falta de profissional dessa especialidade.

No período que antecedeu o 1º internamento, Pérola relatou que estava fazendo o tratamento medicamentoso, mas de forma irregular, e parava de tomar alguns remédios. Também havia passado por situações de perdas de várias pessoas significativas de sua rede social. Tais situações podem ter levado a um estado de vulnerabilidade até o desencadeamento da crise. Pérola não estava respondendo ao tratamento ambulatorial, e tornou-se cada vez mais isolada, sem conseguir conversar, sair de casa ou desenvolver suas atividades de vida diária.

Pérola foi encaminhada para internamento em um município da região oeste do Paraná pertencente à 20ª Regional de Saúde que fica a aproximadamente 300 km de sua região. Permaneceu internada por 78 dias. Com o tratamento hospitalar obteve melhora do quadro da depressão, e no retorno para casa retomou seus hábitos de vida e participação ocupacional, mantendo o tratamento ambulatorial com psiquiatra e o acompanhamento com a equipe da UBS.

Em casos como o de Pérola, que necessitam de atendimento com alta complexidade como internação em hospital psiquiátrico, é necessário acionar a SESA por meio da Regional de Saúde que busca vaga em outra região. No primeiro internamento Pérola foi encaminhada para a região do sudoeste do Paraná e, no segundo, para a região Sul, ambos distantes do município de origem dificultando o acompanhamento familiar durante o internamento.

É importante ressaltar que cerca de 12% da população de BSSul apresenta problemas relacionados a saúde mental, sendo a maioria problemas relacionados ao alcoolismo. Poucos são os casos que necessitam de internamento. Os serviços de saúde e de ação social estabelecem trabalho integrado, o que favorece o acompanhamento dos casos, dentro de suas limitações. Observou-se tal integração nos relatos de Pérola, que foi atendida tanto pela equipe de saúde na UBS e ESF como pela equipe do CRAS. O fato de haver poucos profissionais - às vezes cedidos para a outra área desenvolvendo trabalho nos dois serviços - favorece a comunicação, como no caso da psicóloga que trabalha no CRAS e integra a ESF na área da saúde e que também é responsável pela atenção a saúde mental no município.

Na Regional de Saúde são realizadas reuniões mensais com a Coordenadora de Saúde Mental e participam representantes de todos os municípios da região das áreas da saúde, educação e ação social, porém não oferecem capacitação em saúde mental.

Além da Rede de Saúde Mental, Pérola necessitou de tratamento continuado devido às sequelas das cirurgias nos joelhos, que foram realizadas em Pato Branco, mas a continuidade do tratamento especializado - inclusive para encaminhamento fisioterápico -, foi por meio regional estadual, necessitando que Pérola se deslocasse até Curitiba para consulta no Hospital do Trabalhador, referência em traumas.

Mesmo apresentando todas as dificuldades de acesso, como aspectos geográficos e demográficos, observou-se que a rede social de Pérola conseguiu estabelecer integração e comprometimento para a resolução dos problemas, tanto nas relações familiares como de serviços de saúde e social, conseguindo inclusive lidar com um episódio de crise de depressão em estado avançado, evitando o internamento. Nessa crise Pérola ficou 6 meses em casa, sem ânimo, isolada, não saía, não realizava tarefas de casa ou trabalho, não conversava e descuidou-se de sua higiene pessoal. Buscaram os recursos disponíveis em atendimento ambulatorial psiquiátrico em Pato Branco, acompanhamento psicológico no CRAS de BSSul, e houve o envolvimento de vários membros da rede, tanto da família nuclear como a extensa e ajuda espiritual (orações e benzedeiro). Com as dificuldades encontradas e não obtendo melhora com o tratamento ambulatorial na rede pública, procuraram um médico psiquiatra no serviço privado, que avaliou modificou o esquema medicamentoso, e após alguns dias ela sentiu-se melhor, saiu da cama, com disposição

para cozinhar e conversar. Houve melhora e retomada de suas atividades de vida diária e convivência social.

Pérola permaneceu por mais dois anos sem apresentar nova crise, continuou o tratamento ambulatorial e restabeleceu sua participação ocupacional. Mesmo assim, afirmou que não podia se incomodar porque ficava nervosa. O marido acha que ela se preocupa muito e por pequenas coisas, com pensamentos negativos e que podem levá-la ao estado de depressão.

No período que antecedeu a crise que a levou ao 2º internamento sua sogra faleceu. Pérola tinha um bom relacionamento com ela, moravam perto, conviviam bastante e se ajudavam mutuamente. Pérola acompanhou e ajudou no cuidado enquanto a sogra estava doente, mas ela faleceu três meses antes do internamento, período que acentuou o quadro de depressão de Pérola. Ela relatou que ficava muito preocupada com tudo, sentia medo que acontecesse algo à filha que voltava à noite sozinha do curso, medo de que houvesse estranhos em volta da casa, etc. Não conseguia dormir e piorou até não sair mais de casa, não fazer mais nada e não querer conversar.

Também relatou que havia parado de tomar uma das medicações. O marido falou sobre a dificuldade em conseguir tirá-la daquela situação e fazer com que ela aceitasse ajuda. Faziam com que saísse de casa, fosse até a estrebaria, ao benzedeiro, tomasse banho, mas sem nenhuma melhora. Observou-se que a família nuclear e extensa não a deixava permanecer em uma situação de acomodação, buscando acionar os recursos da rede de serviços de saúde públicos disponíveis no município e em Pato Branco. Retornaram ao médico particular, que a avaliou e fez encaminhamento para tratamento hospitalar especializado. Como não havia tal recurso na região, o gestor de BSSul acionou os recursos da SESA e disponibilizou transporte e acompanhamento de Pérola e o marido até o serviço de triagem em Curitiba, no Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM), onde passou por avaliação e foi encaminhada para internamento no HCAB.

Durante o período da segunda internação, notou-se o envolvimento de membros da rede social relacionados à família extensa. Uma prima que morava em Curitiba realizava visitas periódicas, levando material de uso pessoal para Pérola, dando apoio emocional e intercambiando informações com a família nuclear.

No tratamento hospitalar Pérola apresentou boa evolução em um curto período, saindo da crise aguda em poucos dias. Permaneceu internada por 45 dias e saiu com alta melhorada, com encaminhamentos e orientações para continuidade do tratamento nos serviços disponíveis na região, atendimento ambulatorial psiquiátrico e acompanhamento psicológico.

No processo de alta, apesar de considerar a importância do acompanhamento psicológico, não demonstrou com clareza que poderá contribuir para seu tratamento. Observou-se que Pérola tem consciência do seu transtorno e da necessidade em continuar o tratamento, principalmente a medicação. Para buscá-la da alta no hospital o marido contou com o apoio do serviço de saúde do município, que disponibilizou transporte da rede, e estava informado de sua alta, da necessidade de acompanhamento da ESF e do encaminhamento para o tratamento ambulatorial.

Conclui-se nesta análise que a rede social significativa de Pérola mostra-se fundamental no processo de acolhimento nos momentos de crise. Vários membros exerciam funções como de apoio emocional, ajuda material e como guias cognitivos ou conselheiros, com objetivo de não deixá-la ficar na situação em que se encontrava. Quando acionados os serviços de saúde e social, mesmo não tendo muitos recursos disponíveis, os profissionais se envolviam integrando a rede em busca de alternativas para providenciar o tratamento adequado.

Pérola e o marido compreendem que desde pequena tinha dificuldades por tudo que havia vivenciado, com as perdas de pessoas significativas, assumindo responsabilidades e muito trabalho. Alguns aspectos a acompanham desde jovem, como ser muito preocupada, nervosa, ter medo, apresentar momentos de tristeza e choro, dificuldade para dormir. Para ela, a vida que levava era “com muito sofrimento”. Tais aspectos emocionais se intensificavam em momentos de vulnerabilidade, como quando estava grávida, após cirurgias no joelho que limitaram sua participação ocupacional, além da dor, e períodos que ocorreram falecimentos de familiares.

Mesmo convivendo com algumas dificuldades Pérola conseguia ter uma boa participação ocupacional, desempenhando suas atividades de vida diária, de trabalho, de convívio social, apresentando interação e intercâmbio com os membros de sua rede social. Tanto ela como sua família percebiam que estava mal e precisando de maior ajuda quando

Pérola deixava de executar suas tarefas, modificava seu comportamento em relação às pessoas isolando-se, e apresentava pensamentos negativos que a impediam de ter iniciativa, com diminuição da volição e de seu desempenho, apesar de ter capacidade de desenvolver suas atividades. Da mesma maneira, o fato de Pérola voltar a desempenhar suas atividades, retomando a volição, a interação com as pessoas e ao convívio social demonstrava aos amigos e familiares a melhora do estado de depressão.

É importante ressaltar o aspecto significativo das principais perdas que Pérola sofreu em sua vida que parecem se relacionar com a evolução do quadro depressivo: a mãe muito precocemente; o pai, de quem cuidou; a sogra que a acolheu e parece ter sido bastante importante no momento de seu rompimento emocional com a família de origem e que continuava a ser uma figura de referência e apoio, especialmente nos momentos mais susceptíveis de sua vida conjugal como em suas gestações, e a privação das atividades e contatos sociais próprios de sua idade no período da adolescência.

6.3 APRESENTAÇÃO DO CASO 3 – ÁGATA

Na primeira entrevista enquanto a pesquisadora organizava o gravador, Ágata começou a contar porque estava internada. Parecia ansiosa para falar e terminar logo, pois completava a frase com “esta é minha vida”. No decorrer da entrevista observou-se que Ágata às vezes não desenvolvia o diálogo com uma sequência dos fatos, dificultando ter clareza de como foi o primeiro internamento e o período entre o primeiro e o segundo internamentos.

Na segunda entrevista Ágata apresentava-se com sono, no dia anterior à entrevista Ágata participou da festa junina do hospital e dançou bastante. Durante a entrevista observou-se cansaço, sonolência e dificuldades em manter diálogo, alternando os assuntos. Ágata também pontuou alguns temas e lembranças sobre os quais não queria falar por considerá-los muito doloridos, o que foi respeitado. Ágata sugeriu o irmão 2 para a entrevista com familiar.

A terceira entrevista aconteceu mais de um mês após sua alta do HCAB. A pesquisadora marcou por telefone, com o pai, o dia para realizar a entrevista na casa de Ágata com a participação do irmão 2, que no dia não estava em casa, Ágata aceitou que o

pai participasse da entrevista, e a mãe também estava em casa, mas não apareceu. Estavam em casa também os outros 3 irmãos e a sobrinha, que não participaram da entrevista.

Nesta última entrevista foi possível estabelecer de forma um pouco mais clara como ocorreu o primeiro internamento e o período entre os dois internamentos. Durante a entrevista o pai solicitou orientações de como conseguir aposentadoria para Ágata. Ele já havia ido ao INSS, mas informaram que não era possível, pois ela nunca trabalhou com carteira assinada ou fez contribuição ao INSS. A pesquisadora confirmou essa informação e orientou quanto a outros benefícios, mas que não contemplam no caso de Ágata, e também orientou sobre a possibilidade dela poder retornar a desenvolver atividades laborais.

Historia de Ágata - caso 3

Ágata tem 27 anos, mora no município de Colombo-PR, com os pais, quatro irmãos e uma sobrinha. Tem mais uma irmã casada e outra sobrinha que moram em outro bairro. Está cursando o Centro Estadual de Educação Básica de Jovens e Adultos (CEEBJA) para concluir o ensino médio. Faltam apenas duas disciplinas para terminar: física e química. Trabalhou como babá e diarista. O último emprego foi como auxiliar de limpeza em uma concessionária, onde permaneceu por um curto período e não sabia informar se foram dois meses ou quinze dias. Nunca trabalhou com registro em carteira de trabalho. Em casa, gosta de limpar e ajuda a mãe nas tarefas e tem autonomia quanto ao autocuidado. Como lazer gosta de passear e andar de bicicleta, mas refere que perdeu sua bicicleta e que frequenta a igreja.

Quando a pesquisadora perguntou se ela se mantém financeiramente, Ágata afirmou que sim, mas se contradisse informando que o pai é quem mantém a casa e que ela não sabe se recebe aposentadoria. Acha que sim por ter visto um documento nas coisas do pai, mas que ele não contou nada a ela. Ágata diz que se precisar pode trabalhar como diarista ou vendendo lingerie. O pai de Ágata trabalha como pedreiro, a mãe não trabalha fora, o irmão 2 trabalha com o pai, também como pedreiro. O irmão 3 cata papel e os outros dois distribuem panfletos. Ágata tem uma sobrinha que mora junto com eles desde pequena, que é filha da irmã mais velha que é casada, e tem outra sobrinha mais nova que também é filha dessa irmã e mora com a mãe.

Ágata disse que sempre morou com os pais e nasceu em Roncador, município do interior do Paraná, até os 10 anos de idade. Conta que viu muitas mortes, dois irmãos morreram e foram enterrados lá: um mais velho e outro mais novo. Lembra que quando viu o bebê morto pediu ao pai para deixá-la levá-lo para casa. Comenta sobre um ritual que o pai pedia que fizesse, colocando a mão no morto e dizendo “descanse em paz”.

A família saiu do interior e se estabeleceram em Colombo, pois não havia trabalho na região. Na entrevista com o pai, este informou que não havia mais trabalho como boia fria, então deixou um “ranchinho” em Roncador e veio para a cidade, onde conseguiu trabalho como pedreiro. Refere que só tem os padrinhos dos filhos e amigos no município em que moravam, e os avós maternos moram em Santa Catarina, mas não tem contato, não sabendo nem se estão vivos. Ele veio da Bahia onde tem irmãos, mas ficou muitos anos sem vê-los. Ágata não conhece os tios e também não menciona os avós maternos, apenas a madrinha da irmã que mora no interior e o irmão que mora em Curitiba.

Em Colombo moraram em casa de aluguel e mudaram-se quando o pai conseguiu comprar um terreno e construir uma casa no bairro onde moram atualmente. Ágata diz que já conhecia gente desse bairro e saía muito com amigos de lá, inclusive com um rapaz, e que nessa época “aprontava” bastante.

No período que antecedeu o primeiro internamento, Ágata saía bastante, ia a “baladas” sem informar aos pais aonde ia, o que os deixava preocupados. Conta que se apaixonou por um rapaz e que deixou de ser virgem com 19 anos, e que quando seu pai ficou sabendo queria matar o rapaz por não aceitar que ela o namorasse. A reação de Ágata foi sentir raiva em relação pais, pois achava que eles não deveriam se intrometer em sua vida. Ela lembra-se que o pai disse que quando completasse 18 anos poderia fazer o que quisesse.

Ágata conta que o pai bebia muito e que ela não gostava. Procurou ajuda na igreja para orar pelo pai, resolveu se batizar na Igreja Universal, e no início, levou a sério. Frequentava a igreja, mas depois recaiu, e ao invés de ir para a igreja ia para os bares com os amigos, aprontava bastante no bairro. As pessoas contaram a seu pai o que ela fazia e a atacavam verbalmente na rua. Na igreja conversava com a obreira, com o Pastor e com algumas pessoas que, segundo ela, não considerava mais como amigas, pois não eram confiáveis.

Nessa época frequentava a casa de duas amigas, que eram irmãs, em um bairro de Curitiba, e saíam para beber. Conta que se apaixonou pelo filho de uma delas e que resolveu sair de casa porque o pai bebia, e queria ter sua própria vida. Ficou por aproximadamente uma semana na casa de uma dessas amigas. Disse que ajudava a fazer algumas coisas na casa e que sofreu muito, passou fome, sede e frio; que a maltrataram muito e precisou voltar para casa dos pais. Não quis contar mais detalhes, pois disse que doía muito se lembrar dessa passagem em sua vida.

Ágata revela que nessa época começou a ter visões, miragens, via “gente morta”, parava na frente dos carros, se sentia mal. Voltou para a casa dos pais em péssimas condições e foi piorando, até procurar ajuda na Unidade Básica de Saúde do bairro, acompanhada por uma amiga, e a aconselharam a conversar com seus pais. Ágata disse que não conseguia tomar banho sozinha e era auxiliada pela mãe, e seu pai a ajudava a alimentar-se.

Conta que estava muito estressada, saía para trabalhar às seis horas da manhã e quando voltava o pai não a deixava fazer as coisas e a mãe escondia as roupas. Ela diz que se estava muito alegre, o pai dizia que estava louca; se chorava, estava doente. Apresentava instabilidade de humor.

Ágata contou que antes do primeiro internamento ficou muito triste com o fato de morte da amiga 1 e que não pôde ir no enterro dela, pois só ficou sabendo um tempo depois. Ficou brava com a família da amiga por não terem lhe avisado antes, porque queria poder ter se despedido dela. Achava que se a amiga 1 estivesse viva, não deixaria fazerem o que fizeram com ela, referindo-se ao primeiro internamento.

O episódio que antecedeu o primeiro internamento foi uma briga entre Ágata e seu pai, onde ela quebrou um objeto e tentou agredi-lo e ao seu irmão, que havia tentado jogar água quente nela. Ágata comenta que o irmão é explosivo e que o pai bebia muito e nunca deu carinho para ela, e diz que se fosse para se casar com um bêbado, preferia ficar sozinha. Na entrevista o pai disse que Ágata começou a ficar diferente de repente, saindo bastante, e mostrando-se mais agressiva. Contou também que ela ficou aproximadamente um mês saindo, andando e eles ficavam preocupados, procurando-a quando sumia de casa. Informou também que ela não respeitava mais a ele ou a mãe, os agredia verbalmente, e

que quando ela passou para a agressão física e a quebrar objetos em casa, procuram ajuda para interná-la.

Ligaram para o serviço de ambulância do município e eles vieram buscá-la em casa. O pai a acompanhou. Foi encaminhada para o Pronto Atendimento do município, e de lá para o CPM, onde passou por avaliação psiquiátrica e foi encaminhada para internamento. Ágata resistiu, e estava agitada e agressiva.

O primeiro internamento foi em 2003. Ela permaneceu em tratamento no hospital psiquiátrico por dois meses. Ágata disse que não gostava de lá, especialmente de uma médica que a atendia que permitia que pacientes fumassem e entrassem com garfo. Disse que sentia medo que a machucassem e que não gostava da comida. O pai levava comida quando ia visitá-la. O pai contou, na entrevista, que foi um período difícil, e que gastou muito com ônibus e alimentos enquanto estava internada já que ia duas vezes por semana visitá-la. Quando Ágata saiu estava melhor, mais calma.

Após a alta hospitalar Ágata foi encaminhada para continuar tratamento no CAPS em Colombo, onde permaneceu em tratamento por aproximadamente um ano. Recebeu alta e foi encaminhada para o ambulatório de psiquiatria na Unidade Sede de Colombo, onde era atendida uma vez por mês. Ágata retomou os estudos e a trabalhar como diarista, e quando não estava trabalhando ficava em casa dormindo. Comenta que dormia tanto que a psiquiatra do CAPS a chamava de “D. Sonho”.

Ágata comenta que em 2006 teve outro surto e havia parado de tomar medicação. Segundo ela e o pai, outras pessoas falavam para ela parar, que não precisava daquela quantidade de remédio. Ágata começou a ficar agressiva verbalmente, desrespeitando o pai e a mãe e chorando muito. Dizia que “esperou a morte em casa”. Nesse episódio de crise procuraram ajuda e o pai levou-a ao Pronto Socorro do Maracanã, que a encaminhou ao CPM. Foi atendida pelo psiquiatra e fez o tratamento em casa, apresentando melhora. Voltou a estudar, ajudar a mãe nas tarefas de casa, a trabalhar fora sem registro e a frequentar a igreja.

Ágata conta que em um momento havia perdido muito sangue e apresentava a barriga muito grande. Disse que sua menstruação era irregular e o médico da UBS a encaminhou para a Clínica da Mulher para fazer exame ginecológico. Lembra que foi atendida por uma médica e por estagiários, e que nessa ocasião permaneceu a tarde toda no

consultório. Como resultado informaram-lhe que ela estava menstruando e iniciou tratamento com anticoncepcional oral. Conta também que a ex-patroa, para quem trabalhava como diarista, deu-lhe um remédio, pois estava descendo muita menstruação, e que fez teste de gravidez e o resultado foi negativo. Ágata disse que começou o tratamento com o anticoncepcional e que parou de tomar a medicação “para a cabeça”.

Ela frequentava a Unidade de Saúde e era atendida pela médica da EFS. Fazia acompanhamento ginecológico na Clínica da Mulher, continuava tomando anticoncepcional e ficou menstruando por 10 dias e, mesmo quando parou, sua barriga continuava inchada.

Ágata conta que tomava a medicação sozinha, às vezes a mãe a lembrava, mas geralmente esquecia-se durante o dia. Tomava medicação em dois horários, então perguntou ao médico se era possível toma-la apenas no período noturno e foi feita a mudança. Em 2009 parou de ir ao atendimento com o psiquiatra e de tomar a medicação, por achar que não precisava mais. Uma amiga dizia que ela não precisava de tanto remédio, os pais davam o remédio e ela escondia, jogava e ficava brava quando insistiam, falando que o pai não era médico. Com isso começou a ficar agressiva novamente.

Ágata contou que aconteciam coisas estranhas na igreja e houve um episódio em que começou a gritar e se jogar no chão, e achou que havia surtado. Disse que ficou brava com a mãe e parou de conversar com ela, que não a deixava limpar a casa e escondia as roupas para ela não lavar. Ágata achava que “precisava limpar porque Jesus gosta de limpeza”. Ficou com raiva da sobrinha por ela ter aprontado e a mãe não ter feito nada. Diz que passou pela sua cabeça a ideia de matar a sobrinha. O pai a trancou no quarto e disse que precisava ser tratada. Ágata comentou que sua natureza é calma e só fica nervosa quando a irritam.

O pai disse que quando Ágata começou a ficar agressiva fisicamente e a quebrar objetos, tomaram providências procurando ajuda para interná-la. Segundo informou, primeiro chamaram a polícia, que não quis atender por não ser da alçada deles, e então a irmã 1 chamou a central de ambulância que também não queria buscá-la. Foi preciso insistir, dizer que ela estava em risco e que eles não tinham carro para levá-la ao pronto socorro. Os funcionários da ambulância ficaram temerosos de levá-la, pois achavam que ela poderia agredir alguém durante o trajeto para o Pronto Atendimento (PA), a família

acompanhou todo o percurso. Ágata permaneceu no PA por uma noite até poder ser encaminhada ao CPM e de lá ao Hospital Colônia Adauto Botelho (HCAB). Ela não queria ser internada, estava agitada e agressiva. Ágata contou que precisou ser contida tanto no primeiro internamento no HPBR quanto no segundo no HCAB, no início do tratamento, depois se acalmou e não foi mais contida.

Durante o período do segundo internamento o pai ia visitá-la nos fins de semana, mas não participava de atendimentos familiares, pois estava trabalhando, assim como os irmãos. Ágata comenta que sentia falta de receber visitas, tanto do pai como a mãe. Quando falava da mãe dava opiniões contraditórias, dizendo que ela não foi uma boa mãe pois não falava sobre coisa que uma filha precisava saber, e que ela teve de aprender nos livros e com outras pessoas, e que a mãe batia muito na irmã quando eram pequenas, mas que mimava muito Ágata, fazia tudo o que ela queria, pois era a mais nova das meninas. Contou que quando ela parou de falar com a mãe ela ficou muito brava, e batia em seus cachorros, o que deixava Ágata com raiva. Comentou que a mãe é muito quieta e que quando recebem visita ela se esconde, envergonhada.

Ágata disse que o relacionamento com a sua família era “legal”, conversava bastante com o pai e a mãe, mas passou a não conversar mais com os pais, se trancando no quarto. Quando o pai não a deixava dormir ela ficava nervosa e chorava. Quando a sobrinha que mora com ela ia para a casa da irmã, Ágata conta que ficava alegre e “pulava de uma cama para outra”.

Em relação aos irmãos, disse que não se dá muito bem com a irmã, mas tem uma boa relação com os quatro irmãos, e o mais próximo é o irmão 5. Acha ele engraçado e quieto, e disse que ele vai para a escola, mas não entra por ter medo das pessoas, e fica dando voltas ao redor da escola. Comentou que seu pai diz que “ele é retardado e ela é louca”. Disse também que o irmão 2 é muito explosivo, os outros dois são mais tranquilos. Acrescentou que gosta da sobrinha, mas não gosta muito de sair com ela porque a criança fala muito alto e brinca muito.

No internamento fizeram também alguns exames e foi detectado que estava com uma infecção ginecológica. Iniciou o tratamento medicamentoso no hospital e continuou com o tratamento após a alta hospitalar na UBS próxima à sua casa. Comentou que já a conhecem e que quando entra no Posto de Saúde olham para ela com medo. Após o

internamento foi semanalmente à UBS para tomar a injeção para o tratamento. Além disso, vai à UBS para medir a pressão arterial. Não lembra o nome das pessoas que trabalham na unidade, mas disse que a médica da ESF não está mais trabalhando lá e que, por haver apenas um médico na UBS, para conseguir uma consulta tem de chegar lá de madrugada porque são apenas seis por dia.

Um mês após a saída de Ágata do HCAB, o pai recebeu um telefonema comunicando que ela tinha consulta no CAPS. Ágata compareceu duas vezes no CAPS e fizeram o cadastro para a confecção da carteira de isenção do pagamento de transporte público. Ágata ressaltou o fato de o pai ter assinado que ela era dependente dele. Informaram que a medicação estava acabando e que precisavam ir à Unidade Sede de Colombo para consultar e pegar medicação. No CAPS, o pai foi orientado a ir de segunda a sexta no período da manhã até às 14 horas, e Ágata comentou que com a isenção do vale transporte poderá ir ao CAPS e à noite estudar.

No período que esteve em casa após a alta hospitalar, ainda não havia voltado a estudar ou procurar trabalho. O pai informou que foi tentar aposentá-la pelo INSS, mas que informaram não ser possível, pois ela não havia recolhido para o INSS.

Histórico de participação ocupacional – caso 3

Atividades de vida diária

Ágata ajudava a mãe nas tarefas de limpeza da casa, além de trabalhar fora. Também ajudava a cuidar da sobrinha quando era pequena e veio morar com os avós. Atualmente a sobrinha tem 12 anos e dorme no mesmo quarto que Ágata.

Ela conta que antes do primeiro internamento houve um momento em que não conseguia se alimentar sozinha, nem tomar banho; precisava de ajuda do pai para comer e da mãe para a higiene. Quando está melhor cuida da sua higiene sozinha e alimenta-se bem, gosta de se arrumar e se maquiar para sair.

Na entrevista o pai contou que Ágata é quieta em casa e depois que voltou do segundo internamento não tem trabalhado fora, ajuda pouco em casa e dorme bastante. Ágata contou que ajudava bastante em casa quando estava boa, mas que tem dormido

muito. Disse que gosta de assistir um pouco de TV, mas não por muito tempo porque não tem paciência, e gosta da novela das seis. Vai ao quarto dos irmãos ou dos pais para assistir TV porque a do seu quarto estragou.

Atividades educacionais e laborais

Ágata completou o ensino fundamental em escola regular, reprovou a 5ª série, mudou de colégio na 6ª série e lá ficou até completar o ensino fundamental. No ensino médio foi para outro colégio no período matutino. Disse que se irritava com as meninas do colégio e trocou novamente de colégio para o período noturno. Devido às mudanças e interrupções escolares, Ágata tem cursado o CEEBJA para concluir o ensino médio. Faltam apenas duas disciplinas. Quando a pesquisadora perguntou sobre amizades na escola, Ágata informou que têm amigas, mas não lembrava os nomes, e que gosta dos dois professores.

Ela complementa que parou de ir ao CEEBJA quando bateu no irmão, pouco antes de ser internada pela segunda vez. Disse que quer ser médica e fica observando o que as enfermeiras da unidade onde está internada falam. Pretende voltar a estudar quando sair do hospital. Ela considera que tem facilidade para aprender, e que isso a doença não tirou. Prefere estudar com aulas presenciais por não gostar de estudar sozinha.

Ágata começou a trabalhar aos quatorze anos como babá no bairro onde morava. Contou que não trabalhou por muito tempo porque não gostava de trabalhar com as crianças que, segundo ela, eram “muito chatas” e a irritavam. Trabalhou também em casa de família no município vizinho, e depois passou a trabalhar como catadora de papel, panfletagem e como diarista. Informou que sempre trabalhou sem registro em carteira de trabalho e que parou de trabalhar quando quis bater no irmão quando ele tentou jogar água quente nela (período anterior ao primeiro internamento).

Ágata conta, também, que trabalhou como diarista e como auxiliar de limpeza em uma concessionária em Curitiba entre o primeiro e o segundo internamento. Disse que era para ser registrada nesse emprego, mas isso não chegou a acontecer porque não completou o período de experiência. Não soube dizer se trabalhou 15 dias ou 2 meses. Disse que pediu demissão por não aguentar tanta briga entre as colegas e que a pessoa encarregada do setor não ensinava como fazer as tarefas. Sentia-se injustiçada por terem descontado a alimentação quando fizeram o acerto porque, segundo ela, levava sempre uma marmita de

casa. Na entrevista feita em sua casa, esclareceu que tem vontade de trabalhar como auxiliar de limpeza.

Atividades de lazer e de socialização

Ágata informou que frequenta a igreja Universal, mas vai sozinha porque os pais são católicos e cada irmão é de uma igreja diferente. A igreja fica no bairro onde mora atualmente, mas já a frequentava quando morava no outro bairro. Tem contato com a obreira e com o pastor. Disse que não é muito comunicativa, apenas se puxarem conversa com ela, e que gosta de conversar com quem olha no olho e vê sinceridade. Disse que algumas colegas da igreja diziam que ela não precisava tomar tanto remédio e começou a parar de toma-lo, e não ia às consultas com o psiquiatra. Parou também de ir à igreja, e segundo suas próprias palavras, “se desviou novamente” e ao invés de ir à igreja ia aos bares.

Aproximadamente um ano antes do segundo internamento, Ágata parou novamente de tomar a medicação. Segundo ela, uma amiga do bairro onde morava antes dizia para ela parar de tomar a medicação. Os pais davam o remédio e ela escondia e jogava, e se irritava quando insistiam, falando que eles não eram médicos. Tornou-se cada vez mais agressiva, até ser internada pela segunda vez.

No início do segundo internamento ela conta que estava bastante agressiva e até necessitando ser contida. Após alguns dias, ficou mais tranquila, conseguindo participar das atividades na unidade. Fez algumas amizades, com as quais conversava bastante. Durante a entrevista realizada após sua alta Ágata perguntou sobre algumas pacientes que estavam internadas, se elas já haviam saído de alta, e também da situação de uma paciente com um quadro crônico, mostrando-se preocupada com a situação dela.

Como atividade de lazer Ágata gosta de dançar. Conta que gostou da festa junina que houve no hospital, pois dançou bastante. Gosta também de passear, vai com a mãe no parque em Curitiba, gosta de ir à academia ao ar livre, mas que se cansa muito facilmente quando anda; há uma academia perto de sua casa. Gosta de fazer trabalhos manuais, mas só consegue fazer quando está em local apropriado, como nas oficinas de terapia ocupacional do HCAB e no CAPS. Contou que gosta de dormir e que quando não está trabalhando fica dormindo, e às vezes andando de um lado para o outro. Ágata gosta de

namorar e o período que antecedeu as internações estava saindo com namorado, mas na última entrevista disse que não estava namorando.

Dados da rede de serviços em saúde mental no município de Colombo

Informações colhidas em entrevista com a Coordenadora de Saúde Mental do município e com a coordenadora do CAPS II.

O município de Colombo está localizado na região metropolitana norte de Curitiba-PR, e possui atualmente 212.967 habitantes (*Fonte: IBGE 2010). Grande parte de sua área é rural e de proteção ambiental. O município não tem gestão plena, e está vinculado à 2ª Regional de Saúde, localizada em Curitiba.

O município conta com 21 UBS e 13 ESF, uma central de marcação de consultas para especialidades e unidades especializadas como a Unidade de Saúde da Mulher, CAPS II, CAPS ad, dois pronto-atendimentos (Maracanã e Osasco) e dois hospitais gerais.

Segundo a coordenadora de Saúde Mental, a rede de saúde mental vem sendo construída constantemente. A estruturação da rede se iniciou com um consultório de psiquiatria em UBS, passando a funcionar como ambulatório de saúde mental de forma mais estruturada concomitante ao funcionamento do CAPS II, inaugurado em junho de 2006. Em abril de 2007 foi inaugurado o CAPS ad. Em 2011 foi iniciado o projeto de matriciamento com um assistente social e um psicólogo, que acompanharam toda a rede de saúde mental. Há intenção de que a equipe de matriciamento atenda a toda a rede, e constantemente o CAPS II fica lotado. O CAPS i está em fase de implantação. O projeto está aprovado e a construção da sede própria do município será iniciada em breve. Não há leitos para a saúde mental nos hospitais gerais, nem equipe de NASF.

Por meio de reuniões intersetoriais vem sendo construída a relação com a atenção básica e a interlocução com o serviço social e educação. Quando há necessidade de se analisar um caso específico é realizado contato com a Secretaria da Educação e assistência social para se traçar procedimentos, buscando a resolução do conflito, em conjunto, dentro do possível.

Fluxo da rede de saúde mental

O usuário vai a uma UBS onde é atendido pelo médico clínico geral, que avalia e encaminha para a central de marcação de exames e consultas especializados (CME). O CME marca consultas no ambulatório de saúde mental ou no CAPSII ou CAPS ad.

O CAPS ad funciona como porta aberta, realizando o acolhimento, avaliação e encaminhamento e o CAPSII tem porta aberta para situações como tentativa de suicídio, encaminhamentos do CAPS ad, ambulatório de saúde mental, CPM e egressos de hospital psiquiátrico. Outras situações são encaminhadas via UBS e CME, estruturando a rede e o vínculo.

Em casos de internação psiquiátrica, os pacientes são encaminhados para os prontos atendimentos e Unidades 24h vinculados às UBS que avaliam e encaminham para o CPM para regulação de vagas, onde é feita a triagem e, em caso de necessidade de internação, o encaminhamento para o hospital que dispõe de vaga entre os hospitais da região metropolitana ou em Curitiba.

Urgência e emergência

Nesses casos a população aciona o CAPS para atender situações de emergências psiquiátricas, que solicita a ambulância do município para atender no local e aciona também a Unidade Básica de Saúde. O município de Colombo está em negociação com a SESA sobre o serviço do SAMU, mas ainda não há nada oficializado.

Há uma equipe de matriciamento com dois profissionais, um psicólogo e um assistente social. O trabalho do matriciamento é voltado para atender e orientar os profissionais da UBS e realizar o gerenciamento de casos. Como o matriciamento é novo, o acompanhamento para busca ativa de paciente internados ocorre com a equipe do CAPS que se responsabiliza por acompanhar a continuidade de tratamento. Caso o paciente receba alta, o hospital geralmente informa o CAPS, mas esse processo precisa ser melhor estruturado.

Quando há uma situação na escola a rotina é orientar para que o usuário passe pela UBS para avaliação. Quando usuários do CAPS apresentam problemas clínicos são encaminhados ao Pronto Atendimento e, se necessário, vão para hospital da região ou de Curitiba.

Capacitação

A Secretaria da saúde de Colombo tem parceria com a UFPR por meio de estágios para acadêmicos de enfermagem e terapia ocupacional que atuam principalmente no CAPSad. O protocolo de saúde mental no município, de fluxo e funcionamento da rede de saúde mental já foi apresentado e está em processo de impressão, mas ainda não é oficial.

Há uma boa relação com a segunda regional. Fazem reuniões frequentes, visitas e avaliação dos serviços pela responsável de saúde mental da regional. Quando são solicitados pelo serviço também são atendidos.

O projeto do CAPS i está sendo construído junto com o projeto ATITUDE, que relaciona assistência social, educação e saúde.

Controle Social

As reuniões da Comissão de Saúde Mental são feitas no CAPS II. A terapeuta ocupacional coordena a comissão e também é secretária do Conselho de Saúde, buscando melhorar a saúde mental. No conselho fazem parte da mesa diretora uma nutricionista e alguém do segmento de usuário, além da terapeuta ocupacional do CAPS. Há conselhos locais em algumas UBS.

