

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Escola de Enfermagem

Belisa Vieira da Silveira

**ADMISSÃO E ENVOLVIMENTO TERAPÊUTICO EM SAÚDE MENTAL: MÃO OU  
CONTRAMÃO DE UM MESMO PROCESSO?**

Belo Horizonte

2013

Belisa Vieira da Silveira

**ADMISSÃO E ENVOLVIMENTO TERAPÊUTICO EM SAÚDE MENTAL: MÃO OU  
CONTRAMÃO DE UM MESMO PROCESSO?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Educação em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Amanda Márcia dos Santos Reinaldo.

Belo Horizonte  
2013

S587a Silveira, Belisa Vieira da.  
Admissão e envolvimento terapêutico [manuscrito]: mão ou contramão de um mesmo processo? / Belisa Vieira da Silveira. - - Belo Horizonte: 2013.

??f.

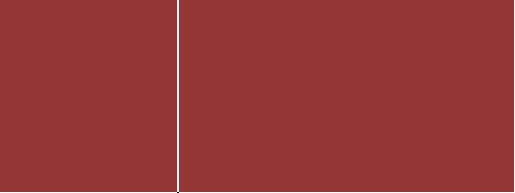
Orientador: Amanda Márcia dos Santos Reinaldo.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Admissão do Paciente. 2. Serviços de Saúde Mental. 3. Cooperação do Paciente. 4. Estudos de Casos. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Reinaldo, Amanda Márcia dos Santos. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WX 158



Aos meus pais, pelo incentivo, carinho e amor, desde quando o  
mestrado era só um sonho, até agora, que se tornou realidade!

Obrigada!

**[ DEDICATÓRIA ]**



**[ AGRADECIMENTOS ]**

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por me acompanhar e me abençoar em cada passo de minha caminhada.

Aos meus pais, por sempre serem os maiores incentivadores do meu crescimento pessoal e profissional. Obrigada por estarem sempre perto, com uma presença forte e delicada; pelo investimento na minha formação acadêmica; por estarem presentes, até mesmo, nas madrugadas em claro! Obrigada por serem meus exemplos de vida!

Às minhas irmãs, Bárbara e Brenda, agradeço pelo carinho, pelas orientações, pelos conselhos. Vocês são como segundas mães para mim!

À minha tuquinha, Valentina, obrigada por tornar a caminhada da Dindinha mais suave e divertida. Trocar o dia pela noite por sua causa, para poder te ver crescer e receber todo o seu amor, não tem preço! Minha vida é mais feliz por sua causa.

À orientadora, professora e amiga Amanda Márcia, um agradecimento mais que especial. Agradeço por trilhar comigo a minha trajetória acadêmica, por ter sido a disparadora do interesse pela escrita e pela pesquisa. Agradeço por compartilhar o seu conhecimento e experiência profissionais, pelo carinho, confiança e humildade nas orientações. Sem dúvida, é um exemplo de orientadora e profissional.

Aos meus amigos Thaís, Penido, Cris, Mayara, Palominha, Pri, Luiz, Fernandinha por terem proporcionado os tão preciosos momentos de diversão e descontração ao longo dessa caminhada.

Aos colegas de mestrado, agradeço pela companhia nas aulas e pelas construções conjuntas nos trabalhos em grupo.

Aos professores da graduação e da pós-graduação pelos ensinamentos relativos ao desenvolvimento de pesquisas.

Ao usuário Y. do CERSAM Pampulha e a todos os “doidinhos” do Centro de Convivência por despertarem em mim a sensibilidade e carinho pelo sofrimento psíquico.

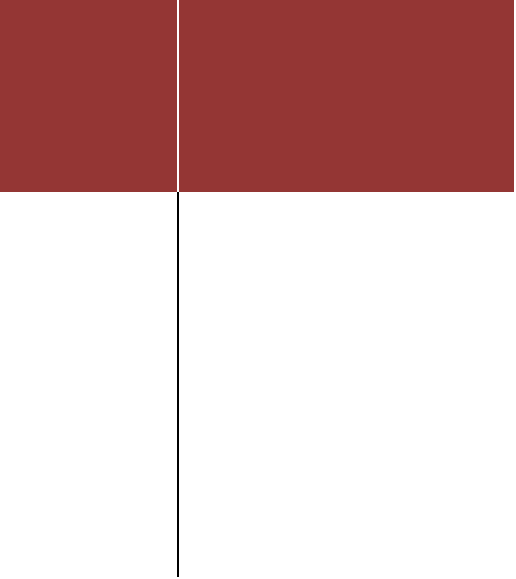
Aos participantes dessa pesquisa, por compartilharem comigo suas experiências e trajetórias de vida. Por me deixarem fazer um pouco parte desse caminho.

À equipe do CERSAM Noroeste pela acolhida, por permitirem que acompanhasse o cotidiano do serviço.

À CAPES pelo auxílio financeiro.

A todos que, de modo direto ou indireto, fizeram parte dessa conquista e torceram pela minha vitória.

**Obrigada a todos!**



“Tenho a impressão de ter sido uma criança brincando à beira-mar, divertindo-me em descobrir a pedrinha mais lisa ou uma concha mais bonita que as outras, enquanto o imenso oceano da verdade continua misterioso diante de meus olhos.”

Isaac Newton

**[EPÍGRAFE]**



## SUMÁRIO

<b>1- APRESENTANDO A INTRODUÇÃO</b> .....	10
1.1 – Objetivos do estudo .....	12
<b>2- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	
2.1 – Revisitando velhos caminhos em busca de um caminho próprio .....	13
2.2 – Crise e autonomia: demandas convergentes ou divergentes? .....	21
2.3 – Procurando caminhos já traçados em direção a um novo .....	24
<b>3- PERCURSO METODOLÓGICO</b>	
3.1 – Mapeando o destino: qual o caminho mais adequado? .....	30
3.2 – Apreciando o cenário destino .....	32
3.3 – Aproximando do cenário destino .....	33
3.4 – Companheiros de caminhada .....	34
3.5 – Número de companheiros .....	36
3.6 – Instrumentos utilizados e análise dos dados .....	37
3.7 – Aspectos Éticos .....	39
<b>4- DISCUTINDO RESULTADOS</b>	
4.1 – Família! Família! Papai, mamãe, tia... ..	40
4.2 – Velhos hábitos nunca saem de moda .....	44
4.3 – A vida em crise .....	50
4.4 – CERSAM .....	53
4.5 – Modos de admissão .....	60
4.6 – Admissão e envolvimento terapêutico: uma coisa leva à outra? .....	69
<b>5- CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	74
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	77
<b>APÊNDICES</b> .....	83

## RESUMO

SILVEIRA, B.V. **Admissão e envolvimento terapêutico em saúde mental: mão ou contramão de um mesmo processo?** 2013. 88f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

Autonomia e louco, historicamente, nunca andaram lado-a-lado, quem dirá, de forma sincronizada. Entende-se por autonomia, a capacidade de um sujeito decidir, livremente, acerca das suas próprias ações e, portanto, delinear a sua trajetória de vida. Refletindo acerca dos conceitos de autonomia, crise e demanda, o modo como o portador de sofrimento psíquico é admitido, manifesta uma demanda dele ou de terceiros? Mesmo em crise, seria possível manifestar uma demanda vinculada à sua subjetividade e interações sociais. Se o usuário não chega ao serviço de modo autônomo, o projeto terapêutico pode relacionar-se a uma demanda que, não diz respeito ao portador de sofrimento psíquico? O objetivo do estudo foi conhecer o modo de admissão e a adesão dos usuários ao projeto terapêutico em um Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) na cidade de Belo Horizonte – Minas Gerais. Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa realizado em um Centro de Referência em Saúde Mental. Foram selecionados 3 técnicos de referência e 8 usuários do serviço para participar da pesquisa, mediante critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos. Foram realizadas entrevistas com roteiro semi-estruturado aos participantes, bem como, observação não-participante da dinâmica do serviço. Utilizou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin, como técnica de análise, resultando em seis categorias e dez sub-categorias. A pesquisa foi aprovada pelo COEP da Secretaria Municipal de Saúde e da Universidade Federal de Minas Gerais. Todos os participantes assinaram o TCLE. Os participantes apontam uma articulação entre o modo de admissão e o envolvimento terapêutico, uma vez que experiências negativas no momento admissional podem ser transferidas ao serviço e ao tratamento proposto. Os usuários indicaram que a demanda espontânea configura-se o melhor modo de admissão ao serviço, em detrimento do encaminhamento por viatura policial ou serviço de urgência, devido ao despreparo desses profissionais em lidar com a saúde mental. Os técnicos de referência ressaltam a relevância em se abordar a subjetividade do usuário no momento da crise, de modo a realizar um manejo clínico adequado na admissão, para que diminua a interferência no envolvimento terapêutico.

**Descritores:** Admissão do Paciente. Serviços de Saúde Mental. Cooperação do Paciente. Adesão do Paciente.

## ABSTRACT

SILVEIRA, B.V. **Admission and therapeutic involvement in mental health: hand or against a single process?** 2013. 88f. Dissertation. (Master Degree in Nursing and Health) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

Autonomy and crazy, historically, never walked side by side, let alone in a synchronized way. Means for autonomy, the ability of an individual to decide freely about their own actions and therefore delineate their life trajectory. Reflecting on the concepts of autonomy, crisis and demand, how the bearer of psychological distress is admitted, it expresses a demand or others? Even in crisis, it would be possible to express a demand linked to their subjectivity and social interactions. If the user does not reach the service unattended, the therapeutic project can relate to a demand that does not concern bearer of psychological distress? The aim of the study was to know the mode of admission and membership of the users in a therapeutic project Reference Center for Mental Health (CERSAM) in the city of Belo Horizonte - Minas Gerais. This is a case study, qualitative approach performed at a Center of Mental Health Reference. We selected 3 reference therapists and 8 service users to participate in the study, mediant inclusion and exclusion criteria previously established. Interviews were conducted with semi-structured participants, as well as non-participant observation of the dynamics of the service. We used content analysis proposed by Bardin, such as technical analysis, resulting in six categories and ten sub-categories. The study was approved by the COEP of the Municipal Health Department and the Federal University of Minas Gerais. All participants signed an informed consent form. Participants indicate a link between the mode of admission and therapeutic involvement, since negative experiences when admission can be transferred to the service and the proposed treatment. Users indicated that spontaneous sets up the best mode of entry into the service, instead of forwarding by police car or emergency department due to unpreparedness of these professionals in dealing with mental health. The technical reference underscore the relevance in addressing the subjectivity of the user during the crisis in order to conduct a proper clinical management on admission, that reduces the interference in therapeutic involvement

**Descriptors:** Patient Admission. Mental Health Services. Patient Compliance. Patient Adherence.

**[APRESENTANDO A INTRODUÇÃO]**

## 1- APRESENTANDO A INTRODUÇÃO

As pessoas me perguntam o por que da saúde mental, se eu sempre quis atuar nessa área, como surgiu o meu interesse. Mesmo essa pergunta sendo frequente, eu ainda sou pega de surpresa e não sei o que responder.

Acabo falando que foi saúde mental que me escolheu, ou melhor, me perseguiu, e não o contrário!

Graduação em Enfermagem, 4º período, disciplina de Administração, estágio... No hospital Raul Soares. Parecia que o mundo “aqui” fora havia parado enquanto eu estava “lá” dentro. Apesar dessa sensação estranha, fiquei encantada com a espontaneidade dos internos e em como a nossa cabeça era fantástica. Senti medo? Não.. Pela reação do resto do grupo, acho que não sentir medo, não era algo muito comum.

Na mesma época, fiquei sabendo de uma seleção para um projeto em um Centro de Convivência. Não fazia a menor ideia do que era esse serviço, mas fui aceita, e... Deu-se início a minha, ainda pequena, trajetória na saúde mental.

Comecei a estudar sobre Reforma Psiquiátrica, mas era para reformar o que? Aí resolvi estudar a história da loucura, e fui me encantando pelas histórias e estórias dos portadores de transtorno mental.

No projeto, gostava de conversar com os usuários do Centro de Convivência, tentar entender um pouco sobre a tão falada crise, sobre os impactos do adoecimento na vida deles. Enquanto eles me contavam a trajetória deles na saúde mental, eu comecei a construir a minha trajetória.

Até que, no estágio da disciplina Enfermagem Psiquiátrica, um relato me chamou atenção por dois motivos. Primeiro, o pensamento lógico e organizado de um dos usuários, apontando argumentos a respeito da permanência dele em um serviço. Sim, ele estava em crise! Segundo, a indignação desse usuário com a família, por ter chamado a polícia para ele e que, por causa disso, ele não iria fazer o que a psicóloga estava propondo, uma vez que, se ela a mantinha lá, era porque era conivente com a ação da família.

Conversando com outros usuários do serviço da saúde mental, percebi que essa inquietação não era uma questão de um usuário, não era um caso isolado. A inquietação deles passou a ser

a minha também. Será que o modo e as circunstâncias que envolvem a admissão de um portador de transtorno mental podem interferir no tratamento?

Procurei... Pesquisei... Mas não achei muita coisa que respondesse à minha inquietação. Isso me incomodou ainda mais e atiçou a minha curiosidade.

Dois anos após o meu estágio, percebi que eu não tinha esquecido os questionamentos e resolvi investir e elaborá-los de uma forma mais organizada, a oportunidade veio com o mestrado e aqui estou desvendando essa pergunta que não sai da minha cabeça.

Como se dá o modo de admissão do portador de transtorno mental e, em especial, a forma como ele chega ao CERSAM? Qual o envolvimento, a partir da admissão, do portador de transtorno mental com o projeto terapêutico apresentado?

Espero conseguir responder à minha inquietação e, principalmente, dar luz à inquietação de tantos usuários da saúde mental, que, de certa forma, percorrem essa trajetória comigo.

## **1.1- Objetivos**

### Objetivo Geral

- Conhecer o modo de admissão e a adesão dos usuários ao projeto terapêutico em um Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) na cidade de Belo Horizonte – Minas Gerais,

### Objetivos Específicos

- Conhecer o processo de admissão dos portadores de transtorno mental no CERSAM;
- Compreender a percepção dos portadores de transtorno mental acerca da admissão no serviço;
- Identificar as terapêuticas oferecidas para esses sujeitos após admissão no CERSAM;
- Compreender a perspectiva e o envolvimento, dos usuários do serviço da saúde mental, em relação ao projeto terapêutico indicado pelo técnico de referência.

## **[FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA]**

## 2- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1- Revisitando velhos caminhos em busca de um caminho próprio

A abordagem contemporânea do sofrimento psíquico, no Brasil, está calcada na ótica da Reforma Psiquiátrica e nas mudanças paradigmáticas resultantes desse movimento. Para compreender o vigente sistema assistencial em saúde mental, faz-se necessário *revisitar* as ideologias e lentes retrógradas da loucura, a fim de apreender o contexto que propiciou a alteração da visão acerca da atenção em saúde mental e de seus dispositivos. *Revisitar* sugere percorrer caminhos já traçados e, portanto, conhecidos, não sendo preciso se ater aos detalhes e minúcias desse trajeto, somente caminhar novamente e contemplar brevemente o cenário - a “história da loucura”<sup>1</sup>.

A sociedade começou a direcionar os olhos para a loucura quando, como e por quê? Será possível que, paradigmas e processos iniciados há quatrocentos/quinhentos anos, ainda estejam presentes e vigentes nos dias atuais? Por que há a concepção de louco violento e alienado? Por que a única possibilidade de existência do louco seria “viver” preso e segregado do convívio social?

No decurso da Idade Média, período marcado e controlado pela Igreja Católica, a miséria e os miseráveis eram santificados, percebidos como uma graça de Deus. O louco, um dos integrantes desse grupo de miseráveis, religiosamente prestigiado, era acolhido e respeitado pela sociedade, por a loucura ser vista como dádiva divina. Entretanto, esse orgulho e aceitação da liberdade imaginária do louco não perduraram até o fim da Idade Média, não sobrevivendo aos presságios da modernidade (FOUCAULT, 2007).

De acordo com Foucault (2007), o discurso relaciona-se diretamente ao poder, quem fala e é ouvido tem algo a dizer, as alterações ideológicas e paradigmáticas são remodeladas conforme a detenção do poder. É o discurso de diferentes instituições em dado momento que dita às normas sociais e influencia o pensamento da sociedade. Assim, com a redução da influência religiosa na sociedade e com a ascensão do poder do Estado, o foco sobre a loucura foi reformulado.

Com a Renascença, a miséria e a loucura perdem a positividade mística presente na Idade Média, passando de uma condição de “santos” para uma de “culpados”. Quando o Estado

---

<sup>1</sup> As autoras fazem uma alusão à obra *A História da Loucura na Idade Clássica*, publicada em 1977 por Michel Foucault.



assume a assistência e o controle da sociedade, a loucura torna-se um obstáculo à nova moral e ordem necessárias para o desenvolvimento das cidades (FOUCAULT, 2007; VIEIRA, 2007). As cidades nesse sentido devem ser limpas, higiênicas, hígdas. Nelas não cabe o desviante, o sujo e o incapaz, não cabe enfim a loucura e sua expressão.

Nesse contexto emerge a Nau dos Loucos, barco muito popular na Alemanha, no qual os loucos são embarcados, à própria sorte e com destino incerto, sendo levados de uma cidade a outra. Em algumas cidades, essa prática era baseada em uma peregrinação simbólica, de modo a retomar a razão dos insanos e libertá-los da loucura, porém, em outros locais, era puramente de limpeza da cidade (FOUCAULT, 2007).

“Um objeto novo acaba de fazer seu aparecimento na paisagem imaginária da Renascença; e nela, logo ocupará lugar privilegiado: é a Nau dos Loucos, estranho barco que desliza ao longo dos calmos rios da Renânia e dos canais flamengos. (...) esses barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra. (...) É possível supor que em certas cidades importantes – lugares de passagem e de feiras – os loucos eram levados pelos mercadores e caminhoneiros em número bem considerável, e que eles eram ali “perdidos”, purificando-se assim de sua presença a cidade de onde eram originários”. (FOUCAULT, 2007: 09-11)

Denota-se, portanto, que os loucos tornaram-se mais representativos da sujeira e da obscuridade do que da miséria e da caridade, conforme simbologia presente na Idade Média. Uma das formas de limpar, definitivamente, a cidade da loucura seria:

“(...) confiar o louco aos marinheiros é com certeza evitar que ele ficasse vagando indefinidamente entre os muros da cidade, é ter a certeza de que ele irá para longe, é torná-lo prisioneiro de sua própria partida. (...) a navegação entrega ao homem a incerteza da sorte: nela, cada um é confiado a seu próprio destino, todo embarque é, potencialmente, o último.” (FOUCAULT, 2007: 12).

Percebe-se uma inquietação significativa da sociedade frente à loucura, o que justifica deixar os loucos à própria sorte, sem nenhuma espécie de assistência. Mas que nova moral é essa capaz de destituir o louco de sua santidade, relegando-o a uma posição marginal e de marginalidade, sendo necessário purificar as cidades desse grande mal?

Na Europa da Renascença, bem como, no Brasil Colonial, obviamente em recortes temporais distintos<sup>2</sup>, a decadência da soberania político-administrativa da religião abre espaço para uma nova conformação sócio-administrativa, regulamentada pelo Estado. Desse modo, o Estado assume a assistência social, sendo o responsável pelo controle da sociedade, por meio da moral (MACHADO, 1978).

---

<sup>2</sup> No decurso do texto serão realizadas comparações entre a Europa e o Brasil, com o intuito de marcar fatos semelhantes e relevantes às duas realidades, sem se ater aos marcos temporais. Caso o leitor queira aprofundar os aspectos temporais, sugere-se a leitura de FOUCAULT (2007); VIEIRA (2007) e MACHADO (1978).

O crescimento econômico e o apoderamento do Estado somente seria possível com o controle da massa de ociosos e vadios que vagavam pelas cidades. Esses “vagamundos”, por não serem economicamente ativos, freavam o desenvolvimento e vinculavam-se ao crescimento de epidemias, à desordem e à desobediência. Para dar conta dos vadios, nada mais oportuno e pouco dispendioso que o controle pela moral (MACHADO, 1978).

A loucura se expressa de diferentes formas e não considera a lógica dos doutos do saber e do poder em relação do que é moral ou não, ela parte do subjetivo, das vivências, das experiências, se expressa em alguns casos pelo afloramento das paixões, sendo influenciada pelo tempo e a época em que o sujeito se insere. É um campo fértil e vasto para o exercício da coerção moral, do alinhamento dos costumes das cidades e do enquadramento daqueles que querem se desviar do que está instituído como normal.

Diante dessa realidade, surge a concepção de modulação dos costumes e das ações da população, para regular os hábitos e ser possível avaliar os desertores. Como medidas, salientam-se: não dormir, andar ou comer muito, uma vez que atrapalham a produtividade; temer o coito, para controlar o comportamento das prostitutas e evitar as paixões da alma, ou seja, ira, melancolia e cogitações fortes, por serem prejudiciais à ordem (MACHADO, 1978).

Tomando como base as medidas apresentadas, o que dizer do comportamento do louco que, devido à ausência de tratamento na época, tornou-se improdutivo e é acometido com frequência pelas paixões da alma. Torna-se necessário, portanto, enquadrar esse indivíduo rebelde, que não consegue se moldar às normas e é, portanto, incapaz de conviver em sociedade.

“Se o louco aparecia de modo familiar na Idade Média, era como que vindo de um outro mundo. Agora, ele vai destacar-se sobre um fundo formado por um problema de “polícia”, referente à ordem dos indivíduos na cidade. Outrora ele era acolhido porque vinha de outro lugar; agora, será excluído porque vem daqui mesmo, e porque seu lugar é entre os pobres, os miseráveis, os vagabundos. (...) De fato, ele continua a vagar, porém não mais no caminho de uma estranha peregrinação: ele perturba a ordem do espaço social.” (FOUCAULT, 2007: 63).

Semelhanças com o ideário de louco, ainda presente no século XXI, não são mera coincidência. Perdura dessa época a simbologia de que o louco precisa ser segregado e isolado da sociedade. E, se para a sociedade, os indivíduos privados do convívio social são aqueles representativos de periculosidade, logo, o louco é um ser perigoso.

Pensava-se que a maneira de normalizar os desviantes seria regulá-los pela vigilância constante, para modular seus comportamentos e pensamentos. Se em sociedade não é possível controlar os loucos, a solução é colocá-los em um local passível de controle, em tempo integral: o hospital, por meio do internamento. Hospital, instituição que adquiriu diversas concepções no decurso do tempo: de depósito de imorais, libertinos e marginais (loucos, prostitutas, leprosos e contraventores da lei) até espaço de cuidado e tratamento dos doentes. O internamento torna-se o cartão de embarque para a moral e o controle, substituindo, de modo prático, mas não simbólico, a Nau dos Loucos (FOUCAULT, 2007; MACHADO, 1978).

Agora não é a nau dos loucos que peregrina de porto em porto, são seus habitantes que destituídos de um lugar que outrora era seu, o espaço das cidades, agora jaz confinado a um espaço que lhes foi determinado como o único lugar possível, o hospital. Nesse espaço já não é um naufrago embarcado, no sentido figurado da expressão, mas um náufrago da (des) razão que perambula pelo espaço - hospital, asilado, isolado e exilado do mundo da normalidade. Ali ele perscruta o que é possível: a enfermaria, o pátio, as celas fortes. Estes são os portos que lhe foram destinados a partir do momento em que o embarque foi realizado.

Dos internos, nos hospitais, que demandavam cuidado, restaram os loucos e os leprosos, ressaltando que, para esses últimos, haviam instituições destinadas, especificamente, à lepra. Assim, os únicos a permanecer no interior dos hospitais são os loucos.

“O século XIX aceitará e mesmo exigirá que se atribuam exclusivamente aos loucos esses lugares nos quais cento e cinquenta anos antes se pretendeu alojar os miseráveis, vagabundos e desempregados.” (FOUCAULT, 2007: 73).

A medicalização da sociedade assume um papel importante nesse processo: a transformação do desviante em um ser normalizado. Altera-se o policiamento, meramente político, por um poder-saber em ascensão: o poder médico e das instituições médicas (MACHADO, 1978). Instituições “médicas” destinadas à loucura: uma paisagem arquitetônica singular, merecedora de destaque no trajeto da história da loucura.

Quase uma obra de arte, uma respeitosa e imponente construção psiquiátrica: o “*Panóptico*” (FOUCAULT, 1977; FOUCAULT, 2001), símbolo da ordem e controle; dá-se a institucionalização do louco e da loucura.

Paisagem em forma de anel, com um pátio e uma imponente torre centrais, estrategicamente projetados para a distribuição e a domesticação dos corpos de seus internos. A semelhança de

um farol que não tem por objetivo guiar o viajante, mas apenas mantê-lo em seu devido lugar. O campo de visão era unilateral, é dizer, o vigilante tinha controle total sobre os internos, porém, a recíproca não era verdadeira. Cumpre ressaltar que atrelada à vigilância, há a punição: dos corpos e da alma, respaldados por essa formação arquitetônica repressora (FOUCAULT, 1977; FOUCAULT, 2001). Novamente, semelhanças com instituições psiquiátricas ainda presentes no século XXI não são mera coincidência.

“O princípio é conhecido: na periferia uma construção em anel; no centro, uma torre; esta é vazada de largas janelas que se abrem sob a face interna do anel; a construção periférica é dividida em celas, cada uma atravessando toda a espessura da construção; elas têm duas janelas, uma para o interior, correspondendo às janelas da torre; outra, que dá para o exterior, permite que a luz atravesse a cela de lado a lado. Basta então colocar um vigia na torre central, e em cada cela trancar um louco (...) Tantas jaulas, tantos pequenos teatros, em que cada ator está sozinho, perfeitamente individualizado e constantemente visível. O dispositivo panóptico organiza unidades espaciais que permitem ver sem parar e reconhecer imediatamente. Em suma, o princípio da masmorra é invertido; ou antes de suas três funções – trancar, privar de luz e esconder – só se conserva a primeira e suprimem-se as outras duas. A plena luz e o olhar de um vigia captam melhor que a sombra, que finalmente protegia. A visibilidade é uma armadilha.” (FOUCAULT, 1977: 177).

O Panóptico, comparado a uma arena de teatro, conforme insinuado por Foucault, seria mais próximo de um Coliseu. Os loucos, que se assemelham mais a fantoches do que a atores, são jogados à própria sorte no interior da arena, ficando à mercê de seus algozes e dos propósitos destes, enquanto a plateia/sociedade aprecia e aplaude a cena. Percebe-se, que a sociedade torna-se cúmplice e inquisidora do espetáculo da loucura.

No interior do Panóptico, a loucura se torna uma peça em cartaz por tempo ilimitado. Da mesma forma que um convento e uma prisão, o manicômio configura-se uma instituição total. Horários pré-estabelecidos, ausência de contato entre vigilantes e internos, todas as atividades diárias realizadas, somente, em seu interior (FOUCAULT, 2001; GOFFMAN, 2007). Para que as instituições totais sejam bem sucedidas, é necessário que o interno abdique da sua subjetividade, tornando-se submisso às normas de tais instituições.

Nesse sentido, o louco, agora considerado doente, para o seu próprio bem, deve desligar-se do seu eu, da sua identidade, para que comece a compreender a sua nova posição frente à sociedade, seu novo “status institucional”. Há a perda da carreira moral, uma mortificação progressiva da liberdade, inclusive de pensamento, dos desejos e vontades, dos hábitos e costumes (GOFFMAN, 2007).

Se há o controle das tarefas, dos horários, sendo todas as atividades realizadas coletivamente, há a subjugação do eu do interno frente a um propósito maior de vigilância. A vida pré-

internação deve ser esquecida, para que o interno possa se encaixar nos moldes rígidos, frios e estanques da paisagem manicomial (GOFFMAN, 2007).

Esse ambiente e esse paradigma, marcados pelo controle e pela restrição física e psíquica, tratariam a loucura? A vigilância e a punição dos corpos seria a forma de tratamento mais adequada?

“Vi-os nus, cobertos de trapos, tendo apenas um pouco de palha para abrigarem-se da fria umidade do chão sobre o qual se estendiam. Vi-os mal alimentados, sem ar para respirar, sem água para matar a sede e sem as coisas mais necessárias à vida. Vi-os entregues a verdadeiros carcereiros, abandonados a sua brutal vigilância. Vi-os em locais estreitos, sujos, infectos, sem ar, sem luz, fechados em antros onde se hesitaria fechar os animais ferozes” (FOUCAULT, 2007: 49).

“A argumentação é clara: tal como está organizado, o hospital não cura, não possibilita o domínio da loucura. Pode segregar o louco, retirá-lo do convívio social quando se mostra perigoso – e nesse sentido o louco está no hospital como em uma prisão – mas é incapaz de atingir sua loucura.” (MACHADO, 1978: 423).

Há a necessidade dos internos e condenados pela loucura dormirem em leito-chão, se alimentarem por grades, permanecerem nus e morrerem pela exposição ao ambiente? Quantas mortes continuariam a ser negligenciadas e quantas vidas ainda seriam tomadas por esse sistema punitivo? Frente a essas constatações e contestações acerca do rumo tomado pela loucura, iniciou-se uma proposta de reformulação da suposta “assistência” psiquiátrica.

A transformação dos referidos questionamentos dá-se em Trieste, na Itália. Em meados da década de 70, iniciou-se a progressiva abertura do manicômio de Trieste, deslegitimando a considerada sanidade “dos de fora” e a loucura dos “de dentro” das instituições psiquiátricas. Esse movimento instigou os moradores da cidade italiana a pensar a real necessidade de haver locais destinados, exclusivamente, aos loucos, enaltecendo a possibilidade desses indivíduos transitarem pelos demais espaços sociais (DELGADO, 1991).

Após as alterações, nos hospitais psiquiátricos, realizadas por Pinel, é a primeira vez que, de fato, se discute a assistência psiquiátrica, questionando o seu pilar central: o manicômio. Colocam-se em pauta os ônus e bônus das internações e da exclusão social, deslegitimando o hospital como local privilegiado para o tratamento. Surge, então, o delineamento de uma rede assistencial alternativa, focada no território (DELGADO, 1991).

Esse processo de ressignificação da loucura, no Brasil, foi desencadeado pelas denúncias sobre os abusos físicos e psíquicos sofridos pelos loucos, por meio do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Divulgaram-se publicamente os maus-tratos e solicitaram novas formas de acolhimento e tratamento dos sujeitos com transtorno mental. Um marco

importante nesse processo é a Casa de Saúde Anchieta, situada em Santos/SP (AMARANTE, 2000; TENÓRIO, 2002).

A Casa de Saúde Anchieta, nos últimos dois anos, funcionava com 145% de ocupação: para 290 lugares (camas), uma média de 470 internados ... : celas fortes, um pátio (como todo frenocômio, uma ala masculina e uma feminina), sem nenhuma atividade para os pacientes; a 'reserva', área destinada aos mais indisciplinados onde dezenas de seres humanos permanecem nus ou seminus e amontoados; medicação padronizada, eletrochoques punitivos. (...) Logo no primeiro dia foram arrancadas as portas das celas fortes, proibidos os eletrochoques, todas as formas de maus-tratos físicos ou psicológicos; foi permitido o acesso dos pacientes aos dormitórios e visitas todos os dias da semana. (...) Estamos transformando um depósito num hospital e ao mesmo tempo desmontando-o. (LANCETTI *apud* TENÓRIO, 2002, p. 32).

Essa progressiva mudança paradigmática e assistencial ficou, posteriormente, conhecida como Reforma Psiquiátrica (RP). O vigente cenário assistencial do portador de transtorno mental é baseado na RP e consiste em quatro dimensões (PINHEIRO, 2007):

*Teórico-assistencial*: consiste na formação dos profissionais e sujeitos envolvidos no processo da Reforma, a fim de compreender as singularidades do sofrimento psíquico, bem como, resgatar laços sociais dos portadores desse sofrimento;

*Técnico-assistencial*: relaciona-se às estratégias e dispositivos assistenciais com enfoque psicossocial;

*Jurídico-política*: configura-se as alterações legais acerca do tratamento do portador de transtorno mental, considerando-se os fóruns e espaços dialógicos de construção de cidadania;

*Sociocultural*: relativa aos símbolos e práticas sociais historicamente construídas acerca da loucura, para que, paulatinamente, possam ser ressignificados.

É possível alterar a formação de recursos humanos para a saúde mental, as práticas assistenciais e a legislação, se não houver uma alteração no imaginário social, construído secularmente, a respeito do louco e da loucura? Se não desatrelar a concepção de louco a ameaça social e periculosidade, como envolver a sociedade desde as formas de encaminhar até o acompanhamento do louco nos “novos” dispositivos assistenciais? Há um longo caminho pela frente...

Quando se aborda a RP, o que é amplamente discutido são os aspectos que envolvem os “novos” dispositivos assistenciais. Salienta-se os serviços decorrentes da RP, é dizer, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Convivência, Hospital Geral, Matriciamento na Atenção

Básica; as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores; os avanços e retrocessos, dentre outros. Entretanto, o sujeito em sofrimento continua, em alguns casos, descentralizado, alheio à sua individualidade e subjetividade, no acostamento da estrada principal, continua entre parênteses. Fica uma nova questão diante do que está exposto. Os novos serviços de saúde mental também estão entre parênteses? Faz-se necessário, então, atentar para a compreensão desse sujeito a respeito do que ele está vendo acontecer na estrada principal e implicá-lo nesse processo. É necessário nesse momento pensar os serviços, suas práticas, caminhos, descaminhos e atalhos? Ou apenas observá-los tal qual se observava os loucos pelo panóptico.

A proposta da RP constitui-se mais complexa do que a “mera” desospitalização do doente mental, mas sim, o resgate da subjetividade do indivíduo. Sendo assim, inicia-se um processo de construção de autonomia, de práticas de cidadania, de ruptura com a articulação louco – incapacidade, alienação e marginalidade (PINHEIRO, 2007).

A ruptura com o paradigma da loucura perpassa a alteração: da concepção de doença mental como erro e desordem; da percepção do manicômio como espaço de cura e, finalmente, do paciente como não-saber e da ignorância da sociedade frente à saúde mental (PINHEIRO, 2007). Qual o nosso referencial de ordem para afirmarmos o que é a desordem, o que é erro? Quais os espaços socialmente construídos onde podemos expressar a nossa loucura de cada dia? Se a saúde mental faz parte da saúde de cada um, do nosso bem estar, qual o argumento para ignorá-la, para a intransigência? São questões que merecem atenção na transição da loucura para o transtorno.

Reconhece-se a relevância da rede substitutiva de atenção ao portador de sofrimento mental. Entretanto, optou-se por abordar a RP sob uma vertente do imaginário social da loucura, da possível transformação do lugar social da loucura e, principalmente, do sujeito em sofrimento. Assim, o será aprofundada a discussão da dimensão sociocultural que se vincula às construções históricas e sociais a respeito do sofrimento psíquico.

## **2.2 - Crise e Autonomia: demandas convergentes ou divergentes?**

Autonomia e louco, historicamente, nunca andaram lado-a-lado, quem dirá, de forma sincronizada. Entende-se por autonomia, a capacidade de um sujeito decidir, livremente,

acerca das suas próprias ações e, portanto, delinear a sua trajetória de vida. De modo similar, o conceito de felicidade, de acordo com a filosofia grega, transita pela boa fortuna, excelência frente ao eu e às potencialidades decisórias desse eu. Em outras palavras, é “ser senhor de si” (FLEURY-TEIXEIRA et. al, 2007).

Transpondo os conceitos de autonomia e felicidade para o âmbito da saúde: é o domínio dos indivíduos no que tange aos determinantes de sua própria saúde, na forma como serão tratados e nas condutas adotadas (FLEURY-TEIXEIRA et. al, 2007; MARTINS, 2004). Essa concepção de autonomia é bastante discutida no que tange à promoção da saúde, no entanto, é passível de ser aplicada na saúde mental, mais especificamente, em um sujeito em crise?