Inserção social e geração de trabalho e renda

O trabalho para inserção social no CAPS II é acompanhado por dois terapeutas ocupacionais, uma oficinaira e uma assistente social. O atendimento familiar no CAPS é realizado por um grupo de família duas vezes por semana, com o psicólogo, e mensalmente com toda a equipe. Há um médico psiquiatra que trabalha em regime de 20 horas (duas vezes semanais). O foco do CAPS não é centralizado no médico, já que adotam a visão de desinstitucionalização, sendo o papel do médico de apoio para a equipe, e não o inverso.

Os usuários recebem alta do CAPS de acordo com o projeto terapêutico individualizado, promovendo maior autonomia e inserção no mercado de trabalho. Não há parcerias oficiais com associações, mas contam com cursos do CRAS, que trabalham com regionalização, como o CAPS que fica no bairro. Os cursos do CRAS do mesmo bairro são, por exemplo, de manicure, cabelereira, maquiagem e biscuit, quando há interesse em

aperfeiçoamento. A informante citou o exemplo de um usuário que participou do curso de garçom e foi inserido no mercado de trabalho.

Não há programa formalizado para geração de renda. Há iniciativas como a venda dos produtos confeccionados nas oficinas no CAPS no Bazar no Shopping, que são levados uma vez por semana. A venda é revertida para a compra de novos materiais para realização das oficinas. A renda não é revertida para os usuários, pois ainda não desenvolvem programa de geração de renda estruturada.

Quando solicitam às Secretarias, como a do Trabalho, da Agricultura e do Urbanismo, conseguem boa parceria. A informante disse que não sabe como tais parcerias funcionam, se há organização em relação à economia solidária. Não há indicadores para a saúde mental, como retorno ao trabalho após iniciar tratamento.

Sobre as pessoas em situações de rua, segundo a coordenadora do CAPS a maioria dos pacientes tem família, e a equipe do CAPS trabalha para envolvê-la. Quando há dificuldades familiares sociais, entram em contato com o CREAS através da Secretaria de Ação Social que dispõe do dispositivo de Casa de Passagem, que é utilizado para tais situações. Existem casas de apoio no município que não recebem recursos do SUS ou SUAS e muitas não estão regulamentadas.

Em relação aos benefícios como o Programa de Volta pra Casa (PVC) e o Auxílio doença da LOAS, são de responsabilidade da assistência social.

Quadro 3 - Histórico de Participação Ocupacional – caso 3

	Atividades de vida diária	Atividades educacionais e laborais	Atividades de lazer e de socialização
Anterior ao início dos sintomas	Ajudava a mãe nas tarefas de casa; realizava higiene pessoal; conversava bastante com os pais.	Cursou o ensino fundamental regular; começou a trabalhar aos 14 anos como babá, mas desistiu; trabalhou com panfletagem, como catadora de papel e como diarista.	Gostava de dançar, passear, sair com os amigos.
Durante evolução do transtorno mental	Parou de conversar com os pais; realizava tarefas de limpeza da casa; conseguia realizar higiene pessoal.	Trabalhou como diarista; mudou de escola; interrompeu os estudos.	Começou a frequentar a igreja (religião diferente da adotada pelos pais); começou a sair com um amigo e ia aos bares; saía sem avisar a família.
Pré-internação hospitalar	Saiu da casa dos pais e ficou na casa de uma amiga, onde, ajudava nas tarefas da casa; sofreu muito nesse período e passou fome, frio e sede; precisou retornar para a casa dos pais; não conseguia realizar as atividades de vida diária sozinha; precisou auxílio do pai e da mãe para alimentação e higiene.	Parou de estudar; irregularidade no trabalho.	Gostava de namorar; parou de frequentar a igreja; saía e ia para os bares com as amigas.
Entre o 1º e o 2º internamento	Ajudava a mãe nas tarefas de casa; saía para pagar contas para o pai.	Trabalhou como diarista e como auxiliar de limpeza em uma concessionária, mas demitiu-se; trabalhou como cuidadora de uma senhora idosa; retornou aos estudos no programa de educação para jovens e adultos (CEEBJA), que iniciou e interrompeu várias vezes; mudou de colégio e de período; antes do 2º internamento estava cursando duas disciplinas que faltam para completar o ensino médio.	Gosta de passear, ir com a mãe ao parque e andar de bicicleta, mas perdeu-a; retornou a frequentar a igreja; em 2006 teve outra crise e não conseguia entrar na igreja; conta que aconteceram coisas “esquisitas”; quando melhorou ia novamente à igreja.

Tabela 7.1 – Caso 3 – mapa 1 – Família

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
Pai	Irmã 1	Madrinha da irmã
Mãe	Sobrinha 2	Irmão 1 (falecido)
Irmão 2	Cunhado	Irmão 4 (falecido)
Irmão 3		
Irmão 5		
Irmão 6		
Sobrinha 1		

Tabela 7.2 – Caso 3 – mapa 1 – Amizade

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
amiga 1 (falecida)	Amigo 1	Filho da amiga 2
	Amiga 2	Amigos da rua
	Amiga 3	

Tabela 7.3 – Caso 3 – mapa 1 – Comunidade/Profissionais de saúde

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
	Obreira	Amigas da igreja
	Pastor	Médico 1 UBS 1
		Médico 2 CSM
		Estagiários CSM
		Médica 3 OS
		Psiquiatra 1 COM
		Psiquiatra 2 BR

Tabela 7.4 – Caso 3 – mapa 1 – Trabalho

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
		Ex - Patroa 1

Tabela 7.5 – Caso 3 – mapa 1 – Estudo

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
		Amigas do colégio 1

Tabela 8.1 – Caso 3 – mapa 2 – Família

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
Pai	Irmã	Madrinha da irmã 1
Mãe	Sobrinha 2	Madrinha do irmão 2
Irmão 2	Cunhado	Avós maternos
Irmão 3		
Irmão 5		
Irmão 6		
Sobrinha 1		

Tabela 8.2 – Caso 3 – mapa 2 – Amizade

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
	Amiga 4	Colega 1
		Colega 2
		Colega 3
		Colega 4
		Colega 5

Tabela 8.3 – Caso 3 – mapa 2 – Comunidade/Profissionais de saúde

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
	Obreira	Monitora CAPS
	Pastor	Médico 2 CSM
	Médica 4 ESF	Médico 3 OS
	Psiquiatra 3 CAPS	Psiquiatra 3 COM
	Psiquiatra 4 US	Psiquiatra 5 HCAB
		Auxiliar de enfermagem HCAB
		Médico 5 UBS 2
		Enfermagem UBS 2
		Agente de Saúde UBS 2
		Psicólogo 1 CAPS
		Recepcionista CAPS
		Assistente social INSS

Tabela 8.4 – Caso 3 – mapa 2 – Trabalho

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
	Senhora idosa	Patroa 2
		Chefe de limpeza
		Colegas do trabalho

Tabela 8.5 – Caso 3 – mapa 2 – Estudo

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
	Amigas do CEEBJA	Amigos do CEEBJA
		Professor do CEEBJA
		Professora do CEEBJA

Tabela 9 – Caso 3 – Tipos de função da rede social significativa

	Companhi a social	Apoio emocional	Guia cognitivo/ conselhos	Regulaçã o social	Ajuda material	Acesso a novos contatos
Pai	X	X	X	X	X	X
Mãe	X	X		X	X	
Irmão 1 (falecido)						
Irmã 1	X			X	X	X
Irmão 2	X		X	X	X	
Irmão 3	X	X		X	X	X
Irmão 4 (falecido)						
Irmão 5	X		X	X		
Irmão 6	X			X		
Sobrinha 1	X			X	X	X
Sobrinha 2	X					
Cunhado	X					
Madrinha da irmã 1	X					
Amigo 1	X					X
Amiga 1 (falecida)	X	X	X		X	X
Amiga 2	X				X	X
Filho da amiga 2	X					
Amiga 3	X					
Amigos da rua	X					
Obreira			X		X	
Pastor			X		X	
Amigas da igreja	X					
Médico 1 UBS 1			X		X	X
Médico 2 CSM			X		X	
Estagiários CSM					X	
Médico 3 OS					X	X
Psiquiatra 1 CPM					X	X
Psiquiatra 2 HBR			X		X	X
Ex - Patroa 1					X	
Amigas do colégio 1	X					
Avós maternos						
Madrinha do irmão 2						
Amiga 4	X		X		X	
Assistente social INSS						
Médica 4 ESF			X		X	X
Psiquiatra 3 CAPS			X		X	X
Monitora CAPS					X	
Psiquiatra 4 US			X		X	
Psiquiatra 5 HCAB						
Médico 5 UBS 2					X	
Enfermagem UBS 2					X	
Agente de saúde/UBS 2					X	X
Psicólogo CAPS					X	
Recepcionista CAPS					X	
Senhora idosa	X				X	
Patroa 2					X	
Chefe de limpeza						
Amigas do trabalho						
Amigas do CEEBJA 1	X		X			
Amigos do CEEBJA 2	X					
Professor do CEEBJA 2			X			
Professora do CEEBJA 2			X			

MAPA DE REDE SOCIAL SIGNIFICATIVA – CASO 3

Figura 9 – Mapa da Rede Social de Ágata anterior à 1ª internação psiquiátrica (mapa 1)

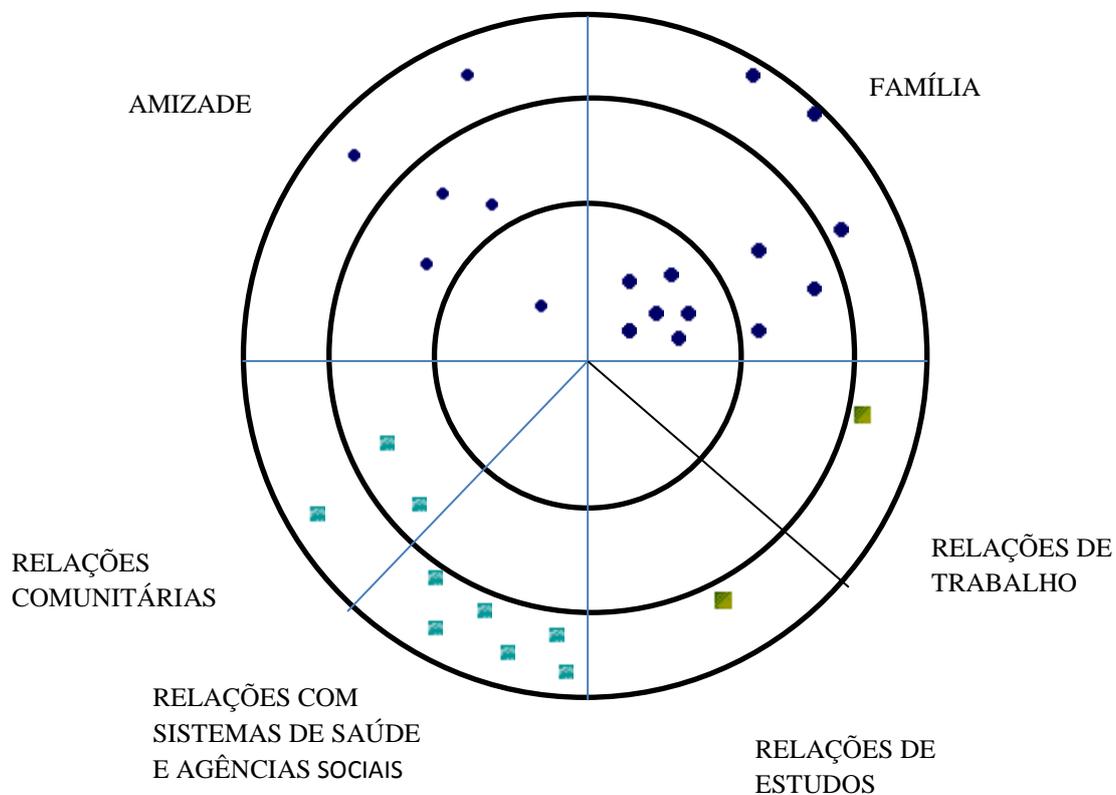


Figura 10 – Mapa da Rede Social de Ágata entre a 1ª e a 2ª internação psiquiátrica (mapa 2)

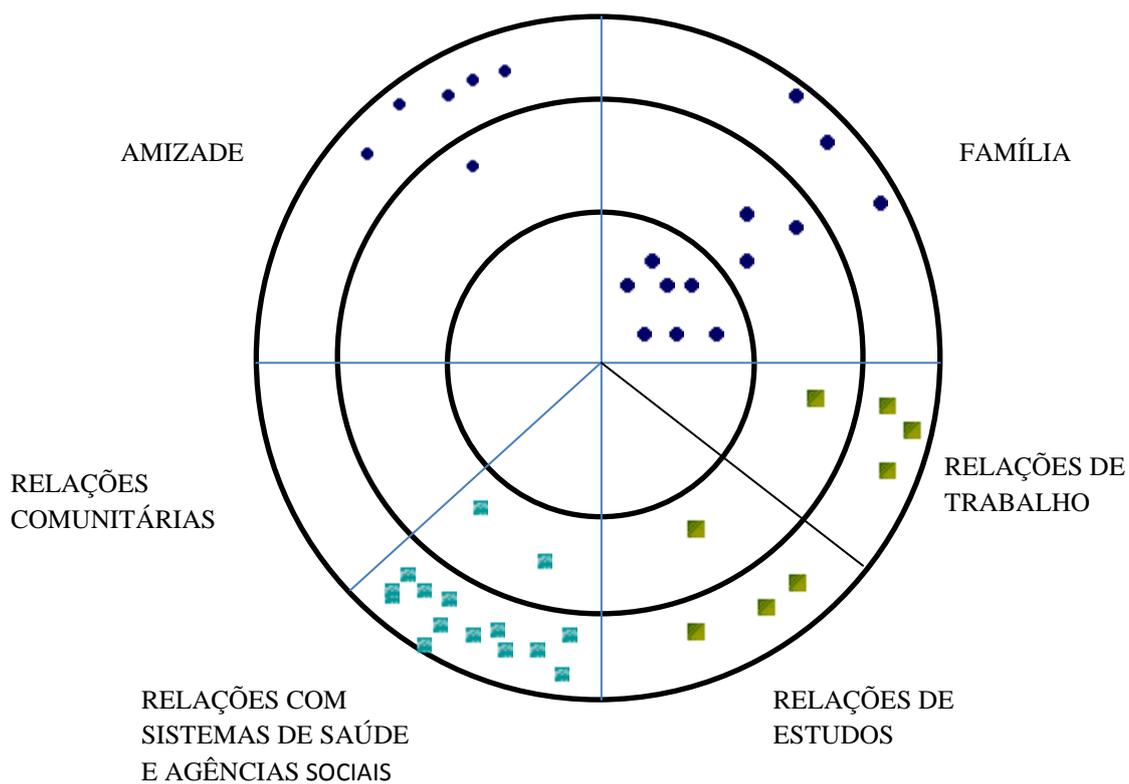
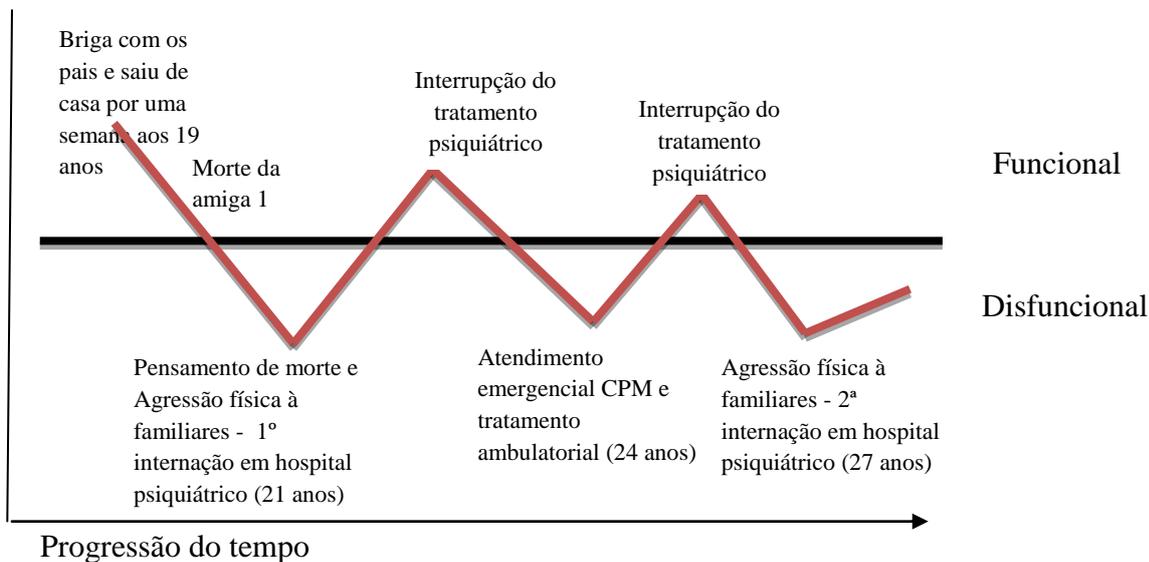


Figura 11 - Trajetória da narrativa de vida ocupacional de Ágata – caso 3



Análise dos resultados - caso 3

Observou-se que o tamanho da rede social de Ágata não é muito grande, havendo um acréscimo de membros da rede do mapa 2 (44) em relação ao mapa 1 (30), principalmente nas relações com profissionais de saúde, relações de trabalho e estudos. Em relação ao número de membros da família e da comunidade não houve alterações. A mudança de bairro não afetou os vínculos estabelecidos, pois a família permaneceu morando junta, e por ser um bairro que Ágata já frequentava anteriormente por causa da igreja. O tamanho da rede mostra-se pequeno em relação às amizades no mapa 1 onde os vínculos de amizade eram mais próximos. Ágata afirma ter sentido muito a morte de uma amiga pouco antes da primeira internação. Já no mapa 2 observa-se que a maioria é constituída por pessoas que ela conheceu na segunda internação estabelecendo vínculos temporários. Em relação à comunidade Ágata conta com poucas relações, são praticamente vínculos ligados à religião e que se mantiveram os mesmos. Já em relação aos sistemas de saúde, percebe-se um aumento significativo no tamanho da rede e da proximidade. Nas relações de trabalho e estudo também houve um acréscimo no número de membros.

Em relação à densidade da rede há pouca conectividade entre os membros da rede social pessoal de Ágata. Há uma conexão maior entre os familiares, principalmente nos momentos de crise. Verificou-se, porém, conflitos que dificultam a inter-relação, mas não

impedem o exercício da função de ajuda quando necessário. O pai busca ajuda principalmente nos serviços de saúde. O serviço de saúde, após o segundo internamento, fez uma busca ativa para a continuidade do tratamento. Não há conexão da comunidade religiosa com os familiares de Ágata. A religião que ela frequenta não é a mesma que a dos pais, assim como os irmãos que também procuraram outras religiões.

Na composição ou distribuição dos membros da rede social de Ágata, observa-se no mapa 1 uma concentração um pouco maior no quadrante da família em relação aos demais, e menor em relação ao trabalho e estudo. Já no mapa 2 que mostra o período entre o primeiro e o segundo internamento, houve aumento significativo no quadrante dos sistemas de saúde, e pequeno aumento no quadrante das relações de trabalho e estudo. O quadrante das relações de amizade tem poucos membros.

Quanto à dispersão ou acessibilidade não houve grande alteração, já que mesmo com a mudança de bairro permaneceram próximos ao bairro antigo e ativaram novos vínculos, principalmente nos serviços de saúde. O acesso é facilitado por transporte público e Ágata tem autonomia para locomover-se de ônibus, indo a outros bairros ou até mesmo outros municípios próximos, mas a maioria dos vínculos concentrou-se no mesmo território, tanto familiares, da comunidade, de amigos e serviços de saúde, assim como os sociais e ocupacionais. Quando Ágata trabalhava em município vizinho o acesso era estabelecido por meio de transporte coletivo. Ágata não tem contato com tios e avós tanto paternos como maternos. Observou-se que com a migração da cidade se distanciaram dos amigos.

Quanto à homogeneidade/heterogeneidade da rede social pessoal de Ágata, verificou-se homogeneidade no que se refere ao nível sócio cultural, pois a maioria dos membros, tanto familiares como de amizades, trabalham desde adolescentes para sustentar-se e ajudar na renda familiar. Estudam em escolas públicas e acessam os serviços de saúde pública. A maioria dos membros adota a religião cristã. Em relação à demografia, há heterogeneidade principalmente na família, e nas questões etárias há diferença entre os pais e as sobrinhas, sendo três gerações diferentes, e também em questão de gênero. Ágata tem vários irmãos e apenas uma irmã, com a qual não tem bom relacionamento.

Quanto à intensidade dos vínculos, apesar da grande convivência familiar, há muitos conflitos que os fragilizam. Há mais cobranças do que colaboração entre eles. Da

mesma forma, a intensidade dos vínculos de amizades é frágil e estes se referem aos ambientes de trabalho, escolares, religiosos ou de passeios, mais para diversão do que para ajuda mútua.

Tipos de função da rede social significativa:

No caso de Ágata, observa-se que a maior parte dos membros de sua rede social exerce funções ou de companhia social, especialmente os membros da família e os amigos, ou ajuda material por parte de alguns membros da família. Ágata manteve contato com alguns amigos por um determinado período de sua vida e relacionou-se principalmente com os serviços de saúde, com apoio a continuidade do tratamento tanto clínico como psiquiátrico.

Ágata tem poucos vínculos com função de apoio emocional. Contou que conversava bastante com seus pais, mas começou a isolar-se, ficar triste e evitar o diálogo. Encontrava, então, apoio emocional com a amiga que faleceu antes do seu primeiro internamento, relacionamento em que havia forte laço de reciprocidade. A função de guia cognitivo é estabelecida com membros que possuem certa autoridade em relação à Ágata, como o pai, irmão 2, pastor, obreira e alguns médicos. A regulação social é estabelecida principalmente com membros da família e com relações de trabalho. Alguns membros foram facilitadores para Ágata acessar novos contatos, seja de amizade ou encaminhamentos aos serviços de saúde e trabalho.

No período que antecedeu o primeiro internamento, o contexto em que Ágata se encontrava apresentava conflitos familiares, como o fato do pai fazer uso abusivo de álcool. Ágata começou a apresentar comportamentos diferentes frente à família, a isolar-se, entristecer-se, diminuir o diálogo com os pais, e sair com amigos que frequentavam bares. Fez uso de bebida de álcool, teve namorado e disse ter perdido a virgindade nessa época. Procurou ter sua independência frente à sua família saindo de casa, período em que apresentou sintomas como alucinação, delírio persecutório, pensamentos suicidas. Ágata buscou ajuda na Unidade Básica de Saúde onde foi orientada a conversar com sua família. Os conflitos típicos da adolescência não foram acolhidos pelo lar, talvez porque ela própria não contava com apoio de sua família nuclear ou extensa que poderia ter lhe auxiliado nesse momento difícil do desenvolvimento de adolescentes do sexo feminino, portanto as

questões de gênero podem ter interferido negativamente no desenvolvimento psicossocial de Ágata.

Nota-se que houve demora em iniciar o tratamento o que culminou no internamento. Pode-se levantar a hipótese de que a família não tinha clareza do que estava acontecendo com Ágata, enquanto ela, mesmo procurando ajuda na UBS, não sabia o que estava acontecendo, apenas sentia-se mal. Após o primeiro internamento, e com as orientações sobre a necessidade do tratamento, a família passou a perceber seu sofrimento e conseguiu acessar os serviços de saúde mental, como o CAPS II. Após alta do CAPS, ela continuou tratamento no ambulatório com atendimento psiquiátrico.

Após três anos, Ágata parou de ir ao ambulatório e de tomar a medicação psiquiátrica por conta própria, dizendo que amigas diziam que ela não precisava de tanta medicação. A partir daí começou a apresentar novamente os sintomas. Esse fato ilustra uma faceta negativa desse segmento de sua rede de apoio social, que pode ter bases estabelecidas em construções narrativas sócio-históricas sobre os transtornos mentais. A família apresentava dificuldade em lidar com os momentos de crise. Quando Ágata interrompia o tratamento, recusava-se a tomar medicação, chorava muito e ficava agressiva verbalmente. Nesse caso a família, juntamente com Ágata, buscou auxílio no Pronto Atendimento que a encaminhou para o CPM onde foi avaliada. Foi então iniciado o tratamento medicamentoso que evitou o internamento naquele momento. O tratamento consistiu-se apenas em terapêutica medicamentosa, segundo ela e o pai, na Unidade Básica Central, e então Ágata conseguiu retomar suas atividades em casa, no trabalho e voltou a estudar.

Percebe-se que enquanto ela manteve-se nesse tratamento conseguiu um convívio com familiares e com as relações de trabalho, estudo e comunidade, mesmo que alternando de escola e de trabalho. Ágata mantinha o acompanhamento na UBS para as outras questões clínicas com vínculo com a médica da equipe da saúde da família, mas não recebeu um acompanhamento psicológico mais adequado. Aqui se evidencia o papel dos dispositivos do SUS como substitutos na atualidade para as questões de migração em busca de emprego e renda que colocam as famílias longe de fontes primárias de apoio, ou seja, de suas famílias extensas.

Após quatro anos, interrompeu novamente o tratamento medicamentoso, alterando novamente o comportamento. Seus pais perceberam a dificuldade em lidar com ela, pois Ágata passou a recusar a medicação, a apresentar agressividade verbal e não ficava em casa, até o episódio de quebra de objetos quando o pai, o irmão 2 e a irmã buscaram ajuda para conseguir tratamento. Houve dificuldade em acessar o serviço de resgate, conforme a fala do pai, e também pela falta de estruturação do serviço de urgência psiquiátrica no município por não disporem ainda do serviço do SAMU e, possivelmente por carecerem de capacitação específica na área de saúde mental para atender a tais eventos. Nesse momento a rede familiar foi importante para conseguir uma intervenção para o atendimento no pronto atendimento, que conseguiu acolher e encaminhar ao CPM.

Ágata informou que dias antes do segundo internamento havia pedido para ser internada, mas depois desistiu. Mesmo resistindo ao internamento, após alguns dias mostrou-se acessível, aceitando o tratamento, realizando atividades de autocuidados, participando dos grupos com bom relacionamento interpessoal, tanto com a equipe do hospital como com outras pacientes internadas.

A rede de atenção à saúde mental constituída no município de Colombo apresenta-se com dispositivos de assistência como ambulatório de saúde mental, CAPS II e CAPS ad para atender os usuário. O matriciamento em saúde mental está sendo estruturado para realizar orientação, apoio às ESFs e gerenciamento de caso. No caso de Ágata observou-se que foram acionados os serviços de saúde, tanto em questões clínicas como da saúde mental, com iniciativas de Ágata e de familiares nos momentos de crise.

No caso da urgência e emergência, apesar de existir os dispositivos como Unidade de Pronto Atendimento, percebe-se uma fragilidade principalmente quanto ao acesso ao resgate com ambulância e com pessoal capacitado, já que o município não conta com SAMU. Na entrevista com o pai de Ágata ficou clara a dificuldade em acessar o serviço de resgate e o despreparo para situações de emergências psiquiátricas, mas após a chegada ao pronto atendimento o fluxo conseguiu ser efetivo e foi eficaz para evitar a internação no período entre o primeiro e o segundo internamento.

Observa-se a dificuldade de Ágata e de sua rede de apoio pessoal em manter uma continuidade do tratamento, por exemplo, quando ela interrompeu o tratamento medicamentoso por conta própria, deixando de ir ao serviço ambulatorial, que frequentava

com autonomia inclusive de locomoção e para a administração da medicação. Quando percebia que o comportamento de Ágata estava alterado o pai procurava acompanhar a administração da medicação, mas ela apresentava resistência. A família nesse momento não solicitava apoio da UBS, assim como não houve uma busca ativa por parte dos serviços de saúde quando houve o abandono do tratamento.

Além do tratamento, percebe-se que Ágata alternava em períodos que retomava os estudos. Interrompia essa atividade para trocar de colégio ou de turno, assim como no trabalho, e não se fixava no mesmo emprego por muito tempo. Na igreja havia períodos em que estava presente e em outros se afastava, saía com amigos e ia a bares. Em casa alternava com períodos em que ficava calma e colaborava em casa, além de trabalhar e estudar, com outros em que saía sem avisar e ficava mais agressiva. Percebe-se a dificuldade da família em lidar com as alterações de comportamento. Segundo Ágata o pai faz uso abusivo de álcool e fica agressivo verbalmente, havendo muitas brigas com os filhos e entre os irmãos. Essa situação no contexto familiar dificulta o suporte emocional para colaboração em lidar com os conflitos.

Ágata, quando está em tratamento, apresenta autonomia para colaborar com as atividades de rotina da casa, trabalhar, estudar, ir à igreja, passear e acessar os serviços de saúde, mas a continuidade dessa autonomia fica fragilizada com a descontinuidade do tratamento que só é percebida pela família quando já está desencadeando uma crise. Em relação ao tratamento clínico, Ágata vai sozinha procurar ajuda e tem continuado o tratamento, mas não parece esclarecida quanto à situação clínica, permanece com queixas como alterações corporais.

A rede social pessoal de Ágata tem sido favorável para que ela consiga resgatar e acessar novos vínculos de acordo com seus interesses e necessidades. Como não há uma conectividade entre os membros e alguns vínculos são fragilizados, a integração é dificultada, o que prejudica o apoio necessário que evitaria o desencadeamento de crises.

Em relação à rede social pessoal é mister sublinhar que Ágata ainda não estabeleceu outra relação pessoal tão significativa quanto a que havia entre ela e a amiga que faleceu, fator que deixa um vácuo no apoio tão necessário nessa fase de seu ciclo vital.

6.4 APRESENTAÇÃO DO CASO 4 – JADE

Na primeira entrevista, Jade não sabia se a família iria concordar em participar, pois não gostavam muito de falar sobre as coisas que aconteceram no passado, mas que isso não a impediria de participar. A pesquisadora esclareceu que a participação era voluntária

Na segunda entrevista, Jade havia passado o final de semana em casa e conversado com os pais sobre a pesquisa e descobriu que tinha parentes com o mesmo problema que ela, o que até então não sabia. Continuava achando que os pais não iriam aceitar participar, mas que ela não se importava de falar. Também expressou seu desejo de receber alta devido a um falecimento na unidade de tratamento. Havia pedido que a família solicitasse a alta, mas eles preferiram completar o tratamento no hospital para depois sair com encaminhamento adequado.

No dia de sua alta, vieram o pai e um irmão buscá-la. A pesquisadora conversou com os familiares sobre a pesquisa, o pai e Jade concordaram em realizar a terceira entrevista. A entrevista foi realizada em uma sala mais próxima da unidade de tratamento, porém mantendo o sigilo e a ética proposta na pesquisa.

Jade participou do início da entrevista e estava ansiosa pelo momento da alta. Seu irmão ficou aguardando ser chamado para o atendimento familiar. A equipe foi informada sobre o local onde eles se encontravam, mas mesmo assim Jade pediu para aguardar no corredor com o irmão pelo atendimento familiar do procedimento de alta. O pai continuou a entrevista, e ao término foi encaminhado para aguardar o atendimento e orientações para alta de Jade.

História do caso 4

Jade tem 32 anos, cursou até a 8ª série, mas não completou o ensino fundamental. Casou-se com 16 anos, é separada e tem quatro filhas de pais diferentes, sendo que apenas a primeira é fruto de seu casamento. Mora no município de Pinhais-PR e sempre residiu no mesmo bairro com os pais, as filhas e um irmão que está aumentando uma parte da casa separadamente para morar com sua namorada e filha de oito meses. Moram no mesmo terreno, mas em uma casa nos fundos, outro irmão, a cunhada que está grávida e uma das enteadas desse irmão. O irmão mais velho mora no mesmo bairro com a esposa e há uma

irmã que mora com o marido e a filha a poucas quadras da casa de Jade. Jade tem quatro irmãos no total, três homens e uma mulher. É a segunda filha, tendo um irmão mais velho. Depois dela há uma irmã, depois os dois irmãos que moram no mesmo terreno que ela e os pais.

Jade não trabalha fora e nunca trabalhou com registro em carteira; trabalhou por um mês em uma distribuidora no serviço de limpeza, não permaneceu, pois a filha mais nova tinha dois meses e não se adaptou com outro tipo de leite a não ser o materno. Jade diz que sempre trabalhou em casa, ajudando nas tarefas como lavar e passar a roupa, limpar a casa, fazer comida e manter a casa arrumada, ajudando a mãe que apresenta muitos problemas de saúde. Jade não recebe benefício do INSS; recebe pensão do pai da 4ª filha, que está com sete anos. Quem mantém a casa e a família é o pai, que é aposentado e congrega como pastor na igreja evangélica. Os irmãos trabalham fora e a irmã não trabalha fora, mas ajuda o marido que tem uma oficina e também ajuda bastante a mãe e Jade a cuidar das filhas de Jade quando ela não está bem, principalmente quando está internada.

Ao recordar sobre o início dos seus problemas, contou que houve um episódio aos 15 anos, quando teve seu primeiro namorado. Após o rompimento ficou por dois meses desacordada, mas não lembra o que aconteceu. Disse que sua mãe conta que ela falava e pedia coisas, mas ela não se lembra de nada e depois voltou ao normal. Ela complementa dizendo que se sentiu pior depois da separação do marido.

Jade considera que seus problemas se iniciaram após a separação. Casou-se aos 16 anos e separou-se aos 17, logo após o nascimento da primeira filha. Tentaram reatar o relacionamento algumas vezes, foi morar com a sogra, mas mesmo assim não deu certo. Comenta que os pais não queriam que ela tivesse se casado tão nova, mas que se casou mesmo assim. O ex-marido, segundo relatou, era agressivo quando namoravam e seu comportamento piorou após o casamento. Ela conta que ele infringia a ela agressões físicas e humilhações perto de outras pessoas. Jade não tem contato com o ex-marido há 13 anos, mas ainda continua casada oficialmente. Entrou com o pedido de divórcio há pouco tempo. O ex-marido não tem contato com a filha, não a ajuda financeiramente, e mora em um município de Santa Catarina.

Jade conta que após o nascimento da primeira filha e da separação começou a apresentar desmaio, convulsão, e que ficou em choque, sem saber o que fazer, porque

achava que o casamento deveria durar a vida inteira. Nesse período não procurou tratamento, e depois de um tempo, o médico-clínico 1 da UBS passou a lhe receitar calmantes porque Jade se queixava que não conseguia dormir. Comentou que sempre teve tal dificuldade, mas que tinha piorado e que com a medicação conseguia dormir melhor.

As filhas têm 14, 12, 10 e 7 anos de idade. As outras três filhas foram fruto de relacionamentos breves. Disse que não podia tomar qualquer medicação depois que teve a primeira filha, e que quando soube que estava grávida da terceira filha ela já estava quase nascendo, aos sete meses. Os pais das duas filhas do meio também não ajudam com pensão, e Jade entrou com processo judicial para requerer a ajuda; apenas o pai da filha mais nova paga pensão e mantém bom relacionamento com ela. Às vezes encontra a filha, mas não a ajuda a cuidar porque é casado e a esposa não quer ver ou cuidar da criança. A filha também está tendo dificuldades em relação ao pai.

Jade diz que quando ela não está bem fica de “dois tipos”: ou fica dentro do quarto, vendo televisão, não sai e evita contatos, ou não para em casa, anda muito sem saber para onde ir, volta tarde para casa, às vezes não volta e fica dias fora, vai para casa de uma amiga da igreja, mas liga para o cunhado vir buscá-la, pois tem medo que sua mãe fique brava. Segundo informou, frequenta bares, faz uso de bebida alcoólica e fica com os homens que encontra, e, segundo ela, faz coisas que no estado normal tem vergonha. Conta que ia a bares “da pesada”, mas não usou drogas, mas misturava álcool com remédios. Quando indagada pela pesquisadora sobre como ela se sentia, Jade disse que não sentia nada, fazia as coisas sem saber o motivo e depois sentia um vazio. Conta que na hora achava que estava se vingando dos pais e depois se arrependia.