De acordo com o imaginário social da loucura, exposto anteriormente, a crise psiquiátrica é a rua sem saída para o portador de transtorno mental. Na ausência da crise, ainda é aceitável discutir o restabelecimento de laços sociais, o trânsito pela sociedade, a liberdade. Porém, quando os primeiros indícios da crise aparecem, despertam o simbolismo da desrazão e da perda da capacidade decisória. O que, de fato, significa a crise para o sujeito em sofrimento? Seria uma crise ou tentativa de organização?

A crise, comumente, é um veredicto da sociedade a respeito da loucura. Direcionados por uma lógica manicomial, diagnostica-se a crise pelas manifestações anormais de um indivíduo, de acordo com as expectativas de normalidade da sociedade. Colocam-se em pauta as alterações do indivíduo em crise. Porém, o enfoque deveria ser outro: o que, na vida desse indivíduo, está em crise (BICHUETTI, 2000).

Sob essa perspectiva, a crise configura-se como manifestação de uma realidade subjetiva, a exteriorização de uma experiência interna, que, para o sujeito que a vivencia, também se dá de modo estranho, mas não alheio. O sujeito em sofrimento percorre uma caminhada, muitas vezes, solitária, sem mapa de viagem e com múltiplas possibilidades de trajetos (BICHUETTI, 2000).

Em um olhar superficial, a crise parece uma caminhada sem destino, rumo ao desconhecido, porém, é justamente o contrário, a crise é um re-descobrir, um reinventar, uma caminhada com destino certo. Na primeira crise, uma retomada do existir, na recaída, um novo com fisionomia conhecida, nas demais, uma crise como possibilidade de compreensão e reorganização do sofrimento interno (BICHUETTI, 2000).



Sendo a crise uma redescoberta do sujeito frente à sua própria vida e às suas dificuldades e, a autonomia, a capacidade de delinear a própria trajetória de vida, não seria a crise, a possibilidade concreta do portador de transtorno mental exteriorizar a sua subjetividade, desvelando as suas demandas mais pessoais?

Segundo Bichueti (2000), a crise é o momento de intervenção pela equipe de saúde, de questionar, junto ao sujeito, o que causa a crise e as formas dele enfrentar, de forma ativa, essas causas. Assim, é na crise que são exteriorizadas as necessidades do sujeito em sofrimento, suas demandas e possibilidades.

As demandas são “necessidades” de um sujeito, particulares do indivíduo, devendo ser, portanto, manifestas frente a uma situação de crise, de dificuldade. No âmbito da saúde mental, a interpretação da demanda do sujeito em sofrimento é complexa. Como diferenciar se a demanda, de fato, é do sujeito ou imposta por terceiros (PINHEIRO, 2007)? Se for imposta por terceiros, como ter um posicionamento autônomo frente à própria vida?

Da mesma forma que a concepção de autonomia na saúde mental e de crise psiquiátrica, as demandas são constituídas de acordo com determinado contexto social e histórico. Assim, as demandas são fruto de uma construção social, que envolve todas as vertentes desse processo: o próprio usuário, bem como, sua família e os profissionais que acolhem essa demanda (PINHEIRO, 2007).

A demanda expressa consiste em uma teia de aspectos subjetivos e objetivos, relacionados à história de vida do sujeito, suas interações sociais e condições de existência. A demanda do portador de sofrimento psíquico, enquanto construção social deve ser reorientada conforme os preceitos da RP, estando calcada na subjetividade do indivíduo, bem como, na sua autonomia (PINHEIRO, 2007).

A construção da demanda se dá pelas ações cotidianas vivenciadas pelo usuário, sendo que, se cada indivíduo vivencia uma situação de forma distinta, a demanda, por conseguinte, só pode ser única, particular. Não é possível que um terceiro apresente a demanda de outro indivíduo. Na saúde mental, é a demanda construída pelo usuário que direciona o tratamento, e a elaboração de projetos terapêuticos individualizados (PINHEIRO, 2007).

Se a demanda é singular, mesmo que construída socialmente, é o usuário quem deveria decidir o modo de procurar o serviço de saúde, o porquê procurá-lo. Quando outra pessoa decide pelo usuário, privando-o de sua autonomia, há a manifestação das demandas desse

terceiro o que pode coincidir ou não com as do usuário. Assim, o delineamento do projeto terapêutico não será baseado nas reais demandas do usuário, mas nas inquietações e dificuldades de outrem.

Refletindo acerca dos conceitos de autonomia, crise e demanda, o modo como o portador de sofrimento psíquico é admitido, manifesta uma demanda dele ou de terceiros? Mesmo em crise, seria possível manifestar uma demanda vinculada à sua subjetividade e interações sociais. Se o usuário não chega ao serviço por demanda própria, mediante uma ação autônoma, o projeto terapêutico pode relacionar-se a uma demanda que, não diz respeito, unicamente ao portador de sofrimento psíquico?

Um novo caminho começa a ser delineado...

### 2.3- Procurando caminhos já traçados em direção a um novo

Em busca de pistas que subsidiassem uma reflexão e aproximação iniciais dos questionamentos realizados, foi realizada uma revisão de literatura, acerca dos modos de admissão do usuário e da possível articulação com o envolvimento terapêutico.

Realizaram-se buscas nas bases: LILACS, MEDLINE e SCIELO, com o cruzamento de 12 descritores controlados nos idiomas português, inglês e espanhol, no período de julho a setembro de 2011.

O quadro 1 apresenta, de modo sistemático, as publicações encontradas com a revisão de literatura:

	LILACS	PubMed/ Medline	SCIELO	TOTAL
Produção encontrada	28	366	03	397
Não aborda a temática de estudo	09	237	-	246
Repetidos	04	-	02	06
Resumo indisponível	-	61	-	61
Publicado em outro idioma	-	09	-	09
Não encontrado na íntegra	06	48	-	54
Total selecionado	09	11	01	21

Percebe-se um número reduzido de trabalhos que abordam a questão da admissão e do envolvimento terapêutico, não necessariamente, articulando ambos.

A admissão do paciente em um serviço de saúde perpassa, desde as circunstâncias que levaram o paciente ao serviço – a demanda, modo e com quem o usuário chegou ao local – até o atendimento e acolhimento inicial do profissional de saúde no interior da instituição de saúde. A admissão da pessoa em sofrimento psíquico, considerando a forma como o usuário chega no CAPS/CERSAM, pode ser por demanda própria e/ou familiar e por encaminhamento da atenção básica ou de qualquer serviço de saúde, podendo o paciente chegar ao serviço sozinho ou acompanhado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Na assistência psiquiátrica, é comum o paciente procurar e ser admitido nos serviços de saúde por diversas vezes, em intervalos reduzidos, apresentando sintomatologias semelhantes, fenômeno conhecido como “revolving door”. Estima-se que um terço, ou seja, de 24% a 37% dos pacientes admitidos em um serviço de emergência psiquiátrica irão ser readmitidos em um período inferior a um ano, sendo que, dos usuários admitidos, 53% são readmissões (SEGAL; AKUTSU; WATSU, 1998; HAYWOOD et. al, 1995; GASTAL et. al, 2000; FONTANELA, 2008).

As principais causas de readmissões nos serviços de saúde mental consistem uma dificuldade em dar continuidade à terapêutica proposta após alta da instituição de saúde, acarretando em baixa adesão e abandono da terapêutica proposta (CASTRO; FUREGATO; SANTOS, 2010).

A literatura aborda a admissão, no âmbito da saúde mental, sob uma perspectiva sócio-demográfica e clínica do usuário que demanda atendimento nos serviços especializados. Os pacientes admitidos e envolvidos no fenômeno “revolving door” são, em especial, do sexo masculino, solteiros, desempregados, apresentando quadro psicótico e/ou de dependência química e histórico de internações psiquiátricas prévias. Não raro, esses usuários chegam aos serviços de emergência desacompanhados e auto-referenciados, sendo avaliado risco de auto e hetero agressividade no momento da admissão (SEGAL; AKUTSU; WATSU, 1998; GASTAL et. al, 2000; CASTRO; FUREGATO; SANTOS, 2010; BARROS et. al, 2010; AKERMAN; MCCARTH, 2002; SOUSA; OLIVEIRA, 2010).

O fenômeno da porta giratória nesse sentido denota um ir e vir do usuário da saúde mental pelos serviços que são oferecidos e destinados a ele. Fato curioso é que apesar de outros

usuários do sistema de saúde também utilizarem do mesmo mecanismo na busca por ajuda médica ou de outro profissional, esse fenômeno não desperta, a princípio, o interesse dos pesquisadores nos textos encontrados. O hipertenso que busca serviços diferentes na busca por outro diagnóstico que não o da hipertensão, um medicamento que resolva seu problema de saúde e que não necessariamente implique em mudança no modo de vida não é visto como alguém que não tem adesão ao tratamento, no máximo é corrente nos serviços ambulatoriais ser denominado como um paciente difícil.

É na singularidade do transtorno mental que passo a passo, e fazendo inferências corriqueiras como essa, nos aproximamos da linha tênue que separa a clínica psiquiátrica das demais, essa leitura nos remete a todo um fazer, a uma lógica de saberes e práticas que dá a esse campo a necessidade de uma aproximação diferenciada na abordagem dos seus usuários.

Estudo aponta que 70,2% da procura por atendimento, em um CAPS específico, resulta de demanda espontânea do usuário, posteriormente, com 8,70% estão os encaminhamentos por outras especialidades. Fazem-se presentes também, mas em menor prevalência, as admissões por ordem judicial, por encaminhamentos das secretarias municipais e das unidades de atenção básica (CASTRO; FUREGATO; SANTOS, 2010; PELISOLI; MOREIRA, 2005). Um recorte histórico datado no início do século XX aponta que as solicitações de admissão pela secretaria de justiça e segurança pública eram prevalentes, em detrimento da demanda de outros serviços de saúde ou de familiares (BARBOSA, 1992).

Cumprе ressaltar que a procedência também é ponderada em alguns artigos, porém, de modo mais amplo, considerando regionais, municípios e estados que encaminham os pacientes para os serviços usados como campo de pesquisa. Não apresentando se, tais encaminhamentos, se deram por serviço móvel de urgência, viatura policial, ordem judicial, dentre outros (CASTRO; FUREGATO; SANTOS, 2010; BARROS et. al., 2010; AKERMAN; MCCARTH, 2002; SOUSA; OLIVEIRA, 2010).

No que tange aos critérios utilizados na admissão, os profissionais privilegiam os pacientes psicóticos graves, egressos de hospitais psiquiátricos, que apresentam alterações na linguagem, afeto, pensamento e senso-percepção. Ademais, considera-se a condição dos serviços substitutivos do território do paciente, a fragilidade de interação e de construção de uma rede social articulada, bem como, a resistência ou não-adesão ao tratamento ambulatorial (CASTRO; FUREGATO; SANTOS, 2010; CAVALCANTI et. al., 2009).

Entende-se como adesão ao tratamento o seguimento das recomendações médicas por parte do paciente, considerando-se o grau de adequação ao orientado. A adesão pode ser avaliada por meio do relato do paciente e de familiares, da contagem de pílulas, do aparecimento de efeitos adversos e segundo testes e escalas de adesão (ROSA; ELKIS, 2007; SANTIN; CERÉSER; ROSA, 2005).

De modo geral, a conceituação de “adesão ao tratamento” enfoca o aspecto medicamentoso, referente à utilização dos medicamentos ou outros procedimentos prescritos em, pelo menos, 80% do total indicado, atentando aos horários, doses e tempo de tratamento, que caracteriza o termo contagem de pílulas. Em contrapartida, adesão, de modo isolado, configura-se um processo com diversas lateralidades, no qual é estabelecida uma parceria entre quem cuida e o ser cuidado, considerando a frequência e a constância pela busca da saúde, não, unicamente, pelo tratamento medicamentoso. Por conseguinte, o vínculo entre paciente e profissional, referido anteriormente, é a ferramenta que viabiliza esse processo, de modo conjunto com as características e atividades da instituição de saúde, para que o próprio indivíduo possa trilhar caminhos para a eficácia do tratamento (LEITE; VASCONCELLOS, 2003; SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Entretanto, conforme a nomenclatura utilizada explicita-se a concepção do papel do indivíduo frente ao seu tratamento, é dizer, caso seja empregado o termo “adherence” (aderência) pressupõe o paciente como um sujeito ativo, com liberdade de escolha para adotar ou não a recomendação sugerida e, principalmente, que participa e se responsabiliza pelo projeto terapêutico. Entretanto, ao usar “compliance” (obediência) denota-se a concepção do paciente com um sujeito passivo, à mercê do outro e do que esse outro julga relevante para a sua saúde (CARDOSO; GALERA, 2006; LEITE; VASCONCELOS; 2003).

Um olhar mais atento a não-adesão de pacientes à terapêutica proposta aponta caminhos que vão além de uma simples determinação sócio-educacional. Dessa maneira, o acesso/custo do medicamento, a quantidade de medicamentos prescritos e a complexidade do esquema terapêutico, os efeitos colaterais dos fármacos, a relação estabelecida entre paciente e profissionais/serviços de saúde, dentre outros, são fatores considerados de grande relevância à participação do paciente no tratamento (LEITE; VASCONCELLOS, 2003; MOSTAZO; KIRSCHBAUM, 2003).

Cumprido ressaltar que, uma das formas de tentar melhorar a responsabilização pelo tratamento, bem como, de possibilitar uma melhora nos efeitos adversos das medicações consiste na

realização de atividades educacionais e comportamentais concomitantemente ao uso de psicofármacos. Essas estratégias complementares resultam na redução de recaídas e hospitalizações, melhoria nas manifestações da psicopatologia e na função social, comumente prejudicada nos transtornos mentais (CARDOSO; GALERA, 2006; SHIRAKAWA, 2000; SCAZUFCA; MATSUDA, 2002; MOSTAZO; KIRSCHBAUM, 2003).

No que tange, especificamente, ao envolvimento/participação de pacientes com transtorno psiquiátrico ao tratamento, percebe-se que as características pessoais do paciente, o uso/abuso de drogas, a aliança terapêutica, o suporte familiar, o apoio social vinculado aos serviços psiquiátricos ou gerais, o provedor da assistência e as circunstâncias do atendimento, influenciam consideravelmente a adesão desse sujeito à terapêutica (CARDOSO; GALERA, 2006; AVRICHIR, 2008; RIBEIRO et. al, 2008).

Estudo aponta que, em um serviço no Rio Grande do Sul, 54% dos usuários não aderiram ao tratamento medicamentoso, 21,7% estão em andamento/acompanhamento terapêutico e 8% não realizam terapia (PELISOLI; MOREIRA, 2005). Percebe-se, portanto, que a questão do envolvimento terapêutico do usuário em saúde mental consiste em uma problemática que envolve serviços, profissionais de saúde e pacientes.

Ainda referente à terapêutica, Jaeger e Rossler (2010) apontam que os condicionantes do tratamento podem ser do tipo:

- . voluntário: decisão autônoma em aceitar o tratamento;
- . persuasivo: benefícios e riscos do tratamento são discutidos com o paciente, de acordo com os seus valores;
- . utilitarista: a adesão ao tratamento é incentivada em troca de recursos demandados pelo paciente;
- . por coerção informal: tratamento por pressão, mas não regulado por lei;
- . por coerção voluntária: tratamento por pressão, mas com ameaças de sanções negativas;
- . compulsório: tratamento obrigatório, regulado por lei.

No que tange à interface entre admissão e envolvimento terapêutico, estudos apontam que práticas coercitivas no momento da admissão estão relacionadas à demanda reduzida por

serviços de saúde mental, a taxas inferiores de adesão medicamentosa e, superiores, de readmissões, além de limitar ou negar o empoderamento do paciente frente ao projeto terapêutico (JAEGER; ROSSLER, 2010; SWARTZ et.al, 2001; RAIN et. al, 2003). Denota-se, então, que a conduta do profissional no momento da admissão está relacionada, de modo significativo, aos aspectos referentes à adesão terapêutica, bem como, à autonomização do usuário da saúde mental.

À exceção das referências acima, poucos estudos apresentam, diretamente, a interface entre admissão e adesão ao tratamento. O que mais se aproxima desta articulação é uma comparação entre os sintomas manifestados no momento da admissão e da alta, sendo que em 79% dos casos de agitação, os pacientes no momento da alta estavam mais calmos, nos pacientes delirantes, 11% permaneceram com quadro de delírio (CASTRO; FUREGATO; SANTOS, 2010; CAVALCANTI et. al, 2009). Entretanto, não é explorado em que consiste a melhora no quadro do paciente e se esta se relaciona à prática adotada na admissão ou na continuidade do tratamento. Outro aspecto não abordado consiste se uma circunstância específica da admissão, a exemplificar, os modos de encaminhamento ao serviço de saúde mental, interfere na adesão terapêutica.

## **[PERCURSO METODOLÓGICO]**



### 3- PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1- Mapeando o destino: qual o caminho mais adequado?

Considerando-se o objeto e os objetivos do estudo, optou-se por um estudo de caso de abordagem qualitativa, que, por sua natureza, consiste em pesquisas nas quais o pesquisador apresenta reduzido controle acerca dos acontecimentos, sendo que o foco se dá em fenômenos contemporâneos vinculados a algum contexto real (YIN, 2010).

“Em outras palavras, você usaria o método de estudo de caso quando desejasse entender um fenômeno da vida real em profundidade, mas que esse entendimento englobasse importantes condições contextuais – porque eram altamente pertinentes ao seu fenômeno de estudo” (YIN, 2010: p. 39).

Sendo assim, o estudo de caso configura-se uma metodologia de investigação que preserva os aspectos complexos e particulares de acontecimentos, contribuindo com o conhecimento de processos organizacionais, administrativos, sociais, individuais e, até mesmo, de fenômenos relacionados. A delimitação do processo a ser investigado constitui, em si, “o caso” e a “unidade de análise” (YIN, 2010).