Nessas situações os pais ficavam muito preocupados e saíam para procurá-la. Segundo o pai, houve situações anteriores em que durante essas saídas Jade acabava engravidando e por isso fez laqueadura para não engravidar mais. Frente às situações anteriores, os pais procuram controlá-la, limitá-la, mas não a prendem.

Em relação ao que antecedeu o primeiro internamento, o pai comentou que Jade estava fazendo tratamento com calmante que o médico da UBS receitava, mas que ela mesma cuidava da medicação, até que ingeriu uma grande quantidade de remédios. Quando perceberam levaram-na no Posto 24 horas (Unidade de Pronto Atendimento do Município), mas como havia passado várias horas já não adiantava fazer lavagem

estomacal. Ficou em observação e depois foi encaminhada para o CPM para avaliação e então encaminhada para internação no HCAB.

Jade conta que antes do segundo internamento também saía muito de casa, mas voltava, tomava banho, se arrumava, comia um pouco e saía novamente. Não estava tomando a medicação de forma adequada porque achava que não estava fazendo mais efeito. Discutia com os pais, e, de acordo com ela, achava que estava certa e queria mostrar como era o mundo lá fora. Disse que eles sempre falavam com ela e ficavam calmos, principalmente o pai, a mãe é mais nervosa.

Após alta hospitalar do primeiro internamento, Jade foi encaminhada ao CAPS II em Pinhais. Passou por uma consulta com o médico da UBS do seu bairro e uma semana depois iniciou o tratamento no CAPS, permanecendo em tratamento por aproximadamente oito meses, duas vezes por semana. No CAPS foi trocada a medicação com a qual Jade havia saído do HCAB e parecia estar adequada, mas com a alteração ela começou a passar mal, apresentando vômitos, e parou de tomar uma das medicações. Seu pai foi conversar com a psiquiatra do CAPS que retirou a medicação, sem fazer substituição.

Recebeu alta do CAPS e foi encaminhada para ambulatório de psiquiatria a cada dois meses, e quando precisava de medicação nesse intervalo, era atendida na UBS pelo médico-clínico. Permaneceu em tratamento ambulatorial por um ano e dois meses. Tomava a medicação em casa, mas fez algumas interrupções por conta própria e assim os sintomas voltaram. O pai informou que ou ele ou a mãe a ajudavam a lembrar dos horários da medicação. Quando Jade parou de tomá-los e não comunicou aos pais, que passaram a não confiar nela.

No primeiro ano após o primeiro internamento, Jade quase não saía de casa e, quando queria sair, ia sempre acompanhada. Os pais ficavam com medo que ela piorasse, mas depois começaram a ter mais confiança, percebendo que ela estava melhor e a deixavam sair sozinha para pagar uma conta ou ir ao mercado. Jade conta que começou a desviar-se do caminho, ia aos bares e “aprontava”, mas voltava à tarde para buscar as filhas no colégio porque não queria que as filhas vissem o que ela estava fazendo. Contou que um dia se atrasou para ir buscar as filhas e seu pai já tinha ido buscá-las. Disse que sente uma ansiedade tão grande que não consegue ficar dentro de casa.

Jade comentou que, de acordo com sua percepção em relação aos seus relacionamentos amorosos, tem dificuldades como insegurança, ciúme e medo de que a relação não dará certo. Acrescentou que se lembrava de que quando tinha 15 anos e ficou dois meses “ausente” foi pelo fim do namoro, e se sentiu da mesma forma após a separação e antes do primeiro e segundo internamentos. Também estava namorando um rapaz que mora perto de sua casa, mas que os pais não conhecem. Disse que ele é motoqueiro, sai com os amigos, mas não com outras mulheres. Jade conta que ficava com muito ciúme e saía para procurá-lo e conversavam durante horas ao telefone. Jade disse que terminou com ele uns quatro meses antes do segundo internamento, pois achava que a relação não estava dando certo e queria melhorar, mas mesmo assim, não conseguiu. Ela conta que não se alimentava, cozinhava, mas não comia, apenas fumava e tomava café tanto de dia como à noite.

Comentou que também sente insegurança em relação a outras pessoas, acha que seus familiares não contam toda a verdade, que estão escondendo algo, e mentem, mas que não reage e não fala com eles sobre essa sensação.

O pai também comentou sobre o rapaz, que ele ligava de madrugada, incomodava Jade e acha que ele a estava iludindo. Ela não conseguia dormir durante a noite e nem durante o dia. Jade começou a apresentar os sintomas cerca de 3 ou 4 meses antes do internamento. Segundo o pai, primeiro tentaram conversar com ela, porque ela queria alugar uma casa e ir morar com esse rapaz que a família não conhecia.

A situação foi piorando e Jade conta que, começou a beber; disse que bebeu por duas vezes, em grande quantidade, e da última vez quase entrou em coma alcoólico. O cunhado a encontrou desmaiada. Ela não se lembra de nada, perdeu o celular, a bolsa, e estava machucada. Alguém avisou que ela estava caída na rua, perto do bar e a mãe estava preocupada que acontecesse algo pior. Jade disse que não se lembrava do que aconteceu.

O pai informou na entrevista que Jade costuma ser o “braço direito” da mãe, ajudando nas tarefas domésticas. Ele considera que a recaída que antecedeu ao segundo internamento aconteceu por ela não estar tomando a medicação corretamente e ter querido mais liberdade, saindo de casa. Não aceitava os conselhos e começou a ficar agressiva verbalmente, não dormia direito e ameaçava ir embora. Deixou a residência por cerca de dois dias, foi para casa de uma amiga, fez uso abusivo de álcool e deixou as crianças.

Quando voltou para pegar algumas roupas, os familiares a levaram ao CPM, onde o médico que a atendeu era o mesmo que a atendia no ambulatório em Pinhais. Foi avaliada e orientada para fazer o tratamento em casa. O pai contou que a filha estava agitada há alguns dias e com a ajuda das outras filhas, perceberam que ela escondia os remédios, guardava e depois tomava todos de uma vez, e passaram então a verificar com mais atenção se ela realmente estava tomando os remédios no horário certo.

Jade contou que antes do primeiro internamento ela ouvia vozes, via pessoas mortas que a chamavam, tinha pensamento suicida e misturou remédio com bebida por que queria morrer. Comentou que antes do segundo internamento não chegou a ter esses sintomas. Tinha dia que chorava bastante sem motivo, e a irmã a acompanhou ao médico. Ele mudou a medicação, mas mesmo assim não houve melhora, e então o médico indicou a internação. Jade disse que na primeira consulta queria o internamento, mas que a família e o médico acharam que poderia esperar e tentar fazer o tratamento em casa. Depois de uma semana, Jade não queria mais ser internada e ficou enraivecida, mas não houve melhora. Segundo o pai, ela estava bastante irritada e ameaçava tirar a própria vida, então o médico indicou o internamento.

Jade reconheceu que precisava do tratamento e depois de algumas semanas internada sentia-se melhor. Alteraram algumas vezes a medicação até encontrar a certa, pois estava ficando muito sonolenta no início. Conta que está conseguindo dormir melhor à noite, sente um pouco de sono durante o dia, mas prefere assim. Está se alimentando melhor, nos horários mais adequados, porque antes da internação quase não comia, fumava e bebia muito café. Nos dias que antecederam a segunda entrevista, houve o falecimento de uma paciente que estava internada na mesma unidade de internamento. Jade comentou que ficou muito chocada com o que aconteceu, e que ficou com medo que acontecesse com ela também. Entrou em contato com a família e solicitou que a buscassem, pois estava com medo. A mãe tranquilizou-a e concordaram que ela terminaria o tratamento no hospital, para sair com encaminhamento correto e continuar o tratamento após a alta.

Jade comentou que não entendia porque era assim, pois teve uma infância tranquila e os pais sempre se deram bem. Contou que os pais não gostam de falar muito das coisas do passado, mas que durante licença que passou o final de semana em casa e descobriu que sua avó e tia paterna também tinham o mesmo problema. Disse que a tia teve uma crise aos 15 anos e ficou alguns meses com sintomas semelhantes aos de Jade, também fez uso de

álcool, mas não chegou a ser internada e depois não teve mais problemas. Não soube dizer, mas acha que a tia não faz tratamento. Já a avó chegou a ser internada várias vezes, fazia uso abusivo de álcool, e faleceu há cerca de nove anos, devido a um derrame, que não sabem se foi devido ao álcool. Jade falou várias vezes que seus pais não gostam de falar sobre essas coisas, pois machucam muito, que não achavam que seria bom ela conversar sobre o assunto nas entrevistas e que provavelmente não participariam da pesquisa, mas acabaram concordando. Jade disse que também não gosta muito de falar sobre o passado, mas que não se importa de falar.

Jade manifestou intenção em continuar o tratamento ambulatorial em psiquiatra particular caso o psiquiatra do ambulatório continuar sendo o mesmo do CPM, pois não gostou da atitude do médico em ter indicado a internação. Pensava em ir a cada 2 ou 3 meses ao ambulatório e nos intervalos ir à UBS para atendimento com o médico clínico para pegar medicação. Comentou que para conseguir consulta na UBS é necessário levantar muito cedo, mas que a agente de saúde liga para a casa dela agendando a consulta, tanto para ela, como para a mãe, o pai, e as filhas. A mãe faz tratamento para controle de diabetes, colesterol, hipertensão, “nervos” e artrose. Jade conta que uma tia, irmã da mãe, faleceu há cerca de dois anos devido à artrose; que o pai faz tratamento para o coração e tem três pontes de safena, por isso não pode mais dirigir, e que a filha de 12 anos teve uma crise de dor renal que está sendo investigada.

Disse que não quer continuar o tratamento no CAPS, pois segundo ela o local é muito agitado e prefere um local mais calmo onde possa ficar em paz. Conta que quando estava no CAPS participava de oficinas onde fazia atividades de desenho, bijuteria e jornais com recortes de revista, mas não via muito sentido nas atividades. Além das oficinas tinha consulta com a psiquiatra, mas não com psicólogo ou assistente social. Lembrava-se de conversar com eles apenas quando começou a ir no CAPS. Não era muito comunicativa mas fez dois amigos, e um deles morava no mesmo bairro que ela, mas não mantiveram contato. Para ir ao CAPS o cunhado a levava de carro. Jade conta que solicitou à psiquiatra que não continuasse mais no CAPS na época em que começaram os ensaios de quadrilha para festa junina, porque não gostava de dançar e preferia outras atividades. O pai contou que Jade também ajudava na oficina do cunhado e a limpar a casa da irmã, então tinha outras atividades de interesse. Foi quando recebeu alta do CAPS e continuou o tratamento no ambulatório de psiquiatria.

Jade disse que conta muito com a ajuda de todos da família, mas principalmente da mãe e da irmã, que mesmo sendo mais nova do que ela, a ajuda muito, e está sempre pronta para ajudar. Ao lembrar-se da irmã e da mãe Jade ficava emocionada, mas conseguiu continuar a entrevista. Jade disse que conversa bastante com o irmão mais novo, que conta tudo para ele e ele também conta suas coisas para ela, e acha que ele a ajuda mais do que o contrário.

Jade também conta com a ajuda de uma amiga que frequentava a igreja onde seu pai congrega. Ela é mais velha e tem um filho, e nas ocasiões em que saía de casa ia à casa dessa amiga. Jade disse que não tem muitos amigos, porque não considerava como amigos as pessoas que encontrava nos bares, já que depois que saíam de lá não se encontrava mais.

Histórico de participação ocupacional – caso 4

Histórico das atividades de vida diária

Jade disse que ajuda a fazer as tarefas de casa. Sua rotina diária é acordar, fumar, limpar a casa, lavar a passar a roupa. Faz as tarefas devagar, pois segundo ela a mãe não gosta que faça tudo com pressa. Gosta de deixar a casa sempre arrumada e as coisas no lugar. Faz o almoço, às vezes se reveza com a cunhada que mora na casa dos fundos, mas comem em casas separadas. Quando termina assiste televisão. O pai comentou que Jade é o braço direito da mãe e a ajuda bastante nas tarefas de casa, que fica por conta dela, mas que quando não está bem, tenta cumprir com suas responsabilidades, mas deixa as tarefas pela metade e fica irritada se passam ou sujam onde ela já limpou.

Jade cuida das filhas e diz que precisa falar para elas irem tomar banho, fazer as tarefas na hora certa. Comentou que fica preocupada enquanto está internada e pergunta para mãe e para a irmã como as meninas estão se comportam. Jade conta que as filhas a ajudam quando ela não está bem, e que quando ela pede para elas ficarem quietas e se comportarem elas colaboram. Demonstrou carinho com as filhas, e se emocionava ao dizer que quando não está bem, e sai às vezes se esquece das filhas.

Ela conta com a ajuda da irmã e do pai para cuidar das filhas quando não está bem. É ele que as leva ao colégio e acompanha a mais velha até o ponto de ônibus e a Jade quando precisa ir à UBS para tratamento. O pai comentou que Jade casou-se aos 14 anos contra a vontade dele e da mãe, engravidou muito cedo e não ficou casada por muito

tempo, além de ter tido as outras filhas, e como avô assumiu a responsabilidade de cuidar e dar educação às suas netas. Disse também que com essas situações Jade não trabalha fora e acha que não conhece muito da vida fora de casa e talvez sonhe em querer fazer alguma coisa, mas eles a limitam.

Quanto ao cuidado pessoal, Jade comentou que nunca deixou de se arrumar e fazer sua higiene pessoal. Gosta de se maquiar, mesmo quando não estava bem, e voltava para casa pelo menos para tomar banho e se arrumar e depois saía de novo.

Histórico de atividades educacionais e laborais

Jade começou a estudar com 7 anos de idade. Conta que nunca reprovou e cursou até a 8ª série, mas não completou o ensino fundamental. Casou-se aos 16 anos e logo engravidou, e então não voltou mais aos estudos. Lembrava-se que na época da escola os amigos moravam por perto e eram como irmãos, iam e voltavam juntos do colégio. Contou que ela era mais quieta e que a irmã fazia amizades mais facilmente. Jade costumava sair com o grupo de amigos da irmã e iam a festas, mas ela ficava afastada, conversava pouco e não gostava da companhia de outras pessoas. Depois de um certo tempo os amigos de escola acabaram se afastando, e como Jade casou nova, também acabou se afastando dos amigos. Disse que atualmente é o contrário, conversa mais e faz amizade mais facilmente do que a irmã.

Jade comentou que trabalhou fora apenas uma vez quando a filha mais nova tinha 2 meses. Trabalhou no serviço de limpeza de uma distribuidora por um mês. Disse que gostou de trabalhar fora, que também gostava do seu serviço e chegaram a convidá-la para fazer a limpeza na casa dos donos da distribuidora. Foi indicada por uma prima que trabalhava na empresa, mas parou de trabalhar para cuidar da filha. Não chegou a ter registro em carteira ou recolhimento do INSS. Jade pensa em trabalhar fora, mas não gosta de trabalhar em casa de família.

Histórico de atividades de lazer e socialização

Jade conta que gosta de sair e conhecer pessoas, mas acha que está difícil confiar nos outros; que não sai sempre com as mesmas pessoas, mas gosta de sair sozinha; que não tem muito contato com os vizinhos e que quando está normal não gosta de ir a bares, mas quando está “atacada vai bastante”.

Ela diz que às vezes sai junto com a irmã para fazer compras em lojas. Gosta de assistir televisão, e assiste geralmente no quarto com as filhas. Quando tem oportunidade vai com elas ao parque aquático, (pesque-pague) ou à praia. Não gosta de pescar, mas gosta de entrar na água e, apesar de não saber nadar e ter medo de se afogar, se diverte. Na entrevista o pai disse que não sabe o que Jade gosta de fazer como atividades de lazer, mas que percebeu que quando foi ao pesque-pague com as filhas, a irmã, o cunhado e a sobrinha, voltou bastante animada. Ele comentou que quando ela está bem vai à igreja, mas quando não está bem, no caminho para a igreja ela se desvia e vai para outros lugares e conhece outras pessoas.

Jade disse que não gosta de dançar, mas gosta de música calma e ler romances, e que não tem paciência para atividades como pintura ou artesanato, mas gosta de plantas. Tem plantas em casa, mas quem cuida é a mãe, e Jade cuida quando a lembram. Tem um cachorro que era da irmã, mas que agora quem cuida é o pai.

Ela diz que gosta de jogar vôlei e esportes em que não precisa correr muito, pois não consegue. Gosta de cozinhar e arrumar a casa, e que quando está muito agitada ou nervosa procura roupas para lavar e depois passar, para se distrair.

Jade gosta de andar de moto, mas não tem carteira de motorista e não sabe se pode tirá-la com as medicações que toma. Às vezes sai com a moto do irmão, sem os pais saberem, dá uma volta rápida pelo bairro, e volta logo. Comenta que o irmão 2 também gosta de moto e já teve alguns acidentes, mas não deixava Jade dirigir sua moto. O irmão 3, que empresta a moto à Jade, está tentando vendê-la, pois sua namorada sofreu um grave acidente quando estava com 2 meses de gravidez. Jade comentou que o rapaz com quem saía era motoqueiro e que quase não saíam de moto juntos, mas falavam-se mais por telefone e às vezes ela saía escondida.

Dados da rede de serviços em saúde mental no município de Pinhais – PR

Pinhais tornou-se município em 1992, e antes pertencia ao município de Piraquara. Tem uma área de aproximadamente 60 km², está localizado na região metropolitana de Curitiba e faz divisa com os municípios de Colombo, Curitiba, Quatro Barras, São José dos Pinhais e Piraquara. Tem uma população de aproximadamente 112 mil habitantes (2009), e conta com 15 bairros e inúmeras vilas. A economia é voltada para a indústria,

principalmente de metal-mecânica e plásticos, além de estabelecimentos comerciais e prestação de serviços. (PINHAIS, 2012).

A Gerente de Saúde Mental da SMS Pinhais forneceu dados sobre a rede de atenção psicossocial no município.

O município não tem gestão plena e as ações são vinculadas ao governo de estado do Paraná. Nessa relação o estado e o município tentam pactuar as responsabilidades de cada ente federado, buscando esclarecer e equilibrar quais as atividades são de responsabilidade do estado e quais são do município. Com a mudança de gestão do estado, está sendo reconfigurada tal relação.

A SMS de Pinhais está vinculada à 2ª Regional de Saúde. O acompanhamento é realizado por reuniões mensais entre a coordenação Regional de Saúde Mental e a Gerente Municipal de Saúde Mental, e a rede de atenção à saúde mental está sendo reestruturada.

A rede de saúde mental no município começou a se estruturar a partir da obrigatoriedade do dispositivo CAPS por meio de portarias do MS em 2006, ano em que foi inaugurado o CAPS II, e quando pôde contar com uma Coordenação de Saúde Mental para a estruturação da rede. Anteriormente havia o Centro de Atendimento de Psicologia e a contratação do atendimento psiquiátrico.

Atualmente o município conta com o ambulatório de psiquiatria e psicologia, que não está ligado à gerência de saúde mental. O centro de especialidades atende várias demandas e conta com outros profissionais, como fisioterapeuta e assistente social.

A Gerência de Saúde Mental coordenada as ações de saúde mental na Atenção Básica, CAPS II, CAPS ad e mantém contato com o Centro de Especialidades, CREAS e parcerias com outras secretarias com a de Esporte e Cultura.

A Atenção Básica coordena as ações como o Programa de Tabagismo, assessorando o poder judiciário nos processos de interdição, perícias e curatela quando solicitada avaliação e laudo pericial (para organização deste serviço o município contratou um psiquiatra forense).

A partir de 2010 começaram a ser realizadas reuniões mensais nas UBS para esclarecimento do fluxo de saúde mental, sensibilização para o atendimento de saúde

mental também pela atenção básica responsável no território, principalmente nos casos leves, indicando encaminhamento para ambulatório os casos moderados e apenas casos graves aos CAPS.

Em 2011, foi realizado acompanhamento do processo de capacitação das ESF e continuação das reuniões mensais nas UBS, aprofundando a temática sobre os transtornos mentais e reforçando o acompanhamento sobre o fluxo. Tem sido estimulada a execução de projetos nas UBS para realização de ações com foco na saúde mental com a participação da equipe de saúde mental, como grupo sobre stress, por exemplo. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) estão sendo orientados para a identificação de casos de transtornos mentais e dependência química com acompanhamento da equipe de Saúde Mental nas visitas domiciliares, o que proporciona maior interação entre as UBS e ACS.

Desde 2009 as UBS instituíram reuniões quinzenais para as equipes da unidade e ESF discutirem assuntos administrativos e temáticos, e para isso a UBS fecha para atendimento ao público uma hora mais cedo. Ainda não há uma regularidade para discussões de casos, e quando há uma demanda é feito o gerenciamento do caso junto com as equipes da UBS/ESF e Saúde Mental, que também realizam visitas em conjunto. Revisam a questão de atendimento apenas se o usuário procura o serviço, mas buscam alternativas necessárias para cada caso em questão, fazendo-se um diagnóstico da situação psicossocial, condições familiares e responsabilização dos diversos atores, ESF, Saúde Mental, familiares e indivíduo. Exemplo: em um caso de difícil adesão aos tratamentos tradicionais, com vários internamentos em hospital psiquiátrico e dificuldade em aceitar medicação, o pai constantemente buscava ajuda nos serviços de Ação Social, pois o filho ficava perambulando pelas ruas e em situação de vulnerabilidade. A equipe de Saúde Mental fez visita domiciliar, e modificou o esquema medicamentoso para injetável. A administração da medicação ficou sob a responsabilidade da ESF no domicílio, com acompanhamento pela equipe multiprofissional para demais questões psicossociais, objetivando diminuição das reinternações e dificuldades sociais.

Atualmente o município tem 9 UBS e 13 ESF e mais 3 UBS serão implantadas. Até o momento não há NASF devido à necessidade de completar os profissionais das ESF.

O CAPS II está em funcionamento com credenciamento no MS. O foco do trabalho busca a não institucionalização, ou seja, que o usuário não permaneça no CAPS, mas possa se beneficiar de outros dispositivos da rede.

Em 2007 iniciou-se o processo para implantação do CAPS ad, que atualmente está em funcionamento, mas ainda não está credenciado no MS porque algumas adequações são necessárias. O município está financiando o serviço.

Pinhais possui um Pronto Atendimento 24 horas, localizado atrás do Hospital e maternidade, que é pequeno e atende casos variados. Realiza encaminhamentos para o tratamento mais adequado, seja ambulatorial, CAPS ou internação via CPM. Será implantada uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) no município que está sendo construída com recursos do MS. Trata-se de uma área mais ampla e a gestão será do município com a contratação de prestação de serviço - possivelmente da empresa terceirizada que atualmente é contratada para o hospital -, e contará com pronto atendimento, serviços de fisioterapia e psiquiatria.

Fluxo de atenção em saúde mental

A porta de entrada na rede de atenção em saúde mental é a UBS. O usuário é atendido pelo médico clínico que encaminha o tratamento que passa pelo Departamento de Central de Vagas (DECAL), que tem a função de regulação de vagas para atendimentos especializados. É marcado atendimento ambulatorial psiquiátrico e/ou psicológico no Centro de Especialidades ou o atendimento no CAPS II ou CAPS ad.

O CAPS funciona como porta aberta e não é obrigatório passar pela UBS anteriormente. Há um profissional que faz o acolhimento e a triagem e depois é feito o contato com a UBS do território daquele usuário, para acompanhamento. Quando o usuário recebe alta do CAPS é encaminhado para continuidade do tratamento em atendimento ambulatorial.

Egressos de hospital psiquiátrico, gestantes e idosos que necessitem do tratamento têm prioridade para atendimento no CAPS e são inseridos no programa automaticamente. O CAPS faz acompanhamento dos casos que necessitem internamento, e se o usuário não retornar o serviço tem como fazer a busca ativa. Em casos que o usuário sai de alta

hospitalar com encaminhamento para CAPS e não procura a UBS ou o CAPS, não há registro da alta ou do encaminhamento.

Há um projeto piloto em andamento para melhorar a comunicação e adesão ao tratamento de egressos do HCAB, iniciado em 2012. No planejamento de alta hospitalar o serviço social do HCAB avisa via e-mail a equipe de saúde mental do município com uma semana de antecedência do dia da alta. A equipe faz o agendamento para consulta no CAPS e comunica o serviço social do HCAB que passa as orientações ao usuário e familiares no dia da alta. Caso o usuário não vá para o atendimento no CAPS, a equipe tem como fazer a busca ativa. Segundo a informante esse método tem trazido bons resultados em relação à adesão ao tratamento e à diminuição de reinternações.

Para casos de urgência e emergência psiquiátrica a população pode acionar diretamente o CAPS ou a UBS; se for necessário transporte, entra em contato com o Setor de Remoção Geral para todo o município. O serviço conta com um técnico de enfermagem para acompanhamento nos casos específicos, além do acompanhamento familiar. Em casos graves, os profissionais vão à unidade de pronto atendimento para encaminhar tratamento. Em casos de internação, vão ao CPM que encaminha para o hospital que tem vaga para internação. A ambulância do município faz o transporte necessário, mas como atende todas as situações de emergência é necessário deixar o usuário com familiar no CPM e após este ser atendido, retornam para levá-lo até o local de tratamento.

Em relação ao serviço de urgência e emergência, estão em processo de negociação com a SESA sobre a implantação de SAMU para municípios da região metropolitana. Já dispõem de ambulâncias, mas ainda precisam estruturar uma central de urgência e emergência.

Rede intersetorial e reinserção social

A parceria com o CREAS está sendo organizada com reuniões bimestrais para discussão sobre o fluxo de atenção psicossocial de casos de pessoas com transtorno mental que estão albergados, que devem participar do CAPS ad. Há reuniões com a equipe do CRAS para esclarecimentos sobre os CAPS II e CAPS ad.

Para pessoas em situação de rua, há apenas o albergue como forma de abrigo. Como não dispõem de outras estruturas muitas vezes permanecem também durante o dia.

O CRAS tenta a inserção social resgatando vínculos com a família, e providenciam documentação como carteira de trabalho.

O município não tem serviço de residência terapêutica, e os casos de pessoas com transtorno mental grave e sem vínculos familiares ficavam em asilos. A assistência social do município está encaminhando para casas mais adequadas em outros municípios, com a transferência de recursos. A gerência de saúde mental tentou negociar com a SMS para implantação de serviço residencial terapêutico, mas como eram apenas dois casos, não conseguiriam pelo MS e o município teria de arcar com recursos próprios que dispunham no momento.

Em relação aos casos de internação compulsória, interdição e curatela, a equipe de saúde mental tenta estabelecer contato com o poder judiciário de acordo com a demanda. Sobre o encaminhamento judicial para tratamento no CAPS ad de pessoas que cometeram delito e fazem uso de substância psicoativas, um juiz foi visitar o CAPS ad para conhecimento do serviço e esclarecimentos. As famílias que solicitam ajuda para pessoas em situação de risco que não aceitam tratamento são apoiadas pela equipe de saúde mental que realiza visita domiciliar para avaliação da necessidade de internamento. Se for o caso é acionado o poder judiciário para efetivação dos trâmites legais.

Com o foco na reinserção social o programa de saúde mental tem parceria com a Secretaria de Esporte e Cultura com a inclusão de usuários em cursos promovidos por ela, além da participação nas atividades promovidas no Centro Cultural que está em fase de construção.

Estão tentando realizar uma aproximação com a Secretaria do Trabalho, mas ainda não foi possível marcar reuniões. Ainda não está estruturado o programa de Economia Solidária, mas conseguem-se vagas para os usuários do CAPS nos cursos da agência do trabalhador.

O MS e ECOSOL lançaram o chamamento público para projetos de geração de renda, no qual o município foi contemplado com o incentivo de R\$5.000,00 com o projeto de geração de renda ligado ao CAPS. O MS também promoveu um curso à distância sobre empreendedorismo solidário e foram obtidas três vagas para o CAPS, sendo dois para usuários e um para instrutor, que utilizam computadores do CAPS e socializam com os que não foram contemplados com vagas, mas que acompanham o curso.

O CAPS ad está estruturando uma associação de usuários e trabalhadores, buscando promover maior autonomia aos usuários. Por enquanto os valores arrecadados com a venda dos produtos confeccionados são revertidos para a manutenção do programa e necessidades do coletivo, mas não há geração de renda individual.

A secretaria de educação, quando há demanda, faz encaminhamentos para o ambulatório de psicologia. Os casos mais graves são encaminhados para o CAPSi do CPM e ambulatório de psicologia infantil. O município conta com apenas uma psicóloga no ambulatório e não tem CAPSi.

Ainda é pouco estruturada a questão de centros de convivência, há apenas um centro para idoso. Existe uma associação de moradores, mas não estão estruturados como espaços de convivência. A Secretaria da Justiça e a Secretaria do Esporte e Cultura estão construindo um Centro de Juventude.

Capacitação continuada

É realizado anualmente o curso para capacitação em saúde mental destinado as equipes de atenção básica. O serviço é contratado da OSCIP (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público) que também contrata os profissionais que não constam no quadro funcional como psiquiatra, terapeuta ocupacional e instrutor de oficina. Há pouco tempo conseguiram incluir a categoria de psiquiatria e terapeuta ocupacional no quadro através de realização de concurso público.

A equipe do CAPS passou por uma capacitação, há aproximadamente dois anos, promovida pela 2ª Regional de Saúde. Estão fazendo um projeto para capacitação que será encaminhado ao PREPS (Polo Regional de Educação Permanente em Saúde). Efetivaram um horário para formação continuada, duas horas por mês, com grupo de estudos em saúde mental.

Em 2010 a SMS em parceria com o HCAB apresentou um projeto ao chamamento público do MS para supervisão clínico-institucional com foco na desinstitucionalização dos pacientes com longa permanência e trabalho na rede de apoio psicossocial, que foi contemplado em 2011, mas o recurso financeiro não havia sido liberado até 2011. Também foi solicitado ao MS supervisão clínica institucional para CAPS, que não foi liberada.

Em 2010 foi realizado em Pinhais o I Fórum de Saúde Mental com a participação de 13 municípios da região metropolitana. Em 2011 acontece a 2ª Semana Municipal de Uso Indevido de Drogas em parceria com a Comunidade Pastoral da Sobriedade.

Em relação aos indicadores para planejamento de políticas públicas, nenhum foi oficializado. Há um levantamento por idade ou por substância psicoativa, prevalecendo o uso de álcool e crack.

Em relação à implantação da rede na Atenção Básica está em funcionamento o prontuário eletrônico em fase de implantação: o Programa Unisaúde. Como o programa é voltado à atenção básica, a equipe do CAPS mantém alguns dados como avaliação e acolhimento em prontuários não digitais, mas as evoluções são inseridas no prontuário eletrônico.

Controle social

No conselho municipal de saúde de Pinhais, há a participação de um profissional do CAPS II. Não há comissão temática de saúde mental nem conselhos locais.

Estão em fase de conclusão do regimento para a instalação do Conselho Municipal Antidrogas.

Quadro 4 - Histórico de Participação Ocupacional – caso 4

	Atividades de vida diária	Atividades educacionais e laborais	Atividades de lazer e de socialização
Anterior ao início dos sintomas	Ajudava nas tarefas como, lavar e passar roupas, cozinhar, limpar a casa; Realizava atividades de auto cuidado e higiene pessoal; gostava de se arrumar; cuidava das filhas	Cursou até a 8ª série, mas não completou o ensino fundamental; trabalhou por um mês em uma distribuidora e iniciou limpeza na casa do dono; parou de trabalhar para cuidar de sua 4ª filha que estava com 2 meses; não tem registro em carteira de trabalho	Quase não sai, mas às vezes acompanhava a irmã em alguma festa. Permaneci quieta; não gosta de dançar; gosta de escutar música calma e de ler romances.
Durante evolução do transtorno mental	Começou a ficar desanimada, não tinha vontade de fazer nada; continuou realizando o auto cuidado e higiene pessoal.	Não trabalhava fora; não continuou os estudos.	Ficava só do quarto assistindo televisão; não queria ver as pessoas; não saía de casa.
Pré internação hospitalar	Saia bastante de casa e andava pelas ruas e bares; voltava para casa para tomar banho, se trocar, se maquiava, alimentava-se pouco e voltava a sair; não fazia as tarefas de casa; deixava as filhas com os avós.		Não ficava dentro de casa; andava bastante, ia aos bares, ficava bebendo e tinha relacionamentos com os homens dos bares; às vezes ficava dias sem voltar pra casa, ia pra casa de uma amiga da igreja.
Entre o 1º e o 2º internamento	Ajudava nas tarefas como lavar e passara roupa, cozinhar, limpar e organizar a casa; cuidava das filhas; realizava higiene pessoal, auto cuidado, gosta de se arrumar; ia ao mercado pagar contas, inicialmente acompanhada, mas começou a ir sozinha, desviava-se do caminho e ia para os bares.	Ajudava na oficina do cunhado; limpava a casa da irmã.	Gostava de assistir TV com as filhas no quarto; ir às lojas para fazer compras com a irmã; quando era possível ia com as filhas no parque aquático; ia à praia, gosta de dirigir moto, às vezes anda pelo bairro, não tem carteira de motorista.