Esse tipo de método qualitativo não apresenta o intuito de generalizações dos resultados encontrados, podendo ser analisados fenômenos particulares a uma determinada realidade. A possibilidade de articular fenômenos, aparentemente distintos, vai de encontro com o objeto da pesquisa.

Após revisão de literatura, percebeu-se que as circunstâncias da admissão e o envolvimento terapêutico são abordados de forma dissociada, sendo que ambos estão presentes em um mesmo contexto real – o cotidiano de serviços de saúde mental. Ademais, as circunstâncias que envolvem a admissão relacionam-se à demanda do usuário ou de terceiros, sendo uma vivência individual, impossível de ser generalizada em padrões e/ou teorias.

O estudo de caso é uma estratégia de pesquisa abrangente e empírica, podendo ser de caso único ou múltiplo, sendo que a questão norteadora, nesse tipo de estudo, normalmente está relacionada ao “como” ou “por que” determinados acontecimentos se desenvolvem em um cenário contemporâneo (YIN, 2010).

Como nesse tipo de metodologia não há poder de manipulação de fatos e comportamentos, no estudo de caso o pesquisador utiliza, em especial, de modo conjunto ou único, duas técnicas

de evidência: a observação direta dos acontecimentos que estão sendo estudados e a entrevista com os sujeitos envolvidos em tais fenômenos (YIN, 2010).

Como o estudo de caso constitui um método de apreensão de fenômenos reais, sem descontextualizá-los, há múltiplas fontes de evidência e variáveis de interesse, sendo necessário que os dados converjam de maneira triangular, articulados. Nesse sentido, um estudo de caso qualitativo não objetiva delimitar todas as variáveis e suas possíveis associações, mas relacionar variáveis presentes no contexto (YIN, 2010).

### **3.2- Apreciando o cenário de destino**

O estudo foi realizado no Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) Noroeste da cidade de Belo Horizonte/MG. O CERSAM em questão pertence à regional Noroeste, que atende a uma população de 400 mil habitantes, abarcando um total de 54 bairros e 19 favelas (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2012).

Optou-se por esse CERSAM devido à regional noroeste ser a maior, em termos populacionais, do município de Belo Horizonte, atendendo, portanto, um quantitativo maior de pacientes.

O CERSAM encontra-se em um amplo terreno, estando, no mesmo espaço, o Centro de Convivência da regional Noroeste e o Centro de Referência em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (CERSAMi).

A estrutura física do CERSAM é bastante espaçosa. Há uma área externa que circunda o serviço, passível de ser utilizada na realização de oficinas, por exemplo, de atividades esportivas. Há uma recepção, 1 sala de gerência, 6 consultórios para atendimento individual, 1 sala de plantão, 1 farmácia, 1 posto de enfermagem, 2 salas amplas destinadas à realização de oficinas, 2 quartos com os leitos para hospitalidade noturna, 1 sala administrativa, um amplo pátio central, com sofás e televisão, 1 cozinha, 1 copa para a realização das refeições, 1 jardim interno, onde eram realizadas oficinas de jardinagem, e banheiros para os usuários e profissionais.

O serviço apresenta 58 profissionais, desde administrativos, da saúde e limpeza, sendo que 2 profissionais estão afastadas: uma por licença saúde e a outra por licença maternidade. Há uma gerente efetiva e uma gerente adjunta, que auxilia nas atividades administrativas.

O CERSAM possui 8 leitos para hospitalidade noturna e transitam, por dia, aproximadamente 50 pacientes em permanência dia, com exceção dos atendimentos de ambulatório. Todas as quartas-feiras há reunião de equipe ou supervisão de casos, reduzindo a quantidade de pacientes nesse dia.

Normalmente há 7/8 técnicos em cada turno, sendo 1 coordenador do plantão e 2 plantonistas. Uma psicóloga realiza, unicamente, oficinas, não acompanhando casos e há a possibilidade de uma terapeuta ocupacional, também, dedicar-se unicamente à realização de oficinas.

### **3.3 – Aproximando do cenário de destino**

A inserção no campo deu-se de modo paulatino. Em um primeiro momento, foram realizados 5 encontros com a gerente do CERSAM, a fim de apresentar a proposta de pesquisa e agendar um encontro com a equipe de saúde. Após três meses de contribuições na pesquisa, o projeto foi apresentado, em uma reunião de equipe, aos profissionais de saúde.

Por ter sido apresentado ao final da reunião do serviço, muitos profissionais já estavam desatentos e saindo para o almoço, o que prejudicou a apresentação inicial da pesquisadora e do projeto. Essa percepção inicial foi comprovada, uma vez que, nos próximos encontros no serviço, vários profissionais, que estavam presentes na reunião, desconheciam a presença da pesquisadora.

Uma das preocupações da gerência, em relação ao desenvolvimento do projeto no serviço, relacionava-se a uma avaliação superficial do processo de trabalho pela pesquisadora, o que poderia ocasionar uma visão distorcida. Sendo a pesquisadora permaneceu no serviço por dois meses consecutivos, acompanhando os plantões e a prática profissional da equipe.

Essa aproximação inicial foi de extrema relevância para compreender o processo de trabalho na instituição. A pesquisadora comparecia ao serviço três vezes por semana, alternando os dias. Foi possível uma livre circulação pelo serviço, sendo possível acompanhar o trabalho na recepção, principalmente nas admissões de pacientes, participação das oficinas, de eventos do CERSAM (Festa Junina), dentre outros.

O CERSAM é um serviço muito dinâmico, a movimentação é intensa. A todo o momento há usuários entrando, mesmo sem autorização, na sala de plantão, pedindo para serem atendidos, para serem liberados ou somente para conversar. Essa interrupção constante causa um

desgaste significativo nos profissionais. A sala de plantão, que deveria ser local para discussão de casos e para realização de anotações, se torna inviável pelas interrupções.

Ainda referente à sala de plantão, há um quadro para anotação dos pacientes inscritos na hospitalidade noturna, o que favorece uma rápida visualização das vagas remanescentes. Caso haja mais pacientes inscritos do que o número de vagas, cada caso é discutido em equipe, a fim de verificar a possibilidade de retirada. Há outro quadro, referente aos pacientes que precisam de transporte para ir ao serviço ou para serem medicados, contendo os dias e horários do transporte, bem como, exames agendados para os pacientes em hospitalidade noturna.

Outro aspecto relevante é a instabilidade do serviço, característico de um serviço de urgência. Há plantões em que nenhum paciente é admitido, como também houve plantão em que foram realizadas cinco admissões, após as 11 horas da manhã. A percepção da imprevisibilidade do serviço foi importante na coleta dos dados, uma vez que, nem sempre as entrevistas podiam ser realizadas conforme programado.

Como a pesquisadora acompanhava todo o plantão, ela também participava das passagens de plantão. A passagem de plantão no CERSAM era um momento de valorização de todos os profissionais. Toda a equipe de saúde se reúne, além da gerência, porteiros, funcionárias da limpeza e da cozinha. A participação desses trabalhadores é incentivada e eles também apresentam sua percepção a respeito de alguns pacientes, principalmente, mudanças comportamentais, aspectos de higiene, dentre outros.

A permanência no CERSAM por dois meses possibilitou a aproximação com a equipe, e a identificação dos pacientes com a pesquisadora, o que facilitou a posterior seleção dos sujeitos que participariam da pesquisa.

### **3.4- Escolha dos Participantes**

Após o período de aproximação com a rotina do serviço, iniciou-se o período de seleção dos participantes da pesquisa. Seriam sujeitos da pesquisa: portadores de transtorno mental usuários do CERSAM Noroeste; os Terapeutas de Referência dos usuários selecionados e os coordenadores de oficinas no serviço.

A escolha dos sujeitos foi mediada por critérios de inclusão e de exclusão, estabelecidas a priori.

✓ Critérios de inclusão relacionados aos profissionais:

- serão escolhidos profissionais concursados pela prefeitura;
- serão privilegiados os profissionais que trabalham há mais tempo no serviço e que não esteve de licença nos últimos 6 meses;
- serão selecionados os profissionais que coordenam as atividades terapêuticas realizadas pelos portadores de transtorno mental participantes da pesquisa.

✓ Critério de exclusão relacionado aos profissionais:

- serão excluídos os profissionais que ficaram afastados por motivo de férias ou de licença médica por período superior a 15 dias.

✓ Critérios de inclusão relacionados aos usuários:

- cada profissional indicará três usuários;
- os usuários deverão estar vinculados ao serviço em regime de permanência dia;
- serão mantidos na pesquisa os usuários que apresentarem capacidade de fala e de raciocínio preservados, com histórico de internações prévias em instituições asilares ou substitutivas.

✓ Critérios de exclusão relacionados aos usuários:

- os usuários em primeira crise;
- os usuários que chegaram ao CERSAM sob efeito de medicação sedativa;
- se houver alteração, no decurso da pesquisa, do profissional que acompanha o caso, o usuário será excluído da pesquisa.

Os profissionais que avaliaram a capacidade de fala e de raciocínio dos usuários que seriam indicados. As indicações ficariam a critério dos profissionais, sendo pedido que fossem escolhidos, se possível, pacientes com modos de admissão distintos.

A coleta dos dados consistia segundo a dinâmica: o técnico de referência (TR) era abordado pela pesquisadora. Após essa abordagem inicial, ele indicava 3 possíveis participantes. A pesquisadora se aproximava dos usuários, apresentava o objetivo da pesquisa e fazia o convite para a participação.

Caso algum usuário indicado se recusasse a participar, o TR indicaria outro paciente, e assim, consequentemente. Somente após a participação dos usuários que era realizada a coleta de dados com o TR.

O primeiro (TR) indicou 3 usuários que ele acompanha o caso, sendo que, 2 recusaram a participar da pesquisa por não estarem “com a cabeça boa”. Essas foram as únicas recusas de participação.

A segunda TR indicou 3 usuários, entretanto, no período da coleta dos dados, a TR se ausentou por licença médica, sendo esses 3 participantes excluídos da pesquisa.

### **3.5- Número de participantes**

A determinação do número de participantes foi realizada no decurso da pesquisa. O aspecto quantitativo, relativo à amostra, não é significativo em uma pesquisa qualitativa. Sendo assim, à medida que os dados iam sendo coletados e transcritos, foi-se avaliando a necessidade de novos participantes (TURATO, 2011).

Ao final, participaram da pesquisa, 3 técnicos de referência, sendo eles, uma enfermeira e duas psicólogas. Esses participantes serão identificados, respectivamente, como TR1, TR2 e TR3, respectivamente.

TR1 apresenta 9 anos de formação e 8 anos de prática no referido CERSAM; TR2 apresenta 22 anos de formação e 14 anos de atuação no CERSAM noroeste e TR3 possui 27 anos de formação, 9 anos de atuação no CERSAM e 20 anos de prática na rede de saúde mental.

Conforme o critério de saturação dos dados, é dizer, não serão incluídos novos sujeitos na pesquisa quando as informações coletadas começarem a se repetir, uma vez que a inserção de novos participantes, provavelmente, não acrescentaria dados novos, de significância ao estudo (TURATO, 2011).

No total, 8 pacientes participaram da pesquisa; TR1 e TR2 indicaram 3, cada uma, e TR3 indicou 2 usuários. Esses pacientes serão identificados como P1, P2, P3, e assim consecutivamente.

De acordo com os critérios de inclusão dos profissionais de saúde, caso os usuários indicados realizassem alguma atividade no CERSAM, o coordenador da atividade também seria contemplado como participante da pesquisa. Entretanto, nenhum dos 8 pacientes realizaram atividades no serviço, não sendo entrevistado, portanto, nenhum coordenador.

### **3.6- Instrumentos utilizados e análise dos dados**

Conforme explicitado na descrição do tipo de método utilizado, o estudo de caso privilegia, para a coleta de dados, as entrevistas e a observação.

Assim, foram realizadas entrevistas, com roteiro semi-estruturado, gravadas e transcritas na íntegra, aos 3 técnicos de referência (APÊNDICE I) e aos usuários da saúde mental (APÊNDICE II). Mesmo sem ter realizado entrevista com coordenadores de atividades, havia um roteiro de entrevista elaborado previamente (APÊNDICE III).

Paralelamente às entrevistas, ainda como estratégia de coleta de dados, foi realizada observação não-participante do processo de trabalho no serviço, bem como, do comportamento dos pacientes participantes da pesquisa. A observação da conduta dos pacientes se dá devido à possibilidade de apreensão do envolvimento terapêutico do usuário.

Com a observação, foi realizado um diário de campo, contendo as notas de observação da pesquisadora, comentários e associações com referências bibliográficas. As notas de observação serão identificadas como NO.

Posteriormente à coleta dos dados, os mesmos foram analisados, conforme análise de conteúdo proposta por Bardin (2007). A análise de conteúdo deve seguir as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados.

A pré-análise consiste em uma primeira apreensão e organização do material coletado. Realiza-se uma leitura flutuante de todos os dados, ou seja, é realizada uma leitura livre, de aproximação inicial com o conteúdo dos dados. Após essa leitura, começa-se a realizar a formulação de hipóteses, as impressões a respeito do conteúdo, identificando índices e a

construção de indicadores. Ainda na pré-análise, são realizadas operações de recorte do texto, uma preparação do material, com as regras de categorização, para uma leitura mais aprofundada (BARDIN, 2007).

Após a pré-análise, dá-se a exploração do material coletado. Essa fase da análise é a mais exaustiva e detalhista, uma vez que o pesquisador realizará a codificação do material, transformando o texto bruto, em dados de pesquisa (BARDIN, 2007). Assim,

“A codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo” p. 97

A exploração do material permite a apreensão da representação do conteúdo. A última etapa da análise consiste no tratamento dos resultados e nas interpretações. Os resultados agrupados em categorias tornam-se significativos, sendo interpretados conjuntamente a referenciais teóricos. Nesse momento da análise, é possível elaborar quadros e diagramas apresentando as principais categorias elencadas (BARDIN, 2007).

Cumprido ressaltar, que, no caso da pesquisa qualitativa, as categorias emergem conforme o conteúdo das falas dos sujeitos, pela representatividade frente ao objeto de estudo, e não pelas frequências de aparições (BARDIN, 2007).

Após percorrer as três etapas da análise de conteúdo, foi possível elaborar um quadro com as categorias elencadas.

Quadro 2 – Categorização dos Dados

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
Família! Família! Papai, mamãe, titia...	
Velhos hábitos nunca saem de moda	Desrespeito legitimado A loucura intimida... Não tem que querer, vai à força!
A vida em crise	
CERSAM	Quem nunca comeu melado, quando come, se lambuza Em casa de ferreiro, espeto é de pau Liberdade ainda que tantom
Modos de admissão	Eu, eu mesmo, e... Corra que a polícia vem aí! Emergência 192 Todos caminhos trilham pra gente se ver
Admissão e envolvimento terapêutico: uma coisa leva à outra?	



### 3.7- Aspectos Éticos

A pesquisa somente foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais: ETIC 539/11, e da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte: Parecer 0539.0.203.410-11A. A gerente do serviço também assinou uma Carta de Anuência, permitindo a realização da pesquisa no serviço.

Além disso, antes dos participantes serem entrevistados, foram explicitados os objetivos da pesquisa e, caso concordassem em participar, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pelos profissionais (APÊNDICE IV) e pelos usuários da saúde mental (APÊNDICE V). A assinatura era realizada em duas vias, uma que ficou sob posse dos participantes e a outra foi entregue à pesquisadora.

Optou-se por elaborar dois termos de consentimento distintos, a fim de adequar o vocabulário, para facilitar a compreensão do que consistia a pesquisa.

**[ DISCUTINDO RESULTADOS ]**

## 4- DISCUTINDO RESULTADOS

Foram entrevistados onze participantes, sendo eles, três técnicas de referência (TR) em saúde mental, todas do sexo feminino, e oito usuários do CERSAM, sendo 4 do sexo feminino e 4 do masculino.

Em relação às TR, o tempo de atuação no serviço varia de oito a quatorze anos, indicando uma proximidade com a dinâmica do serviço, bem como, com as circunstâncias que envolvem o manejo clínico da crise e as singularidades do portador de transtorno mental.

Os dados serão apresentados e discutidos conforme categorias emergidas na transcrição das entrevistas e do diário de campo.

### 4.1 – Família! Família! Papai, mamãe, tia..

O percurso do portador de transtorno mental na sua vida, normalmente, é interpelado por construções inesperadas, por exemplo, a crise, ou por sujeitos que trilham, paralelamente, essa trajetória junto com o sujeito em sofrimento. Essas interpelações de agentes sociais, marcadas pelo imaginário social desses sujeitos, são realizadas por pessoas de convívio próximo, em especial, familiares.

Entretanto, quais influências a família pode estabelecer na vida desses indivíduos?

*“Ela não entende que eu sou doente mental, minha família não entende. Ela acha que eu sou um cara normal, porque eu falo com as pessoas, eu converso muito bem (...) Então, eles não compreendem que eu sou doente mental, eles acham que eu sou um vagabundo, sou um desonesto, porque eu to tirando dinheiro do governo, pela minha aposentadoria (...) A família tem dificuldade de entender que quando eu to bem, eu to bem, mas não e porque eu to bem que eu sarei não, que eu to curado não, porque não tem cura, tem tratamento.. Tem acompanhamento, tem tratamento, mas não tem cura”. P2*

De acordo com Foucault (2008), a sociedade adota uma atitude singular mediante alguns fenômenos, dentre eles, a doença e o doente mental. Estes sujeitos vivem em um limbo simbólico, uma vez que não são considerados e nem tratados, totalmente, como doentes e nem

como criminosos, são apenas diferentes. Algo nesses indivíduos gera a incompreensão e leva à diferenciação.

Essa nebulosidade frente à doença e ao doente mental ocasiona uma dificuldade em se compreender o caráter multifacetado do sofrimento. Assim, conforme apresentado por P2, a família, às vezes, assume um comportamento de descrença frente ao tratamento. Por que em alguns momentos o portador de transtorno mental, seguindo a terapêutica traçada, fica bem e, em outros momentos, entra em crise. Essa bi, tri, multipolaridade da doença gera receio e instabilidade.

A família concebe o transtorno mental como um fenômeno incurável, imprevisível e incontrollável, e, portanto, complicado de ser manejado no convívio social. Assim, a internação emerge como um alívio, uma solução temporária à descontinuidade da normalidade, uma transferência de responsabilidade para a equipe de saúde (WETZEL, 2000; COLVERO; IDE; ROLIM, 2004). O discurso do doente torna-se o discurso da família; a demanda da família sufoca, anula e torna-se a demanda do doente.

*“Porque lá no IPSEMG a família interrompia muito o meu tratamento, porque eu não tinha voz, a família no hospício é que tem voz no lugar da gente (...) Todas as vezes que eu internei no hospital psiquiátrico foram as minha tias que me levaram. Não sei o quê que elas arrumavam lá, que davam um jeito e me internavam. Chegavam lá e falavam assim, ela tá assim, assim, assim, aí davam um jeito de me internar”. P3*

A busca pela hospitalização do portador de transtorno mental reflete uma sobrecarga significativa da família. A presença de um louco dentro de casa força a família a alterar sua rotina de vida, alguns familiares deixam de trabalhar para cuidar desse indivíduo em constante crise, diminuindo a renda dos demais membros da família. Há, no decurso da convivência com o louco, um esgotamento físico e mental desse familiar que se sente carregando o fardo da loucura sozinho (KOGA; FUREGATO, 2002).

É nesse contexto que o familiar procura o manicômio e pede para que o portador de transtorno mental seja internado. Esse pedido, mais próximo de uma súplica, consiste em uma tentativa da família se reorganizar, descansar, se sentir livre de um problema, aparentemente, sem solução (KOGA; FUREGATO, 2002).

O que a princípio configura-se um pedido de socorro, com o passar do tempo, torna-se um problema esquecido e resolvido. O papel do portador de transtorno mental na família e os espaços que eram destinados a ele são reorganizados na ausência desse indivíduo. A família se acostuma com a ausência do louco que, ao sair da internação, torna-se presença indesejada e desalojada do ambiente familiar.

Nos hospitais psiquiátricos é essa família que determina o momento adequado para a internação, mediante a sua dificuldade em lidar com a crise. O contato da família com os profissionais da saúde se dá nesse momento de delegação da guarda e dos cuidados à instituição, muitas vezes, sem o consentimento do sujeito em sofrimento. A partir desse momento, o afastamento da família é desejado por ela própria e pelo próprio doente, uma vez que ela é vista como responsável por todos os males do doente (WETZEL, 2000). Denota-se uma influência desse momento inicial de atendimento com concepções futuras estabelecidas pelo portador de transtorno mental.

Se a família não compreende a condição do adoecimento e, principalmente, do sofrimento decorrente desse adoecimento, como ela irá apreender o momento da crise? Nesse momento delicado para ambos os lados da díade família – portador de transtorno mental, respeitar a individualidade e o espaço do outro se torna uma atitude difícil.

*“Acho horrível, porque minha mãe ela, ela me expõe muito. Principalmente agora, esses dias para trás que eu sumi, ela foi até na Polícia Civil, colocou em tudo quanto é lugar que eu tinha sumido, nos cartazes... E eu achei uma super exposição, entendeu? Eu não quero voltar pra casa, eu tô decepcionada por causa disso”. P1*

*“Eu sou a mesma pessoa que eu era antes, só que minha mulher foi me enchendo a paciência até a hora que eu não aguentei mais. São 50 anos ué, de encheção de saco, de.. de... de trocar as palavras, pra pisar, pra ofender, pra humilhar e tudo. Aí depois de 50 anos eu queria acabar com tudo. Ela influenciou a nossa filha também, que hoje nem falar comigo não fala”. P6*

Desrespeitar a diferença vira hábito, prática socialmente aceita. Mudar atitudes e pensamentos exige um investimento grande de quem se propõe a conhecer o novo... Manter o que já é estabelecido e conhecido é bem mais fácil e menos doloroso.

## 4.2- Velhos hábitos nunca saem de moda

### 4.2.1- Desrespeito legitimado

O louco, sujeito da desrazão, do inesperado, é expropriado da sua capacidade de expressão, dos seus desejos e percepções. O discurso relaciona-se ao poder (FOUCAULT, 2001). Apreendendo o discurso de forma simples, enquanto fala, ao negar o poder da palavra, do discurso, ao sujeito, nega-se o próprio empoderamento de vida a esse sujeito. Sujeito sem discurso e sem poder, torna-se mero objeto para o outro, tornando-se alvo do discurso e, conseqüentemente, do poder alheio.

Indivíduos com transtorno mental tendem a ser desqualificados em seus depoimentos, inclusive, por profissionais de saúde. Há uma crença pessimista sobre sua capacidade de reconhecer as implicações do problema e a necessidade do tratamento. Não raro, é tido como incapaz, sendo seu ponto de vista dispensável (CARVALHO; COSTA; BUCHER-MALUSCHKE, 2007).

*“Tortura é ficar teimando. Tortura é... Você tem isso? Aí você fala assim, eu não tenho... e eles falam, tem sim!” P3*

*“Aí o Paulo, do SAMU, falou assim.. Não, algema ele porque ele está super alterado, ele pode me agredir dentro do SAMU. Aí eu falei, eu to bem, to tranquilo, perai.. pode me algemar, tá tudo bem pra mim, se quer apertar, aperta mais”. P2*

Desde a Idade Média, o discurso do louco é aquele que não tem espaço, ou melhor, que não pode circular no mesmo espaço dos outros discursos. Por não ser considerada verdadeira, a palavra proferida pelo louco não pode ser acolhida e escutada pelos demais, é nula. O discurso da loucura configura-se um ruído distorcido, constantemente silenciado e sem valor (FOUCAULT, 1996).

De modo curioso e, aparentemente, contraditório, mesmo sem valor, é pelo discurso do sujeito que se estabelece e reconhece a loucura. A exclusão e segregação iniciam-se pelo próprio discurso, é ele que delimita o limite da razão para a desrazão (FOUCAULT, 1996).

Diz-se que o isolamento pelo discurso foi superado e que, atualmente, o louco é ouvido... Mas qual o real intuito dessa escuta? Deu-se a possibilidade de fala a P2 e P3 e, teoricamente, ambos foram escutados. Palavras foram escutadas, mas a razão das palavras foi sobreposta a uma suposta desrazão dos indivíduos que a proferiram.

Na prática profissional nos serviços de saúde mental, na construção do caso clínico do portador de sofrimento psíquico, discute-se amplamente a relevância em desenvolver uma escuta qualificada, em procurar compreender o sujeito em sua subjetividade. Entretanto, ambos, P2 e P3, abordaram a ausência de escuta antes de chegar aos serviços especializados. Mais uma vez, o imaginário social se faz presente e imponente.

Essa dita escuta qualificada é mascarada por um saber dominante, um silêncio atento do profissional ao ouvir a palavra, para identificar elementos que indiquem uma normalidade ou anormalidade. De modo camuflado, a escuta censura o discurso e continua sendo foco de segregação, coerção, norteadas por um saber-verdade, pelo discurso da verdade. Há três sistemas de exclusão que atingem o discurso: a palavra proibida, a segregação da loucura e a vontade de verdade (FOUCAULT, 1996).

Os três sistemas nocautearam os discursos de P2 e P3. Ao dizer que não tem algo e o outro afirmar, por você, que tem ou a algemar um indivíduo, a palavra foi dita, porém negada e proibida aos ouvidos do outro. Procurou-se no discurso de P2 e P3 aspectos que possibilitassem a segregação que a própria loucura legitima e, por último, a vontade de verdade do outro, atravessou o discurso, pondo em voga o desejo e direito de um saber-poder frente à loucura (FOUCAULT, 1996).

Os efeitos do discurso e da loucura nos indivíduos “normais”, a este ponto do trabalho, não é novidade. Entretanto, seriam esses mesmos efeitos desencadeados nos próprios loucos?

#### *4.2.3 – A loucura intimidada*

Que o medo e o sentimento de estranheza acerca da loucura estão presentes na sociedade é fácil de se compreender. Entretanto, o louco apresentar esse mesmo sentimento de alheamento ao se deparar com a loucura alheia, é algo, no mínimo, curioso.

*“Senti medo dos pacientes daqui.” P5*

*“E quando eu cheguei aqui eu fiquei um pouco nervoso, porque eu nunca tinha.. quer dizer, eu já tinha lidado, tinha ido pro Raul Soares antes, tinha passado uma noite lá, em observação, mas não tinha vaga. Mas eu nunca tinha lidado com tantas pessoas com problemas mentais, mais graves.. E isso me deixou um pouco nervoso, um pouco agitado”.*  
P4

Pelos relatos dos pacientes percebe-se que eles não se reconhecem na loucura alheia. Da mesma forma que a sociedade coloca a loucura como pertencente a uma realidade paralela, o louco, ao vislumbrar no outro algo de sua própria subjetividade, se espanta e assume a mesma postura da sociedade. A imagem refletida por esse espelho, que é a loucura do outro, devolve uma figura distorcida, quase irreconhecível.

Essa estranheza do próprio louco em relação à loucura se dá devido às experiências que esse indivíduo desenvolveu em relação à própria doença mental. Por vivências pessoais dolorosas e angustiantes, o louco sabe, com propriedade, que a doença mental desencadeia mudanças significativas do outro perante o doente. Assim, essas vivências provocam, de modo inconsciente, distorções na forma como o louco vê a si mesmo e como ele se posiciona no mundo (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999).

O louco vive com um rótulo estampado na sua face “doente mental”. Ele sabe a reação das outras pessoas a esse rótulo e as perdas progressivas de status, de responsabilidade, do autogerir a própria vida. Há a deteriorização da identidade do indivíduo, tornando-se alvo de manipulações alheias (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999).

Frente às constantes perdas e subjugações provenientes das experiências com a doença, o louco, ao presenciar a loucura do outro, manifesta a mesma estranheza da sociedade. Apesar de, muitas vezes, compreender a doença que possui, ele não quer pertencer e se reconhecer nessa categoria estigmatizada imposta pela loucura.

*“Usuária do CERSAM se aproxima e começa a conversar comigo e com outros dois usuários. A paciente apresenta seu delírio, falando que ela não é gente, é um animal, por ter pêlos no corpo. Se bicho não usa roupa, ela que é um bicho também não deveria usar roupa. Os outros dois usuários se assustam, saem de perto e um comenta ‘Que isso, essa aí e louca demais’.” NO*



A sociedade espera que o portador de transtorno mental se porte e comporte de determinada maneira. Essa expectativa frente à doença mental reflete na maneira como a doença é vivenciada e manifesta pelo doente. Assim, o indivíduo tenta expressar a sua angústia considerando as formas culturalmente mais aceitáveis (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999).

*“Por que não me dá vergonha. Porque eles (SAMU) me tratam como louca. (...) Viver na casa dos outros é muito ruim, eu mijei na cama.. O remédio é tão forte que eu não acordo pra fazer xixi.. Eu fico chateada”. P5*

A loucura não é aceita pela sociedade... Um adulto, independente da causa, urinar na cama, também não é um fenômeno socialmente aceito... Daí emerge o estranhamento em relação ao próprio corpo, ao próprio comportamento. A inquietação não é devido ao intenso sofrimento, mas sim, devido ao julgamento do outro em relação a si próprio.

O doente mental começa a estabelecer parâmetros de normalidade para conseguir enfrentar e atender as expectativas culturais da sociedade. Em uma sociedade marcada por estímulos visuais, nada mais normal que o cuidado com a aparência.

*“Então assim, a maneira que eu cheguei, olha só.. eu tô horrorosa e tal. Precisava ela chegar e dizer, nossa, ela tá toda descabelada, ela tá assim, ela tá assada? Não precisa.. Aqui (no CERSAM) eu me sinto escondida, porque todo mundo aqui tá do mesmo jeito...”P1*

Manter-se arrumado e com boa higiene, por si só, indica a lucidez e o equilíbrio emocional de um indivíduo. Apresentar-se mal arrumado no CERSAM é aceitável mediante os parâmetros de normalidade do local, porém, esses parâmetros não são os mesmos estabelecidos e consagrados pela sociedade (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999).

Ademais, desorganização na aparência reflete o nível de desorganização psíquica do indivíduo e, conseqüentemente, o tanto que este se encontra deslocado do dito normal.

*“Plantonistas comentam a respeito da aparência de uma paciente em permanência dia. ‘Está vendo a J.? Olha o estado e a altura do cabelo dela, está igual uma leoa. Ixi, ela fincou o pente na cabeça, quando ela finca o pente na cabeça... pode saber, é hospitalidade noturna na certa’”. NO*

Uma semana depois, a técnica de referência dessa paciente comenta:

*“Você viu como J. está melhor? Tirou o pente da cabeça, o cabelo está mais ajeitado e as roupas estão limpas. Já está quase pronta para sair da hospitalidade noturna.” NO*

Denota-se que a aparência consiste em uma variável importante na caracterização do estado de normalidade da pessoa antes do adoecimento, durante e em sua recuperação. O “jogar-se no desprezo”, no desleixo, rompe com os laços com o social (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999).

É entre o normal e o patológico que o outro se impõe e expõe as fragilidades do doente mental.

#### *4.2.4- Não tem que querer, vai à força!*

Conforme apresentando por Jaeger e Rossler (2010), o modo como o indivíduo “opta” por se tratar configura tipos distintos de coerção. No caso da saúde mental, nem sempre essa decisão compete ao indivíduo, assim, ela pode ser por coerção informal, é dizer, forçado por pressão:

*“Aí foram uns caras fortões que entraram, me amarraram.. Inclusive, na minha opinião, (pausa), criminoso. Terrível, muito ruim”. P4*

*“Mas teve uma vez, esse ano, que minha mãe chamou a polícia e a polícia foi truculenta e o pessoal do SAMU foi truculento comigo, não gostei. Porque eu falei que ia pegar cigarro e ele me pegou pela calça aqui, como se fosse um marginal. O sargento, falou que eu não ia pegar cigarro que nós vamos agora.. Fizeram pressão, pressão, pra eu parar de fazer o almoço, pra eu ir rápido, porque tinha que levar eu logo, porque eu tava agitado, eu falando calma, eu tô super tranquilo”. P2*

Ou então, a decisão de se tratar pode ser por coerção involuntária, ou seja, quando o indivíduo é pressionado a se tratar, mediante ameaças de sanções negativas (JAEGER; ROSSLER, 2010):

*“SAMU já me ameaçou de ficar entubada, esses trem, se eu não fosse, SAMU já fez isso.. SAMU faz isso com a gente.. Me senti péssima né? Quando eu cheguei aqui (CERSAM), eu me senti liberta”. P3*

Interessante notar, no relato de P3, que a ela se sentiu liberta no CERSAM. Claro que se deve considerar o sofrimento e angústia ao ser ameaçada por profissionais do SAMU, porém, um serviço de saúde não deveria representar segurança e, muito menos, liberdade a um indivíduo. Esses sentimentos deveriam estar presentes na casa da paciente, no trabalho, nos relacionamentos dela, ou seja, em espaços sociais desvinculados da saúde.

Percebe-se que, no relato dos três pacientes, houve uma coerção no momento em que foram abordados pelas equipes de atendimento à emergência e segurança pública. A coerção se dá quando existe um paternalismo, um sentimento de responsabilidade frente a um indivíduo ou mediante uma avaliação social com o intuito de prevenir ou reduzir comportamentos indesejáveis (JAEGER; ROSSLER, 2010).

Ressalta-se o caráter preventivo das práticas coercitivas, ou seja, de antecipar um fenômeno ainda não manifesto. Essa medida preventiva soa mais como uma desculpa para praticar uma pressão e opressão, do que, de fato, um ato de cuidado com o portador de transtorno mental. Se fosse uma medida meramente preventiva, de cuidado para com a saúde, qual a necessidade de amarrar, puxar a calça e ameaçar com castigos físicos esses indivíduos. Ao invés de melhorar o quadro do paciente só aumenta a tensão do momento. Com a decorrente agitação do paciente, apresenta-se a justificativa de risco iminente de auto ou heteroagressividade, sendo esse risco desencadeado ou agravado pelas práticas coercitivas, não, unicamente, pelo comportamento do paciente.

A coerção pode ser, portanto, caracterizada como um tipo de violência, uma vez que afeta a integridade física, mental e moral do agredido, acarretando em um enfraquecimento da qualidade de vida e saúde desse indivíduo. Em uma análise ampla, a violência social desvela estruturas de dominação estabelecidas, podendo haver, ou não, a reação do grupo violentado contra o sistema de opressão (MINAYO; SOUZA, 1998).

A violência emerge como um fenômeno histórico-social, representativo das concepções e ideologias construídas por uma sociedade no decurso do tempo (MINAYO; SOUZA, 1998).

Assim, utiliza-se a crise como um artifício para validar velhos hábitos sociais... Vale ressaltar o que a crise significa para o indivíduo em crise e para a sua vida.

### 4.3- A vida em crise

Os definidores da crise consistem nas pessoas que acompanham o portador de transtorno mental ou ele próprio, que notam alterações no comportamento do indivíduo e na forma como este enfrenta determinadas situações cotidianas (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007).

A vivência da crise, apesar de essencial para a construção subjetiva do portador de transtorno mental, oferece elementos que podem distorcer a percepção do indivíduo acerca do mundo, colocando-o em situações de vulnerabilidade social e emocional (CARVALHO; COSTA; BUCHER-MALUSCHKE, 2007; JARDIM; DIMENSTEIN, 2007).