Tabela 10.1 – Caso 4 – mapa 1 – Família

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
Pai	Irmão 1	Ex marido
Mãe	Cunhada 1	Pai da filha 2
Filha 1	Enteada do irmão 2	Pai da filha 3
Filha 2	Pai da filha 4	Ex-sogra
Filha 3	Sobrinha 1	Esposa do pai da filha 4
Filha4		Prima
1irmã		Tia paterna
irmão 3		Avó paterna (falecida)
Cunhado		Tia materna (falecida)
Irmão 2		
Cunhada 2		

Tabela 10.2 – Caso 4 – mapa 1 – Amizade

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
	Namorado	Colegas de bar

Tabela 10.3 – Caso 4 – mapa 1 – Comunidade/Profissionais de saúde

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
	Médico clínico geral 1 UBS	Ginecologista e obstetra

Tabela 10.4 – Caso 4 – mapa 1 – Trabalho/educação

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
		Amigos do colégio
		Dono da distribuidora

Tabela 11.1 – Caso 4 – mapa 2 – Família

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
Pai	Irmão 1	Cunhada 3
Mãe	Cunhada 1	Sobrinha 2
Filha 1	Enteada do irmão 2	
Filha 2	Pai da filha 4	
Filha 3	Sobrinha 1 (filha da irmã)	
Filha 4		
Irmã		
irmão 3		
Cunhado		
Irmão 2		
Cunhada 2		

Tabela 11.2 – Caso 4 – mapa 2 – Amizade

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
	Namorado	Colegas de bar
		Colega 1 CAPS
		Colega 2 CAPS
		Colega 1 HCAB (faleceu)
		Colegas HCAB

Tabela 11.3 – Caso 4 – mapa 2 – Comunidade/Profissionais de saúde

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
	Amiga da igreja	Filho da amiga da igreja
		Vizinhos
	Psiquiatra 2	Psiquiatra 1 CAPS
	Médico clínico geral 2 UBS	Ginecologista 2 UBS
	Psicóloga 2 HCAB	Psicóloga 1 CAPS
	Agente de saúde UBS	Assistente social 1 CAPS
		Psiquiatra 3 HCAB

Tabela 11.4 – Caso 4 – mapa 2 – Trabalho

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais c/ contato	Relações ocasionais

Tabela 12 – Caso 4 - Tipos de função da rede social significativa

	Companhia social	Apoio emocional	Guia cognitivo/conselhos	Regulação social	Ajuda material	Acesso a novos contatos
Pai	X	X	X	X	X	X
Mãe	X	X	X	X	X	
Irmã	X	X	X	X	X	X
Irmão 1	X			X	X	
Irmão 2	X			X	X	
Irmão 3	X	X		X	X	
Filha 1	X	X		X		
Filha 2	X	X		X		
Filha 3	X	X		X		
Filha 4	X	X		X		
Cunhado	X			X	X	
Cunhada 1	X					
Cunhada 2	X				X	
Cunhada 3	X					
Sobrinha 1	X					
Sobrinha 2	X					
Enteada do irmão 2	X					
Ex marido				X		
Pai da filha 2				X		
Pai da filha 3				X		
Pai da filha 4	X			X	X	
Esposa do pai da filha 4				X		
Ex-sogra				X		
Prima					X	
Tia paterna				X		
Avó paterna (falecida)				X		
Tia materna (falecida)				X		
Namorado	X					X
Colegas de bar						X
Amigos de colégio	X					
Dono da distribuidora					X	
Médico clínico geral 1 UBS			X		X	
Médico clínico geral 2 UBS			X		X	
Ginecologista/obstetra					X	
Psiquiatra 1 CAPS			X		X	
Psiquiatra 2			X		X	
Psiquiatra 3 HCAB					X	
Psicólogo 1 CAPS					X	
Assistente social CAPS					X	
Psicólogo 2 HCAB		X	X		X	
Agente de saúde UBS					X	X
Amiga da igreja	X	X	X		X	
Filho da amiga da igreja	X					
Vizinhança					X	
Colega 1 CAPS	X					
Colega 2 CAPS	X					
Colega 1 HCAB (falecida)				X		
Colegas HCAB	X					

MAPA DE REDE SOCIAL SIGNIFICATIVA – Caso 4

Figura 12 – Mapa da Rede Social de Jade anterior ao 1ª internação psiquiátrica (mapa 1)

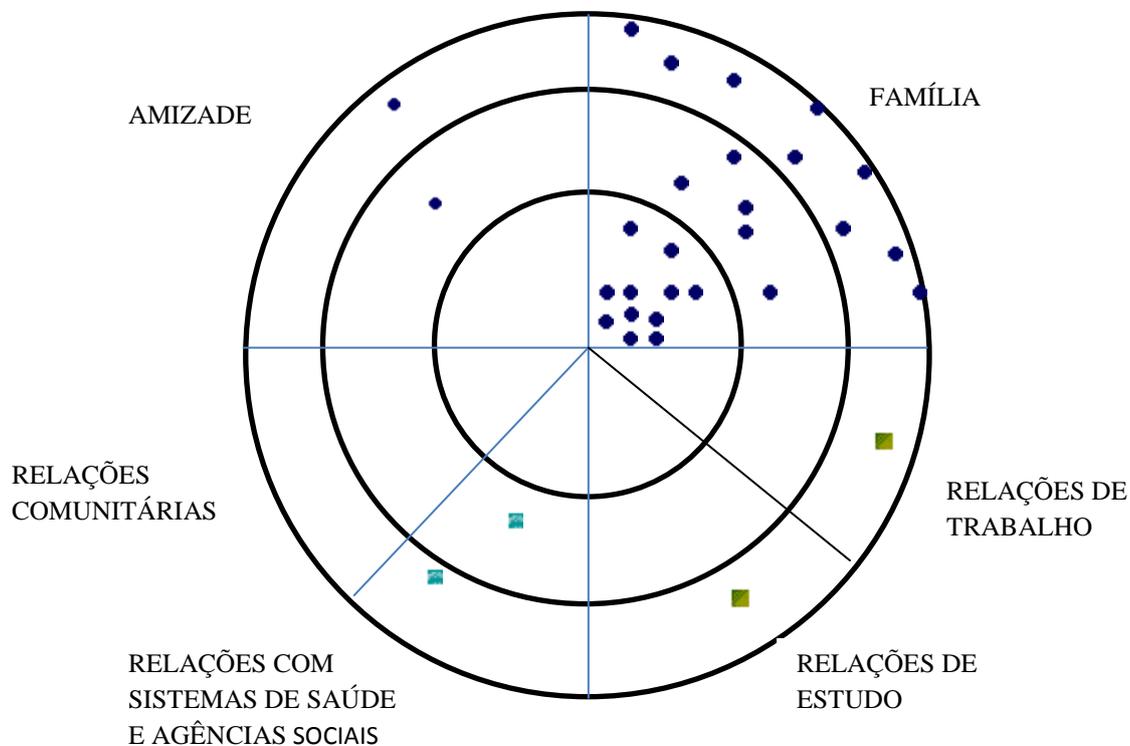


Figura 13 – Mapa da Rede Social de Jade entre 1ª e 2ª internação psiquiátrica (mapa 2)

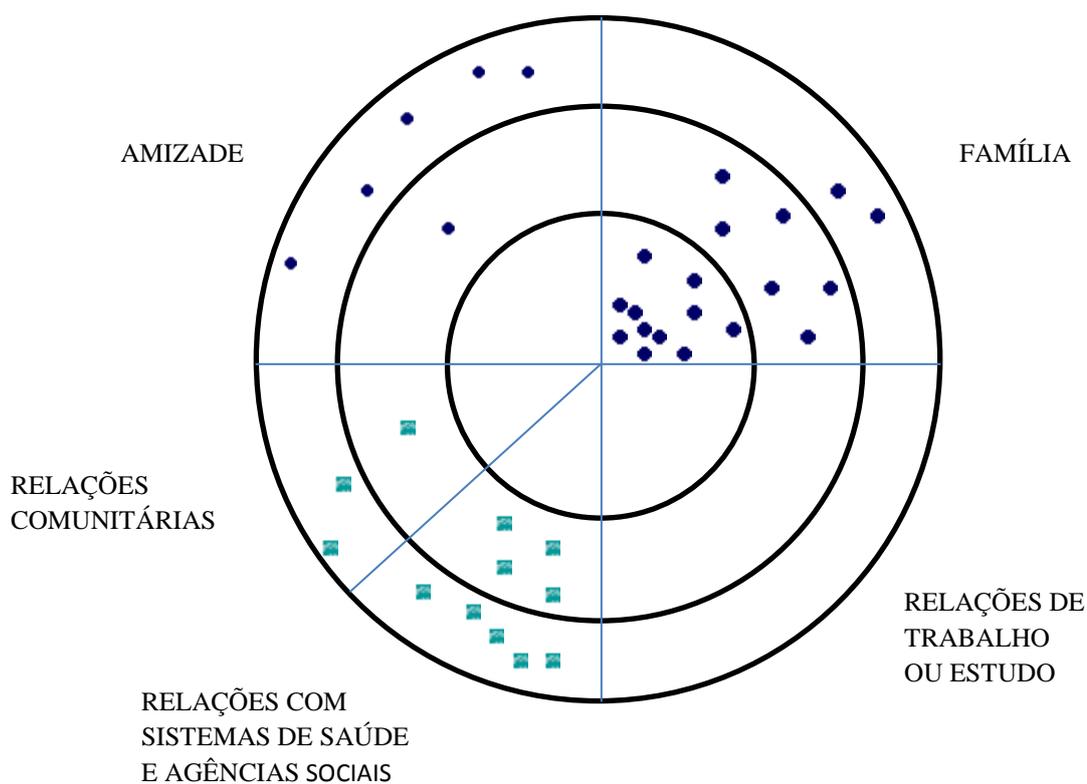
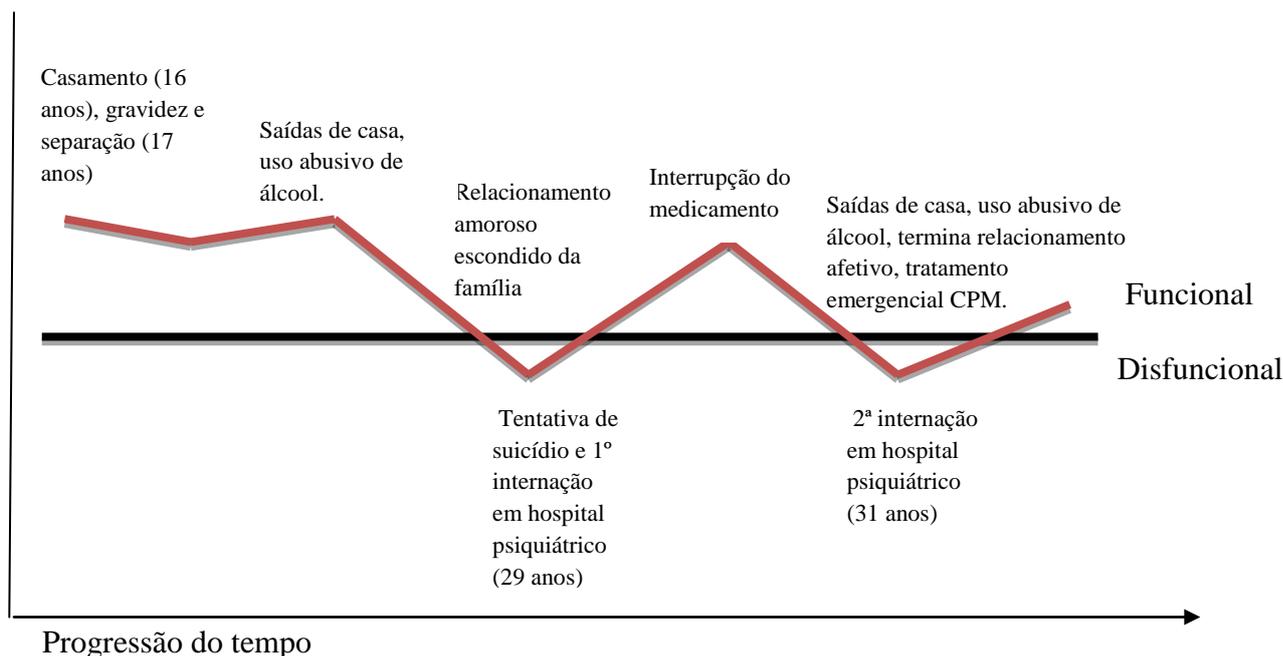


Figura 14 - Trajetória da narrativa de vida ocupacional de Jade – caso 4



Análise dos resultados do caso 4 – Jade

A rede social pessoal de Jade não sofreu grandes alterações quanto ao tamanho, mantendo-se pequena, concentrada em membros familiares, com pequena ampliação das relações com serviços de saúde. No mapa 1 a rede estava composta com 31 membros, sendo 25 em relação familiar, já no mapa 2 houve a ampliação para 36 membros, considerando que algumas relações de amizades forem acrescidas em decorrência de situações de internação, mas quase não houve alteração. Os membros da família com relações íntimas e cotidianas e pessoas com contato permaneceram os mesmos, havendo diminuição nas relações ocasionais. A partir do 1º internamento foram acionados outros membros profissionais de saúde.

Em relação à densidade da rede, observa-se grande conectividade entre as relações familiares, há ajuda mútua e trocas constantes. Os familiares buscam ajuda nos serviços de saúde mantendo boa conectividade. Já em relação às amizades e com a comunidade há pouca conectividade entre os membros. Jade faz os contatos separadamente, como os amigos de bar, o namorado, mesmo a amiga da igreja, parece não ter muito contato com os familiares de Jade.

Na composição ou distribuição dos membros da rede social de Jade, há uma concentração bem maior no quadrante das relações familiares, poucos membros nas relações de saúde, amizade, estudo e trabalho no mapa 1. No mapa 2 há diminuição de componentes do quadrante de familiares, mas permanecendo os membros mais próximos, ampliação da concentração no quadrante de profissionais da saúde, diminuição total do já anteriormente reduzido número de componentes quadrante de trabalho e educação.

A dispersão, ou acessibilidade, manteve-se a mesma. Jade mora no mesmo bairro desde que nasceu, permanecendo próxima à família, e com acesso aos serviços de saúde do município. Mantém vínculo com a UBS tanto para ela como para seus familiares. Em relação à escolaridade ela quanto para as filhas tem acessibilidade e a colaboração do pai de Jade, dos irmãos e um cunhado para acompanhamento e transporte. A família tem condições de ter carro, o que facilita esse aspecto.

Quanto à homogeneidade/heterogeneidade da rede social pessoal de Jade, há maior homogeneidade quanto ao aspecto socioeconômico. Os familiares conseguem sobreviver com o trabalho, ou no caso do pai, com a aposentadoria. Conseguem manter certo nível de conforto ajudando-se mutuamente. Quanto ao aspecto sociocultural há homogeneidade entre os membros da família, mas comparado às relações de amizade que Jade estabelecia, há heterogeneidade quanto aos aspectos morais e de socialização. Em seu relato Jade estabelece uma diferença: quando “não está bem” sai de casa e frequenta bares, afastando-se de tais relações pouco significativas para quando está melhor. Os aspectos demográficos são mais homogêneos, pois há os irmãos com proximidade de geração, assim como suas filhas, já que Jade engravidou ainda adolescente.

Observa-se forte intensidade nos vínculos familiares da rede de Jade, bastante convivência, responsabilização entre eles e ajuda mútua. Há pouca intensidade nos vínculos de amizade e, mesmo frequentando regularmente os serviços de saúde, o vínculo é pouco intenso.

Tipos de função da rede social significativa:

No caso de Jade observa-se que os membros familiares exercem as funções de companhia social, regulação social, ajuda material, guia cognitivo e apoio emocional, e não há, contudo, apenas um membro sendo sobrecarregado, apesar do pai exercer muitas funções na relação com a filha. Algumas dessas funções são recíprocas e há uma

integração na relação familiar, o que parece dar suporte para as situações ocorridas na vida de Jade, como separação matrimonial ainda adolescente e com uma filha pequena, além de acolher e se responsabilizarem nas situações de gravidez e educação das outras filhas. Jade iniciou os sintomas do transtorno mental aos 15 anos. Até os 30 não necessitou de internamento psiquiátrico, manteve-se com tratamento realizado pela atenção básica. Apenas com o agravamento dos sintomas no que diz respeito a situações de risco, como tentativa de suicídio, a família procurou ajuda dos serviços de saúde especializados.

Após o primeiro internamento houve um aumento nas funções de ajuda material e guia cognitivo/conselhos por parte dos profissionais de saúde. Observa-se que Jade tomou algumas decisões em relação ao pedido de divórcio após 13 anos de separação e entrou com processo judicial para requerer pensão para as filhas. Mesmo com a crise que antecedeu o segundo internamento, Jade solicitou ajuda percebendo que não estava bem e houve uma intervenção maior dos familiares e dos serviços de saúde para evitar o internamento e, como não houve melhora, procurou-se evitar o agravamento da situação.

Há poucos membros que efetuam a função de acesso a novos contatos. O pai proporciona essa função através da igreja, local onde Jade conseguiu estabelecer vínculo de amizade e de apoio, pois é a uma das amigas de lá que recorre quando não está bem. A amiga da igreja, portanto, desempenha função de companhia social, apoio emocional, ajuda material e guia cognitivo, especialmente em situações de crise.

Já os membros de amizade, como o namorado e colegas de bar, exercem função de companhia social nos momentos em que Jade sai de casa e frequenta esses locais. No caso das pessoas que conhece nos bares Jade, não estabelece vínculos significativos e no caso do namorado, que também não reconhece como tal, não consegue conciliar o relacionamento com a vida familiar, o que parece ser uma situação conflitante para Jade e indica a possibilidade de questões de gênero interferir no desempenho satisfatório de sua vida adulta.

Apesar de sua família oferecer efetivo apoio no sentido de ajuda mútua, tolerância e de corresponsabilidade, percebe-se uma dificuldade no diálogo especialmente sobre assuntos críticos entre eles. Destacam-se os possíveis “segredos” a respeito de problemas de saúde mental tanto de Jade quanto aqueles ocorridos com os antepassados como, por exemplo, o fato da avó paterna também ter histórico de transtorno mental e vários

internamentos. Parece haver um distanciamento, o que aumenta a ideia de Jade de que as pessoas da família não dizem toda a verdade para ela, e por sua vez Jade também tem atitudes que esconde dos pais e das filhas.

Em relação à participação ocupacional de Jade, observa-se que tem capacidade e bom desempenho quanto às atividades de vida diária, consegue desempenhar tarefas de cuidado com a casa, roupa e alimentação que favorecem aos demais membros da família, compreendendo a necessidade de ajudar a mãe e do cuidado com as filhas. Jade diz que quando não está bem a volição em relação a essas atividades diminui, mas mantendo sempre o autocuidado e higiene pessoal. Começa a isolar-se, ficando mais no quarto e não consegue desempenhar as tarefas ou passa a realizar com muita rapidez e se irrita com os outros quando sujam o local. Aumenta a ansiedade em querer sair de casa, eximindo-se das responsabilidades, inclusive com as filhas. Quando retoma o tratamento e melhora desse quadro, volta a desenvolver suas atividades em casa com volição e bom desempenho e se arrepende ou sente vergonha do que fez.

Observa-se que não há muito interesse em realizar atividades educacionais e laborais. Parou de estudar cedo e não retornou aos estudos; teve uma experiência de trabalho fora de casa e com remuneração, mas por pouco tempo. Jade disse que gostou de trabalhar fora, mas não se percebeu em sua narrativa motivação para desempenhar tal função. Disse preferir trabalhar em casa. Da mesma forma, observa-se que os pais não a incentivam a retomar estudos, fazer cursos ou trabalhar fora, seja pela necessidade familiar ou pelo receio de que a autonomia financeira culminará no desejo de sair de casa, especialmente nos momentos em que Jade não está bem, e talvez possa se colocar em situação de vulnerabilidade não estando perto da família.

A rede de atenção à saúde mental no município de Pinhais tem dispositivos estruturados e em construção de integração com a atenção básica, buscando atender desde os casos mais leves até os mais graves. Percebe-se, no caso de Jade, que ela pôde acessar os dispositivos, iniciando atendimento na atenção básica sendo acompanhada pelo médico da UBS e estabelecendo vínculo com o mesmo. A equipe de UBS/ESF também realiza sua função na continuidade do tratamento de vários membros da família.

Quando foi necessário atendimento especializado, conseguiram atendimento no pronto atendimento com encaminhamento ao CPM e internação no hospital que atende a

região metropolitana. Após alta do primeiro internamento, foi encaminhada para continuidade do tratamento em CAPS II. Uma semana após a alta, Jade iniciou o tratamento no CAPS de Pinhais, com o apoio da família não demorou a acessar o serviço, além do programa de saúde mental efetivar a prioridade em ter vaga para egressos de hospital para continuidade imediata do tratamento.

Jade teve boa participação no tratamento proposto pela equipe do CAPS, sendo mais significativo para ela o atendimento psiquiátrico. Participou de oficinas terapêuticas e de diversas atividades que para ela não foram tão significativas. Teve alta do CAPS para continuidade do tratamento em ambulatório no qual permaneceu até o segundo internamento. Observa-se coerência com a proposta da rede de atenção a saúde mental no município, de não institucionalização, acessando outros recursos e buscando a inserção social.

No caso de Jade, conforme foi retomando sua rotina, vinculando-se à família, mesmo não trabalhando fora, ajudava tanto em casa como em trabalhos na oficina do cunhado e na casa de sua irmã, mantendo o tratamento ambulatorial. As consultas eram de 2 em 2 meses e quando faltava medicação era atendida pelo médico da UBS. Conforme o Gerente de Saúde Mental, para a não interrupção do tratamento se estabelece vínculo com a atenção básica, por meio de capacitação de equipes.

Jade continuou com o atendimento ambulatorial, mas não tomava a medicação adequadamente e quando deixou de tomar por conta própria começou a ter os sintomas novamente. Os pais perceberam alterações em seu comportamento, como irritabilidade e dificuldade para dormir. Verificaram que ela não estava tomando a medicação e então intensificaram o acompanhamento da administração até perceberem que ela escondia os comprimidos e depois fazia uso de vários ao mesmo tempo. Por não haver melhora do quadro, foi encaminhada do pronto atendimento para o CPM, com a colaboração de Jade, que no primeiro momento não foi internada. O psiquiatra que a atendeu no CPM era o mesmo que a atendia no ambulatório em Pinhais. Tendo o vínculo estabelecido e aproximação com a família, buscou manter o tratamento em casa. Como não houve melhora, o médico encaminhou para internação. Tal situação também demonstra a proposta de evitar o internamento, sendo este o último recurso.

A rede social significativa de Jade demonstra integração oferecendo suporte em situações de vulnerabilidade, principalmente nas relações familiares e serviços de saúde. Na percepção de Sluzki (1997), uma rede de tamanho médio tende a ser mais efetiva quando há maior integração entre os membros e compartilhamento de funções, o que parece ocorrer no caso de Jade. A dificuldade parece estar na concentração da rede de apoio social, principalmente na centralização das relações da família nuclear. O apoio permanecendo centrado nessas relações pode promover uma cisão entre a vida de Jade em casa e as relações que estabelece quando sai e se envolve em situações de risco. A família acolhe as consequências de tais atitudes, mas restringem os contatos de Jade ao núcleo familiar, que parece apresentar dificuldades em lidar com conflito, especialmente aqueles cujos significados lembram as patologias da avó e tia, assim como de lidar com uma possível autonomia de Jade.

Em relação aos dispositivos da rede de atenção psicossocial, apresentam diversas modalidades e construções de redes de atenção com outras políticas e serviços conforme estabelece as diretrizes da reforma psiquiátrica, mas não conseguiram efetivar uma atenção integral que fosse significativa para a individualização de um projeto terapêutico ao qual Jade se vinculasse até a segunda internação.

6.5 APRESENTAÇÃO DO CASO 5 – JASPER

Na primeira entrevista Jasper colaborou respondendo as questões propostas pela pesquisadora. Tentava lembrar-se de datas e detalhes. Quando não se lembrava, incomodava-se e dizia que não era muito bom em memorizar datas. Apresentava com um pouco de dificuldade em falar fluentemente, às vezes repetia para corrigir a palavra que queria dizer. Ao final da entrevista estava cansado, não conseguia mais se lembrar do que era perguntado.

Na segunda entrevista, Jasper mostrava-se com o pensamento lento, necessitando repetir mais vezes para organizar o pensamento, mas demonstrou interesse em responder as questões. Ao final da entrevista, no caminho de volta à unidade de tratamento, Jasper perguntou como havia ficado a gravação. A pesquisadora, ao tentar mostrar a gravação, percebeu que não havia sido gravado nada dessa entrevista. Jasper sugeriu realizar outra entrevista que pudesse ser gravada. Então no dia seguinte foi realizada nova entrevista com

o mesmo conteúdo garantindo a gravação. Nessa terceira entrevista, Jasper apresentou o pensamento mais organizado e conseguiu falar com mais clareza do que no dia anterior.

A última entrevista foi realizada com a mãe de Jasper, no dia da alta hospitalar. A mãe estava com a neta de 3 anos, e como não é permitida a entrada de menores de 12 anos no hospital, a entrevista foi realizada em uma sala próxima à entrada do HCAB. Na sala permaneceram a pesquisadora, a mãe e a neta. Jasper chegou um pouco depois acompanhado pelo auxiliar de enfermagem da unidade que estava providenciando o que era necessário para a continuidade do tratamento, como medicação, documentos com a prescrição médica, resumo de alta e declaração de internamento. Jasper estava ansioso para fumar, permanecendo parte da entrevista e depois saiu da sala, retornando ao final da entrevista. Houve algumas interrupções durante entrevista com a mãe, além da neta solicitar atenção. Mas conseguiu-se coletar dados importantes para compor os resultados do caso.

História do caso 5

Jasper é solteiro, tem 23 anos, mora no município de Fazenda Rio Grande com a mãe, a irmã de 20 anos, a sobrinha de 3 e um tio, irmão da mãe.

O pai de Jasper faleceu em um acidente de moto quando ele tinha 12 anos. Jasper contou que sofreu muito com a morte do pai, pois eram muito ligados e faziam diversas atividades juntos. O pai trabalhava durante a semana em uma empresa, mas os finais de semana passava com Jasper. Saíam para pescar, iam à Curitiba trocar de carro, torravam amendoim e saíam para vender no terminal de ônibus. Nessa época morava em um bairro de Curitiba. Enquanto Jasper acompanhava seu pai, sua mãe ficava em casa cuidando de sua irmã ou ficava com a avó. Jasper comentou que em 1997 ou 1994 (não tinha muita certeza do ano) sofreu uma queda de moto com o seu pai, em que Jasper bateu fortemente a cabeça ocasionando problemas cerebrais. Disse que a partir daí começou a ter dificuldade de aprendizagem, alteração da visão e irritabilidade. Jasper disse que antes do acidente era extrovertido e alegre. A mãe contou que Jasper sempre deu trabalho na escola, brigava muito e não conseguia fazer amizades, e isso piorou depois que o pai faleceu. Ela achava que era uma depressão devido à perda do pai, e ele começou a ficar mais isolado e passava bastante tempo fechado no quarto. Ela contou que Jasper era muito ligado ao pai e depois

se fechou. A mãe achava que era o jeito dele e a depressão pela falta do pai passaria, mas houve piora com o passar do tempo e ele se mostrava cada vez mais irritado.

Jasper conta que estudou o ensino básico em escola regular, mas a partir da 5ª série reprovou todos os anos não completando o ensino fundamental, interrompendo os estudos aos 16 anos. Tinha dificuldades em aprender, dispersava-se e irritava-se com facilidade. Disse que havia muita provocação por parte dos colegas, que não gostava de falar muito e que os colegas tinham medo dele. Tinha dois amigos e juntos “aprontavam” bastante na sala de aula. Acrescentou que eles não queriam encrenca, mas que se os outros partiam para cima e eles brigavam, e essas brigas eram separadas pelo monitor do colégio. A mãe disse que foi chamada várias vezes na escola devido ao comportamento de Jasper, mas ela achava que as brigas eram coisas de criança, não considerava que havia algo errado. Jasper comentou que nessa época foi encaminhado para avaliação e acompanhamento psicológico no CPM, mas não entrou em detalhes.

Quando parou de estudar começou a sair com um grupo de amigos, com a qual ia até Curitiba e lá os amigos pichavam os muros. Jasper comentou que ele não pichava porque não queria ser preso e ficava em alerta para avisar os outros caso aparecesse algum policial. Dos colegas da turma, vários morreram por envolvimento com drogas ou em confronto com policiais, e dois ainda moram próximos à casa de Jasper. Um deles está casado e com filhos e o outro virou pastor, mas não mantiveram contato. Jasper disse que chegou uma época que não quis mais sair com eles e depois se dispersaram, cada um tomou seu rumo.

Jasper disse ter experimentado maconha, mas não continuou por descobrir que tinha fezes de gado na confecção da droga. Não faz uso de bebida alcoólica, porque passa mal quando ingere álcool e o organismo o rejeita.

Jasper comentou que após a morte do pai, tentou seguir o mesmo caminho que ele, “da casa para o trabalho e do trabalho pra casa”, mas que não deu muito certo, pois não conseguia parar em um emprego. Contou que aos 15 anos começou a trabalhar em uma oficina de bicicleta próxima a sua casa, em que o dono morava atrás da oficina. Não tinha registro em carteira, e por vezes parava de trabalhar e depois retornava. Comentou que conversava com o dono da oficina sobre o trabalho e que só tinha ele de empregado. A

mãe falou que como o dono era conhecido da família não ligava quando Jasper saía e depois de um tempo retornava a trabalhar na oficina.

Aos 18 anos resolveu procurar um emprego com registro em carteira, e a partir daí trabalhou em vários lugares, mas não conseguia passar pelo período de experiência. Contou que tinha dificuldade em realizar as tarefas com rapidez e também faltava muito. No período da entrevista Jasper estava afastado para tratamento, recebia o benefício do INSS e teria que passar por perícia no mês seguinte.

Jasper disse que nunca teve amigos, sempre foi quieto, mas manteve alguns vínculos principalmente com pessoas mais velhas. Na época em que trabalhou na oficina de bicicleta conheceu um homem que levava sua mobilete para consertar e conversavam bastante, às vezes saíam juntos para andar de mobilete e chegaram a ir à praia de moto. Jasper contou que com o que recebeu de herança do pai, comprou uma mobilete e fazia tais passeios. Uma vez quando foi até Curitiba sozinho com a moto, foi assaltado e levaram-na. Jasper comentou que esse amigo o ajudava e vice-e-versa, ele consertava a moto para o amigo e este lhe pagava pelo serviço. Quando o amigo se aposentou mudou-se de cidade. Jasper foi visitá-lo e também conheceu sua família, inclusive a irmã desse amigo que mora em outro local. Diminuiu a convivência devido à mudança do amigo.

Jasper disse que realiza tarefas em casa, ajuda a lavar louça, limpar a casa, mas quando está nervoso fica só no quarto e às vezes fica até três dias sem tomar banho. Irrita-se quando a mãe fala para ele fazer higiene pessoal ou ajudar em casa, mas nunca a agrediu fisicamente. Compreende que a mãe sabe como lidar com ele e que tem uma sobrecarga com ele e a irmã.

O relacionamento com a irmã não é bom, segundo informou. Brigam muito e ela não se importa com ele e o desrespeita. Jasper a agrediu fisicamente poucas semanas antes do 2º internamento. Contou que a irmã fez boletim de ocorrência e ele ficou preso na delegacia de Fazenda Rio Grande, de onde saiu com o pagamento de fiança com a colaboração da tia 2. A mãe informou que ele e a irmã brigam muito e que ela não compreende o problema do irmão, e tudo que ele fala ela responde de forma ríspida. Jasper disse que a irmã se casou em 2008 e que ela e o marido permaneceram morando com a mãe e Jasper. Ele se dava bem com o cunhado. O casal se separou em 2010 e tiveram uma filha. A irmã de Jasper trabalha fora, sai pela manhã e volta à noite, e a mãe cuida da neta.

Jasper disse que trata bem a sobrinha, mas quando ela faz “arte” ele chama atenção, mas não bate nela, e às vezes brinca com ela. Segundo a mãe, quando ele chama a atenção da sobrinha ela obedece logo.

Em relação ao tio 1, Jasper comentou que ele tem problemas de alcoolismo, que tentaram interná-lo, mas ele se recusa a fazer tratamento. Jasper e o tio tiveram várias brigas, às vezes se agrediam fisicamente. Nos últimos tempos, o tio está mais debilitado, com outros problemas clínicos e Jasper compreende que está doente. Disse que se relacionam “entre tapas e beijos”, mas se respeitam.

Jasper contou que se dá melhor com parentes por parte de pai, mantém contato e se encontram com frequência nos finais de semana. Os tios o convidam para passar o domingo com almoço em família. A avó paterna mora com o tio 4, no mesmo terreno, mas em outra casa, mora o tio 3 com a esposa e filho. Geralmente, reúnem a família e vão também o tio 5, tia 2 e tia 3. Há também o tio 6 que mora em Santa Catarina, com quem quase não tem contato, mas já foi visitá-lo. Disse que este tio também tem problemas mentais, apresenta transtorno bipolar. Jasper contou que mantém contato com as primas, filhas do tio 6, pela internet, e elas são da mesma idade que Jasper.

Jasper comentou que quando conversa com sua avó, que está com 83 anos, ela sempre se queixa da vida, tem muitos problemas clínicos e não consegue realizar muitas tarefas em casa. Quando Jasper passa o final de semana com a família na casa da avó costuma ajudar a lavar a louça ou a preparar o churrasco.

A tia 2 mora na mesma cidade e pelo relato de Jasper parece ter uma relação mais próxima com ele. A tia colaborou pagando algumas consultas particulares com psiquiatra em Curitiba. As duas famílias viajavam para a praia juntas e foi ela quem pagou a fiança para Jasper ser liberado da delegacia. Jasper comentou que ela tem um filho muito inteligente quase da sua idade, mas quase não conversa com ele. Por parte de mãe, Jasper diz que tinha três tios, o tio 2 e a tia 1 faleceram e o tio 1 mora com eles.

Jasper comentou que iniciou o tratamento com psiquiatra aproximadamente dois anos antes do primeiro internamento. Sua tia 2 indicou e pagou a consulta com um psiquiatra em Curitiba. O médico receitou uma medicação e Jasper percebeu melhora, disse que foi cerca de duas vezes consultar-se com esse psiquiatra, mas como ficava caro não puderam manter o tratamento particular.

Depois de iniciar vários trabalhos e não conseguir efetivar-se em nenhum, parou de procurar emprego, sendo o último foi em 2009. Sentiu que estava com problemas mentais, ficava cada vez mais nervoso, angustiado, não conseguia dormir direito, trocava o dia pela noite, ficava só em casa, não se alimentava corretamente e teve perda de peso.

O quadro progrediu e, segundo Jasper, além dos sintomas acima, começou a sentir-se perseguido, ver vultos e ouvir vozes. Comentou que o tempo foi passando até que chegou um ponto em que “estourou”, quando teve a crise que antecedeu o primeiro internamento. A mãe relatou que antes do primeiro internamento Jasper sentia muito medo das outras pessoas e queria ficar sempre perto dela; foi quando ela se deu conta que não era “normal”. Jasper procurou ajuda na UBS, foi consultado pelo médico clínico que o encaminhou para o CAPS II. Na avaliação com o psiquiatra do CAPS foi encaminhado ao CPM para internação no HCAB.

O primeiro internamento durou 20 dias, e Jasper disse que sentiu que melhorou e não queria mais ficar no hospital, então a mãe solicitou alta a pedido, isto é, como não havia concluído o tratamento no hospital de acordo com a equipe de tratamento, a mãe assumiu a responsabilidade em levá-lo de alta, sendo que não houve referência para tratamento nem receita de medicamentos para a continuidade de tratamento. Jasper permaneceu alguns dias em casa e, como não se sentiu bem, foi procurar novamente o CAPS, onde a equipe fez o acolhimento e iniciou o programa de tratamento.

Jasper contou que fez uma boa adesão ao tratamento no CAPS, frequentava regularmente e durante o segundo internamento, mostrou-se preocupado em não perder a vaga no CAPS quando recebesse alta. O CAPS é perto de sua casa, e ele vai sozinho a pé ou de ônibus. Inicialmente ia ao CAPS pela manhã de segunda a sexta, mas pediu para trocar de horário, pois havia outro usuário que o irritava muito por falar o tempo todo e repetitivamente. Jasper conversou com a equipe sobre isso e concordaram que seria melhor a troca para o período da tarde. Jasper participava de grupo com a psicóloga, oficina de terapia ocupacional, grupo com a assistente social, grupo quinzenal com o psiquiatra, grupo com a enfermagem e era acompanhado pelo auxiliar de enfermagem. Contou que também é atendido na UBS pelo médico clínico geral, que participa também das reuniões de equipe do CAPS. Jasper fez bom vínculo principalmente com os profissionais do CAPS, principalmente com a assistente social, e relatou que sempre tem atendimento individual com ela e os temas são sigilosos.

A equipe do CAPS realizou visita domiciliar e conversou com a mãe; a irmã não estava em casa. A mãe participa quinzenalmente de atendimento familiar no CAPS, e contou que assim sabe melhor como ele está no tratamento. A mãe também faz acompanhamento na UBS, realizou um exame do pulmão por apresentar problemas decorrentes do tabagismo.

Jasper contou que durante o tratamento no CAPS teve duas faltas, e conforme o combinado não poderia faltar mais que 3 vezes ou seria desligado do programa. Por isso, Jasper toma cuidado para não faltar mais. Disse que toma a medicação, mas que às vezes esquece e a mãe o ajuda a lembrar. Por vezes acorda mais tarde e acaba não tomando no horário. A mãe confirmou que Jasper não se recusa a tomar medicação e a fazer o tratamento, mas que se esquece e quando a mãe não lhe lembra, fica sem tomar.

A mãe percebe que Jasper melhorou no relacionamento com as outras pessoas, já não fica tanto no quarto, conversa melhor com as pessoas. Contou que no CAPS houve uma festa junina e as mulheres queriam dançar com ele; comentou que ele é bem querido com as pessoas. A mãe também tentou tirá-lo de casa, convidando-o para ir a um baile em Curitiba. Jasper aceitou, dançou com a mãe e com outras pessoas, voltou outras vezes no baile e arrumou uma namorada. Só se encontram no baile, mas se falam por telefone e Jasper disse que tem vontade de passear com ela no shopping e no Jardim Botânico.

Mesmo com o tratamento, Jasper voltou a ficar irritado e agitado e agrediu fisicamente a irmã. A mãe relatou que quando ele recebeu o benefício do INSS comprou um computador sem consultá-la e sem perceber que não poderia continuar pagando as prestações, pois o benefício não é fixo e a cada três meses há uma perícia médica. Contou também que o computador teve um defeito e que Jasper ficou irritado e foi até a loja onde o orientaram a levar o aparelho na assistência técnica. Quando chegou lá o endereço da loja havia mudado, então Jasper fez uma denúncia no fórum. A mãe mostrava-se preocupada, pois no período em que Jasper estava internado, foi convocado para uma audiência e tinham um prazo para recorrer.

Jasper foi sentindo-se cada vez mais nervoso e achava que iria surtar novamente, então foi até o CAPS e solicitou ao psiquiatra que o encaminhasse para internamento, pois não estava aguentando. Jasper disse que o motivo para querer se internar foi tentar se recuperar da doença, psicose, pois não sabia o motivo de tanto nervosismo, via vultos,

sentia-se perseguido e achava que não valia a pena viver. Contou que tinha ideias suicidas, mas nunca tentou se matar. Relatou também que as vozes falavam para ele se matar, que iria ter vida eterna, mas sabe que não é real, que é “ficção científica da sua cabeça”. Contou que com isso ficava nervoso, não conseguia dormir à noite, não conversava com as pessoas e não tomava remédio e acabou surtando.

O psiquiatra o avaliou e o encaminhou ao CPM para triagem e Jasper foi encaminhado para internamento no HCAB. No segundo internamento permaneceu até receber alta melhorada, mostrava ter mais consciência do seu problema, ressaltando que não sabia o que tinha e que agora sabe que tem psicose e precisa se tratar para melhorar.

Jasper disse que está internado até conseguir se regular. Segundo ele, está “igual a um carro”; os profissionais tentam regular a medicação, a mente, mentalidade, e percebe que está mais agressivo, com mais dificuldade e tentando entrar na sociedade novamente.

Historia de Participação Ocupacional - caso 5

Atividades de vida diária

Jasper disse que sabe lavar e passar roupa, lavar a louça, limpar o chão e às vezes tira os móveis para lavar a casa toda. A mãe não gosta muito, mas quando começa faz até o fim. Contou que quem cozinha em casa é a mãe, mas que ele sabe cozinhar e aprendeu a fazer bolo e pão quando trabalhou em uma panificadora.

Jasper relatou que tem iniciativa para ajudar a limpar a casa quando vê que está suja, mas que quando não está bom e fica nervoso, fica mais na cama, não ajuda nas tarefas e não levanta nem para tomar banho. Chega a ficar até 3 dias sem tomar banho. Quando a mãe o chama para levantar ele briga, pois não quer ser incomodado.

A mãe confirmou que ele ajuda nas tarefas, mas que tem que insistir com ele. Como a filha trabalha o dia todo, ela fica responsável por cuidar da neta e limpar a casa, onde há bastante trabalho porque vivem cinco pessoas na casa. Quanto à higiene pessoal, quando está melhor toma banho, mas ela precisa falar para ele escovar os dentes, passar desodorante ou creme, pois segundo ela, Jasper diz que “homem tem que ter cheiro de homem e não precisa disso”.

Jasper tem um cachorro na casa, mas não gosta de cachorros, principalmente dentro de casa. Contou que ele estragou as plantas no jardim. A mãe disse que Jasper cortou todas as plantas e jogou em outro terreno e quando percebeu, ele já estava cortando. Agora espera que brotem novamente.

Ela contou também que a sobrinha é alérgica ao cachorro e quando ela brinca com ele Jasper chama a sua atenção e ela começa a fazer “birra”. A mãe contou que ele cuida e brinca de bola com a sobrinha. Na entrevista com a mãe, a sobrinha estava presente e assim que viu o tio disse que avó não sabia consertar sua bicicleta, e Jasper disse que iria arrumar a bicicleta para ela.

Atividades educacionais e laborais

Jasper cursou o ensino regular até a oitava série, reprovou a 5^a, 6^a, 7^a e 8^a série, tinha dificuldades em aprender, principalmente depois do acidente em que bateu a cabeça e piorou com a morte do pai. Comentou que havia muita bagunça na sala, se irritava com facilidade, os colegas tinham medo dele e não gostava de conversar.

Parou de estudar em 2003, retornando em 2008 quando concluiu o ensino fundamental pelo CEEBJA. Está cursando as matérias para completar o ensino médio, e disse que conseguiu bom desempenho nas provas de sociologia, física e geografia. Cursava o CEEBJA no período noturno. Interrompeu os estudos pouco antes do segundo internamento, mas demonstrou interesse em continuar e disse que “nos estudos quanto mais se aprende, mais gostoso é” e que quando não consegue compreender o que o professor está ensinando, procura um jeito de entender.

Jasper contou que trabalhou desde pequeno ajudando o pai nos finais de semana, torravam amendoim no latão, colocavam num cesto e iam vender no centro de Curitiba. Comentou que no ano que o pai morreu ele estava fazendo curso de informática.

Aos 15 anos Jasper trabalhou como auxiliar de mecânico em uma oficina de bicicleta. Contou que entre sair e voltar para trabalhar na oficina, ficou lá por cerca de 3 anos, de 2003 à 2006, e não era registrado em carteira de trabalho. Contou que conheceu várias pessoas quando trabalhava na oficina e reconhece algumas até hoje quando passam na rua. Disse que conversava com os clientes e que trabalhava apenas ele e o dono. Atendia os clientes, consertava as bicicletas, cuidava da oficina e conversava bastante com patrão

sobre como fazer para dar conta do serviço, pois às vezes acumulavam bicicletas e ele não dava conta de tudo sozinho.

Com 18 anos saiu da oficina para procurar um serviço com registro em carteira, conseguindo trabalho em uma panificadora em Curitiba onde sua função inicial era lavar utensílios de cozinha. Trabalhava sozinho, depois passou para o setor de pesagem dos ingredientes onde havia mais um funcionário que o ensinava a nova função. Disse que aprendeu com facilidade e era só seguir o que estava na receita, mas que não era muito rápido. O padeiro começou a reclamar da demora dos ingredientes. Jasper relatou que fazia o máximo que ele conseguia e no período da tarde, em que ficava sozinho no setor, não conseguia dar conta. Com as reclamações Jasper ficava irritado, mas não discutia pois tinha a noção que poderia ser demitido. Permaneceu lá por aproximadamente um mês e foi dispensado.

Depois trabalhou em uma indústria de plástico, onde sua função era separar material reciclável. Essa empresa era mais próxima de sua casa, e ele ia de ônibus. Contou que a empresa tinha aproximadamente 20 funcionários, havia bastante serviço e não dava tempo de ficar conversando. Trabalhava das 14h às 22h, e lá permaneceu por 5 meses porque quando trocou de função foi mandado embora por não passar na experiência em lidar com as máquinas. Começou na tarefa de separação de plásticos e quando foi para o controle de painel das máquinas, precisava ter o curso de matemática e ele ainda não tinha concluído, mas mesmo assim a empresa tentou colocá-lo nessa função. Foi quando retomou os estudos para completar o ensino fundamental pelo CEEBEJA.

O terceiro trabalho registrado em carteira foi em uma fábrica de capacetes onde trabalhou como operador de máquina. Permaneceu por um mês e também não passou pelo período de experiência. A justificativa era que Jasper não conseguia executar a tarefa no tempo solicitado, deixando acumular peças na bancada.

Depois conseguiu um trabalho com indicação de um colega que havia conhecido no supermercado próximo a sua casa. Os dois foram trabalhar em um armazém comercial, onde trabalhavam em setores diferentes. Jasper tinha a função de recuperar mercadorias danificadas. Trabalhava sozinho nesse setor, onde também permaneceu por aproximadamente um mês e foi dispensado por não passar pelo período de experiência.

Jasper disse que tinha dificuldades, muitos problemas e que não sabia que tinha psicose. Tinha dificuldades em acordar cedo e ir trabalhar, dormia tarde, acordava tarde e acabava atrasando ou faltando ao trabalho. Desde 2009 não trabalhou mais, parou de procurar serviço e sentia que estava com problemas mentais porque apresentava muito nervosismo, não conseguia aprender as coisas com facilidade e ficava irritado e angustiado, não se alimentava direito e perdeu muito peso, além da dificuldade para dormir.

Jasper contou que recebe auxílio doença do INSS, mas que foi cortado e tem de passar por nova perícia no próximo mês. Disse que já trabalhou de auxiliar de produção, servente, auxiliar de mecânico de bicicleta e ajudante de descarga de caminhão, mas que tem dificuldade em permanecer no emprego ficando agitado e irritado quando os colegas do serviço começam a falar besteiras. Chegou a brigar com um encarregado.

Atividades de socialização e de lazer

Jasper disse que gosta de usar o computador principalmente no período da noite. Sabe entrar na internet, conversa com outras pessoas, como as primas que moram em Santa Catarina, e tenta conhecer outras pessoas, como alguns amigos das primas, mas não chegou a conversar com eles. Durante o segundo internamento Jasper iniciou um curso para montagem de computador e demonstrou interesse em continuar. Ele e a mãe foram orientados a procurar algum curso na sua região e que também conversassem com a equipe do CAPS. A mãe disse que ele sempre gostou de eletrônica, rádio e computador. No internamento também demonstrou interesse em aprender a fazer sabonete e solicitou levar a receita para tentar fazer em casa.

Ele contou que gosta de assistir o noticiário na televisão e desenhos como o Pica-Pau, mas que assiste sozinho no seu quarto porque que a mãe prefere assistir novelas, e ele não posta porque “é muita tristeza e ficção”. Disse que gosta de andar de bicicleta, sai sozinho e já andou por toda a cidade. Quando tinha móbilete, às vezes saía com o amigo 1 passear em Curitiba. Contou que uma vez foram até a praia, onde ficaram cerca de 4 dias e se divertiram.

Foi à praia várias vezes com sua família: a mãe, irmã, sobrinha e a tia 2. Eles alugavam uma casa na praia e passavam alguns dias. Às vezes encontra com a avó, tios e primos nos finais de semana, quando o convidam e a sua família para irem passar o domingo com eles.

Tem saído junto com a mãe para ir a bailes da terceira idade em Curitiba. Trata-se de um clube de dança e o baile começa durante a tarde e vai até de madrugada no sábado. Jasper contou que aprendeu a dançar com o professor de lá e gosta de dançar vanerão e sertanejo. Dançou com a mãe e com outras pessoas também. Disse que arrumou uma namorada no baile e que ela é um pouco mais velha (tem 38 anos) e se falam por telefone, e apesar da dificuldade em se encontrarem, faz três meses que estão namorando. A mãe tentou levá-lo ao baile para que ele se divertisse um pouco e acha que ele gostou porque quis ir outras vezes.

Jasper acrescentou que tem a expectativa de melhorar, arrumar um trabalho e fixar-se e comprar mobiliário para uma casa que a família tem para alugar. Pretende continuar estudando e fazendo o tratamento.

Dados da rede de atenção em saúde mental do município de Fazenda Rio Grande

Fazenda Rio Grande, município localizado na Região Metropolitana Sul de Curitiba, foi criado em 1990 e tem aproximadamente 82.000 habitantes em uma área de 117 Km². A base da economia é a indústria e serviços (IBGE, 2007). O município não tem gestão plena, vinculando-se ao governo do Estado do Paraná.

As informações sobre a rede de atenção a saúde mental foram fornecidas pela Coordenadora de Saúde Mental do município e pela coordenadora do CAPS. Em relação à saúde, está inserido nas ações da 2ª Regional de Saúde da SESA/PR, responsável pelas diretrizes do trabalho a serem realizados no município. Na área da saúde mental são realizadas reuniões mensais com a Coordenação Regional de Saúde Mental e após quatro anos houve uma visita para avaliação e orientações sobre adequações do programa no CAPS.

O processo de construção da Rede de Atenção à Saúde Mental no município se iniciou em 2007, com a inauguração do CAPS II. No mesmo ano a equipe iniciou trabalho na atenção básica com capacitação e treinamento dos agentes comunitários de saúde para compreensão do serviço CAPS e sobre o fluxo de atenção à saúde mental. Devido à rotatividade de profissionais, as capacitações eram realizadas anualmente.

O município conta com 10 UBS, ESF e um Pronto Atendimento Geral, uma maternidade, um CAPS II, uma Equipe NASF (composta por assistente social,

fisioterapeuta, psicólogo e nutricionista além de funcionário administrativo), e será inaugurada a UPA e também o serviço de SAMU, serviços que estão sendo estruturados, mas sem previsão de funcionamento.

Fluxo na atenção a saúde mental

A porta de entrada é a UBS. O usuário passa por consulta médica – as UBS tem programa de saúde mental, mas não tem estruturado um programa único, e cada unidade realiza algumas ações, como um dia na semana de atendimento aos usuários da saúde mental. Algumas unidades realizam palestras, ações na sala de espera e “troca de receitas”. Está sendo implantado um programa para informatização dos serviços de saúde, e pretendem integrar as diretrizes para o programa de saúde mental nas UBS.

Nos casos que necessitam de tratamento especializado, a equipe da UBS entra em contato com o CAPS que agenda consulta com o psiquiatra para acolhimento e avaliação. O tempo para o agendamento demora em média 10 a 15 dias. Os casos de emergência, como situações de risco de suicídio que não possam esperar pela consulta no CAPS, são encaminhados para o pronto atendimento, onde é feita uma avaliação e comunicada a equipe do NASF que verifica o encaminhamento necessário; se for para o CPM, providenciam ambulância para acompanhar o usuário com a família. Caso não haja vaga, o usuário pode ficar em observação no PA até conseguir vaga em hospital psiquiátrico.

Após alta hospitalar, o usuário necessita ir a UBS com a guia de referência para tratamento, seja ambulatorial ou no CAPS, e na UBS é feito o encaminhamento para o CAPS. O município não tem ambulatório e nem CAPS ad. Quando a UBS encaminha para internação, tem o registro e pode realizar a busca ativa quando o usuário não procura o serviço para continuidade do tratamento após alta, da mesma forma que se o usuário já estiver no programa do CAPS e for internado, este fará o acompanhamento e a busca ativa para continuidade do tratamento. Quando o internamento vai direto do PA, não há registro integrado, e se o usuário não procurar o serviço, não é dada continuidade ao tratamento.

No CAPS há três programas para tratamento: o intensivo (dois períodos diariamente), o semi-intensivo (um período diariamente) e o não-intensivo (até três vezes na semana). O CAPS II atende 220 pacientes por mês. A equipe é composta por um psiquiatra, um terapeuta ocupacional, uma assistente social, uma enfermeira, uma psicóloga, uma auxiliar de enfermagem, um oficinheiro, dois auxiliares de serviços gerais e

dois auxiliares administrativos. Quando em condições de alta do CAPS o usuário é encaminhado para continuar o tratamento na UBS pelo médico clínico geral, estabelecendo interconsulta entre o médico da UBS e o psiquiatra do CAPS II. Quando o usuário recebe alta do CAPS, este envia documentação detalhada com o tipo de alta (por abandono, administrativa, melhorada) e com a prescrição de medicação.

O município não tem programa para dependência química e também não tem CAPS ad. Para os casos que necessitam de tratamento, é acionada a assistente social do NASF que avalia e verifica local para tratamento, seja para internação ou comunidade terapêutica. Quando o usuário retorna ao município é encaminhado para tratamento no ambulatório de dependência química do CPM ou na UBS.

A equipe do NASF faz acompanhamento da UBS/ESF. Realizam grupo para controle do tabagismo, Grupo Humor Solidário (para transtorno de humor) e atendimento individual. Alguns casos são encaminhados para o ambulatório de psicologia adulto e infantil da Universidade Tuiuti, CAPS i do CPM ou CMAE (Centro Municipal de Atendimento Especializado).

A Coordenadora de Saúde Mental forneceu o fluxograma dos atendimentos para usuários com transtorno mental adulto, uso abusivo de álcool e drogas, e infanto-juvenil. Comentou também que tem um projeto para implantação do CAPS ad no município, mas como não há condições de financiar até a chegada do recurso do MS, irão aguardar para o próximo ano.

Capacitação

A equipe de saúde mental realiza capacitação e treinamento com os agentes comunitários de saúde, médico e enfermagem das ESF, sobre esclarecimento do fluxo da atenção à saúde mental, serviço CAPS, identificação de casos para atendimento na UBS ou CAPS e rodas de conversa para esclarecer dúvidas. Realizam visitas em conjunto com a ESF para orientação, elaboração de um questionário básico para identificar casos para a saúde mental e busca ativa. Os ACS preenchem os questionários e a UBS encaminha ao CAPS. Realizam a elaboração e distribuição de material (folders) sobre saúde mental e sobre o fluxo na rede.

A coordenação da atenção básica, em parceria com o CAPS, organizaram visitas dos profissionais de saúde (UBS) acompanhando a rotina diária no CAPS, para a dessensibilização e diminuição do estigma em relação às pessoas com transtornos mentais.

No início do CAPS houve uma capacitação para a equipe pela 2ª regional, que não voltou a acontecer. Houve a supervisão e treinamento por uma psiquiatra para a equipe do CAPS.

Foi realizada capacitação há aproximadamente um ano e meio com a guarda municipal, mas devido à rotatividade, estão aguardando a contratação dos novos profissionais para realização de nova capacitação.

Apoio intersetorial

A equipe de saúde mental iniciou um trabalho com os diretores de escolas da rede municipal, com palestras sobre *stress* no trabalho, mas foi interrompido.

O município tem 3 CRAS e 1 CREAS, mantendo bom contato e integração. O CREAS faz encaminhamentos para o CAPS e realizam visitas domiciliares em conjunto. Os usuários do CAPS são orientados para procurar o CRAS para questões sobre benefícios, isenção tarifária e, quando há necessidade, visitas domiciliares no território com colaboração do CRAS. Os usuários que estão no programa não intensivo são encaminhados para as oficinas no CRAS.

Algumas famílias abandonam os pacientes no PA. Nessa situação é acionado o NASF e o CREAS e, se necessário, o Ministério Público. As pessoas em situação de rua são encaminhadas para o albergue.

Em relação ao Sistema Judiciário, quando este solicita avaliação psiquiátrica para anexar em processos, são realizadas pelo psiquiatra do CAPS. Em caso de internação compulsória, que no território acontece principalmente com adolescentes, acontece encaminhamento para a equipe do NASF que faz o acompanhamento do tratamento hospitalar e encaminhamento após a alta.

Indicadores para a saúde mental

Não há indicadores oficiais, mas com os questionários realizados nas visitas pelo ACS a equipe do CAPS conseguiu levantar alguns dados quantitativos.

Inserção social

Foi criada uma associação da saúde que é utilizada para a comercialização dos produtos confeccionados nas oficinas do CAPS. O município não tem um programa para geração de renda. O material produzido pelos usuários no CAPS geralmente pode ser levado para casa e também é realizado um bingo com as famílias no dia do atendimento familiar, para socialização. Em algumas oficinas os usuários aprendem a fazer produtos que podem confeccionar em casa e vender. O CAPS conseguiu um incentivo do MS de R\$10.000,00 para a compra de material permanente. Estão implantando um laboratório de inclusão digital, e já tem os computadores para iniciarem o trabalho com os usuários.

Também está sendo implantada no município uma Escola Técnica com curso de profissionalização. Em parceria com o Liceu do Ofício de Curitiba há algumas vagas para os usuários do CAPS. Além do Instituto Rute Junqueira, em Curitiba, onde os usuários encaminhados pelo CAPS ficam isentos da taxa de matrícula.

Para os usuários que participam do CAPS nos programas intensivo ou semi-intensivo, consegue-se isenção tarifária do transporte coletivo para ir ao tratamento. A assistente social do CAPS ou do CRAS faz o processo para conseguir a isenção.

Com a Secretaria Municipal de Cultura conseguem participação em eventos culturais para assistir peças teatrais ou o festival de dança. Apresentam maior dificuldade de contato com a Secretaria de Esporte e Lazer. Desse setor, o que eles utilizam são as academias ao ar livre. A assistente social do CAPS começou a participar da rede de proteção onde há a participação de outros setores, como educação e assistência social.

Controle Social

Não há muita participação no Conselho Municipal de Saúde pelos profissionais da saúde mental. Há um pai de usuário do CAPS que participa representando o segmento de usuário pelo conselho local. Todas as UBS têm conselhos locais. O CAPS não tem, pois atende todo o município. Houve participação nas conferência municipal de Saúde.

Quadro 5 - Histórico de Participação Ocupacional – caso 5

	Atividades de vida diária	Atividades educacionais e laborais	Atividades de lazer e de socialização
Anterior ao início dos sintomas	Desempenhava atividades de higiene pessoal; auxílio nas tarefas de casa como lavar louça e limpar o chão; sabe lavar roupa e cozinhar, mas geralmente sua mãe fica responsável.	Cursou o ensino fundamental regular, mas não completou; apresentando dificuldades de aprendizagem e em relacionamento interpessoal na escola; iniciou trabalho com o pai aos fins de semana, com a venda de amendoim torrado; fez curso de computação.	Gostava de sair com o pai para atividades como pescar, andar de moto nos fins de semana; após a morte do pai, diminuiu a volição de sair e aumentou dificuldade em relacionamento interpessoal; saía com um grupo para andar de bicicleta, mas não deu continuidade, pois os colegas se envolviam com drogas e confronto policial; gostava de passear de mobilete com o amigo 1; ia a para praia com sua família e com o amigo 1; gosta de andar de bicicleta, mesmo sozinho; gosta de assistir televisão, noticiário e desenho animado; participa de encontros familiares aos finais de semana; sabe utilizar o computador e conversa com suas primas pela internet.
Durante evolução do transtorno mental	Diminuiu a volição para desempenhar a higiene pessoal, autocuidado e tarefas de casa, mas as realiza quando sua mãe pede; isola-se no quarto.	Reprovou da 5ª à 8ª série do E.F. e interrompeu os estudos; apresenta dificuldade de atenção e irritabilidade; trabalhou em oficina de bicicleta de forma inconstante, onde desempenhou funções de atendimento ao público e conserto; havia uma tolerância por parte do dono da oficina.	Ficava isolado no quarto assistindo televisão e usando no computador; ficava acordado de noite e dormia pela manhã.
Pré-internação hospitalar	Ficava irritado; não queria ser incomodado; passava dias sem realizar higiene pessoal; não colaborava nas tarefas em casa; apresentava dificuldade para dormir de noite (troca o dia pela noite), alimenta-se pouco.	Retomou aos estudos no CEEBJA conseguindo cumprir o E.F. e iniciar o Ensino Médio, interrompendo pouco antes do internamento; iniciou vários trabalhos com registro em carteira, mas não permanecia por muito tempo (1 a 3 meses); apresentava capacidade para aprender a função, mas não conseguia desempenha-la de acordo	Não saía de casa; começou a ter alucinações visuais e auditivas; se sentia perseguido; apresentava muito medo, não saía de perto da mãe.

		com a produtividade exigida pelas empresas, apresentava dificuldade em cumprir o horário, atrasava ou faltava.	
Entre o 1º e o 2º internamento	Retorno da volição quanto à higiene pessoal e auxílio nas tarefas de casa; apresentava instabilidade quando está nervoso e agitado.	Continuou os estudos, parando pouco antes do 2º internamento; não voltou a procurar outro emprego; começou a receber benefício do INSS.	Como saiu do 1º internamento sem continuidade do tratamento, no início sentia-se melhor, e quando começou a piorar novamente, procurou o CAPS. Após iniciar o tratamento no CAPS, melhorou quanto ao relacionamento interpessoal, conscientização do seu transtorno mental e necessidade do tratamento; participação nas atividades de socialização no CAPS, participação nos encontros familiares nos fins de semana; participação de atividades de socialização com a mãe foi em bailes, aprendeu a dançar e estabeleceu vínculo interpessoal iniciando namoro; apresentando volição para aprender coisas diferentes que sejam de seu interesse.

Tabela 14.1 – Caso 5 – mapa 1 – Família

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
Mãe	Avó	Tia 3
Irmã	Tia 2	Tio 6
Tio 1	Tio 3	Tia 4
Sobrinha	Tio 4	Tia 5
Pai (falecido)	Tio 5	Prima 1
		Prima 2
		Primo 1
		Primo 2
		Tio 2 (falecido)
		Tia 1 (falecida)
		Ex-cunhado

Tabela 14.2 – Caso 5 – mapa 1 – Amizade

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
	Amigo 1	Amigos de turma
		Amigo 2
		Amigo 3
		Irmã do amigo 1

Tabela 14.3 – Caso 5 – mapa 1 – Comunidade/Profissionais de saúde

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
		Psicólogo 1 CPM
		Psiquiatra 1 Cl. P
		Médico 1 CG
		Psiquiatra 2 CAPS

Tabela 14.4 – Caso 5 – mapa 1 – Trabalho/educação

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
Dono da oficina	Colega de trabalho 1	Colega de trabalho 2
	Amigo 1	Encarregado
	Amigo 2	Colegas de colégio
		Professora 1 EF.
		Monitor do colégio

Tabela 15.1 – Caso 5 – mapa 2 – Família

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
Mãe	Avó	Tio 6
Irmã	Tia 2	Tia 3
Sobrinha	Tio 3	Tia 4
Tio 1	Tio 4	Tia 5
	Tio 5	Prima 1
		Prima 2
		Primo 1
		Primo 2

Tabela 15.2 – Caso 5 – mapa 2 – Amizade

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
	Namorada	Colegas do CAPS
		Colega 1 CAPS

Tabela 15.3 – Caso 5 – mapa 2 – Comunidade/Profissionais de saúde

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
Assistente Social CAPS	Psiquiatra 2 CAPS	Médico perito INSS
	Terapeuta Ocupacional CAPS	Psiquiatra 3 HCAB
	Psicóloga CAPS	Auxiliar de enfermagem CAPS
	Enfermeira CAPS	Oficineiro CAPS

Tabela 15.4 – Caso 5 – mapa 2 – Trabalho

Relações íntimas/cotidianas	Relações pessoais com contato	Relações ocasionais
	Colega do CEEBJA	Profª CEEBJA

Tabela 16 – Caso 5 –Tipos de função da rede social significativa

	Companhi a social	Apoio emocional	Guia cognitivo/ conselhos	Regulação social	Ajuda material	Acesso a novos contatos
Pai (falecido)	X	X	X	X	X	X
Mãe	X	X	X	X	X	X
Irmã				X		
Tio1	X			X		
Sobrinha	X		X	X		
Avó	X			X		
Tia 2	X		X	X	X	X
Tio 3	X			X	X	
Tio 4	X			X	X	
Tia 3	X			X		
Tio 5	X			X	X	
Tio 6	X			X		
Tia 4	X					
Tia 5	X					
Prima 1	X					X
Prima 2	X					X
Primo 1	X					
Primo 2	X					
Tio 2 (falecido)				X		
Tia 1 (falecida)				X		
Ex-cunhado	X					
Amigo 1	X		X		X	X
Amigo 2	X					X
Amigo 3	X					X
Amigos de turma	X					
Irmã do amigo 1	X					
Psicóloga 1 CPM			X			
Psiquiatra 1 Cl. P					X	
Médico 1 CG					X	
Psiquiatra 2 CAPS			X		X	X
Dono da oficina	X		X		X	X
Colega de trabalho 1 – colega do CEEBJA	X				X	X
Colega de trabalho 2	X		X			
Encarregado				X		
Amigo 1 do colégio	X			X		
Amigo 2 do colégio	X			X		
Colegas de colégio	X					
Professora 1			X	X		X
Monitor						
Colegas do CAPS	X				X	
Colega 1 CAPS	X					
Assistente social CAPS		X	X		X	X
Terap. Ocupacional CAPS			X		X	
Psicóloga CAPS			X		X	
Enfermeira CAPS			X		X	
Auxiliar de enfermagem CAPS					X	
Oficineiro CAPS					X	
Médico perito INSS					X	

Psiquiatra 3 HCAB					X	
Colega do CEEBJA	X					X
Profª CEEBJA					X	

MAPA DE REDE SOCIAL SIGNIFICATIVA – CASO 5

Figura 15 - Mapa da Rede Social de Jasper anterior à 1ª internação psiquiátrica (mapa 1)

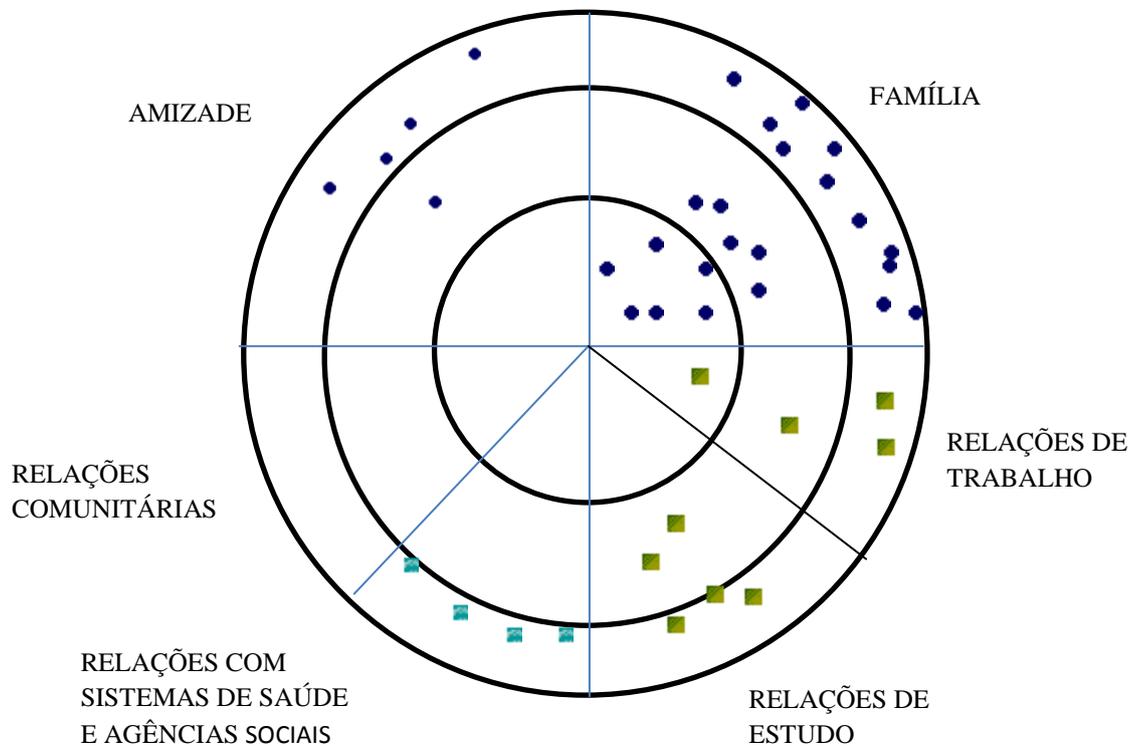


Figura 16- Mapa da Rede Social de Jasper entre a 1ª e a 2ª internação psiquiátrica (mapa 2)

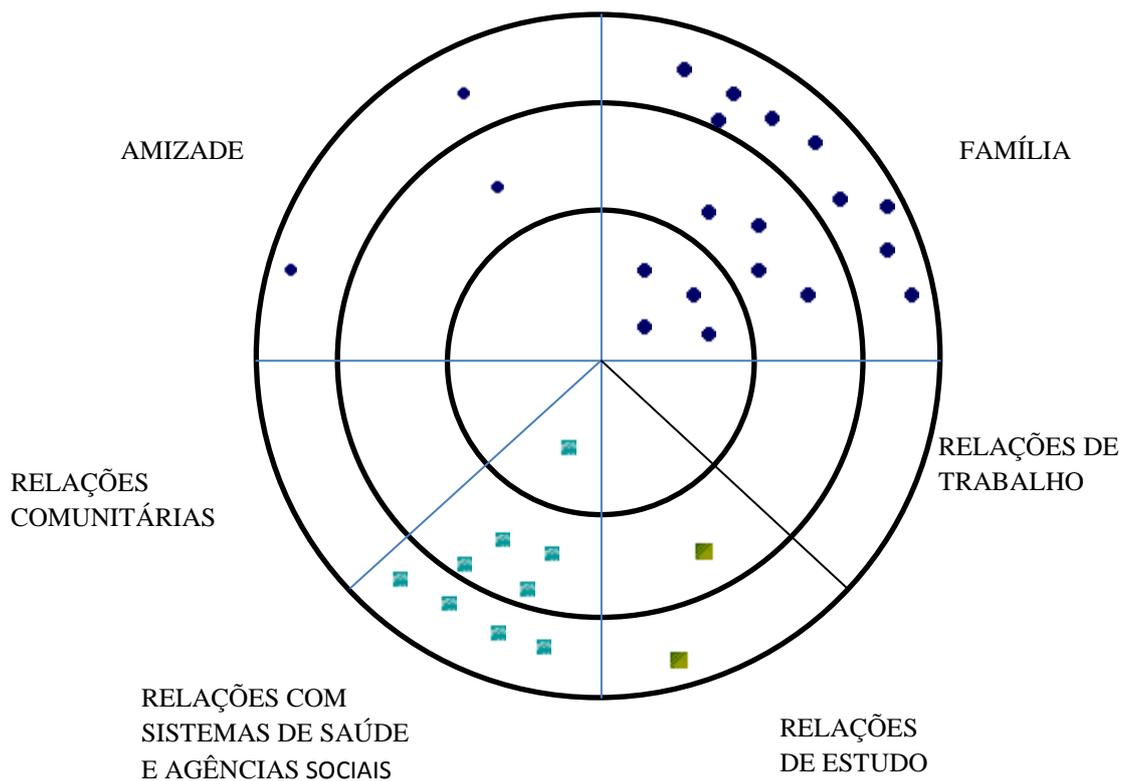
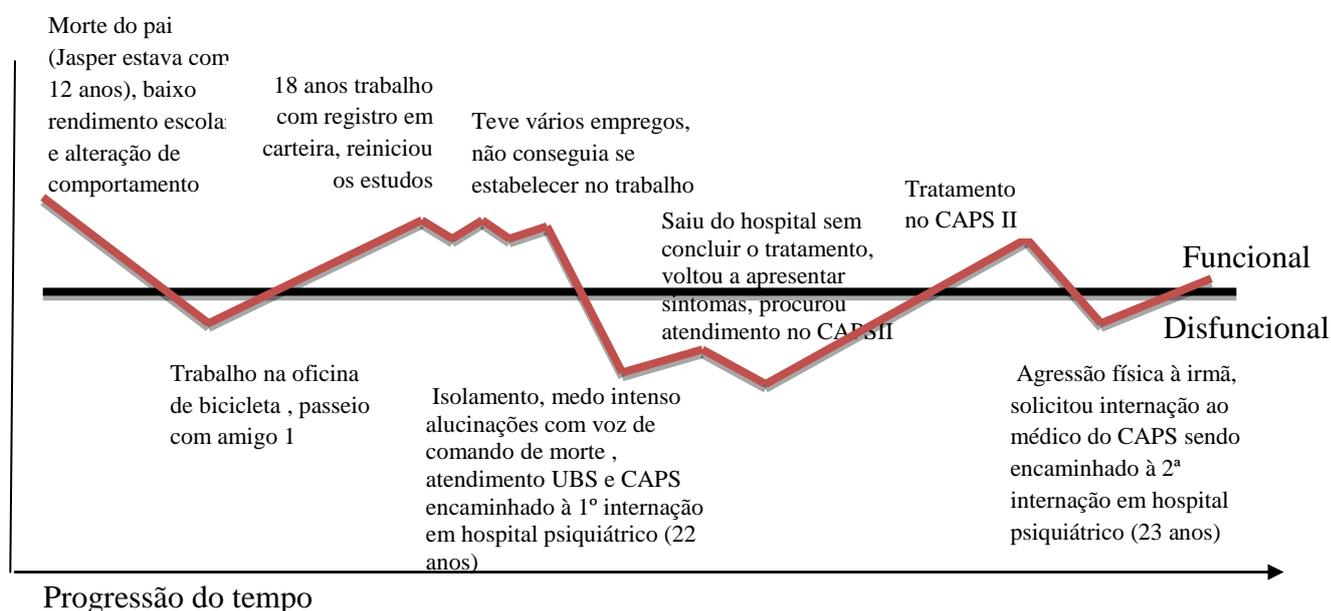


Figura 17- Trajetória da narrativa de vida ocupacional de Jasper – caso 5



Análise dos resultados caso 5

No caso de Jasper o tamanho da rede social significativa não é grande e há pequena diminuição da rede no segundo mapa (30) em relação ao primeiro (39). A maioria dos membros da rede está no quadrante de familiares e não há muita alteração nas relações familiares. A diminuição decorreu da morte de membros como o pai e os tios maternos. O pai tinha vínculo muito forte com Jasper, que sentiu profundamente a perda do pai, isolando-se da família e piorando seu relacionamento e rendimento escolar. Nas relações de amizade, educação e trabalho há poucos membros, sendo a maioria com pouco vínculo ou não continuidade da ativação do vínculo; e nulo nas relações com a comunidade. Jasper considera que não tem amigos e que tem dificuldade em fazer amizades. Após o primeiro internamento, observa-se diminuição nas relações de amigos e de estudo. Como não voltou a trabalhar não tem membros no quadrante de trabalho, assim como não foram ativados vínculos na comunidade. Já em relação aos profissionais de saúde houve um pequeno acréscimo, mas com maior vinculação tanto com os profissionais quanto em relação à adesão ao tratamento.