*“(...) às vezes eu tô bebendo, tô usando droga, eu esqueço o que acontece comigo. Quando eu vejo, os homens já abusaram de mim e eu não vejo, não percebo... Quando eu vejo, eu já tô toda machucada, às vezes eu entro numa casa, eu nem sei aonde eu tô.. Fico perdida”. P1*

*“Px apresenta um quadro sério em relação ao abuso de drogas. Então ela entra em vulnerabilidade por causa disso, ela chega a se prostituir para consumir a droga... Ela tava até dada como desaparecida, aí a polícia encontrou e trouxe ela para cá.” TR3*

*“Hoje eu to melhor, mas eu tava numa situação de depressão muito grande, então eu não conseguia fazer as coisas sozinho”. P4*

A vulnerabilidade consiste na possibilidade de ser ferido, seja fisicamente ou emocionalmente. O homem, em sua essência e existência, é considerado, naturalmente, um indivíduo vulnerável, considerando-se seu caráter finito e frágil. A crise psiquiátrica, somente, acentua essa fragilidade inerente da condição humana, deixando o sujeito em crise mais suscetível a se envolver em situações potencialmente vulneráveis (FELÍCIO; PESSINI, 2009).

*“Uma usuária do CERSAM chega na sala de plantão e pede ajuda, gritando que a paciente M. iria se machucar. M. encontra-se na recepção, sentada no chão, batendo fortemente a*

*cabeça contra a parede, muito agitada. Abordagem verbal pela plantonista não é bem sucedida, sendo necessário uso da medicação. Higiene de M, está bastante precária e ela está bem emagrecida”. NO*

*“Plantonistas discutem situação da paciente J. Paciente está em hospitalidade noturna, apresenta quadro psicótico associado à dependência química. Motorista da prefeitura relata que os traficantes de onde ela mora mandaram avisar que, se ela sair do CERSAM, ela vai ser morta. TR de J relata que, quando ela está em crise, ela faz uso de drogas, não paga a droga consumida e ainda dá informações a respeito do tráfico local. TR fala que o único local que ela pode ir, é esse mesmo, que não tem mais o que ser feito.. É esperar para ver” NO*

As notas de observação apresentam duas intervenções distintas frente à crise e à consequente vulnerabilidade acometida pelo portador de transtorno mental. Na primeira, percebe-se uma sensibilidade em se abaixar, conversar com a paciente, tentar compreender e minimizar a situação de ferimento/vulnerabilidade na qual a usuária do serviço estava.

Em contrapartida, a segunda intervenção, ou falta de, é inquietante. A técnica de referência e, conseqüentemente, o próprio serviço, assume uma atitude passiva frente às conseqüências de ações realizadas pela paciente quando esta está em crise. Nesse caso, a loucura continua sendo assistida como em um Coliseu. O serviço assiste, de longe, a paciente sendo entregue a seus carrascos, ciente de qual será o desfecho final dela. Após receber alta da hospitalidade noturna, a paciente embarcará em uma “Nau dos Loucos” simbólica, entregue à sua própria sorte, sem saber o que a espera ao pisar em terra firme.

Assim, os profissionais de saúde ao desconsiderarem as dificuldades em relação à crítica no momento da crise, e as conseqüências decorrentes desse momento de vulnerabilidade, assumem uma prática negligente e omissa, acarretando em risco à integridade física e mental dos portadores de transtorno mental (FELÍCIO; PESSINI, 2009).

São as situações de vulnerabilidade social, as dificuldades em assumir algumas lateralidades da vida no momento da crise que legitimam a institucionalização do doente mental. Essa prática, defendida por pessoas contrárias à Reforma Psiquiátrica, desconsidera a crise como um momento de construção, que deve ser compartilhada com o profissional de saúde e não privada do sujeito (CARVALHO; COSTA; BUCHER-MALUSCHKE, 2007; JARDIM, DIMENSTEIN; 2007).

Entretanto, será que são todos os indivíduos são tomados pela crise e não conseguem identificar as próprias alterações no seu comportamento?

*“Um usuário em crise ele não está totalmente tomado pela loucura. Parte dele está preservada, então essa vontade dele em vir tem que ser levada em conta.” TR3*

*“Por mais louco que ele esteja, eles tem um saber, sabem muito bem o que está acontecendo, né. Sabem, porque inclusive depois eles tem condição de avaliar, quando saem da crise, eles avaliam.. Isso aconteceu, isso deixou de acontecer, podia ter sido de outro jeito, não precisava ser assim.. Aí outro fala assim, não, precisava ser assim mesmo, eu tava muito ruim..” TR2*

*“O melhor mesmo é você ter a capacidade, ter o domínio e procurar ajuda o mais rápido possível, com as suas próprias pernas.. Então, eu hoje, consigo detectar quando eu não estou bem e a melhor forma de resolver isso.” P2*

*“Se eu tiver algum problema, eu chego perto da minha terapeuta, falo com ela... Eu e TR1 temos uma relação assim, sabe? Se eu tiver mal, é pra eu vir pra cá, conversar com ela, se eu não puder ir pra casa, eu não vou, entendeu?” P7*

Portadores de transtorno mental com longa trajetória psiquiátrica conseguem identificar alterações comportamentais e de pensamento que precedem a crise. Entretanto, somente identificar, sem saber onde recorrer, não faz sentido. Faz-se necessário que o técnico de referência assuma um posicionamento intermediário, oscilando entre o paternalismo e a autonomização do paciente. Antes, durante e após a crise, como o portador de transtorno mental vivencia esse fenômeno? Qual o papel e a representação do serviço de emergência psiquiátrica para esse indivíduo?

*“P2 tem um percurso longo de tratamento, no início ele era muito combativo com a instituição, com o próprio tratamento, com a própria situação dele, difícil aceitar. Mas isso tudo foi sendo trabalhado ao longo do tempo e hoje, ele mesmo sabe, há uma lucidez, né, do quadro dele, de como ele está, o risco que ele corre, quais os momentos ele precisa de maior acolhimento ou não. Ele mesmo quase que dirige o tratamento dele”. TR2*

É considerando esses fatores que é possível estabelecer uma relação de co-responsabilização e pactuação de contratos terapêuticos entre profissional de saúde e paciente. Tanto a desconsideração total da capacidade de julgamento do indivíduo no momento da crise, quanto negação das limitações provenientes da crise são desumanas. Ninguém é tão normal a ponto de não apresentar crises e nem completamente doente, a ponto de não reconhecer a crise, tudo depende da parceria estabelecida entre profissionais e portadores de transtorno mental (FELÍCIO; PESSINI, 2009).

#### 4.4- CERSAM

##### 4.4.1 – *Quem nunca comeu melado, quando come, se lambuza*

O movimento da Reforma Psiquiátrica, no Brasil, mesmo tendo iniciado desde a década de 70, os princípios norteadores dos serviços substitutivos somente foram regulamentados em 2001. Esse marco histórico para a reformulação da assistência psiquiátrica responsabilizou o Estado pelo desenvolvimento e fiscalização de políticas públicas em saúde mental e orientou uma assistência mais humanizada ao portador de transtorno mental.

*“Aqui eu me sinto muito bem tratado, as pessoas são muito educadas. Nessa clínica que eu fiquei era particular, e as pessoas eram terríveis, de ameaçar bater e coisas do tipo, e aqui as pessoas todas, seguranças, funcionários, são todos muito bem... eles tratam os pacientes de uma forma muito humana. E isso eu acho fenomenal, para um serviço público e para um serviço particular também. Acho que o serviço particular deveria se mirar nisso, não em só ganhar dinheiro.” P4*

*“Eu já acostumei ser tratado aqui, aqui as pessoas tratam a gente bem”. P8*

Os portadores de transtorno mental que já percorreram outros serviços e modalidades de tratamento, por exemplo, a reclusão nos manicômios, como é o caso de todos os participantes, comumente vislumbram o CAPS como um espaço acolhedor, humanizado, que oferece um tratamento diferenciado e humanizado (MELLO; FUREGATO, 2008).

Infelizmente, esses sujeitos foram acostumados a lidar com as mazelas da vida e com a indiferença alheia. Acostumados com a contenção física, psíquica, da alma, do eu, um espaço que acolha, minimamente, suas necessidades e que dê ouvidos a esse indivíduo, torna-se rota de fuga certa nos momentos de incerteza.

*“Olha, não era pra eu vim hoje, aí eu não me senti bem em casa, sabe? Aí pensei, nossa, eu vou ficar dentro desse quarto, trancado aqui, fumando o dia inteiro, o quê que eu vou fazer aqui, aí eu pus uma roupa pra bater, pra lavar e... pensei assim, não, não vou ficar aqui dentro desse quarto não. Aí liguei e pedi, eles me aceitaram a vim, aí eu vim e.. tô aqui.. tô aqui.. numa boa.” P2*

Não tendo e não sabendo para onde ir, mesmo sem querer permanecer, é para o CERSAM que o portador de transtorno mental se dirige... E é no CERSAM que ele permanece.

*“P5 está em permanência dia quatro vezes por semana. Na quarta e nos finais de semana ela vem se for do interesse dela, e normalmente ela tá vindo. Ela está morando em uma pensão, e como ela não circula muito pela cidade, ela acaba vindo nos outros dias ao CERSAM, por se sentir acolhida.” TR3*

*“P1 está aguardando TR3, junto com o pai, para falar que não vai continuar indo no CERSAM, que não quer se tratar mais. Entretanto, quando TR3 pede para ela assinar um termo de responsabilidade e de recusa de tratamento, P1 se assusta, desconversa, muda seu posicionamento e fala que só não quer ficar em hospitalidade noturna, mas que vai continuar indo no CERSAM.” NO*

Em uma análise superficial, poderia se considerar essa pega, com o serviço, satisfatória e, até mesmo, desejável. É importante que haja a criação de vínculo com o técnico de referência e com o serviço. É válido, igualmente, que o usuário encontre no serviço de urgência psiquiátrica apoio e que se sinta pertencente a esse espaço social. Entretanto, deve-se considerar se o CERSAM está servindo somente como um apoio ao sujeito ou se tornou-se a fundação, o alicerce na vida do portador de transtorno mental.

Esse processo de extrema vinculação ao serviço torna-se perigoso, uma vez que pode estar sendo alimentada uma relação de dependência, de cronificação do portador de transtorno mental, mesmo em um serviço aberto, dialógico, substitutivo ao modelo asilar (MELLO;



FUREGATO, 2008). Em relação a essa cronificação, todos os participantes estão vinculados diretamente ao serviço há mais de cinco anos. Talvez seja o momento desses sujeitos começarem a transitar e a ocupar novos espaços sociais, de preferência, desvinculados do setor saúde.

*“Eu já tô um pouco cansado de vir aqui, porque é fora de mão pra mim. Moro lá no Jardim Montanhês.” P6*

Porém, apesar de cansado...

*“P6 alega que não quer mais vir ao CERSAM, que ele não vê o motivo para ele estar aqui... Mas, mesmo assim, ele sempre vem aos horários marcados, quando ele não pode vim, ele comunica que não pode vim...” TR3*

Percebe-se que, no caso de P6, houve o desenvolvimento de uma sólida relação de confiança entre o paciente e a técnica de referência. Mesmo ele alegando não querer permanecer no serviço, inclusive para a TR, ele se preocupa em avisar as ausências, em seguir os contratos terapêuticos com a profissional e com o serviço.

O CERSAM, mesmo relativizando acerca da possível dependência do portador de transtorno mental, emerge como um espaço aberto, dialógico, que valoriza os saberes e percepções dos diferentes atores sociais que ali coabitam.

*“Na passagem de plantão, a gerente do serviço participa e solicita a presença de todos os funcionários do serviço: profissionais de saúde, da limpeza e da copa, porteiro e recepcionistas. Interessante que todos são convidados a participar e, de fato, participam, dando o seu ponto de vista a respeito do comportamento dos pacientes em hospitalidade noturna e em permanência dia”. NO*

Muitas vezes, devido ao ritmo acelerado do plantão e dos atendimentos, alguns elementos apresentados pelos portadores de transtorno mental passam despercebidos aos olhos dos técnicos de referência. A passagem de plantão conjunta favorece o compartilhamento e a

construção do caso clínico, envolvendo todos os atores sociais vinculados ao sujeito em sofrimento (VIGANÓ, 1999).

Todos os atores sociais são considerados potenciais terapeutas, uma vez que, muitas vezes, em um atendimento terapêutico, o sujeito manifesta parcialmente sua demanda e inquietações, expondo-as posteriormente, após elaborar e processar o que foi abordado no atendimento. Normalmente quem escuta essas elaborações imediatamente posteriores são outros atores sociais: o porteiro, a cozinheira, a menina da limpeza (VIGANÓ, 1999).

O de fora, está mais por dentro, do que quem, com seu saber e prática acadêmicos, é considerado o centro do atendimento. Quem sai ganhando? O portador de transtorno mental que é apresentado com uma compreensão multifacetada do seu caso, em busca de uma melhor apreensão de suas necessidades e potencialidades.

#### *4.4.2- Liberdade ainda que tantan*

Uma das medidas avaliativas da eficácia dos atendimentos nos serviços substitutivos consiste na redução das internações psiquiátricas. Assim, os serviços comunitários de urgência são considerados centros reabilitadores da doença, do doente, dos laços e da subjetividade dos indivíduos em sofrimento psíquico (MELLO; FUREGATO, 2008).

*“Aí desde que eu vim pro CERSAM, eu não internei mais não. Me senti mais acolhida, me senti com autonomia, que antes eu não tinha (...) aqui não, aqui a gente tem voz.” P3*

*“Eu acho um tratamento excelente, de todos os tratamentos que eu já tive, Pinel, Galba, é.. mas dos tratamentos aqui, o melhor é o CERSAM Noroeste. São os CERSAMS, são os CAPS. Porque você tem liberdade, você tem liberdade de ir e vir a hora que você quiser, e nesses estabelecimentos tipo Galba, você tem que melhorar, progredir, pra você ter uma melhora, assim, razoável, pra você poder visitar sua casa”. P2*

A liberdade e autonomia secularmente negadas e almeçadas pelo portador de transtorno mental são ressignificadas na vida desses sujeitos. Assim, o CERSAM emerge como um

espaço de produção de sentido, de convite a um diálogo horizontal, que valoriza o quem, o quê e o contexto do discurso do doente mental (MELLO; FUREGATO, 2008).

*“Eles te perguntam.. os doutores aqui são abertos, são abertos ao diálogo. O sistema hoje, pelo que eu vejo, baseado no CERSAM, mudou de 0 pra 100%, porque há o diálogo, hoje em dia há o dialogo, entre doutor, paciente.. faz a diferença, entendeu? Antes não.. Eu trato há quase 15 anos, há 15 anos atrás não, era.. jogava remédio pra dentro, ou por bem ou por mal, entendeu? Ou então amarrado, ficava amarrado 12 horas, com injeção de haldol decanoato com fernegan, pra você ficar dopadaço, o dia inteiro..” P2*

Percebe-se que o próprio usuário dos serviços de saúde mental reconhece as alterações assistenciais e relacionais desencadeadas pela RP. Há o conhecimento dos direitos conquistados, dos dispositivos e das estratégias terapêuticas.

#### *4.4.3- Em casa de ferreiro, espeto é de pau*

Conforme preconizado pela Portaria 3.088/11, a rede de atenção psicossocial a portadores de transtorno mental e a dependentes químicos deve: garantir a autonomia e liberdade desses sujeitos, primando pela reinserção social e combate a estigmas e preconceitos, bem como, desenvolver estratégias de cuidado diversificadas, por exemplo, a realização de oficinas, dentre outros (BRASIL, 2011).

O CERSAM, portanto, deve oferecer atividades, aos seus usuários, para além dos atendimentos psicoterápicos e das ações medicamentosas. Uma estratégia muito utilizada, na saúde mental, consiste nas oficinas terapêuticas, atividades que propiciam a exteriorização da subjetividade do indivíduo, auxiliando-o na (re)organização psíquica e, por conseguinte, na sua evolução clínica.

As oficinas consistem em dispositivos que catalisam a produção psíquica, contribuindo no poder contratual do sujeito, no trânsito deste na sociedade e, principalmente, na cultura, setor exterior ao saúde. Esses dispositivos terapêuticos superam a concepção de combate à ociosidade do portador de transtorno mental, não sendo uma estratégia de ocupação, mas de criação e socialização (COSTA; FIGUEIREDO, 2004).

*“Ao abordar P2 para ser entrevistado, ele aceita prontamente e manifesta que qualquer ocupação é bem-vinda.” NO*

Em conversa com P2, a respeito do que ele gostaria que houvesse no CERSAM, para diminuir essa sensação de “falta do que fazer”, como ele mesmo relata, P2 afirma:

*“Eu gostaria de uma oficina de... voltar com a oficina de bijuteria, de biscoito, porcelana fria e... Da de bijuteria eu participava sempre, uma terapia que deixa você bem a vontade, bem tranquilo, bem em paz consigo mesmo, sabe? Você consegue fazer bastante coisa boa”.*

Sendo o CERSAM o serviço destinado à emergência psiquiátrica, à crise, ao momento de intensa desorganização e fragmentação psíquica para o portador de transtorno mental, seria essa instituição um espaço privilegiado para o desenvolvimento de oficinas, certo?

*“Há 52 pacientes em permanência dia, incluindo os em hospitalidade noturna. Está sendo realizada oficina de bordado, porém, somente 3 pacientes estão na sala. Desses, somente 2 estão realizando as atividades. Percebo que os demais pacientes andam pelo serviço, assistem televisão ou estão deitados na área externa” NO*

Quando se propõe a participação e envolvimento de usuários em oficinas, a presença deles na atividade, não significa um pertencimento ao grupo e, muito menos, a garantia de bons resultados (COSTA; FIGUEIREDO, 2004). Se de 52 pacientes presentes no CERSAM, somente há 3 na sala de oficinas e só 2 realizam a atividade proposta, há uma incoerência entre essa atividade e a concepção de oficina terapêutica.

*“Dois entrevistados estão no serviço. P4 está deitado no banco de fora e P7 está assistindo televisão. Pergunto a P7 se ela não tem interesse em participar da oficina em andamento, mas ela nega, disse que nem sabia que estava acontecendo oficina”. NO*

O acompanhamento da rotina do CERSAM indicou que a realização de oficinas não é uma prática frequente no serviço, sendo incentivada pela gerência, entretanto, os profissionais de

saúde reclamam da imprevisibilidade dos plantões e do número reduzido de plantonistas, o que dificulta a realização de oficinas.

*“Eu faço quando tem oficina.. As oficinas são abertas, e agora, eu tô notando, que as oficinas são abertas esporadicamente, mas quando tinha certo todos os dias, certo, quadro de horário, tudo, era melhor..” P2*

Em contrapartida, como as oficinas presentes no serviço estão sendo realizadas e divulgadas entre os usuários? O mais sensato seria investir nas oficinas já existentes, convidando os usuários a participar, inserindo-as no projeto terapêutico dos pacientes. Porém, delegar a terceiros uma dificuldade própria, talvez seja mais oportuno...

*“Nas duas últimas semanas, há acadêmicas de enfermagem realizando estágio no CERSAM. Pelo menos uma vez por semana, as acadêmicas realizam atividades de autocuidado ou de lazer, como bingos. Antes das atividades, as estagiárias convidam os usuários. Noto um envolvimento maior dos usuários nessas atividades que nas oficinas realizadas pelo CERSAM”. NO*

E na ausência das acadêmicas, as oficinas são realizadas no...

*“Faço... No Centro de Convivência. Aqui (CERSAM)? Não.. Não tá tendo estagiária”. P5*

*“Faço no centro de convivência, de canto e música”. P3*

*“Tava fazendo lá no.. no Centro de Convivência tava fazendo de, uma de chininho, que a Solange tava me ajudando e eu tava querendo fazer pintura, não fiz.. Tava fazendo o que mais? Letras que eu gosto muito, que trabalha muito com a mente”. P1*

Os Centros de Convivência são dispositivos sócio-culturais, não apresentando, portanto, vínculo direto com a área da saúde. Nesses espaços de desenvolvimento da autonomia e da cidadania de seus usuários são ofertadas oficinas terapêuticas e atividades culturais com o intuito de facilitar a circulação do portador de transtorno mental em espaços sociais, em uma

tentativa de desvinculá-los da dependência dos serviços psiquiátricos (COSTA; FIGUEIREDO, 2004).

É fato que os Centros de Convivência são direcionados à realização de oficinas, porém, isso não inviabiliza a realização de oficinas terapêuticas pelos profissionais do CERSAM. Quanto maior a quantidade de atividades que possibilitem o sentimento de pertencimento social e de acesso a meios de cultura e de cidadania, mais próximo o portador de transtorno mental estará da estabilização e da reinserção social (COSTA; FIGUEIREDO, 2004).

Cumprе ressaltar que, nos Centros de Convivência, não há profissionais de saúde, somente oficinheiros e artistas. Usuários fora de crise são privilegiados, uma vez que o manejo da crise nas oficinas configura-se uma prática difícil para trabalhadores não pertencentes à área da saúde. Desse modo, reafirma-se a importância da realização de oficinas nos serviços de urgência psiquiátrica, uma vez que esses serviços possuem profissionais e recursos terapêuticos mais adequados para lidar com a crise.

Além disso, se as oficinas terapêuticas favorecem exteriorização da subjetividade e a materialização de construções psíquicas, essa ferramenta torna-se valiosa no enfrentamento da crise.

#### **4.5- Modos de admissão**

Até o momento, percorreram-se alguns caminhos que atravessam o itinerário do portador de transtorno mental. Família, crise, imaginário social... O destino final de todos esses caminhos é o serviço de urgência psiquiátrica, no caso, o CERSAM.

Depois de percorrer tantos caminhos, quais os modos de se chegar a esse destino final? Há diferenças nesses modos?

É tempo de dar vazão às experiências desse sujeito que vai e é levado ao CERSAM.

##### *4.5.1- Eu, eu mesmo, e...*

O que faz um sujeito procurar um serviço de saúde? Quando um indivíduo, por conta própria, vai de encontro a um serviço, ele é motivado por uma demanda, que poderá ser expressa aos

profissionais de saúde, configurando-se o que é um problema de saúde para esse indivíduo e tornando uma necessidade em saúde. Assim, há a busca por “soluções terapêuticas” que, em suma, não deixam de ser “soluções sociais” (PINHEIRO; MATTOS, 2010).

Essa demanda, bem como as soluções terapêutico-sociais, não são construídas, unicamente, pelo sujeito, mas são elaboradas e delimitadas socialmente, em associação a outros horizontes que compõem a vida e a singularidade desse indivíduo (PINHEIRO; MATTOS, 2010).

As demandas são solicitações dirigidas aos serviços de saúde, quando realizadas de forma espontânea, pelo próprio usuário, há a busca por um encontro, que foi determinado previamente, pelos encontros marcados ao longo da vida.

As diversas vozes sociais enunciam essa demanda. Quando há a escuta dessas vozes sociais, há o respeito à diversidade humana, à singularidade do indivíduo, a todos os aspectos existenciais que compõem essa demanda (PINHEIRO; MATTOS, 2010).

Os portadores de transtorno mental, portanto, nunca vão ao serviço totalmente sozinhos, mas são acompanhados, às vezes, de forma abusiva, por questões familiares, econômicas e sociais que não dizem respeito somente a eles, mas que formam a sua demanda e a sua busca por soluções. Ademais, muitas vezes, são carregados e impulsionados ao serviço por elaborações psíquicas singulares e pelas vivências decorrentes das mesmas.

Assim, quando a procura pelo serviço de saúde mental parte do usuário, ele não vai sozinho, vai ele, ele mesmo e o João ou somente a sua voz; vai ele, ele mesmo e o João, a Maria e o José e as angústias desencadeadas por eles; vai ele, ele mesmo e as inquietações decorrentes do cotidiano... Sozinho? Jamais! Mesmo que a demanda seja social, ele vai porque ele quis, porque ele, internamente, transformou essa demanda em problema de saúde e em necessidade de saúde para ele, não para terceiros.

*“De forma espontânea. Porque aí é uma decisão minha, ou mesmo que seja uma decisão familiar, que não seja só minha, mas que eu tô indo em liberdade, vamos dizer assim. Aí eu participo..” P4*

*“Nenhum desses, polícia, SAMU, eu prefiro sozinha.” P5*

*“Hoje eu vim sozinho, prefiro vim sozinho. Se for pra vir de outra forma, não venho mais.”*  
P6

O ir por conta própria, prática comum aos indivíduos ditos “normais”, para os portadores de transtorno mental, consiste em uma prática da autonomia, em uma liberdade duramente conquistada e incompreendida por diversos atores sociais (FÉ, 2009). Por isso que, para P6 ir de outra forma é inconcebível, ser for para ir, sem ser por conta própria, significa perder, talvez, o único controle que ele apresenta em relação à própria vida. É perder as rédeas da própria vida.

Levar um usuário a um serviço psiquiátrico, contra a sua vontade, é exercer, externamente, um controle sobre a sua vontade e liberdade, inexistente nos outros campos do saber em saúde. Ninguém pode ser forçado a fazer ou deixar de fazer algo contra a sua vontade, mesmo que justificativas para tal prática sejam encontradas e, na saúde mental, o que mais existem são argumentos e justificativas para legitimar o encaminhamento do portador de transtorno mental contra a sua vontade (FÉ, 2009).

*“Se uma pessoa vem sozinha ela já tem a demanda, então, ela já tá buscando uma coisa. Uma pessoa que vem de modo involuntário, já vai ser mais difícil o envolvimento inicial”.*  
TR2

A demanda de terceiros por um encaminhamento involuntário é regida por duas concepções socialmente estabelecidas: a periculosidade e a incurabilidade do louco e da loucura. No imaginário popular, o louco ainda é uma pessoa perigosa, capaz de praticar desatinos e agressões devido às suas paixões. Assim, o mais prudente é evitar o contato e, sempre que possível, conter esses indivíduos, de modo a conter o seu comportamento insano. São essas justificativas que deixam o louco à revelia do outro, das vontades e opiniões alheias (FÉ, 2009).

É esse outro que, de forma autoritária e intransigente, que aciona serviços para encaminhar e forçar que o portador de transtorno mental tenha tratamento.

*“Sozinho, porque, como to te falando, não tenho nada. Então eu vou incomodar SAMU se eu posso andar? Polícia não tem nada a ver com isso... Polícia tem que cumprir a lei ou pelo menos deveria.”* P6



Articulação SAMU e saúde mental ainda é compreensível, pois o serviço de urgência ainda pertence à esfera da saúde. Mas polícia e saúde mental? A transgressão social vinculada à loucura passa a ser considerada, também, uma transgressão penal...

#### 4.5.2- *Corra que a polícia vem aí*

Se o paciente não vai por conta própria ao serviço, obviamente, ele não reconhece essa necessidade e, portanto a ida ao serviço psiquiátrico não configura uma demanda própria desse sujeito. Se não é ele quem aciona a polícia, quem o faz? Família, vizinhos, comunidade, profissionais de saúde... Profissionais de saúde?

De forma irônica, não raro, são os profissionais do atendimento à urgência e emergência que acionam a viatura policial, para se sentirem mais seguros, como uma forma de evitar possíveis agressões do paciente (BONFADA, 2010).

*“Bom, a primeira vista eu achei estranho a polícia pegar uma pessoa que tem problemas psiquiátricos... uma pessoa que tem problemas psiquiátricos sendo tratada como um marginal, porque eles algemam, mais por precaução, eles sempre algemam o paciente...” P2*

Há uma sobreposição de estigma e medo frente à loucura. Algema para proteger... Algema por segurança... A polícia emerge como uma autoridade habilitada e autorizada para conter, para exercer a coerção, de forma violenta e mecânica (BONFADA, 2010). Mas proteger quem e de quê? Proteger o louco ou os inocentes, possíveis “alvos” da loucura? O louco vai a júri popular e é condenado, sem direito a defesa.

*“Fiquei triste com a polícia, porque eu acho que eles estão pra servir e proteger o cidadão de bem, e tratar com truculência os bandidos. Eu acho que a polícia tinha que ser assim, na minha opinião, a polícia tinha que tratar com truculência quem é truculento, malvado, abusivo com a pessoa de bem, que age com truculência com uma pessoa de bem, aí a polícia tem que agir com truculência mesmo com essa pessoa... A polícia tem que tratar um bandido como um bandido, não um doente como um bandido..” P2*

A polícia é acionada em outras emergências clínicas? Se um hipertenso, diabético, asmático se sentem mal, ninguém cogita a possibilidade de acionar a segurança pública para encaminhar os pacientes. Por que? Porque são doentes que precisam de atendimento à saúde. A fala de P2 indica uma dificuldade em conceber a crise como a manifestação de uma doença. O louco pode até ser doente, mas, mais que isso, o louco é marginal e marginalizado, é transgressor e o lugar da transgressão não é o serviço de saúde, é a segurança pública.

P2 relata que ficou triste com a polícia e mostrou-se agitado, sendo entrevistado, ao relembrar o momento da abordagem policial. O portador de transtorno mental, ao se ver sob o poder da polícia, como qualquer outro cidadão, se sente humilhado e subjugado. A agressividade e indignações iniciais, para se livrar dessa ruptura brusca e violenta com a liberdade, abre espaço ao medo, à vergonha, à interiorização. A autonomia é mortificada e, junto, mortifica-se o portador de transtorno mental, que, sem alternativa, entrega-se ao poder do outro e aceita o transporte (BONFADA, 2010).

Enquanto a polícia desperta sentimento de alívio e segurança para quem a aciona, que tipo de sentimento seria despertado em quem é levado pela polícia?

*“Ah.. eu me sentiria mal. Porque as pessoas poderiam achar que eu fiz alguma coisa, que eu roubei, que eu assaltei, que eu matei..” P1*

*“Eu já vi chegando pela polícia, eu penso o seguinte, acho que a pior coisa é ser algemada. Peço a Deus pra eu nunca ser algemada, se eu fosse algemada um dia, o mundo caía pra mim. Fico triste.. Me sentiria constrangida.” P7*

*“Mas eu não quero vim pela polícia não, porque eu não tenho feito nada, prefiro que eles me busquem de Kombi”. P8*

Deve-se compreender que o portador de transtorno mental, normalmente, não é um indivíduo violento, não é um criminoso, um ladrão, somente é um sujeito que está passando e enfrentando um transtorno (BONFADA, 2010).

Todos os participantes relatam um sentimento negativo frente à intervenção ou possibilidade de intervenção pela polícia. O sujeito algemado e na viatura policial remete, automaticamente, à criminalidade, passando por um julgamento moral intenso da sociedade (BONFADA,

2010). Enquanto a polícia faria o mundo de P7 cair, a prática coercitiva enaltece o discurso, o poder e o imaginário do outro. Exacerba, também, o sentimento de inferioridade, de impossibilidade, de marginalidade do portador de transtorno mental.

*“Você chegar pela polícia é um trauma, eles falam disso o tempo todo, eu não sou marginal, não fiz nada de errado, isso marca. (...) A polícia está associada a uma questão de marginalidade, de transgressão, de fora da ordem. As abordagens da polícia me parece que, ultimamente, tem ficado menos, porque eles também já tem essa compreensão, quer dizer, muito menos, né, eles também nem tem formação pra isso, caem de gaiato em uma situação que não é a situação deles... Eles estão lidando é com gente fora da lei, não com pessoas com sofrimento mental”. TR2*

Não se pode julgar a ação da polícia. A polícia é preparada para lidar com situações relativas à lei, não ao sofrimento psíquico. O policial não tem noção do que é um portador de transtorno mental, portanto, sem saber do que se trata, já chega à ocorrência supondo haver a necessidade de uso da violência. A informação de que se trata de um louco já é o suficiente para trazer à imaginação do policial a desrazão e a periculosidade do alienado. Se não há o entendimento acerca do sofrimento psíquico, agride-se o paciente verbalmente e fisicamente, sem questionar a real necessidade de tal prática (BONFADA, 2010).

Se a loucura não compete à segurança pública, logo, o sofrimento psíquico, como qualquer outro sofrimento, compete às ações de saúde. Assim, nada mais óbvio que quem está preparado para atender demandas de saúde são os serviços de emergência e os profissionais de saúde! Será? Ou também poderia-se dizer, corra que o Samu vem aí?!

#### 4.5.3- Emergência 192

*“A diferença é que SAMU é pra quem tá morrendo, pra mim, quem tá morrendo é que precisa de SAMU.” P7*

É de responsabilidade dos serviços de urgência e emergência atender, quando solicitados, qualquer tipo de emergência, seja ela, clínica, obstétrica, traumática ou psiquiátrica. Pode ser que a polícia seja acionada, em detrimento do SAMU, uma vez que a população não reconhece a crise como uma alteração da saúde e sim como um desvio social.

Os profissionais de saúde atuantes no SAMU também fazem parte dessa sociedade, que determinou, a priori, o status do louco na sociedade. Como integrantes do imaginário popular da loucura, espera-se uma prática estigmatizada, entretanto, como profissionais de saúde, espera-se uma prática humanizada e fundamentada nas peculiaridades impostas pela crise e nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Nessa luta de titãs, o que, infelizmente, é mais provável? A prevalência de um paradigma secular acerca da loucura ou de um paradigma iniciado há menos de quarenta anos?

*“Já me amarraram (SAMU), me deram injeção (pausa)... aí fiquei mais agitada.” P5*

*“Paciente chega ao CERSAM para ser admitida, encaminhada pelo SAMU. Equipe do SAMU comunica o caso rindo, falando que tiveram que enganar a paciente para que ela pudesse ir para o CERSAM. Falaram que a paciente estava indo para o SBT, para participar do programa do Sílvio Santos. Como iria ficar famosa, paciente se arrumou, passou maquiagem para aparecer na televisão. Paciente está andando pelo serviço, procurando onde seria gravado o programa, se recusando a permanecer no CERSAM.” NO*

Em ambos os casos percebe-se uma dificuldade em lidar com a crise. No relato de P5, os profissionais do SAMU nem tentaram estabelecer um diálogo com a paciente, a contenção foi a única intervenção realizada, tanto física quanto medicamentosa. Essa prática desvela, para além do despreparo profissional, o medo e o estigma frente à loucura.

Profissionais do SAMU afirmam que não se aproximam muito do portador de transtorno mental, preferem sondar primeiro, com a família, o que está acontecendo e, sempre que possível, ter alguém do sexo masculino na equipe, caso seja necessário conter. O medo e a concepção de louco violento são tão marcados que alguns profissionais do SAMU afirmam que gostariam de ter um treinamento em defesa pessoal, para lidar, especificamente com os atendimentos psiquiátricos (BONFADA, 2010).

Qualquer pessoa que tenha se formado ou passado por uma capacitação em saúde mental sabe que no manejo à crise não se deve incentivar o delírio do paciente, muito menos, tirar proveito das construções do pensamento em benefício próprio. Foi justamente o que os profissionais do SAMU fizeram ao abordar a paciente que gostaria de participar do programa do Sílvio Santos.

A atitude dos profissionais do SAMU escancara o despreparo frente à emergência psiquiátrica. Por se tratar de um portador de transtorno mental, enganar a paciente tornou-se uma prática aceitável e, o que seria totalmente antiético em qualquer clínica, passa a ser justificável e, até mesmo, engraçado.

Quando a paciente percebe que foi enganada, apresenta uma atitude hostil e agitada frente ao serviço, se recusando a permanecer no CERSAM. Essa reação da paciente indica dois fatores relevantes:

- mesmo em crise, o portador de transtorno mental não permanece totalmente alheio e desconexo da realidade. Há sim crítica, tanto é que a ela percebeu a prática desrespeitosa do profissional do SAMU;

- as vivências do portador de transtorno mental, anteriores à chegada no CERSAM, influenciam a relação do sujeito com o serviço, bem como, a aceitação de tratamento e abordagem profissional capacitada. Assim, percebe-se que o modo como o portador de transtorno mental é admitido fornece elementos que alteram o comportamento do sujeito em crise, podendo haver a transposição dessa vivência à continuidade do atendimento.