Em relação à densidade da rede, há boa conectividade entre os familiares, que mantiveram o vínculo, a convivência social e ajuda material mesmo após a morte do pai. A

mãe era acionada pela escola quando Jasper apresentava problemas de comportamento ou de rendimento escolar. Também há boa conectividade em relação aos profissionais de saúde e principalmente com a mãe e a tia 2. Esta buscou ajudá-lo para ter atendimento profissional adequado. A mãe participa das reuniões no CAPS e aceita orientações. Já nas relações de amizade, trabalho e escola, há pouca conectividade.

Quanto à composição ou distribuição da rede social pessoal de Jasper, há maior concentração no quadrante familiar em relação aos demais. No quadrante de amizades do mapa 1 verifica-se que este é um pouco maior do que no mapa 2, mas os vínculos não são duradouros, como com os colegas de turma em que o vínculo foi mantido por um período e depois acabou. Deve-se considerar que se constituíam em um vínculo negativo devido ao envolvimento com as drogas, e, portanto, esse afastamento foi positivo para Jasper. Da mesma forma há diminuição no quadrante das relações de escola e de trabalho, este chegando a ser nulo devido o seu não retorno às atividades laborais. Contudo há um pequeno acréscimo no quadrante de profissionais de saúde e inclusão de profissionais da área social, como o pedido de benefício pelo INSS e necessidade de passar pelo perito desta instituição.

Quanto à dispersão e acessibilidade não houve muita alteração, pois mesmo com a mudança de cidade, este novo local não ficava muito distante dos familiares com quem tem contato, além de Jasper ter autonomia para andar de ônibus e de bicicleta, o que facilita quanto à acessibilidade tanto com familiares, como para frequentar a escola (CEEBJA), o serviço de saúde (UBS e CAPSII) e os locais de trabalho. Já em relação ao amigo que mudou de cidade, indo para outro município da região metropolitana, diminuiu o contato pela distância da localização, mas Jasper já foi visitá-lo e tem boa noção espacial.

A homogeneidade/heterogeneidade da rede de Jasper quanto aos aspectos sócio culturais apresenta-se homogênea, pois todos possuem casa própria e acesso às condições de trabalho. Jasper apresenta um nível razoável de conforto e apenas a irmã trabalha fora, mas a mãe recebe benefício pela morte do pai e também tem renda de imóveis alugados. Quanto ao aspecto demográfico há heterogeneidade em relação a familiares; há três gerações diferentes de avó, tios e primos, alguns da mesma idade que Jasper e outros mais novos. Em relação à amizade e trabalho, os vínculos foram com pessoas mais velhas, o amigo 1 tinha aproximadamente 60 anos e tinham bom contato e realizavam várias

atividades de lazer juntos. A relação de trabalho que permaneceu por mais tempo, foi com o dono da oficina de bicicleta que também era mais velho e parecia ser mais tolerante.

Quanto à intensidade dos vínculos, alguns já citados, Jasper apresenta forte vínculo com a família nuclear. O pai era a pessoa com quem Jasper tinha uma proximidade maior e conseguia bom relacionamento. Manteve com a mãe um forte vínculo, uma relação de respeito, pois mesmo quando está muito nervoso, tem noção de não agredi-la fisicamente, mas já o fez verbalmente. Com a irmã tem uma grande dificuldade de relacionamento, com vínculo bastante fragilizado, há intolerância e agressividade física cujo desfecho foi Jasper ter sido preso. Com o tio 1, que mora com ele, também há dificuldade de relacionamento, mas certa tolerância e compreensão das dificuldades que o tio apresenta. Em relação à sobrinha Jasper mantém um bom vínculo. Consegue manter ativados os vínculos com a família por parte do pai, o que é recíproco. Os tios o convidam para os encontros familiares assim como Jasper busca contato pela internet com as primas que estão em outro município. Em relação aos vínculos com profissionais da saúde, antes do primeiro internamento havia pouca vinculação e não continuidade de tratamentos, mas após a internação e início do tratamento no CAPS, Jasper pôde ativar forte vinculação com alguns membros da equipe profissional, assim com melhorar seu relacionamento interpessoal, conseguindo participar de atividades sociais como baile com a mãe e estabelecer um vínculo afetivo com uma mulher (namorada), apesar da dificuldade de se encontrarem.

Tipos de função da rede social significativa

A maioria dos membros da rede social pessoal de Jasper exerce função de companhia social, principalmente os membros das relações familiares, amigos, escolares e de trabalho, sendo que os dois últimos se limitam ao ambiente relacionado à atividade exercida. A família, assim como o amigo 1, professora e encarregado exercem função de regulação social. Parece que os amigos 1 e 2 do colégio exerciam função de regulação social, mas no sentido de se unirem por apresentarem comportamentos que dificultavam o convívio com os demais colegas de escola.

Alguns membros da rede exercem função de guia cognitivo como o pai, mãe e profissionais de saúde, os quais Jasper consegue compreender e conversar sobre os conselhos. A função de ajuda material é também exercida por poucos membros da rede,

além da mãe, alguns tios e profissionais de saúde. Poucos também exercem a função de acesso a novos contatos, mas Jasper apresenta dificuldade em mantê-los.

Quanto ao apoio emocional, observou-se que apenas dois membros exercem tal função. O pai exercia essa função com uma sobrecarga, pois era com ele que Jasper contava. Após a morte do pai a mãe acumulou a maioria das funções podendo contar com a ajuda de alguns membros da rede para outras funções.

A mãe parece ser bastante tolerante a ponto de não perceber as dificuldades de Jasper como sendo um problema que necessitava de uma ajuda maior, tanto que demorou a procurar ou dar continuidade aos tratamentos sugeridos, como quando adolescente e foi encaminhado para atendimento psicológico no CPM, a interrupção do tratamento ambulatorial de psiquiatria e mesmo no primeiro internamento, quando Jasper queria receber alta por sentir-se melhor e ela atendeu o pedido, interrompendo novamente o tratamento. Jasper teve iniciativa para procurar o CAPS e conseguiu compreender a necessidade do tratamento. A mãe o acompanhou e conseguiu perceber melhora. A mãe, além de atender Jasper, cuida do irmão que é alcoolista e da neta de 3 anos.

Jasper, em alguns momentos, exerce a função de reciprocidade, principalmente demonstrado em atitudes como colaborar com a mãe nas tarefas de casa, consertar a bicicleta para a sobrinha, ajudar nas tarefas para o almoço em família e consertar a mobilete para o amigo que o pagava.

A dificuldade tanto de Jasper como da mãe em perceber que as alterações de humor como irritabilidade, inquietação, isolamento, dificuldade de relacionamento interpessoal, aprendizagem não eram “normais da idade ou passageiras”, como pensava a mãe, dificultou a continuidade de tratamento e progressivamente o agravamento do transtorno, sendo percebido quando Jasper apresentava alucinações visuais e auditivas, delírio persecutório e agressividade, depois de aproximadamente dez anos do início dos sintomas do transtorno.

Quando foram procurar ajuda no CAPS, foi encaminhado para internação por estar em situação de risco, mesmo assim, só após sair do hospital e voltar os sintomas é que conseguiu aderir ao tratamento no CAPS. Jasper começou a ter consciência do seu problema e a necessidade do tratamento, mas teve comportamento de muita agressividade, principalmente em relação à irmã, então Jasper solicitou uma ajuda mais intensiva como o

internamento. No segundo internamento permaneceu até ter alta melhorada para dar continuidade ao tratamento no CAPS. A mãe parece também estar mais esclarecida e procura maior interação social com Jasper, quando o leva para atividades de lazer e socialização como o baile.

Jasper diminui sua participação ocupacional conforme a alteração de humor, o que dificulta a permanência constante nos empregos, não conseguindo manter a rotina exigida de acordo com as normas do trabalho como cumprimento de jornada de trabalho, exigência de produtividade e relacionamento interpessoal. Em locais com maior flexibilidade, como a oficina de bicicleta onde não havia um horário rigoroso, às vezes desistia e depois voltava para o trabalho com o consentimento do dono da oficina. Mesmo assim, ao completar 18 anos Jasper queria ter um trabalho com registro em carteira e também seguir o exemplo de seu pai, de trabalhar e voltar para casa. Não havia dificuldade em conseguir trabalho, e quando foi exigido maior escolaridade, Jasper voltou aos estudos e conseguiu bom desempenho.

A dificuldade estava na manutenção do emprego quando se aumentavam as responsabilidades e necessidade de cumprir regras fixas. Após algumas tentativas frustradas, Jasper ficava mais irritado percebendo suas limitações, e a mãe achava que ele não queria trabalhar. Jasper desistiu de procurar trabalho e se isolou mais ainda, permanecendo fechado no quarto e com pouco contato, piorando os sintomas de medo, delírio persecutório e alucinações. Jasper pediu ajuda a mãe, pois estava sofrendo demais, e buscaram ajuda na UBS e CAPS que encaminharam para o CPM para internação em hospital psiquiátrico. Jasper queria ajuda, mas não queria o internamento. A mãe também não sabia muito bem se era necessário o internamento, dessa forma, assim que Jasper sentiu-se um pouco melhor queria sair do hospital e pediu para que a mãe solicitasse alta.

O primeiro internamento teve um efeito em Jasper e na família em compreender a complexidade do transtorno mental de Jasper e a necessidade de tratamento. A mãe pôde compreender que a questão de Jasper não permanecer no emprego, isolar-se, ficar muito irritado e às vezes agressivo era consequência do transtorno. Jasper começou a conscientizar-se de seu problema, buscando compreender o porquê de ser tão nervoso, irritado e não conseguir permanecer no trabalho. Tem aprendido a perceber quando não está bem e a pedir ajuda, apesar de se descontrolar às vezes, como no caso que agrediu sua irmã e foi para a delegacia.

Mesmo em tratamento no CAPS e aceitando bem a medicação, às vezes a tomava de forma irregular, pois se esquecia se sua mãe não o lembrasse e acabava sem tomar no horário certo. Dessa forma, começou a apresentar muita irritabilidade, insônia. Após o episódio da compra do computador com defeito percebeu que estava se descontrolando. Buscou ajuda no CAPS e solicitou internação, e com avaliação do psiquiatra foi encaminhado novamente ao CPM e deste para o HCAB.

No segundo internamento conseguiu aproveitar o tratamento, participando do programa terapêutico e compreendendo a necessidade da continuidade do tratamento extra-hospitalar. Percebe-se que para iniciar o tratamento na rede de atenção a saúde mental Jasper pode acessar a rede de atenção que está organizada no serviço, sendo a porta de entrada na atenção básica, encaminhado ao serviço especializado de média e alta complexidade. Note-se que ao sair de alta hospitalar da primeira vez, por ser com alta a pedido não houve encaminhamento para continuidade do tratamento, necessitou procurar o serviço por iniciativa própria. Mesmo tendo passado pelo CAPS antes do primeiro internamento, não houve busca ativa nem pela UBS ou pelo CAPS.

Após buscar novamente o atendimento do CAPS é que pôde estabelecer um vínculo com os profissionais de saúde e com o serviço assim como acessar o atendimento na UBS, mesmo assim, todo esse cuidado não foi suficiente para controlar a outra crise, sendo necessário o segundo internamento.

Verificou-se, portanto, que apesar das questões acima citadas, a organização da rede, suas diversas ações e, principalmente capacidade de estabelecimento de vínculos (tanto com Jasper, quanto com sua mãe) colaboraram para que avanços psicossociais já possam ser evidenciados. Jasper está participando de atividades educacionais e sociais que lhe permitem ampliar a rede de amizades e afetos, assim como construir planos de capacitação para o trabalho.

A melhoria da qualidade de adaptação de Jasper e da mãe parece estar relacionada a qualidade do atendimento integral que lhe é oferecido na rede de atenção à saúde mental, além dos próprios recursos de sua rede de apoio social. Os vínculos estabelecidos com profissionais dos serviços de saúde e a conectividade entre eles e a família, tanto pelo atendimento familiar como por visitas domiciliares demonstra um processo de

corresponsabilização pelas partes e está promovendo acesso a novos vínculos e conscientização da problemática e resolução de conflitos.

6.6 COMPARATIVOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DOS MUNICÍPIOS DE ORIGEM DOS PARTICIPANTES.

A seguir são apresentados dois quadros compostos com dados comparativos de temas relevantes para a análise e discussão.

No primeiro quadro são apresentados os dados sociodemográficos que colaboram na compreensão do contexto situacional em que os participantes encontravam-se, e o segundo compõe de forma comparativa como está sendo construída a rede de atenção psicossocial nos municípios, de acordo com as informações colhidas nas entrevistas com os gestores.

Quadro 6 - Dados sociodemográficos.

Nome	Cristal	Pérola	Ágata	Jade	Jasper
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino
Estado civil	Separada	Casada	Solteira	Separada	Solteiro
Nº de filhos	8	2	0	4	0
Escolaridade	2ª série - EF	4ª série - EF	EM incomp.	8ª série – EF	EM incomp.
Estudava quando do 2º internamento	Não	Não	Sim CEEBJA	Não	Sim CEEBJA
Profissão	Do lar	Do lar	Auxiliar de limpeza	Do lar	Aux. de produção, auxiliar mecânico de bicicletas, servente, ajudante de descarga de caminhão
Trabalhava quando do 2º internamento	Não	Não	Não	Não	Não
Recebe benefício ou pensão	Não No 2º internamento parou de receber pensão e S. Família	Sim INSS	Não	Sim Pensão filha	Sim INSS
Renda Familiar	R\$700,00	R\$900,00	Não sabe	R\$2.000,00	R\$1.800,00
Nº de moradores na residência 1º intern.	7 pessoas	4 pessoas	8 pessoas	8 pessoas	5 pessoas
Nº de moradores na residência 2º intern.	5 pessoas	4 pessoas	8 pessoas	8 pessoas	5 pessoas
Condição da moradia	Cedida pelo genro	Própria	Própria	Própria	Própria
Idade – 1º internamento	43 anos	48 anos	21 anos	29 anos	22 anos
Idade – 2º internamento	44 anos	53 anos	27 anos	31 anos	23 anos
Idade – Início do sofrimento mental	20 anos	19 anos	19 anos	17 anos	12 anos
Evento/ início do sofrimento referenciado pelo participante	Acidente/ queimadura na 3ª gravidez	Morte do pai	Saída de casa e morte da amiga 1	Separação do marido	Morte do pai
Apresentou crise aguda em que o tratamento ambulatorial evitou o internamento	Não	Sim	Sim	Não	Não

Quadro 7 - Dados da rede de saúde mental dos municípios pesquisados

	S. J. Pinhais	B. S. Sul	Colombo	Pinhais	F. R. Grande
Nº habitantes	300.000	3.400	210.000	110.000	82.000
Regional de Saúde	2ª R.S. Reunião mensal Gestão plena	7ª R.S. Reunião mensal com equipes da saúde, assistência social e educação especial	2ª R.S. Reunião mensal	2ª R.S. Reunião mensal	2ª R.S. Reunião mensal Uma avaliação/ orientação no serviço CAPS
Dispositivos de saúde	26UBS	1 UBS	21 UBS	9 UBS	10 UBS
	ESF	1 ESF	13 ESF	13 ESF	ESF
	NASF - matriciamento		equipe de matriciamento em saúde mental	ações na atenção básica	NASF – matriciamento grupos temáticos nas UBS
	Ambulatório de psiquiatria infantil e adulto	CRE Pato Branco - Ambulatório de psiquiatria	Ambulatório de Saúde Mental (psiquiatria e psicologia),	Centro de especialidades - ambulatório de psiquiatria e psicologia	
	PAH geral,		PA geral,	PA geral	PA geral,
			CAPS II	CAPS II,	CAPS II
	CAPS ad,		CAPS ad	CAPS ad	
	CAPS i				
			centro de marcação de especialidade (CME),	Departamento central de vagas (DECAL)	
Transporte em situações emergenciais	SAMU	Ambulância	Ambulância	Setor de remoção geral – ambulância	Ambulância
Regulação de leitos psiquiátrico	CPM	CPM	CPM	CPM	CPM
Encaminhamentos fora do município					Ambulatório infantil e adulto UTP
				Ambulatório infantil CPM	Amb. infantil e adulto COM
				CAPS i CPM	CAPS i COM
					CMAE

Fluxo	UBS como porta de entrada e CAPS ad e CAPS i funcionam como porta aberta	Porta de entrada UBS, encaminham ento para CRE Acompanhamento ESF	UBS – porta de entrada - CME CAPS ad – porta aberta CAPSII – porta aberta para situações de risco de suicídio	UBS – porta de entrada encaminhamento para o DECAL CAPS II e CAPS ad – porta aberta	UBS – porta de entrada - agendamento no CAPS Emergências no PA
Capacitação	Residência em psiquiatria Capacitação para equipe do CAPS i pelo MS Capacitação dos ACS	Última capacitação em 2006 pela RS	Estagiário UFPR de enfermagem e terapia ocupacional	Capacitação para equipes da atenção básica, reuniões mensais com equipe das UBS, orientação aos ACS. Equipe do CAPS teve uma capacitação há 2 anos. Grupo de estudo no CAPS – mensal Implantação do prontuário eletrônico	Capacitação para ACS, médicos e enfermagem das equipes ESF. Questionário para ACS nas visitas domiciliares, visitas em conjunto, folder informativo sobre o fluxo da rede, visitas ao CAPS pela equipe das UBS
Intersetorialidade		CRAS	CRAS	CRAS	CRAS
				CREAS reunião bimestral	CREAS
	Rede de proteção (Educação, assistência social e saúde)		Interlocução com serviço social e educação com reuniões para discussão de casos,	Gerenciamento de caso quando solicitado pela Secretaria de Educação	participação na rede de proteção (educação, saúde e assistência social).
	PROESC				Avaliação psiquiátrica se solicitada pelo judiciário – casos e internação compulsória
Casas de apoio/ comunidades terapêutica	Lei municipal proíbe casas de apoio como abrigo. Tem convênio com CTs sendo uma para		Há casas de passagem vinculadas à Secretaria de Ação Social, mas não estão regulamentadas		

	adolescentes, acompanhamento pelo CAPS ad e CAPS i				
Centro de convivência	Há um centro de convivência para adolescentes em situação de vulnerabilidade			1 centro de convivência para idosos, 1 associação (usuário e profissionais) pelo CAPS ad	1 associação da saúde - utilizada para comercialização de material do CAPS, cursos no CRAS, no Instituto Rute Junqueira e nos Liceus do Ofício em Curitiba
Não dispõe de		SAMU	SAMU	SAMU	SAMU
	Leitos psiquiátricos em hospital Geral	Leitos psiquiátricos em Hospital Geral	leitos psiquiátricos em hospital geral	leitos psiquiátricos em hospital geral	Leitos psiquiátricos em hospital geral
	CAPS II	CAPS II – proposta de implantação de CAPS II parceria entre 3 municípios			
		CAPS i	CAPS i	CAPSi,	CAPS i
		CAPS ad			CAPS ad
	Ambulatório infantil			Ambulatório infantil	Ambulatório infantil e adulto
Controle social	CMS	CMS	CMS	CMS COMAD	CMS

7 DISCUSSÃO E ANÁLISE

O objetivo do trabalho foi compreender como a rede de apoio psicossocial se relaciona com a participação ocupacional de egressos de um hospital psiquiátrico, partindo do pressuposto de que a reinserção social está intimamente vinculada à manutenção dos vínculos laborais, familiares e comunitários. O estudo de cada um dos casos ofereceu, nesse sentido, algumas informações que podem colaborar para elucidar as questões estudadas.

Para analisar o tema foram construídas categorias de análise, nas quais foram reunidos sentidos comuns dos resultados apurados que se relacionam diretamente com as questões da pesquisa.

Neste capítulo serão analisadas as categorias comuns observadas e relacionadas com a problemática desta pesquisa, que podem ter relação com a participação ocupacional e a rede de apoio psicossocial de egressos de hospital psiquiátrico.

As categorias eleitas foram as seguintes: Perdas, mortes e rupturas; Vulnerabilidade psicossocial; Tutela; Permanência do estigma da loucura; Participação ocupacional nas atividades laborais; Risco de suicídio; Familiares com problemas decorrentes do uso abusivo de álcool; Interrupção ou descontinuidade no tratamento; Rede de cuidados; Rede Social Pessoal e Participação Ocupacional, cuja discussão é a seguir realizada.

Perdas, mortes e rupturas.

Uma situação evidente em todos os casos analisados nesta pesquisa em relação à rede social pessoal e participação ocupacional dos participantes foi a ocorrência de perdas (morte, rupturas ou afastamento) de pessoas que desempenhavam funções e vínculos muito significativos na vida dos participantes. Este fato foi observado em todos os cinco casos e parece ter desempenhado papel relevante no curso do processo de sofrimento mental dos participantes. Eram pessoas que exerciam várias funções importantes na relação com os participantes havendo reciprocidade. De acordo com as referências dos participantes, o início ou o agravamento dos sintomas relacionados ao sofrimento mental estão localizados

em períodos marcados por situações de perda de pessoas com quem estabeleciam forte vinculação.

A dificuldade apresentada na adaptação social e ocupacional em decorrência das perdas também pôde ser entendida pelas respectivas narrativas. No caso de Jasper, o pai era o membro de sua rede que executava funções de companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e de conselhos, regulação social, ajuda material e acesso a novos contatos, e com um forte papel de imagem masculina a ser seguida por ele. Após a morte do pai acentuaram-se as suas dificuldades de relacionamento, isolamento e baixo rendimento escolar. Foi encaminhado para atendimento psicológico no ambulatório de psicologia infantil do CPM, mas sem continuidade. A mãe, que também sofria o processo de luto, compreendeu que os problemas do filho estavam relacionados com a perda do pai, mas acreditava que isso iria melhorar normalmente. Após alguns anos a figura paterna continuava presente, pois Jasper buscou seguir o exemplo dele em relação a conseguir um trabalho e manter o convívio familiar. Como não conseguiu atingir tais objetivos, parece ter se sentido muito frustrado. Algumas figuras masculinas, como o dono da oficina em que trabalhou na adolescência e o amigo 1, que eram pessoas mais velhas, possivelmente executaram um pouco a função de companhia social e apoio emocional. Tais funções também continuaram, de forma menos intensa, mas contínua, a serem realizadas com a participação em eventos com os tios paternos.

A trajetória de Cristal é marcada por muitas perdas. Muitas delas não de pessoas, mas de aspectos que constituíam a própria identidade. A primeira perda significativa diz respeito àquela que ela identifica como relacionada ao início da depressão foi o acidente/queimadura que ocasionou alterações corporais e interferiu nos aspectos de sexualidade, na separação do companheiro, diminuição de sua participação ocupacional e em atividades de lazer e de socialização.

Os agravamentos dos sintomas ocorreram no período em que estabeleceu uma união com um companheiro que limitava sua participação ocupacional nas relações de amizade e de trabalho e que também protagonizou uma situação de conflito conjugal marcado por ameaça de violência doméstica contra a filha e de violência conjugal contra a participante, que resultou na separação de um relacionamento conjugal de longa duração (20 anos), com necessidade de saída de casa com os filhos, perda do seu referencial, como seu lar, e das relações familiares e comunitárias. Diante da necessidade de proteção de si e

de sua família por encontrarem-se em situação de vulnerabilidade, tanto emocional quanto social, buscou auxílio de serviços de assistência social, da proteção à mulher. Ela não estava trabalhando, portanto não tinha como sustentar os filhos e neta. Foi necessária uma reestruturação em sua rede social pessoal e alguns membros precisaram assumir outras funções, mas não conseguiram efetivar um suporte necessário ao sofrimento em que Cristal se encontrava.

Percebeu-se a dificuldade de adaptação de Cristal às novas circunstâncias apresentadas. Além disso, os outros membros de sua rede social não conseguiram executar, na percepção dos informantes, a função de apoio como o que era exercido por essa irmã, sobrecarregando a filha1 com a qual Cristal convive. Essa filha também precisou reestruturar sua vida para adequar-se à nova situação, deixando o seu trabalho após o primeiro internamento de Cristal, pois precisou assumir outras responsabilidades pelo cuidado das crianças e também da mãe, invertendo-se os papéis.

Pérola afirmou que o início de seu sofrimento ocorreu no período de cuidado e morte do pai. Disse que já apresentava tristeza e dificuldades para dormir, mas que pioraram após a perda. Para cuidar do pai, foi privada de viver relacionamentos e atividades próprias da fase da adolescência. Ele foi uma pessoa significativa da rede social de Pérola, estabelecendo vínculo com funções importantes para a formação de sua identidade. Nos últimos anos de vida do pai ela exercia a função de apoio emocional e ajuda material, sendo responsável pelo cuidado com o pai.

Pérola parece ter conseguido superar essa crise e adaptar-se e reconstruir sua rede estabelecendo vínculos com o marido e familiares por parte dele. Foi acolhida e inserida de forma que conseguiu seguir em frente com sua vida. Outro fato marcante para Pérola foi o acidente/cirurgias no joelho que diminuíram sua capacidade em executar tarefas que até então realizava, além de conviver com dor e limitações, diminuindo sua participação ocupacional, principalmente ligada ao trabalho na roça.

Pérola passou por um período de maior instabilidade emocional nas gestações, sendo que na segunda gravidez o médico que acompanhava o seu pré-natal iniciou tratamento para depressão. A morte de seus irmãos mais velhos, com quem estabelecia forte vínculo, e de seu sogro com quem também convivia e inclusive ajudou a cuidar

durante o período que ele adoeceu foram eventos que desencadearam uma crise aguda que a levou ao primeiro internamento em hospital psiquiátrico.

No segundo internamento de Pérola, o agravamento dos sintomas também ocorreu apenas três meses após a morte de sua sogra, pessoa com quem estabelecia forte vínculo com funções recíprocas de apoio emocional, regulação social, companhia social, ajuda material, guia cognitivo e de conselho.

No caso de Ágata a rede social pessoal não é muito grande e a distribuição de membros nas relações familiares é reduzida. As funções de apoio emocional são permeadas por grandes conflitos que enfraquecem o desempenho dessa função. Ágata relatou que por volta de seus 18 anos modificou seu comportamento em relação aos pais, deixando de conversar com eles como costumava fazer. Além disso, os conflitos são potencializados pelo uso abusivo de álcool de seu pai. Ágata busca outros vínculos fora de casa, como amizades e namorados, havendo uma ruptura na relação já fragilizada com sua família de origem, e a situação se agravou com o exercício da sexualidade não aprovado pelo pai, o que intensificou o conflito familiar.

Ágata procura ter autonomia saindo de casa, mas durante tais períodos fica socialmente vulnerável, com poucos recursos. Na busca de autonomia da vida adulta passou fome e frio, ocasião em que ocorreu o agravamento de seus sintomas, com alucinações, ideias suicidas e por fim retorno à casa dos pais. Para Ágata a morte de sua amiga 1, com quem estabelecia forte vínculo de apoio emocional, contribuiu para a acentuação de seu sofrimento mental, período em que foi internada pela primeira vez em hospital psiquiátrico.

Não há mortes de pessoas significativas no caso de Jade, mas para ela a ruptura do relacionamento com a separação do marido foi o estopim de sofrimento mental. O casamento aconteceu quando ela era adolescente e foi uma relação conflituosa, pois o marido a agredia. Após a separação não tiveram mais contato, nem em relação à filha do casal.

Sanders (1999 *apud* MELO, 2004) considera que o sentimento de uma perda pode ser muito doloroso, e que para defender-se às investidas emocionais de sofrimento é necessário criar maneiras de adaptação para viver com a ausência do ente perdido. A recuperação é lenta e gradual e o indivíduo tem um papel ativo no processo de luto.

Sendo a morte inevitável, assim como o processo de luto, as pessoas necessitam passar por este, a fim de se adaptarem à perda. O luto atinge as outras pessoas ligadas ao sobrevivente, principalmente os membros familiares que compartilham o mesmo processo, mas cada um reage de maneira própria e de diferentes formas, às vezes gerando conflitos, afastamentos ou rupturas nas relações familiares. (MELO, 2004)

De acordo com Brown (1989 *apud* MELO 2004) além do impacto de morte ser intenso e prolongado os seus resultados frequentemente não são reconhecidos como relacionados com a perda, ocasionando assim uma ruptura no equilíbrio familiar.

Vulnerabilidade psicossocial

De acordo com Castel (1998) uma das áreas de coesão social é a vulnerabilidade, ou seja, quando o indivíduo está inserido em um contexto de fragilidades dos suportes de proximidades, o entorno mostra-se insuficiente para atender às necessidades/demandas do indivíduo, seja por questões sociais ou ambientais, dificuldade em acessar as políticas sociais, ou precarização do trabalho, permanecendo à margem do trabalho formalizado.

Dos casos analisados, quatro deles passam por situações de vulnerabilidade. Cristal com condições econômicas, sociais e de suporte emocional desfavoráveis, recorre a algumas políticas como a da assistência social e serviços de saúde, mas permanece com dificuldade em sair da situação de vulnerabilidade psicossocial, com o agravamento dos conflitos com os filhos menores e dificuldade em adaptação ocupacional e social.

Desviat (1999) afirma que muitas pessoas apresentam transtornos de natureza psicossocial que causam sofrimento e inquietação, necessitando de atenção dos serviços de saúde.

Como exemplo, no caso de Cristal, a falta de recursos no município para atender as necessidades de pessoas com transtornos mentais moderados e graves contribuiu para que permanesse na situação de vulnerabilidade. A política de saúde mental no município de origem de Cristal começou a ser construída de forma mais integrada quando ela já havia saído do seu segundo internamento. Mesmo considerando-se que o ambulatório de psiquiatria estava em funcionamento, a integração com a atenção básica permanecia fragilizada. O fato de a filha ter precisado deixar o emprego e de Cristal não ter renda dificultava ainda mais o acesso, além do distanciamento do suporte familiar.

Ágata encontra-se em situação de relacionamento familiar marcado por conflitos. Tentou vincular-se a vários empregos, mas não exerceu nenhum formalizado o que dificulta o acesso ao benefício do INSS quando necessita de tratamento mais intenso e afastamento do trabalho. Quando saiu de casa ficou em vulnerabilidade social e exposta a riscos, e nesse momento pôde retornar e contar com a ajuda material dos pais.

Jade, nos períodos em que, segundo ela, sai pelas ruas da cidade e visita bares, permanece em vulnerabilidade social, apresenta dificuldade nos relacionamentos, faz uso abusivo de álcool e fica exposta a maus tratos. Depois é novamente acolhida pela família.

Jasper apresenta dificuldades em responder às exigências e normas estabelecidas de trabalho, não conseguindo permanecer no emprego e apresenta dificuldades de relacionamento.

Pérola apresenta uma situação mais integrada no que diz respeito à família e comunidade, havendo maior coesão social, mesmo nos momentos de crise.

Durkheim (1977) analisa que na sociedade mecânica, ou seja, naquela em que há pequena divisão de tarefas, maior solidariedade e aspectos religiosos que agregam valores morais, observa-se maior sustentação da coesão social. Apesar de vivermos em outro contexto, a comunidade em que Pérola vive apresenta aspectos homólogos à sociedade citada por Durkheim, apresentando número populacional reduzido, vivendo da agricultura rural e familiar, com comprometimento entre seus pares, religiosidade e valores morais que passam por gerações, o que em situações de difícil adaptação a rede estabelece suporte para tentar solucionar os conflitos. Além disso, o apoio efetivo das diferentes políticas públicas com o objetivo de fixação das comunidades no campo oferece também um contexto favorável à qualidade de vida dos seus integrantes.

Tutela

O cuidado às pessoas com sofrimento mental envolve a ampliação do conceito de transtorno mental como um distúrbio biológico, para adoção de uma visão biopsicossocial em que as transformações não se restringem a mudanças administrativas ou técnicas de serviço. Amarante e Torre (2001) pontuam que a reconstrução das concepções de subjetividade, saúde, doença e loucura solicita a construção de uma relação de contrato com o sujeito em substituição à relação de tutela. É importante, portanto, que nesse

processo de transformação ocorra um movimento de tomada de responsabilidade individual e coletiva.

A trajetória de sair da condição de sujeito marcado pelo exame clínico e psiquiátrico até a transformação em um usuário do sistema de saúde que luta para produzir cidadania para si e seu grupo passa pelo aspecto da autonomia: desconstruir a relação de tutela e produzir um contexto de autonomia e de cidadania ativa.

A dificuldade em se estabelecer tal transformação é observada nos casos desta pesquisa. Observa-se no caso de Jade que a família nuclear tem uma relação muito próxima e de ajuda mútua, havendo tolerância em relação às questões consequentes aos momentos de crise de Jade. Permanecem, contudo, estabelecendo uma relação de tutela, pois se responsabilizam pelo cuidado das filhas e pelo sustento de Jade. Parece haver um receio de que ela desenvolva sua autonomia e seja capaz de tomar decisões que se diferenciem da moral e da crença religiosa da família. Por outro lado, a rede de atenção à saúde mental, mesmo apresentando os dispositivos institucionais de acordo com as diretrizes da reforma psiquiátrica, não conseguiu estabelecer um projeto de atenção individualizado que promova a produção de autonomia de Jade de acordo com o qual ela consiga tomar responsabilidade individual e coletiva.

A relação de tutela também aparece no caso de Ágata, que apesar de retomar os estudos e conseguir trabalhos, têm sua autonomia dificultada pela cultura de não contratualização dos empregos que a deixa em situação de vulnerabilidade. Percebe-se o desejo de Ágata em ter autonomia, mas a dificuldade na produção desta com responsabilidade tanto por parte dela como da família e da rede de cuidados.

Nos dois casos percebe-se que os momentos de crise reafirmam aos familiares a necessidade de tutela. De acordo com Morin (1996) o paradigma de complexidade considera os princípios de instabilidade, incerteza e imprevisibilidade e o princípio da interdependência de todos os fenômenos. Dessa perspectiva evidencia-se a importância das diretrizes do SUS quanto à necessidade de se trabalhar em um processo de corresponsabilidade na interação entre os diversos atores e setores para a produção de autonomia e cidadania considerando como um sistema aberto de relações flexíveis.

Permanência do estigma da loucura

Embora os conceitos de diversidade, reconhecimento de diferenças e interação estejam presentes na época contemporânea e as redes sociais serem vistas como uma potencialidade para a promoção de interação humana, Najmanovich (1999) ressalta que as concepções totalitárias e excludentes ainda fazem parte das nossas relações. Tais concepções são observadas como pano de fundo no contexto psicossocial dos casos descritos, principalmente em relação à estigmatização histórica e social da loucura.

De acordo com Amarante (2011) a psiquiatria contribuiu para o entendimento do louco como perigoso e a noção de ser inimputável. De acordo com essa concepção o tratamento indicado foi a segregação no hospício, o que colaborou para a permanência de vários estigmas sobre as pessoas com sofrimento mental, cujas representações e sentidos sociais de medo, risco e de exclusão produziram discriminação e preconceito.

Nos casos analisados nesta pesquisa evidencia-se o início da transformação de conceitos de convívio com o sujeito e não com a doença, pois não buscaram como primeiro recurso o internamento psiquiátrico e mesmo após a internação houve acolhimento pelos familiares. Percebe-se, contudo, que a ideia de medo, risco, discriminação e exclusão permanecem nas relações estabelecidas para lidar com as diferenças. Nos cinco casos observa-se a demora no reconhecimento que a pessoa em sofrimento necessita de ajuda. Busca-se auxílio apenas quando a pessoa está em crise, em situação de vulnerabilidade e muitas vezes representando risco para si ou terceiros.

A ideia de necessidade de ajuda, seja psicológica ou psiquiátrica, nesse contexto contribui para estigmatização da loucura, na medida em que permanece a atribuição de um sentido de insanidade, irracionalidade. Observou-se ainda a permanência de significados de que comportamentos não aceitos pela sociedade devem ser escondidos ou isolados, dificultando o estabelecimento de diálogo. Como no caso de Ágata, quando o pai se refere a ela como louca que precisa de tratamento, o que reforça o estigma de discriminação. Além das relações familiares também as relações comunitárias como na igreja ou vizinhança, como referido nos casos de Ágata e Jade, caminham nessa direção. As participantes contam que algumas pessoas fizeram comentários preconceituosos.

A família de Jade parece manter a cultura de não falar de assuntos do passado ou expor conflitos, tanto entre os familiares como com pessoas da comunidade. Assim, as

questões de problemas de sofrimento mental de membros da família não são aceitas pela família e permanecem em segredo deixando uma cisão entre o que acontece dentro de casa e o que é compartilhado. Além disso, essa postura mantém o mito da família como local seguro e reforça a ideia de risco e irresponsabilidade de sua decisão em relação às pessoas fora do contexto familiar.

No caso de Pérola, a rede familiar, comunitária, religiosa e de serviços estabelece suporte nos momentos de crise. Seus membros reconhecem também que ela apresenta sofrimento desde pequena, mas enquanto Pérola mantém sua participação ocupacional junto à família, a igreja e com o autocuidado, os membros se relacionam com ela de forma natural. Já nos momentos em que sua participação ocupacional fica alterada há intervenção para buscar ajuda.

No caso de Jasper a diferença no comportamento que vinha desde a infância se agravou na adolescência. A discriminação e a exclusão apareceram principalmente na escola em relação aos colegas e também aos professores. Durante aproximadamente seis a sete anos apresentou baixo rendimento escolar e dificuldades relacionais e chegou a ser encaminhado para atendimento no ambulatório infantil do CPM. Não seguiu o tratamento pois, aparentemente, a mãe era tolerante e não percebia a necessidade de ajuda tanto para Jasper como para ela. Sua dificuldade em compreender o sofrimento do filho pode ter reforçado a exclusão, a princípio na escola e depois nas tentativas frustradas de permanecer em um emprego.

Cristal, em sua trajetória de vida, enfrentou diversos conflitos e até certo ponto tinha iniciativa para buscar ajuda na tentativa de solucioná-los. No momento de crise aguda, ela apresentou maior dificuldade psicossocial em acessar os vínculos, tanto familiares como de serviços. Apesar de ser integrante de uma rede social pessoal grande, havia pouca conectividade, o que a tornava pouco efetiva para integrar o apoio e dividir ações necessárias para o fortalecimento de Cristal.

Em todos os casos a aproximação mais efetiva da rede para oferecer ajuda à pessoa em sofrimento ocorreu quando esta já se encontrava em situação de agravamento do transtorno mental. Ocorreu, portanto, a permanência de relações de tutela. Para construção de ações que favoreçam a produção de autonomia e de cidadania, as redes de cuidado

necessitam considerar os cuidadores e demais envolvidos na rede social da pessoa em sofrimento mental e o seu entorno.

Amarante (2011) chama atenção para a necessidade de transformação dos conceitos de convívio com o sujeito, não com a doença, com questões práticas das legislações e das normas excludentes e de construção de estratégias de cidadania e participação social, formando-se um novo imaginário social em relação à loucura e aos sujeitos que “não seja de rejeição ou tolerância, mas de reciprocidade e solidariedade”.

Participação ocupacional nas atividades laborais

Assim como a estigmatização da loucura a pessoa em situação de desemprego também vive sob o signo de estigmatização social que o responsabiliza individualmente pela situação em que se encontra. (Ribeiro, 2007)

Ribeiro (2007) considera que apesar da compreensão da psicose como situação estrutural e imodificável estar sendo modificada, a visão sócio-laboral também tem se transformado. A ideia tradicional de que a psicose se constituía em uma situação estrutural na atualidade está sendo revista.

As duas situações geram uma ruptura na história de vida dos indivíduos e os coloca em situação de desfiliação/exclusão. De acordo com Castel (1998 *apud* RIBEIRO, 2007) o projeto de vida das pessoas em sofrimento mental fica sem rumo e sem lugar na sociedade, em situação de flutuação social.

Ao contrário de gerar liberdade com a ruptura do indivíduo, a lógica instrumental produz a perda de referências e uma situação limite e as pessoas encontram-se à margem da lógica dominante. Isto é em uma relação de exclusão, em um estado de despossuir um lugar nas relações sociais e impossibilitando de fazer vínculos. (1998, CASTEL *apud* RIBEIRO, 2007)

Os casos descritos nesta pesquisa apresentavam situação de desfiliação em relação aos vínculos laborais no período de internação, pois se encontravam afastados dos trabalhos. Os gráficos de trajetória de vida ocupacional demonstram as alterações na funcionalidade dos participantes.

No caso de Cristal, a desvinculação com o trabalho foi um processo gradativo e pode ser compreendido no processo psicossocial. Inicialmente pela imposição do marido que não queria que ela trabalhasse fora, e após 10 anos, quando Cristal tentou retornar ao trabalho formal e estabeleceu novos vínculos com pessoas no trabalho que exerciam a função de apoio emocional. Porém, novamente pela interferência do marido afastou-se dos vínculos de amizade e do trabalho.

Com o agravamento dos sintomas do transtorno, Cristal também não conseguia levar adiante projetos de geração de renda informal como o de cabelereira, diminuindo a sua participação ocupacional nas atividades laborais, de lazer e de socialização, distanciando-se cada vez mais do retorno ao trabalho e do resgate de sua autonomia.

Após o segundo internamento Ágata iniciou o processo junto ao INSS para receber o benefício de auxílio doença. Em momento de crise percebe-se a diminuição de sua participação ocupacional nas atividades de vida diária.

No caso de Pérola as relações de trabalho estão ligadas às relações familiares e da comunidade. Inicialmente o afastamento do trabalho que exercia na roça foi devido ao problema no joelho que limitou o seu desempenho ocupacional frente às tarefas que exigiam maior esforço físico, diminuindo também sua participação em atividades de lazer, como a dança. Conseguiu adaptação no trabalho realizando tarefas que exigiam menor esforço físico como cuidado dos animais pequenos e ordenha, recursos que colaboram na geração de renda da família.

Pérola recebe benefício do INSS devido os problemas de saúde, e continuou com a participação ocupacional nas atividades de vida diária e algumas de socialização, mas nos momentos de crise seu desempenho nessas atividades também ficava comprometido. Com o tratamento tanto ambulatorial como hospitalar Pérola consegue retornar à participação ocupacional.

No Caso de Jade, como se casou e teve filhos ainda jovem e os sintomas se iniciaram nesse período, não chegou a estabelecer relação de trabalho fora de casa. Após o nascimento da filha 4, tentou iniciar um trabalho sendo interrompido para retornar às suas funções de cuidado com a filha pequena. Sua participação ocupacional se concentra nas atividades de vida diária, poucas atividades de lazer e socialização. No período de crise sua participação nas tarefas de casa fica comprometida, não consegue desempenhá-las.

Permanece com as atividades de higiene pessoal e de autocuidado. As atividades de lazer com encontros com pessoas em bares e contato com o namorado não são reconhecidas por ela e pela família como saudáveis, e acontecem geralmente no período de crise. Como a situação permanece não há incentivo para que Jade construa sua autonomia com vínculos de amizades e trabalho, restringindo-se às relações familiares.

Ágata também apresenta um afastamento das relações de trabalho, que fica mais evidente no período que antecede os internamentos, além da instabilidade nos serviços. Trabalha desde os 14 anos, mas nenhum com registro formalizado. Após o segundo internamento o pai solicitou o benefício do INSS para auxílio doença, mas como Ágata não chegou a contribuir com o INSS, não pode recorrer a esse benefício.

Ágata conseguiu retomar os estudos, que foram interrompidos nos períodos de crise, e percebe-se o interesse em dar continuidade a esse projeto.

Jasper se deparou com a dificuldade em se adequar às regras do trabalho, muitas vezes sem uma readequação em sua função ou um apoio psicossocial para conseguir permanecer no emprego. Após tentativas frustradas de continuidade no trabalho, sua identidade ocupacional foi afetada e passou a se considerar incapaz para esse tipo de atividade. É importante ressaltar que o significado para Jasper do trabalho formalizado era fundamental em sua história de vida, na medida em que remete à ligação com o papel masculino estabelecido com o pai.

No período de crise Jasper já estava afastado do trabalho, recebendo o benefício do INSS (auxílio doença). Da mesma forma que Ágata, Jasper conseguiu estabelecer o vínculo nas relações educacionais, readequando sua identidade ocupacional frente à aprendizagem e relações com a escola.

Risco de Suicídio

De acordo com Botega (et al, 2006) houve um aumento de 60%, na mortalidade por suicídio em termos globais nos últimos 45 anos. O suicídio é uma tragédia de âmbito pessoal que representa um grave problema de saúde pública.

Em estudo de Clark e Fawcett (1992 *apud* BOTEGA et al, 2006) sobre os casos de suicídios foi identificado que 60% dessas pessoas não haviam tentado suicídio antes e 93 –

95% dos casos apresentavam diagnósticos psicopatológico: transtorno de humor (40 – 50%), dependência de álcool (20%) e esquizofrenia (10%).

Em 1998 a OMS elaborou um modelo de referência em relação à saúde pública e recomendações que orientaram diversos países e comunidades na estruturação de ações preventivas para o suicídio.

Os autores consideram a importância de contextualização da gravidade do comportamento suicida, abordando os fatores de risco e de proteção à ocorrência deste grave problema de saúde pública.

Até pouco tempo, no Brasil o suicídio não era abordado como tema de saúde pública, era notificado entre as causas externas de mortalidade e pouco considerado perto dos altos índices de homicídio e de acidentes de trânsito. A necessidade de discutir a violência no Brasil trouxe a tona o problema do suicídio e em 2005 foi formado um grupo de trabalho com representantes do governo, sociedade civil e universidades que organizaram as diretrizes brasileiras para o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio lançado pelo Ministério da Saúde em 2006.

A OMS (MS/OPAS) aponta estudos que demonstram que indivíduos com transtornos mentais em situações de crise o risco de suicídio se encontra agudizado. Ressalta-se a importância das equipes dos dispositivos de saúde mental, para além do cuidado com pessoas com transtornos mentais em situação de crise aguda, avaliar a rede de proteção social das pessoas em risco de suicídio e a criação de estratégias de reforço dessa rede.

Outro problema ligado ao suicídio é o elevado número de pessoas que tentam o suicídio, mas não há nenhum sistema de registro nacional que monitore a real dimensão do problema.

Dados da OMS, (*apud* BOTEGA, MANN & CAIS, 2004) relatam que 15 à 25% das pessoas que tentaram suicídio, tentarão novamente em um ano e 10% conseguirão efetivar o suicídio nos próximos 10 anos.

Os casos analisados confirmam a situação de risco para o suicídio nos momentos de crise aguda do transtorno. Em todos os casos há presença da ideia de morte e

automutilação, algumas chegando a fazer tentativas de suicídio com ingestão de medicamentos.

Como no caso de Cristal, o fato que antecede os dois internamentos foi a tentativa de suicídio e o pedido de ajuda logo após a ingestão dos comprimidos,

No caso de Jade, a primeira internação também foi em decorrência de tentativa de suicídio por ingestão excessiva de medicamentos. Neste caso ela não pediu ajuda, a família percebeu após algum tempo e procurou o serviço emergencial de saúde.

Ágata referiu que antes da primeira internação apresentava alucinações auditivas e visuais. Relatou que via vultos de pessoas mortas e colocava-se em risco parando no meio do trânsito. Em outro momento de crise em que não chegou a ser internada disse que esperava a morte em casa.

A prevenção do comportamento suicida pode ser por meio do reforço dos fatores de proteção e diminuição dos fatores de risco, tanto individual como coletivo. Consideram-se fatores de proteção: vínculos afetivos, sensação de bem estar integrado a um grupo ou comunidade, religiosidade; estar casado ou com companheiro; ter filhos pequenos.

No caso Pérola não apareceu a ideia de suicídio, mas a condição em que ela permaneceu era de não ter ânimo para viver. Parece que os fatores de proteção como vínculos afetivos familiares próximos e comunidade religiosa contribuíram para não chegar a ter comportamentos suicidas.

Observou-se que para Jasper era muito importante a condição de poder trabalhar, ter um emprego e ao perceber dificuldades em permanecer nos empregos e dificuldade de relacionamentos interpessoal, permanecendo afastado do trabalho percebe-se o agravamento do transtorno mental desencadeando uma crise aguda.

Os autores consideram fatores de risco: certos transtornos mentais como depressão, alcoolismo, perdas recentes, perdas de parentes na infância, dinâmica familiar conflituosa, personalidade com fortes traços de impulsividade e agressividade, situações clínicas como doenças crônicas incapacitantes, dolorosas, ter acesso fácil a meios letais, além de fatores sócio demográficos. (OMS, 2003, SUOMINEN et al, 2004 *apud* BOTEGA, 2006)

Percebe-se em todos os casos as situações de perdas, conflitos familiares e alguns como Jasper, Ágata traços de impulsividade e agressividade. Todos os participantes apresentaram sintomas que levavam a condição destrutiva como inapetência, emagrecimento, insônia, isolamento social. Cristal e Jade relataram que sua alimentação era cigarro e café, Jasper também fumava bastante. Já Pérola e Ágata alimentavam-se pouco e emagreceram bastante no período de crise.

Considerando que os maiores indicadores de risco para o suicídio são: histórico de tentativas de suicídio ou a presença de um transtorno mental, dados de pesquisas confirmam duas medidas fundamentais com o objetivo de reduzir o suicídio são o diagnóstico e o tratamento correto dos transtornos mentais. (MANN et al, 2005, OMS, 2004 *apud* BOTEGA, 2006)

Familiares com problemas decorrentes do uso abusivo de álcool

Outro aspecto em comum é a presença de membros significativos da rede social pessoal com problemas decorrentes do uso abusivo de álcool. O pai de Pérola apresentava uso abusivo de álcool e agressividade com a esposa e filhos além de um dos irmãos mais velhos ter problemas com álcool o que o afastava da rede familiar.

O pai de Ágata também fazia uso abusivo de álcool. Ágata comentou a respeito dos conflitos familiares em decorrência dessa situação. Informou que durante a adolescência ela buscou ajuda na igreja para que o pai parasse de beber, mas também quando saía com amigos fez uso de álcool. Ágata disse que não quer se casar com um homem com problema de alcoolismo.

Jasper convive com o tio 1 que apresenta problemas decorrentes ao uso de álcool e havia muitos conflitos entre eles. Depois que Jasper iniciou o tratamento no CAPS passou a compreender de forma diferente o problema do tio além da condição fragilizada deste, melhorando um pouco a relação entre eles.

Cristal teve o pai com problemas de alcoolismo, cujas repercussões no contexto familiar conduziram à adoção de medidas extremas em que sua família teve que fugir para garantir a segurança de seus membros. Estavam em risco devido à agressividade e às ameaças dele. Sua história se repetiu com o companheiro com quem conviveu 20 anos, ele

também fazia uso abusivo de álcool e apresentava agressões físicas aos filhos e a ela. Diante do que precisou fugir com os filhos, pois se encontravam em risco.

Jade que nos momentos de crise fazia uso abusivo de álcool e medicação soube durante o segundo internamento que sua avó paterna apresentava problemas por uso abusivo de álcool necessitando ser várias vezes internada, fato que Jade desconhecia até então.

Interrupção ou descontinuidade no tratamento

O estigma do uso de medicação “controlada” como reconhecimento da loucura contribui, por um lado para sedimentação de preconceitos, e por outro, e por isso mesmo para a crença por parte dos usuários que ao se sentirem melhor acreditarem que não precisam mais de tratamento.

Em estudo sobre a adesão ao tratamento e crenças sobre o transtorno mental e terapêutico medicamentoso “[...] verificou-se que a adesão ao medicamento é um processo complexo influenciado por múltiplas crenças e experiências e que estes, assumem um grau de importância diferente para cada paciente”. (NICOLINI et al, 2011, p.713)

Verificou-se também que 64% dos participantes da pesquisa supracitada não aderem ao tratamento medicamentoso, seja por comportamento intencional, isto é, consciente de não tomar a medicação ou comportamento não intencional, casos que esquecem de tomar a medicação e 36% aderiram ao tratamento. Evidenciou que em situações homólogas podem apresentar crenças diferentes e a partir da escuta atenciosa pode-se conhecer melhor o paciente e seus familiares, e juntos planejar o cuidado. (NICOLINI et al, 2011)

A pesquisa ressalta a importância do indivíduo “[...] tomar suas próprias decisões conscientes de susceptibilidade em relação à crise do transtorno e de possibilidade de perdas e limitações nas várias esferas do cotidiano”. (NICOLINI et al, 2011, p. 714)

Em todos os casos aqui analisados observou-se a descontinuidade no tratamento ambulatorial e farmacológico, assim como os aspectos psicossociais alterando a participação ocupacional. A dificuldade no reconhecimento da necessidade do tratamento contínuo, obtenção de informações sobre o transtorno mental e a efetivação na integração com a rede de cuidados, ocasionou o agravamento e recidivas de crise aguda.

Ágata e Jade pararam de tomar a medicação voluntariamente sem o conhecimento de familiares que auxiliavam a lembrar da medicação. Quando percebiam a alteração no comportamento delas, os familiares passavam a monitorar mais de perto, mas a recusa permanecia. As participantes também interromperam o tratamento ambulatorial, limitando-se a pegar a medicação na unidade de saúde.

Pérola e Cristal tomavam medicação, mas de forma irregular, deixando de tomar uma das medicações ou ficando alguns dias sem, o que ocasionava a ocorrência de novas crises.

Jasper iniciou o tratamento ambulatorial particular e aceitava bem a medicação, mas por falta de recursos financeiros teve que interromper. Começou um tratamento durante a primeira internação que foi interrompida voluntariamente, retomando o atendimento no CAPS II. Mesmo apresentando boa adesão ao tratamento no CAPS, aceitando tomar a medicação, havia esquecimentos e acabava fazendo o tratamento de forma irregular o que dificultou a estabilização do quadro. Importante ressaltar que Jasper iniciou um processo de compreensão do transtorno e a conseguir pedir ajuda nos momentos críticos.

Rede de cuidados

Em relação à composição da rede de cuidados em saúde mental e atenção psicossocial nos municípios de origem dos participantes da pesquisa, verificaram-se os seguintes aspectos:

Dos cinco municípios estudados na presente pesquisa, quatro estão localizados na região metropolitana de Curitiba em área urbana e com população entre 80 e 300 mil habitantes e um município está localizado na região centro sul do Paraná, em área rural e com população inferior a 5 mil habitantes. Neste caso a gestão municipal precisa realizar pactuação com outros municípios da região para acessar a maioria das políticas de assistência à saúde, devido o número populacional ser inferior ao previsto nas portarias sobre transferência de recursos do Ministério da Saúde aos municípios.

A lei 8080/90 que regulamenta o SUS estabelece critérios para transferência de recursos do MS aos Estados e municípios de acordo com o número de habitantes da

população (transferência per capita). Tais critérios aproximam-se de uma distribuição igualitária, porém,

[...] a alocação de recursos igualitários, ainda que tenha as vantagens de aceitabilidade política e de transparência, não significa uma distribuição equitativa porque não se faz segundo as necessidades em saúde diferenciadas das populações. (CONASS, 2006 *apud* CONASS, 2011)

A portaria 204/07 regulamentou “[...] o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços, na forma de bloco de financiamentos, com respectivo monitoramento e controle” (MS, 2007 *apud* CONASS, 2011)

Com a lei 7508/2011 que regulamenta a lei 8080/90 e as novas portarias de saúde mental (de 2011 e 2012), os serviços como os centros de atenção psicossocial - CAPS III podem abranger uma região intermunicipal que atende a uma população entre 200 a 300 mil habitantes, sendo pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) com recursos das três esferas de governo.

Um dos aspectos críticos presente nos municípios pesquisados é a rede de urgência e emergência, tanto no pronto atendimento como no serviço de resgate. Apenas um município conta com o serviço do SAMU. Os demais dispõem de serviços de ambulância do município compartilhados com diversos setores; além dos profissionais não estarem capacitados para o atendimento de emergência psiquiátrica. Em um município consta a presença de técnico de enfermagem para acompanhamento dessas situações.

Em relação à urgência e emergência, Amarante (2011) ressalta a lacuna existente, pois os serviços disponíveis como o SAMU, locais de pronto atendimento muitas vezes não estão capacitados para proceder ao acolhimento e administrar a situação de forma adequada.

Todos os prontos atendimentos atendem às situações de emergências psiquiátricas, com leitos de observação até conseguir vaga em hospital psiquiátrico, porém os PA não dispõem de equipe para atendimento adequado. O município de S.J.Pinhais, de acordo com as informações colhidas, conta com o matriciamento do psiquiatra do NASF nessas

situações. Não há leitos psiquiátricos em hospital geral para retaguarda no período de crise e encaminhamento ao CAPS.

Importante ressaltar que dos cinco municípios, quatro possuem serviços de saúde mental e em três municípios os CAPS funcionam como porta aberta, isto é, com acolhimento sem a necessidade do usuário ter que se deslocar até a UBS, embora esta continue também sendo considerada como porta de entrada.

Sluzki (1997) e Feijó (2006) pontuam que muitas situações de crises que podem desencadear comportamentos ligados aos transtornos mentais foram iniciados por uma ruptura social. Em geral, em tais momentos, a pessoa se encontra enfrentando situações de grandes conflitos, e não consegue vislumbrar saídas possíveis. A crise, então, é considerada como um evento de tensão que afeta o sistema e solicita transformações, pois se refere, em geral, a algo não usual em suas relações.

Amarante (2011) destaca a importância da flexibilidade na estrutura de serviços de atenção psicossocial para a realização do acolhimento tanto das pessoas em crise como também daquelas que estão envolvidas com ela. O objetivo é que possam ser ouvidas e cuidadas (em relação às suas dificuldades, temores, expectativas) e assim estabelecer vínculos afetivos com os profissionais e com o grupo.

Apenas um dos municípios pesquisados não possui serviço especializado em saúde mental. Nesse município, o acompanhamento é feito pelas equipes do ESF e do CRAS e os usuários são encaminhados para atendimento psiquiátrico no Centro de especialidades regional localizado no município sede da regional de saúde. O deslocamento do usuário é realizado pelo transporte do município. Apesar da dificuldade de recursos, essa rede mostrou-se eficaz no sentido de responsabilização e resolução de conflitos no cuidado da participante da pesquisa. Nessa análise deve-se levar em conta que a demanda de casos para atendimento na área da saúde mental desse município é menor que nos município com maior densidade demográfica. Para a implantação de políticas públicas regionais é necessária uma negociação entre gestores municipais, nem sempre com uma compreensão de integralidade e solidariedade.

Outra questão levantada por Amarante (2011) é sobre o princípio da territorialidade e de intersectorialidade como estratégia de ações com base na comunidade que são transversais a vários setores sociais. Refere-se também à organização da rede, que deve

formar uma série de pontos de encontros, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e dos atores sociais envolvidos.

Observou-se, principalmente nos municípios pesquisados da região metropolitana, que a construção da rede de saúde mental teve início a partir de 2006, período em que as portarias regulamentando a implantação dos CAPS ocorreram e foram acompanhadas de incentivo financeiro. Cada gestão utilizou estratégias diferentes para executar o plano de ação, de acordo com os princípios do SUS de regionalização no planejamento das ações e na construção dos processos de trabalho com base nos territórios.

Observou-se que apesar de São José dos Pinhais ser o município com maior recurso e índice populacional, o processo para a construção da rede foi mais lento. Levanta-se a hipótese de que talvez isso tenha sido estimulado pela cultura de hospitalização presente, uma vez que o município contava com um hospital psiquiátrico que foi fechado. Quando ocorreu o fechamento do hospital, não foi realizado um processo de reabilitação psicossocial gradual, foram descredenciados os leitos psiquiátricos sem que os recursos voltassem para serviços residenciais terapêuticos e implantação de CAPS II. Alguns pacientes com longa permanência retornaram para suas famílias e outros ficaram em casas abrigadas, muitas sem condições de funcionamento e estas, depois, de acordo com a lei municipal foram fechadas pela vigilância sanitária.

Verificou-se que a maioria dos gestores que prestaram informações na presente pesquisa compreende a rede de saúde mental e atenção psicossocial de acordo com a perspectiva da desinstitucionalização e são favoráveis ao desenvolvimento de ações que promovam a inserção social das pessoas com sofrimento mental por meio de ações integradas à atenção básica e buscam estratégias para a execução de tais propósitos. Mesmo com a compreensão do novo paradigma a comunicação e a intersetorialidade parecem estar ainda em processo de construção. Isto é, as diretrizes parecem estar claras, mas a flexibilidade no funcionamento das estruturas e o desenvolvimento de um projeto terapêutico individualizado aos usuários capaz de promover processos de empoderamento e autonomia dos mesmos, assim como de contribuir para sua inserção familiar e ainda não foram observados com efetividade na maioria dos casos aqui estudados.

Como exemplo, o município de Fazenda Rio Grande, que possui alguns recursos como CAPS II, NASF (matriciamento), realizam ações integradas com a atenção básica,

não conta com ambulatório. Assim, quando necessário encaminham os usuários para o ambulatório infantil e adulto do CPM ou ambulatório de psicologia de Universidade.

Verificou-se que o usuário participante da pesquisa, foi inserido na rede de saúde mental do município supracitado em decorrência de surto psicótico e por iniciativa dele em recorrer aos serviços de saúde, momento em que precisou do internamento. Não houve um processo de atendimento anterior por parte da equipe da atenção básica. Quando ocorreu a crise, apresentava agravamentos do transtorno mental, além dos sintomas interferirem em sua participação ocupacional com afastamento do trabalho, isolamento, desmotivação para atividades de vida diária, de lazer e sociabilização e conflitos interpessoais. Muitos desses sintomas tiveram início na adolescência.

Verificou-se também que após ser inserido na rede de saúde mental e com o tratamento no CAPS, a equipe efetivou um trabalho voltado à escuta e ao estabelecimento de vínculo tanto com o usuário como seus familiares, promovendo esclarecimento e a adesão do usuário ao tratamento contínuo.

Amarante (2011) considera que a ESF pode representar o início da transformação do modelo centrado na doença, levado ao extremo na ideia de curar as doenças, deixando de lado a arte de prevenir as doenças e lidar com a saúde. Para tanto, ações da atenção básica que se iniciam pela ESF e investem na promoção de saúde, na defesa da vida, educação comunitária e práticas de pensar e lidar com a saúde devem ser prioritárias. Para tanto é necessário compreender o processo social complexo, o processo de cuidado integral que visa à melhoria da assistência médica, a promoção da saúde e a construção de consciência sanitária nas comunidades.

No caso da saúde mental no contexto da saúde da família a ideia de complexidade parece ser invertida, isto é, no nível primário, da rede básica as ações devem ser mais complexas, pois lidam com famílias, pessoas em crise, com vizinhos, atores sociais no território em que vivem.

Outro aspecto observado como entrave à adesão ao tratamento e estabelecimento de vínculo na construção de um outro olhar em relação à loucura é a alta rotatividade de profissionais nos serviços de saúde, tanto na atenção básica como especializada, como psiquiatra (falta de profissional e rotatividade), ACS entre outros. Diante desse quadro há necessidade de realização constante de capacitações, o que reduz a possibilidade de

continuidade ou avanço nas discussões e ações, pois a equipe não permanece a mesma. Na maioria dos municípios pesquisados, alguns profissionais são contratados como prestadores de serviço o que facilita a rotatividade, prejudicando o estabelecimento de vínculo, a formação continuada e integração da equipe.

A sugestão do CONASS (2006 *apud* CONASS 2011) além do processo de redistribuição equitativa dos recursos federais de custeio, há necessidade de implementação de investimentos procurando equilibrar a oferta dos serviços de saúde inter-regionalmente e de uma política de recursos humanos voltada para a fixação de profissionais.

O relatório do “Seminário nacional sobre escassez, provimento e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas e de maior vulnerabilidade” apresenta dados e questões importantes como o provimento e a fixação de profissionais de saúde. Discute que esse não é um problema novo e nem específico de uma região, mas é considerada a dimensão continental como o Brasil. (MS, 2012)

Apenas 2,4% dos municípios no Brasil não apresentam escassez de profissionais de saúde, mesmo esses municípios têm regiões com escassez. O Ministério da Saúde tem pautado esse problema de escassez de profissionais e a desordenação de distribuição e da fixação como pontos críticos que requerem definição e execução de intervenções tecnopolíticas no plano Nacional, Estadual e Municipal. (MS, 2012)

Em relação à participação no controle social na gestão municipal observou-se nos serviços estudados reduzido envolvimento, embora todos esses municípios componham o Conselho Municipal de Saúde (CMS) como exigência legal para conseguir recursos do MS. Em um município há a participação de familiar de usuário do CAPS e em outro há trabalhadores de saúde mental participando ativamente do controle social. Poucos municípios têm instituído conselhos locais nas UBS e um município está estruturando o Conselho Municipal de políticas sobre álcool e drogas (COMAD).

Amarante (2011) considera que o atual cenário político na área da saúde mental é resultado de um processo ainda em curso de revisão epistemológica em que a construção de um conjunto de estratégias e princípios na atenção psicossocial é acompanhada pela crescente participação e construção social.

Outro elemento importante para a formulação e implementação de políticas públicas de saúde, considerando a mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população e o impacto sobre os serviços do Sistema Único de Saúde, são os indicadores quali-quantitativos que colaboram para o planejamento estratégico e execução de ações efetivas de acordo com as diversidades regionais. (MS, 2010)

No âmbito da saúde mental o MS apresenta indicadores quantitativos em relação à implantação de serviços de saúde mental, internações em hospital psiquiátrico e a cobertura populacional. A Secretaria de Saúde do Estado do Paraná iniciou em 2011 avaliação quali-quantitativa dos serviços CAPS que poderá fornecer alguns indicadores sobre o panorama apresentado no contexto atual no Paraná. Porém, as dificuldades em conhecer o perfil demográfico, epidemiológico e situações transversais à saúde mental limitam a elaboração de políticas públicas direcionadas à realidade territorial.

Nesta pesquisa verificou-se que os municípios participantes não dispõem de indicadores oficiais relacionados à saúde mental, apenas um dos municípios elaborou um instrumento para orientação aos ACS/ESF no qual são abordados dados como idade, sexo, local, elementos que auxiliam na estratégia de ações em cooperação entre as equipes do CAPS e atenção básica.

A Secretaria de gestão estratégica e participativa (MS/SGEP, 2010) aponta dados que indicam que a partir da mudança de assistência em saúde mental, o Brasil passou a destinar em 2009, 66% do orçamento federal de programas de saúde mental aos serviços abertos e às ações e programas comunitários, enquanto em 2002 destinava 25%, sendo 75% dos recursos destinados aos hospitais psiquiátricos. Tal constatação evidencia a forte indução financeira no sentido de fortalecimento da promoção da saúde mental nos territórios, mas que ainda se refletem de forma reduzida nas ações das redes de atenção aqui estudadas, uma vez que tal modificação ainda é recente.

Outro aspecto verificado na rede de atenção psicossocial nos municípios pesquisados foi o número reduzido de ações destinadas à inserção social dos usuários em relação à geração de trabalho e renda, de acordo com o que foi apurado pelas informações prestadas pelos gestores e pelos participantes do estudo.

Os participantes deixaram de exercer funções laborais em função das crises e dos agravamentos do transtorno mental e da dificuldade em fixar-se nos locais de trabalho. Observaram-se poucas ações estratégicas visando a inserção social pela geração de trabalho e renda. Em nenhum dos municípios está estruturada a política de economia solidária e de inserção de pessoas em situação de vulnerabilidade incluindo problemas decorrentes do transtorno mental.

Não há Centros de convivência e cooperativas sociais que promovam a inclusão social através da convivência e trabalho para pessoas com transtornos mentais e outros agravamentos de saúde que se encontram em vulnerabilidade. (SMS/SP, 2011)

Alguns CAPS dos municípios pesquisados promovem ações pontuais com a formação de associações para a comercialização dos produtos confeccionados nas oficinas, porém em nenhum deles há geração de renda aos usuários. Em alguns municípios o usuário participa de cursos profissionalizantes nos CRAS e em poucos conseguiram inserir os usuários no mercado formal de trabalho de acordo com as informações fornecidas pelos gestores. Muitos usuários dos CAPS recebem o benefício do INSS, frequentemente realizam perícia no INSS para a continuidade do benefício.

Rede Social Pessoal e Participação Ocupacional

Analisando os dados sócio-demográficos, mapas de rede social pessoal e as trajetórias de vida ocupacional dos participantes da pesquisa com base nos pressupostos de Sluzki (1997) sobre a rede social pessoal e de Kielhofner (2011) sobre a participação ocupacional foram verificados os seguintes aspectos em comum:

Quanto à distribuição da rede observou-se maior concentração no quadrante de relações familiares em relação aos demais, baixa concentração no quadrante de amizades e relações de trabalho e estudo e concentração média nas relações com sistemas de saúde, sociais e comunitários, que sofreu ampliação no mapa referente ao 2º internamento.

Na rede social com tamanho grande apurou-se concentração nos quadrantes da família e de serviços de saúde e social, entretanto com baixa conectividade e pouca efetividade. Tal observação está em consonância com o aspecto abordado por Sluzki (1997) e nas pesquisas de Dolzier, Harris, Bergman (*apud* SLUZKI, 1997) na correlação

entre a densidade da rede social com a probabilidade de re-hospitalização de egressos de hospital psiquiátrico, em que a maior probabilidade de re-internações foi observada quando a rede possui baixa densidade ou quando ocorrem muitas interconexões independentes do informante, quando se consideram aquelas em que a rede apresenta uma densidade intermediária independente do tamanho da rede. No caso de Cristal após a alta hospitalar observou-se baixa densidade entre os membros da rede social apesar do grande número de membros da rede social na família e nos serviços de saúde e sociais.

Da mesma forma, verificou-se uma rede social de tamanho pequeno, como a de Jade, que apresenta concentração nas relações familiares e nos serviços de saúde e na de Ágata que também conta com algumas relações de trabalho e educação no período que antecede o 2º internamento. Nesses casos, embora ocorra uma distribuição mais homogênea, mostrou-se com baixa densidade. Isto é seus integrantes estabelecem pouca conectividade, o que resulta em reduzida efetividade nas ações que colaboram para a integração social e de tomada de responsabilidade em relação aos membros da rede.

De acordo com Sluzki (1997) e Feijó (2006) vários aspectos do relacionamento com a rede se entrelaçam com suas características implicando em maior ou menor possibilidade de apoio. Quando a rede for grande demais e os membros pouco conectados ou íntimos a possibilidade de apoio é reduzida, da mesma forma quando uma rede pequena sobrecarrega um ou outro membro na divisão de funções, dificultando a possibilidade de apoio.

Dos participantes da pesquisa, 4 foram do sexo feminino devido ao fato de mais mulheres estarem no 2º internamento no período da pesquisa, além de ser observado que nesse período, grande parte dos casos de internamentos masculinos estava no 1º internamento ou ainda de casos com várias internações.

Quanto ao estado civil uma participante encontrava-se casada, morando com o marido e filhas, duas separadas e dois solteiros convivendo com pais, irmãos ou filhos e netos. Percebe-se diferenças na constituição familiar dos participantes, 1 constituiu uma família nos moldes tradicionais e 4 as famílias se constituíram de formas diversas, estabelecendo apoio entre pais e filhos com separação, avós se responsabilizando por seus netos, acolhimento de parentes como tios. Tal diversidade evidencia transformação dos

padrões familiares e dos significados de família e enfrentamentos de situações que necessitam adaptações para o apoio mútuo.

Sluzki (1997) propõe considerações sobre a compreensão de família, pois como “[...] No presente – e em qualquer outra época - vivermos imersos em redes múltiplas, complexas e em evolução dentre as quais “extraímos” a família quando perguntamos ... “Quem faz parte de sua família?” evocando assim, tanto em nós como em nosso interlocutor conjuntos consensuais, legais e, às vezes, emocionais”. (SLUZKI, 1997, p.29)

Observa-se também que independente da constituição familiar a diferença no apoio às situações de conflitos está em como se estabelecem os vínculos e as funções desempenhadas por eles. Como a perda de membros significativos da rede social pessoal demanda a necessidade de reestruturação da rede em razão da lacuna do vínculo estabelecido, principalmente quando a pessoa em sofrimento mental não está em condições de ativar novos vínculos ou apresenta dificuldade para readaptação de suas funções. Necessita assim de que outros membros realizem as funções de apoio emocional, ajuda material. Diante de tais circunstâncias também se pode perceber que os vínculos de amizade ficam mais fragilizados, tanto por parte da pessoa em sofrimento que tende a se afastar, como dos amigos que se apresentam com pouca intimidade. Nas relações de trabalho também ocorre um esvaziamento devido ao afastamento na participação ocupacional e nas atividades laborais.

Kielhofner (2011) considera que a vida da maioria das pessoas consiste em diferentes tipos e formas de participação ocupacional através do tempo resultando em uma adaptação ocupacional, que colabora com a construção da identidade e para a percepção de competência ocupacional ao longo do tempo no contexto ambiental. O autor reconhece que a adaptação ocupacional se interliga com a identidade e com o sentido de competência. Ocorre em um contexto particular de acordo com suas oportunidades, suportes, restrições e demandas.

Em dois casos foi observada a manutenção dos vínculos de trabalho como no caso de Pérola que mantém contato com pessoas relacionadas ao trabalho na colônia, mesmo ela não desempenhando as funções laborais, e de Ágata que após a 1ª internação ativou alguns vínculos de trabalho e da escola.

Os significados de trabalho e estudo para os participantes foram observados em suas narrativas. Três disseram desenvolver atividades no lar e estavam afastadas das demais atividades laborais e educacionais. Desempenham funções de cuidado com os filhos e da casa, os outros dois referenciaram que já haviam desenvolvido atividades laborais e tinham intenção de retornar a executar tais funções. Foram esses dois que retornaram aos estudos completando o ensino fundamental e dando continuidade ao ensino médio. Estes são solteiros e não tem filhos.

A importância do trabalho na trajetória de vida ocupacional do participante masculino ficou evidenciada quando ele citou várias ocupações como sua profissão. Assim como quando expressou o significado de trabalho como relacionado à permanência do exemplo da figura masculina do pai, denotando tanto a transmissão de modelos relacionados às questões de gênero como expectativa depositada ao homem como provedor, assim como uma forma de permanência da figura paterna já falecida, por seu exemplo e compartilhamento de atividades.

No caso das mulheres pôde-se compreender a expectativa familiar e cultural de que desempenhem funções como o cuidado da casa, dos filhos. Por exemplo, no caso de Ágata e Jade em que o desejo de obter autonomia mostra-se conflitante com as expectativas de que desempenhem o papel de cuidado com a casa e com familiares (mãe e filhas). Elas buscam outras formas de vínculos: Ágata conseguiu acessar relações de trabalho, na escola e na igreja, embora estes sejam descontinuados pela inconstância. No caso de Jade, ela não conseguiu estabelecer vínculos de trabalho fora do âmbito familiar, mas quando sai de casa parece buscar relações que não condizem aqueles aprovados pelo seu núcleo familiar. A interpretação familiar de que tais atividades expressam seu sofrimento mental resulta por reforçar a situação de vulnerabilidade e tutela da participante.

Verificou-se dificuldade da maioria dos participantes em manter atividades laborais, diminuindo possibilidade de obtenção de renda. Todos os casos estavam afastados das atividades laborais. Dois participantes estavam recebendo benefício do INSS por auxílio doença: um deles como trabalhador rural e outro por ter trabalhado com registro em carteira desde os 18 anos. Outros dois casos não estavam recebendo benefício apesar de terem desempenhado funções trabalhistas, uma por não ter acessado o INSS solicitando o benefício e estava tentando após a 2ª internação e outra por ter trabalhado

sem registro em carteira não podia requerer o benefício. A outra participante, apesar de ter tido uma experiência de trabalho fora, não chegou a ser efetivada, mas recebe pensão alimentícia para sustento da filha menor e após o primeiro internamento entrou com processo judicial requerendo pensão para as outras filhas.

Em relação à perspectiva de trabalho, três participantes demonstram interesse em retornar a suas atividades laborais, mas mostram-se apreensivos quanto à própria capacidade de desempenho e de inserção social pelo trabalho.

Para Kielhofner (2011) a realização da competência ocupacional para o indivíduo, inclui cumprir as expectativas das regras pessoais, valores próprios e padrões de desempenho, manutenção da rotina permitindo assumir suas responsabilidades, participação em ocupações com sentido de habilidades, satisfação e realização pessoal, exercendo os valores pessoais e possuir iniciativa em alcançar o projeto de vida desejado. Para tanto, é necessária competência como organização da vida pessoal para cumprir responsabilidades.

Entretanto, a maioria das pessoas enfrenta, em algum período de sua vida, situações ameaçadoras e de difícil adaptação ocupacional e necessita elaborar e reconstruir sua identidade e competência ocupacional, incluindo o que se considera importante, prazeroso, com reconhecimento de suas próprias capacidades, limitações e relativa efetividade. É preciso, portanto que possa elaborar a sua percepção pessoal em relação ao mundo social, ou seja, a sua experiência vivida e a apreensão do mundo.

A percepção dos participantes em relação ao início do sofrimento mental está ligada a eventos marcantes em suas vidas, como a perda de pessoas muito significativas ou a rupturas de aspectos de sua identidade em função do que necessitam de adaptações sociais e ocupacionais e reconstrução da própria identidade.

Verificou-se que o início do sofrimento dos participantes não coincidiu com o início do tratamento, ou mesmo com a busca de recursos nos sistemas de saúde para esse fim. O reconhecimento da necessidade de ajuda apareceu em decorrência dos agravamentos do transtorno mental e de situações psicossociais na trajetória de vida deles.

Verificou-se em três casos o início do tratamento com acesso do serviço da atenção básica, geralmente com queixas de insônia e ansiedade. Nos outros dois, o início ocorreu quando da necessidade de encaminhamento para a internação quando apresentaram crise aguda com sintomas psicóticos.

Observou-se que em dois casos (Pérola e Ágata) o período entre as internações foi maior, de 5 à 6 anos. Eles apresentaram episódio de crise aguda que foi atendida após acesso do serviço emergencial e ambulatorial sem necessidade de internação. Tanto no caso de Pérola como de Ágata a família colaborou com o encaminhamento tanto acessando os serviços de saúde como compartilhando a responsabilidade do tratamento, percebendo também a noção de cuidado com a pessoa em sofrimento mental inserida no contexto social.

Nos outros três casos (Cristal, Jade e Jasper), o período entre as internações foi menor - de 1 a 2 anos. No episódio de crise, em dois deles (Jade e Jasper) foi acionado o serviço ambulatorial e do CAPS cujas ações não foram suficientes para administrar a crise e houve necessidade de encaminhá-los para o internamento. Em um dos casos (Cristal) a re-hospitalização ocorreu em menos tempo (aproximadamente quatro meses) não sendo possível a tentativa de atendimento ambulatorial. Nos casos de Jade e Jasper foi possível acessar os serviços de saúde mental e tanto a família como os profissionais que os atenderam demonstraram corresponsabilidade e buscaram evitar o internamento. Já com Cristal houve dificuldade em acessar os serviços de saúde mental no município, pela falta de CAPS II e ambulatório de saúde mental, interrompendo a continuidade do tratamento.

Sluzki (1997) ao pesquisar a evolução da rede social de pessoas mais idosas observou três fatores cumulativos em que as oportunidades são reduzidas. Com os resultados desta pesquisa pôde-se perceber que tais fatores também correspondem às dificuldades das pessoas com transtornos mentais egressos de hospital psiquiátrico enfrentam ao tentarem reconstruir suas vidas.

Um dos fatores analisado pelo autor foi a contração da rede social pela redução do número de pessoas significativas decorrente de morte, migração ou enfraquecimento dos vínculos; outro foi a diminuição da motivação para renovação da rede social; e por fim a dificuldade de manutenção da rede devido à diminuição da energia da pessoa para ativar os vínculos. Da mesma forma, observou-se na presente pesquisa, que com os agravamentos

do transtorno as pessoas possuem poucas oportunidades de reinserção social. Ocorre diminuição da participação ocupacional. Situação que requer maior integração da rede social pessoal para a promoção da autonomia e da cidadania ativa das pessoas que enfrentam problemas decorrentes dos agravamentos do sofrimento mental.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao pensar sobre a questão central da pesquisa, após a realização da investigação empírica e com inquietações, que por vezes ocorreram no percurso da pesquisa, foi construída uma metáfora de que o trabalho de reflexão do investigador se mostrou como o de uma abelha presa em uma teia que quanto mais se debate mais é envolvida por ela.

A temática de saúde mental e atenção psicossocial, como diz Paulo Amarante (2003), é um espaço constante de conflitos e de construção de saberes. Em um processo de desconstruir uma prática, muitas vezes na contramão do conhecimento teórico adquirido e pouco internalizado, esta pesquisadora foi envolvida pelo desafio de sair da sua zona de conforto por meio do aprofundamento no estudo das questões e discussões proporcionadas pela trajetória do conhecimento e da pesquisa a partir das narrativas de pessoas com sofrimento mental, obtendo assim outra perspectiva.

Se a questão principal é, como a rede social pessoal pode interferir na participação ocupacional e autonomia de pessoas em sofrimento mental egressos de hospital psiquiátrico, a transformação da prática no atendimento é o reflexo da transformação de valores culturais e de conceitos sócio históricos para compreender o impacto do processo da internação na interação social e no desempenho das pessoas que vivem essa situação.

A importância de conhecer o contexto sócio histórico no qual a pessoa que necessita de cuidados está inserida e também de como se estabelecem as relações sociais encontra no poema de *Antoine de Saint-Exupéry*, uma metáfora interessante: “Se quiser construir um barco, não reúna os homens para escolherem a madeira e distribuírem as competências, mas ensine-os a nostalgia do mar, amplo e infinito...” (*apud* VENTURINI, 2003)

Nesta pesquisa evidencia-se que além da implementação de novos dispositivos de saúde mental, serviços de saúde e tecnologias é necessária uma transformação na concepção de homem e de sociedade assim como nas ações com potencial de promover responsabilidade e solidariedade. É preciso que se realize um processo contínuo de questionamento e compartilhamento de análises sobre se as estratégias estão, de fato,

alcançando o objetivo de inserção social, autonomia e cidadania das pessoas com transtorno mental.

A análise dos resultados evidencia que a falta de integração da rede de cuidados e de interlocução entre os componentes da rede social pessoal, como dos familiares, amigos, membros das relações comunitárias, dos serviços de saúde, do trabalho e da educação tende a diminuir os vínculos ocupacionais dos egressos do hospital psiquiátrico. De outra parte, quanto menor a participação ocupacional da pessoa com transtorno mental, mais reduzida a possibilidade de ampliação da rede social do indivíduo.

Esta pesquisa aponta que apesar do fato de que as políticas públicas voltadas à inserção social, laboral, de convívio e de produção de autonomia e cidadania ativa dos indivíduos ainda estarem, nos municípios estudados, em diferentes fases do processo de construção e implementação, algumas ações já refletem a possibilidade de integração e corresponsabilização quando há escuta atenta por parte dos profissionais. Em tais situações, a rede de atenção psicossocial vem buscando a integração dos serviços com as demais políticas e recursos da comunidade. Trabalham no sentido de construir uma relação de corresponsabilidade entre todos os atores, ou seja, a pessoa com sofrimento, a família, os profissionais, buscando ampliar o convívio comunitário e a participação ocupacional dos egressos.

Tal efetividade ficou mais evidente no caso de Jasper que apresentou sintomas do sofrimento mental na adolescência e em decorrência, teve reduzida a sua participação ocupacional, na comunidade, na escola, no trabalho, assim como em sua rede social. Houve crescente agravamento de seu transtorno com o aumento de seu isolamento. Depois de aproximadamente dez anos, quando apresentou uma crise necessitou de internação.

Nesse caso o agravamento talvez pudesse ter sido evitado caso houvesse maior efetividade da intersetorialidade entre as políticas públicas, especialmente voltadas para a atenção básica, para promoção de saúde e prevenção dos agravamentos. Por outro lado, após a primeira internação e continuidade de adesão ao cuidado, houve acolhimento, com envolvimento da mãe no tratamento. Observaram-se, então, mudanças importantes na forma dela se relacionar com Jasper, incluindo a realização de atividades de lazer em conjunto nas quais houve oportunidade de oferecer ao filho acesso a novos contatos e tipos de relação. Além disso, o serviço o estimulou a utilizar a informática fato que também vem

contribuindo para ampliar suas possibilidades de contatos com a rede social, como também para promover sua inclusão em cursos de capacitação para o trabalho.

Apesar de não se poder saber sobre a efetividade e resultados de tais ações, verifica-se a importância da flexibilização nas estruturas, às vezes cristalizadas. As ações já desenvolvidas pela rede de atenção do caso acima referido evidenciam mudanças significativas nos paradigmas que sustentam suas práticas, contribuindo para reversão do quadro de agravamento dos transtornos que afeta a todos a volta do usuário.

No caso de Pérola, em que os recursos quanto às políticas públicas na área são reduzidos, verificou-se que a solidariedade e a integração da rede social foram fundamentais para oferecer suporte nos momentos de crise que ocorreram com ela. Pérola conseguiu retomar sua participação ocupacional após a primeira internação, passando por um processo de adaptação dividindo tarefas com os membros de sua rede social. O município de Pérola, mesmo tendo população com baixo índice populacional com restrição de acesso aos recursos do Ministério da Saúde, recorreu aos serviços públicos regionais como atendimento ambulatorial de psiquiatria. Este serviço, contudo apresentou limitações em função da rotatividade dos profissionais. A família recorreu então, ao serviço privado ao qual houve o estabelecimento de vínculo capaz de evitar outra internação naquele momento.

A análise dos achados evidencia que todos (serviços e familiares) realizaram esforços visando atender aos usuários nos momentos de crise aguda, e superar, algumas vezes a escassez de recursos em diversas áreas: pessoais, familiares, comunitárias, políticas e dos municípios. A rede de atenção do município no caso de Cristal, por exemplo, que conta com uma população de 300 mil habitantes, em gestão plena e com aporte financeiro para a implementação de políticas públicas, há regiões de escassez de cuidados de saúde, em que o princípio da equidade não foi alcançado. Situação que reduz a possibilidade de acesso à população, assim como ocorreu com Cristal, em situação de vulnerabilidade e aumento dos agravamentos do transtorno mental.

No estudo dos resultados da pesquisa dois aspectos podem ser apontados como pontos críticos na efetivação das políticas públicas voltadas à saúde mental e reafirmam a necessidade da construção de estratégias integradas e intersetoriais: as situações de emergências no campo da saúde mental e a prevenção de comportamento suicida.

Nos casos descritos os encaminhamentos para a internação em hospital psiquiátrico estão ligadas a situações em que a pessoa em sofrimento mental apresentou tentativa de suicídio ou em risco de auto ou hetero-agressão. Quando ocorrem tais situações de emergência são necessárias ações estratégicas que minimizem os riscos, com acolhimento do indivíduo e tomada de decisões conjuntas com o apoio da rede de apoio psicossocial. Percebe-se a importância da contextualização da gravidade do comportamento suicida, como sugere Botega et al (2006) abordando os fatores de risco e de proteção à ocorrência deste grave problema de saúde pública

Verificaram-se narrativas que sugerem dificuldade nas ações em relação ao manejo dos casos de emergências psiquiátricas. Os familiares referiram não saber como deveriam se conduzir ou a quem recorrer em momentos em que também eles estavam vulneráveis. E quando conseguiram solicitar ajuda aos serviços de saúde como ambulâncias/SAMU, pronto atendimento, não encontraram retaguarda nos hospitais gerais observou-se dificuldades quanto ao acolhimento adequado da emergência. Tais achados indicam que o acolhimento é uma área importante para que o momento agudo da crise seja atendido com maior percepção de efetividade pelos usuários. É sabido que esse momento tende a evidenciar susceptibilidades individuais e familiares, das pessoas envolvidas, contexto que solicita maior cuidado dos serviços de emergência para que os procedimentos não colaborem para perpetuar o estigma e a segregação.

Os resultados indicam ainda a fragilidade das políticas efetivas para a promoção da saúde mental e prevenção de agravamentos dos transtornos mentais. As situações de crises agudas com a presença de auto e/ou hetero-agressão e tentativas de suicídio fragilizam as relações de convivência, muitas vezes também podem conduzir ou agravar rupturas com outras relações significativas para o indivíduo cujos impactos se refletem na redução de rede social pessoal e de seus vínculos ocupacionais.

As diretrizes da OMS (2004) e do MS (2006) para a prevenção do suicídio enfatizam ações como “(...) desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação de saúde e de prevenção de danos”, promover atenção aos profissionais de saúde sobre atitudes e tabus em relação à prevenção do suicídio, incentivar a pesquisa na área da prevenção do suicídio, desenvolver métodos para registros e análises para elaboração de políticas adequadas e melhor geridas, promover a

disseminação de informações e intercâmbios entre os sistemas de informação do SUS e de outros setores afins, promover educação permanente dos profissionais do PSF, serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência.

Observou-se que com o agravamento dos sintomas, gradativamente há rupturas das relações de trabalho, escola, comunidade e redução nos vínculos ocupacionais, nas relações familiares, havendo a necessidade de readaptação na dinâmica familiar. As famílias, ao contrário do que é muito difundido, nos casos aqui estudados assumem o cuidado com a pessoa em sofrimento. Muitas (em três dos casos estudados – Cristal, Jade, Ágata), contudo, realizam tal tarefa com maior tutela de seus familiares com sofrimento mental, o que tende a reduzir a capacidade das participantes em desempenhar com autonomia atividades que anteriormente realizavam. Situação que tende a modificar a relação a partir da readequação nas funções ocupacionais e nos papéis até então estabelecidos; assim como pode repercutir na percepção de competência das participantes, por um lado e sobrecarregar os membros da família que procuram compensar a redução de participação ocupacional daquele que passa a necessitar de tutela.

Verificou-se, portanto a necessidade de ampliar a rede de apoio psicossocial, tanto para a pessoa em sofrimento mental como para aquelas do seu entorno quando ocorre a redução da participação ocupacional do indivíduo.

Conforme apresentado nesta pesquisa, a probabilidade de re-hospitalização de egressos de hospital psiquiátrico aumentou nos casos aqui estudados na medida em que se observou baixa interconectividade da rede social pessoal e houve redução da participação ocupacional em atividades que poderiam promover a ampliação da rede como atividades laborais, de lazer e de socialização. Diante desse conjunto de circunstâncias ocorreu a restrição do convívio dos egressos aos espaços familiares e de serviços de saúde. Observou-se falta de ações efetivas destinadas à inserção social dos egressos nos aspectos de geração de convivência, trabalho e renda.

Existem, no Estado de São Paulo, Centros de Convivência e Cooperativas Sociais (CECCO) reconhecidos como espaços destinados à produção de autonomia e cidadania por meio de atividades de socialização, oferecimento de oportunidade para diversas formas de expressão e geração de trabalho e renda, em parceria com a política de Economia Solidária do MTE.

De acordo com os dados apurados na presente pesquisa, as políticas públicas nessa vertente não se mostram estruturadas e as iniciativas ainda são restritas a ações, cujos resultados observados foram pouco efetivos para atender às necessidades laborais e ocupacionais dos casos aqui estudados.

Verificou-se a partir das informações fornecidas pelos gestores que os serviços de saúde mental, como CAPS estabelecem parceiras com os CRAS ou com instituições que oferecem cursos profissionalizantes. Alguns serviços conseguem efetivar a inserção de usuários na rede formal de trabalho demonstrando a possibilidade de inserção social por meio do trabalho. Tais ações contam com a integração de vários setores, mas ainda não estão inseridas nos programas como da Economia Solidária.

A falta de indicadores sociais para a identificação do perfil demográfico e epidemiológico nos aspectos psicossociais estabelece uma lacuna entre a formulação de políticas públicas adequadas às diversidades territoriais e regionais e a obtenção da efetividade das ações do planejamento estratégico.

Com a realização da presente investigação pretendeu-se contribuir com o oferecimento de compreensão sobre alguns aspectos da integralidade nos processos de inclusão social e laboral dos egressos do hospital psiquiátrico. De acordo com os achados ocorre crescente empobrecimento da vida relacional e laboral de egressos de segunda internação. As dificuldades de construção de projetos individualizados de cuidado pela rede de atenção que já possam ter reflexos consistentes na reversão do processo de enfraquecimento dos laços comunitários e autônomos dos casos estudados foram evidenciadas.

Considerando-se a complexidade envolvida na questão que inclui desde a construção histórica de paradigmas biomédicos sobre o sofrimento mental, as forças hegemônicas que ainda persistem na formação dos profissionais, na cultura das famílias e comunidades de referência, a lentidão na efetivação das políticas, assim como os reduzidos investimentos destinados à reversão desse quadro, pode-se dizer que os esforços observados já ensaiam mudanças almejadas e necessárias para a atenção humanizada às pessoas com sofrimento psíquico.

O trabalho evidenciou, portanto a importância de investimento na atenção básica tanto para acolher as pessoas e famílias nas fases iniciais do sofrimento mental quanto na prevenção dos agravamentos dos egressos das internações, que do ponto de vista de seu bem-estar deveriam ser evitadas com acolhimento nas situações de crise, ocasião em que ainda poder-se-ia minimizar ou evitar as rupturas sociais e laborais das pessoas.

A importância de aprimoramento da atenção básica e da escuta qualificada é sublinhada pelo achado que emergiu dos resultados quanto à influencia narrada por todos os participantes das dificuldades que encontraram para superar perdas significativas no curso de suas vidas. Momento de crise importante, que possivelmente se fosse acolhido por profissionais da área de saúde mental poderia, talvez, ter oferecido oportunidade de influenciar no caminho e desenvolvimento do processo de sofrimento mental de tais pessoas.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica**. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro, 2003.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ARENDT, Hannah. **Origens do Totalitarismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

ARENDT, Hannah. **A Condição Humana**. Rio de Janeiro: Editora Forense 2010.

BOTEGA, N.J; et al. **Prevenção do Comportamento Suicida**. *Revista de Psicologia Clínica*. Volume 37, nº 3, p.213-220, set/dez 2006.

<http://revistaseletronicas.pucrio.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1442/1130>
acessado em setembro/2012.

BRASIL, M.S. **Portaria sobre a rede de atenção psicossocial**. Site do Ministério da Saúde: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis> acessado em 20/07/2012

BRASIL, M.S. **Panorâmico, v III./Ministério da Saúde**. Brasília: MS, 2010

BRASIL, MS, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas de Maior Vulnerabilidade**. Brasília: MS/SGTES, 2012

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Financiamento da Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Prevenção do Suicídio, manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. MS, Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, OPAS, UNICAMP.

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf acessado em 14/09/2012

CASTEL, Robert. **As Metamorfoses da Questão Social**. Petrópolis : Ed. Vozes, 1998.

CHRISTIANSEN, C. H. & TOWNSEND, E. A. **Introduction to Occupation: The art and Science of living**. New Jersey: Person, 2010.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999

DUBY, Georges. **As Três Ordens ou o Imaginário do Feudalismo**. Lisboa: Editorial Estampa, 1982.

DURKHEIM, Émile. **A Divisão do Trabalho Social**. São Paulo:Editorial Presença, 1977.

ELKAÏM, Mony et al. **Las Practicas de la Terapia de rede: Salud Mental e Contexto Social**. Barcelona : Ed. Gedisa, 1988.

FEIJÓ, M. Ramos. **Família e Rede Social**. In: OLIVEIRA, C. M. (Org.). **Família e Rede Social** . São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura: na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2008.

GIGANTE, Marisa. **Geração de Trabalho e Renda e Economia Solidária**. Texto para discussão na Conferência Estadual de Saúde 2010. Retrante, Lokomotiva – São Lourenço do Sul e Geração Poa. Porto Alegre, 2010.
<http://conferenciasaudementalpelotas.blogspot.com.br/2010/03/geracao-de-trabalho-e-renda-e-economia.html>. Acessado em 15/07/2011

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1999.

GOUVÊA, A. P. **A Evolução da Terapia Ocupacional**. *Revista Psique Especial Ciência e Vida*: São Paulo: Ed. Escala. nº07, Ano III, 2008.

GUADALUPE, Sônia. **Intervenção em Rede e Doença Mental**. Comunicação apresentada no *II Encontro de Serviço Social em Saúde Mental: Novas Perspectivas*. Hospital Sobral Cid, Coimbra – Portugal, 2001.

KIELHOFNER, Gary. **Modelo de Ocupación Humana: Tería y aplicación**. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2011.

MARX, Karl & ENGELS, Friedrich. **A Ideologia Alemã**. São Paulo: HUCITEC, 1987.

MARX, Karl. **O Capital**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975.

- MELO, Rita. **Processo de luto: O inevitável percurso face a inevitabilidade da morte.** 2004 <http://groups.ist.utl.pt/unidades/tutorado/files/Luto.pdf> acessado em 14/09/2012
- MENESES, M. P. R. & SARRIERA, J. C. **Redes sociais na investigação psicossocial.** *Aletheia*, Canoas, n.21 jan/jun, ,2005.
- MORIN, Edgar. **A noção de sujeito.** In: Dora Fried Schnitman (org) Jussara Haubert Rodrigues (trad.). **Novos Paradigmas, Cultura e Subjetividade** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- MOTTA, A. Alves da. **Os Primórdios da Psicologia Analítica no Brasil.** *Revista Psique Especial Ciência e Vida. São Paulo: Ed. Escala. n°07, Ano III, 2008*
- NAJMANOVICH, Denise. **El Lenguaje de Los Vínculos de la Independencia Absoluta a la Autonomia Relativa.** In: *Redes El Lenguaje de los Vínculos: Hacia la Reconstrucción y el Fortalecimiento de la Sociedad Civil.* DABAS & NAJMANOVICH (Orgs.).Buenos Aires: Editorial Paidós, 1999.
- NICOLINO, P. VEDANA, K. MIASSO, A. CARDOSO, L. & GALERA, S. **Esquizofrenia: adesão ao tratamento e crenças sobre o transtorno e terapêutica medicamentosa.** *Revista Esc. Enfermagem USP.* São Paulo: 2011. www.scielo.br/reecusp acessado em 14/09/2012
- OMS. **Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e Saúde – CIF.** Lisboa: OMS, 2004.
- PLUYMAEKERS, Jacques. **Redes y Practica de Barrio.** In: *Las Practicas de la Terapia de rede: Salud Mental e Contexto Social.* Barcelona: Ed. Gedisa, 1988
- PINHAIS, Site da Prefeitura Municipal de Pinhais. www.pinhais.pr.gov.br/acidade/perfil/ acessado em 20/07/2012
- RAMOS, Guerreiro. **A Sociologia de Max Weber.** *Revista do Serviço Público*, n°.57, abr/jun. Brasília, 2006.
- RIBEIRO, M. A. **Psicose e desemprego: um paralelo entre experiências psicossociais de ruptura biográfica.** <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/cpst/v10n1/v10n1a06.pdf> acessado em 14/09/2012

SANTOS Jr, Orlando. **Aula da disciplina: Cidade, Cidadania e Política**. Dissertação de Mestrado Profissional em Políticas Públicas apresentada ao Programa de Pós Graduação de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Maringá/PR, Maringá, 2010.

SARACENO, B. **Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Belo Horizonte: Ed. Te corá, 1999.

SJP, site da Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais. www.sjp.pr.gov.br acessado em 08/09/2012

SLUZKI, Carlos E. **A Rede Social na Prática Sistêmica: Alternativas Terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SMS-SP, Coordenação da Atenção Básica. **Compartilhando Lições aprendidas:2005-2011**, São Paulo: SMS, 2011.

TORRE, Eduardo H. Guimarães & AMARANTE, Paulo. **Protagonismos e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental**. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 6, nº1. Rio de Janeiro, 2001.

VENTURINI, E. **A qualidade do gesto louco na era da apropriação e da globalização**. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. AMARANTE, P. (Org.). Rio de Janeiro, 2003.

APÊNDICES

Apêndice 1:**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Estudo sobre os vínculos laborais na rede de apoio psicossocial de egressos de um hospital psiquiátrico

A pesquisa tem como objetivo conhecer como se desenvolve as repercussões nos vínculos laborais de pessoas que realizaram tratamento em hospital psiquiátrico. O trabalho é orientado pela Prof^ª Dra. Sheila Regina de Camargo Martins, da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Este estudo é necessário e relevante, pois poderá contribuir para que os profissionais das equipes de saúde desenvolvam trabalhos e aprimorem o atendimento de promoção da saúde mental, prevenção dos agravamentos, na medida em que pode fornecer dados que colaborem para realização de ações que proporcionem aos egressos maior autonomia e possibilidade de retorno às suas atividades de vida diária, de trabalho, de lazer e interação com sua rede social.

Informo-lhe que entrei em contato com você e com sua família através do Hospital Colônia Adauto Botelho convidando-os para participarem da pesquisa. Caso você autorize, gostaria de realizar três entrevistas, sendo duas apenas com você e uma também com a presença de um ou mais familiares mais próximos que você indicar e também aceitarem participar do estudo, em local adequado no Hospital Adauto Botelho. As entrevistas serão gravadas, mas seguindo os preceitos éticos asseguramos que sua participação será absolutamente sigilosa e voluntária, não constando nome ou qualquer outro dado que possa identificá-los (as).

Vocês têm a total liberdade para recusar sua participação, assim como solicitar a exclusão de seus dados, retirando seu consentimento sem qualquer penalização ou prejuízo. Deixamos em continuação telefones de contato da pesquisadora principal fone 3661-6629 ou 3661-6639, para qualquer informação que vocês considerem necessária. Agradecemos a participação de vocês, enfatizando que a mesma vai contribuir muito para a construção de um conhecimento atual nesta área.

Acreditamos ter sido suficientemente informados a respeito das informações que lemos ou que foram lidas para nós, descrevendo o *Estudo sobre os vínculos laborais na rede de apoio psicossocial de egressos de um hospital psiquiátrico*. Após discussão com a pesquisadora Sonia Margarete Batista Frade Krachenski ficou claro o propósito do estudo. Concordo voluntariamente participar deste estudo e também com a participação de meu familiar, bem como a utilização, nesta pesquisa, dos dados que forem fornecidos por nós.

_____/_____/_____
Paciente ou representante legal

_____/_____/_____
Familiar participante

_____/_____/_____
Testemunha

_____/_____/_____
Sonia Margarete B. F. Krachenski – Pesquisadora Principal

Apêndice 2:**ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

Aquecimento: Esclarecimento que o objetivo da pesquisa é conhecer e compreender as repercussões nos vínculos laborais de pessoas que realizaram tratamento em hospital psiquiátrico e necessitam continuar o tratamento em serviços extra-hospitalar. Sua informação é importante e poderá contribuir para aprimorar o atendimento e o funcionamento da rede de atenção à saúde mental e para elaboração de políticas públicas destinadas a colaborar com a manutenção da autonomia e com o retorno às atividades de vida diária, de lazer e interação com a rede social dos egressos dos Hospitais Psiquiátricos.

Parte I – Identificação e dados demográficos

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Escolaridade: _____

Estado civil: _____ Tem filhos: () sim () não, Quantos: _____

Com quem reside: _____

Profissão: _____

Que atividades realiza no lar: _____

De forma autônoma _____

Com ajuda: _____

Renda Familiar: _____ Recebe Benefício: ()sim ()não

Qual tipo de benefício: ()Benefício de Prestação Continuada - BPC

() Programa de Volta para Casa - PVC

() Benefício Previdenciário- auxílio doença, aposentadoria

() Outros _____

Tem autonomia econômica: ()sim ()não Depende de quem? _____

Nome da mãe: _____ Idade: _____

Nome do pai: _____ Idade: _____

Tem irmãos: ()sim ()não Quantos: _____

Parte II – Roteiro semi-estruturado

1. Quando você começou a sentir que algo não estava bem? O que acha que aconteceu com você? Percebia diferença na convivência com os outros, como você agia com as outras pessoas e elas com você?
2. Com quem você mora? Quem são as pessoas da sua família mais próximas de você, com que você pode contar? Elas também precisam de sua ajuda, de que forma? Com que frequência você encontra seus familiares? Moram perto de você?
3. Como é o seu relacionamento com sua família? Quando você precisa de ajuda para ir a um serviço de saúde, alguém te acompanha, quem? E se você precisa de dinheiro a quem você pede ajuda? Em casa você faz tudo sozinho ou as pessoas que moram com você te ajudam? Se tiver filhos, você cuida deles, alguém te ajuda?
4. Quem são as pessoas mais próximas de você? Você tem muitos amigos (no trabalho, na escola, na igreja, vizinhos, no serviço de saúde) quem são as pessoas que você convive mais? Você acha que os seus amigos continuam os mesmos, continuam tendo contato com você, com que frequência? Tem feito novos amigos? Em que contexto? O que você gosta de fazer com seus amigos?
5. Como ficou o seu relacionamento com os familiares depois do internamento? Se mudou, em que aspectos? Vocês participam ou acompanham da vida uns dos outros?
6. Mudou alguma coisa na sua vida de como era antes de perceber que algo não estava bem? Você percebe alguma diferença, quais? O que você gostava de fazer (trabalho, lazer, esporte, música, leitura, pintura, artesanato, culinária, cuidar da casa, dos animais, das plantas, etc) Como era a sua rotina, o seu dia-a-dia? Com quem você faz as atividades que gosta, alguém te ajuda, quem? Atualmente você faz as mesmas atividades, tem a mesma rotina?
7. Com que idade começou a trabalhar, que tarefa desempenhava? Você estuda ou estudou até que série? Você trabalha ou trabalhou em muitos lugares? Por quanto tempo permaneceu no emprego? Se saiu do emprego, qual ou quais os motivos? Como você se relacionava com os colegas de trabalho, havia alguém que você podia contar quando precisava de ajuda? Costumava encontrar os colegas fora do ambiente de trabalho? Com que frequência?

8. Você acha que aprende com facilidade, gosta de ensinar ou dividir o que saber com os colegas? Aceita orientações ou ajuda do seu chefe ou um colega de trabalho? Pede ajuda quando necessário ou tenta resolver sozinho? Para quem você pede ajuda quando está com dificuldades?
9. Em relação a sua saúde, você frequentava a unidade básica de saúde? Na região onde mora, recebeu visita dos agentes de saúde? Você ou sua família conheciam o serviço de saúde mental? Como você ficou sabendo do serviço, procurou por iniciativa sua ou alguém te encaminhou para o serviço de saúde mental? Você fez tratamento em ambulatório ou CAPS antes de ser internada em hospital psiquiátrico?
10. Como era seu relacionamento com os profissionais dos serviços de saúde que você frequentava? Em qual ou quais você confia e sente que podem te ajudar? Quando você precisou ser internada como os profissionais te orientaram? Que atendimento você participava? Você fez amigos no serviço de saúde, profissionais, outros pacientes? Como você se deslocava para ir ao serviço, ia sozinho ou alguém te acompanhava?
11. Além da sua casa, trabalho, serviços de saúde há outros lugares que você frequenta, como igreja, centro comunitário, clubes, cinema, bailes, etc? Tem amigos nesses locais? Com que frequência você participa e como participa?
12. Quando você saiu de alta do primeiro internamento no hospital o que você fez? Procurou a unidade básica de saúde, frequentou ambulatório ou CAPS, retomou cuidados pessoais, com a casa, com a família, com os amigos, no trabalho e a fazer atividades que desenvolvia antes de adoecer? Quem esteve próximo de você nesse período? Você percebeu se houve pessoas que se afastaram ou novas pessoas se aproximaram?
13. O que você pensa em fazer para obter uma boa qualidade de vida, retomar o convívio com seus familiares e seus vínculos laborativos? Qual a seu projeto de vida?