*“Eu não gosto do serviço do SAMU, eu acho que eles tratam muito mal a saúde mental, que eles não tão preparados, não tem preparação.. Não todos, né? Mas a maioria do SAMU não tem preparo para lidar com doente mental.. E costuma às vezes que você passa mal, o SAMU já te conhece como portador de sofrimento mental, e às vezes você não tá com doença mental, você tá com comorbidades clínicas, aí eles falam assim... Ah, isso aí é problema psiquiátrico.. quem tem preparo pra tratar com o doente mental, quando ele pega qualquer pessoa, se ele tem transtorno mental ou não, ele sabe se aquilo ali é um transtorno ou se é outra comorbidade. Só gostaria que o SAMU tivesse mais treinamento em saúde mental, pra tratar a gente melhor.” P3*

Os próprios profissionais do SAMU reconhecem esse despreparo, afirmando que o preconceito é velado, porém, existente na maior parte dos atendimentos psiquiátricos. A realização de estudos de caso e treinamentos é apontada como uma alternativa a esse despreparo, indicando o que pode ser feito conforme o comportamento do paciente, como o diálogo deve proceder, quais as maneiras de abordagem (BONFADA, 2010).

O medo e o estigma configuram uma barreira à escuta e ao desenvolvimento de empatia e confiança entre profissional de saúde e paciente. Se eu não sei lidar com uma situação e nem

o que fazer com o que me é dito, a melhor alternativa é abafar a situação e calar os agentes, fisicamente ou quimicamente. Se afastar do desconhecido é mais fácil que reconhecer as próprias fragilidades.

Ao longo da trajetória da história da loucura, a nomenclatura dada ao doente foi alterando conforme o contexto histórico-social. O doente já foi chamado de alienado, louco, doente mental, portador de transtorno mental, portador de sofrimento psíquico, usuário, dentre outros.

Entretanto, a mudança na nomenclatura não foi acompanhada por uma mudança de paradigma e de imaginário popular a respeito do doente. Os fenômenos permanecem os mesmos, inabalados, o que muda, porém, é a maneira de interpretar tais fenômenos (PESSOTTI, 1999).

Da Antiguidade até os tempos atuais, a essência da concepção da loucura altera de modo insignificante. Pode-se dar a nomenclatura que quiser ao louco. O produto final permanece o mesmo, inabalado, é dizer, a perda da autonomia psicológica de quem sofre (PESSOTTI, 1999).

Faz-se necessário que os profissionais entendam a crise como um fenômeno que demanda acolhimento, diálogo e escuta, a respeito das demandas dos sujeitos envolvidos nesse processo (BONFADA, 2010).

De modo contrário ao apresentado, TR2 considera a abordagem dos profissionais do SAMU adequada, baseando-se no simbolismo vinculado ao serviço de urgência, não nas vivências relatadas pelos pacientes.

*“O SAMU recebe bem os pacientes, eles trazem bem. E já é um outro simbolismo, já é da saúde. E o SAMU está associado à questão do cuidado, do momento difícil, da crise, do agudo. Tem diferença daquilo que pode simbolizar pra alguém, mas as abordagens pelo SAMU são muito boas, né.” TR2*

#### *4.5.4- Todos caminhos trilham pra gente se ver*

Todos os portadores de transtorno mental, participantes dessa pesquisa, apresentam uma longa trajetória psiquiátrica, já tendo percorrido serviços distintos de saúde mental. Dessa forma, as

vivências desses sujeitos são variadas, perpassando do hospital psiquiátrico ao CERSAM, da tutela à autonomia, da polícia e do SAMU até a procura espontânea...

*“Eu já vim de todas as formas possíveis. Já vim, é... forçado pela família, já vim... por força policial, já vim... encaminhado do SUP, serviço de urgência psiquiátrico, que fica na Santa Casa, para transferência pra cá...” P2*

... e mais ainda, até dispositivos inovadores de acolhimento e amparo à crise.

*“Eu vim com as meninas da psicologia de rua, da... conhece a Bárbara? Então, eu vim com o pessoal que trabalha com ela.” P8*

*“A Prefeitura tem um programa, que é o Consultório de Rua, em que os usuários de álcool e drogas são abordados nas cenas de uso, no local que eles fazem uso das drogas. Então ele foi abordado pelas pessoas do Consultório de Rua, que tomaram conhecimento dele ser portador de sofrimento mental, consideraram que ele tava em crise e trouxeram ele para o CERSAM, com o transporte deles”. TR1*

O consultório de rua é uma estratégia itinerante de cuidado à população em situação de rua, atendendo aos moradores de rua de modo geral, portadores de transtorno mental, dependentes químicos e indivíduos em condições de vulnerabilidade. As práticas são baseadas na redução de danos e na articulação com os serviços de saúde do território, por exemplo, o CERSAM (BRASIL, 2011).

#### **4.6- Admissão e envolvimento terapêutico: uma coisa leva à outra?**

Os participantes da pesquisa compartilharam suas vivências relativas aos modos como foram admitidos, a forma como são tratados, suas preferências e oposições frente a esses modos. Quais as consequências dessas experiências em seu percurso terapêutico?

*“Ah... porque.. Igual agora.. Eu tô triste, to em depressão, mas eu acho que eu consigo superar isso. Agora, se tivesse mais coisa na cabeça, por exemplo, se eu tivesse chegado aqui de SAMU, se tivesse minha mãe e meu pai feito tudo que eles fazem para me trazer pra cá, eu não ia conseguir evoluir muito rápido, eu ia demorar mais.. Quando eles me trazem, eu me*

*sinto brava, muito nervosa. Aí me dá vontade de quebrar as coisas, de quebrar os vidros, de me machucar”. P1*

*“Pode deixar a pessoa mais agressiva, mais chateada, mais magoada”. P5*

*“Pode, porque eu tenho pavor ao SAMU, não gosto do SAMU de jeito nenhum. Se eu tiver que vir com o SAMU, eu já não vou.. Meu psicológico já muda completamente.” P3*

Em uma primeira análise, percebe-se a influência das vivências anteriores ao serviço no comportamento do portador de transtorno mental. A crise e a demanda, enquanto construções sociais, decorrentes de encontros e desencontros anteriores com atores e fenômenos distintos, também são influenciadas pelos modos de admissão (PINHEIRO; MATTOS, 2010; BICHUETTI, 2000).

A crise e a demanda, no decurso do tempo, portanto, são reelaboradas conforme o sujeito se depara com novas realidades e situações. Assim, atitudes coercitivas com o portador de transtorno mental podem desencadear uma agitação nesse sujeito e, conseqüentemente, uma aceleração no curso do pensamento, agravando ou prolongando a crise. Se houve alteração no pensamento desse indivíduo e no seu comportamento, a demanda expressa também se reformula, bem como, os problemas de saúde desse indivíduo.

Novos problemas de saúde requerem novas soluções terapêuticas e sociais, inexistentes até o momento.

Retomo o encaminhamento realizado pelo SAMU a respeito da paciente que queria participar do programa do Sílvia Santos. A equipe de saúde mental do CERSAM que, a princípio, teria que manejar somente a crise em si, os delírios da paciente, se depara com uma nova conformação, desencadeada pelo modo como a paciente chegou ao serviço. Dessa maneira, as vivências negativas da paciente suscitaram uma nova realidade: a necessidade de, a priori, esclarecer a importância da permanência dela no CERSAM para, posteriormente, manejar a crise.

Havendo uma influência nos aspectos comportamentais do sujeito em sofrimento, a vinculação entre os modos de admissão e o envolvimento terapêutico torna-se óbvia e transparente.



*“Se a pessoa vier de uma forma muito agressiva, a pessoa não quiser vir, ela vai ficar, eu acho que transtornada com aquilo e vai ser mais, é... vai evitar mais o tratamento, vai ser contra. Tratamento é a terapia, os trabalhos que tem aqui, os trabalhos que tem no centro de convivência, a pessoa vai evitar isso, por conta da forma como ele veio. Pode até ser que depois isso vá se diluindo, mas a pessoa, inicialmente, eu acho que ela vai ficar contrária a esse tratamento.” P4*

*“Influencia, porque eu fico perturbada, só pensando naquilo, naquilo ali. Atrapalha até o meu tratamento. Deixaria perturbada (se não fosse para o CERSAM sozinha), em relação à medicação, a se abrir, entendeu? Trava assim, não consigo se abrir direito, aí eu sofro, entendeu? Quando eu não consigo se abrir..” P7*

*“Se eu não tô bem, eu não vou querer escrever, não vou querer ficar conversando com psicólogo, não vou querer conversar com ninguém.” P1*

*“Técnica de enfermagem é agredida por paciente em permanência dia. Paciente pede para ir embora, verbaliza que foi para lá contra a vontade, que foi ao CERSAM só para pegar medicação, não para ficar”. NO*

Ninguém pode ser submetido a um tratamento ou a qualquer prática terapêutica sem autorização prévia. O paciente tem o direito de negar qualquer tipo de intervenção e abandonar o serviço de saúde quando julgar necessário (FORTES, 2004).

A partir do momento que o paciente evita as práticas terapêuticas ofertadas no serviço, que se recusa a conversar com o psicólogo, que se sente desconfortável para se abrir e expressar sua subjetividade percebe-se uma barreira ao envolvimento terapêutico desse sujeito.

Todos os participantes declararam que a melhor forma de ir até o CERSAM seria por demanda própria. Nos fragmentos das entrevistas, fica nítida a insatisfação com a prática realizada pelos profissionais do SAMU e com a irrelevância do acionamento da segurança pública. Práticas coercitivas, de anulação do discurso, de imposição de saber, poder, demanda, desencadeiam vivências negativas no sujeito em sofrimento, vivências essas que o acompanharão nos próximos capítulos de seu percurso terapêutico e da sua vida.

*“O paciente que veio por demanda espontânea, ele tá sofrendo e ele veio, por ele mesmo, geralmente ele adere mais ao tratamento. O paciente que veio pelo SAMU, pela polícia, foi*

*um terceiro que trouxe, então geralmente ele não expressou a vontade própria de vir... Esses pacientes geralmente são de mais difícil adesão ao tratamento. É o que eu percebo”. TR1*

*“Com certeza, porque, por exemplo, se uma pessoa vem sozinha ela já tem a demanda, então, ela já tá buscando uma coisa. Uma pessoa que vem de modo involuntário, já vai ser mais difícil o envolvimento inicial, mas interferem não quer dizer que seja determinante. Interfere, e aí, o que vai acontecer, quem tá do lado de cá tem que ter habilidade pra saber disso. Mas o que interfere mais mesmo, que eu vejo muito, do bom prognóstico, é o acolhimento. Como ele chegou, se ele chegou pela polícia, ou se ele chegou sozinho.. Se ele chegou sozinho e foi mal acolhido, se ele chegou pela polícia e foi bem acolhido.. Acho que a variável que interfere mais aí é isso, claro que as outras são traumatizantes...” TR2*

*“A admissão não influencia diretamente no envolvimento terapêutico, como causa-efeito, mas interfere sim. Porque se ele veio por demanda própria, por demanda espontânea, ele está mais aberto, mais propício a aceitar a abordagem inicial. O manejo inicialmente é mais fácil, por ele estar mais receptivo ao serviço. Enquanto que o usuário pelo SAMU, em que a intervenção é mais pontual, mais drástica... ou pela viatura policial, ou pela família, quando ele vem de forma involuntária, pode interferir nesse primeiro momento. O primeiro momento é mais difícil, porque não é algo que ele desejou, mas que um terceiro desejou por ele. Então ele não está tão aberto em aceitar uma conversa com o técnico”. TR3*

A humanização da assistência consiste justamente nisso, na apreensão de cada sujeito em sua singularidade, com necessidades particulares e específicas das suas vivências de vida. Mesmo em um manejo inicial mais difícil, em um paciente mais resistente, cabe ao profissional de saúde criar condições e situações para que esse sujeito possa se manifestar de forma autônoma e com cidadania. O processo saúde-doença em cada pessoa é singular, é uma condição única de construções e crescimento (FORTES, 2004).

Assim, deve-se considerar que nunca o indivíduo irá enfrentar a crise da mesma forma, a experiência sempre apresentará elementos e sentimentos novos, que são inseridos no envolvimento terapêutico conforme novos laços são estabelecidos.

*“Mas a gente tem sempre que lembrar da singularidade do caso... Cada caso é um caso. Então, um usuário que veio por demanda própria pode demonstrar certa resistência no tratamento ao longo, faltando em algumas consultas, falando que toma a medicação e não toma... Enquanto outro que vem de uma forma mais incisiva, com o tempo pode ser mais aberto ao tratamento. A forma como ele chega pode sim ser transferida ao serviço, pode interferir no vínculo que ele estabelece com o serviço, se recusando a fazer parte do serviço, a se vincular aos outros usuários..” TR3*

## **[ CONSIDERAÇÕES FINAIS ]**

## 5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste trabalho possibilitou um aprofundamento e aproximação com a saúde mental, suas peculiaridades e dificuldades. A Reforma Psiquiátrica é tema recorrente em eventos e publicações acerca da saúde mental, seus dispositivos assistenciais, o tratamento disponibilizado ao portador de transtorno mental, dentre outros.

Não que eu julgue essas discussões irrelevantes ou saturadas, entretanto, esse trabalho me fez refletir sobre um aspecto diferente a respeito da Reforma: o imaginário social acerca da loucura. O que está sendo feito para não permitir que esse imaginário social se perpetue, que aconteçam alterações na relação social com a loucura?

O principal resultado desse trabalho é esse, na prática, não houve alteração do imaginário social. Os nomes dados ao doente mudaram, os serviços mudaram, mas a concepção de loucura permanece intacta na maioria da população.

A polícia, símbolo da repressão a transgressores, ainda é acionada para levar o louco aos serviços de urgência. Profissionais do SAMU são pouco capacitados, apresentam dificuldades em abordar o sujeito em sofrimento, não a crise. Por falar em crise...

A crise continua sendo um problema, para o indivíduo, para familiares, para serviços. A rede assistencial mudou, mas a essência das pessoas que, de modo direto ou indireto, se relacionam a essa rede, não acompanhou essa mudança. Os portadores de transtorno mental circulam na sociedade, ou melhor, triangulam, porque, muitas vezes, só conhecem o caminho casa-CERSAM- centro de convivência.

Em algumas regiões brasileiras, a rede assistencial comunitária está bem concretizada, os serviços funcionam, as internações psiquiátricas diminuíram... Falta agora realizar o grande salto rumo à cidadania do portador de sofrimento psíquico: o reconhecimento, pela sociedade, desse indivíduo como um ser capaz, apesar do transtorno mental.

Faz-se necessário, então, pesquisas avaliativas dos serviços substitutivos, mas não da infraestrutura desses serviços, das terapêuticas realizadas, mas sim, das práticas sociais estabelecidas por esses serviços.

É momento de desvincular o portador dos serviços de saúde mental e vinculá-lo à sociedade.

É hora da sociedade conhecer a Maria, o João, o José, que gostam de andar de bicicleta, que querem voltar a estudar, que gostam de música... Que sofrem porque o time de futebol perdeu o campeonato, que sofrem com o aumento na tarifa de ônibus.. Sujeitos que são tantas outras coisas, que sofrem por tantas outras coisas, além do adoecimento psíquico...

## [ REFERÊNCIAS ]

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKERMAN, M.; MCCARTH, M. The validity of psychiatric case note records to assess treatment outcome: comparison at admission and at discharge. *J. Bras. Psiquiatr.*, v. 51, n. 6, p. 379-84, 2002.

AMARANTE, P (Org.). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. 336p.

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. 143p.

AVRICHIR, B.S. Esquizofrenia: adesão ao tratamento. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 30, n. 4, 2008.

BARBOSA, R.M. Uma instituição modelar: o hospício do Juquery. *São Paulo Perspect.*, v. 6, n. 4, p. 92-103, 1992.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2008. 281 p.

BARROS, R.É.M; et.al. Short admission in an emergency psychiatry unit can prevent prolonged lengths of stay in a psychiatric institution. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 32, n. 3, 2010.

BICHUETTI, J. *Crisevida – outras lembranças*. 1. ed. Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Felix Guattari, 2000. 176 p.

BONFADA, D. *Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e a assistência às urgências psiquiátricas*. 2010. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

BRASIL. Portaria n. 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Brasília, 2011.

CARDOSO, L.; GALERA, S.A.F. Adesão ao tratamento psicofarmacológico. *Acta Paul Enferm*, v. 19, n. 3, p. 343-8, 2006.

CARVALHO, I.S.; COSTA, I.I.; BUCHER-MALUSCHKE, J.S.N.F. Psicose e sociedade: interseções necessárias para a compreensão da crise. *Rev. Mal-Estar Subj.*, v.7, n.1, 2007.

- CASTRO, S.A; FUREGATO, A.R.F.; SANTOS, J.L.F. Características sociodemográficas e clínicas em reinternações psiquiátricas. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, v. 18, n. 4, 9p., 2010.
- CAVALCANTI, M.T. et. al. Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial, Rio de Janeiro, RJ. *Rev. Saúde Pública*, v. 43, n. 1, p. 23-8, 2009.
- COLVERO, L.A.; IDE, C.A.C.; ROLIM, M.A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Rev Esc. Enferm. USP*, v. 38, n. 2, p. 197-205, 2004.
- COSTA, C.M; FIGUEIREDO, A.C (Org.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004. 282p.
- DELGADO, J.M.F (Org.). *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Resenha, 1991. 125p.
- FÉ, I.A.M. Doença mental e autonomia. *Revista Bioética*, v.6, n.1, 2009.
- FELÍCIO, J.L; PESSINI, L. Bioética da proteção: vulnerabilidade e autonomia dos pacientes com transtornos mentais. *Revista Bioética*, v. 17, n. 2, p. 203-220, 2009.
- FLEURY-TEIXEIRA, P. et. al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciênc. saúde colet*, v. 13, sup. 2, p. 2115-2122, 2008.
- FONTANELA, C.A. The influence of clinical, treatment and healthcare system characteristics on psychiatric readmission of adolescents. *Am. J. Orthopsychiatry.*, v. 78, n. 2, p. 187-98, 2008.
- FORTES, P.A.C. Ética, direito dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 3, p. 30-35, 2004.
- FOUCAULT, M. *A ordem do discurso*. 3. ed. São Paulo: Edições Loyola, 1996. 40p.
- FOUCAULT, M. *Doença mental e psicologia*. 1. ed. Rio de Janeiro: Edições Texto e Grafia, 2008. 103p.
- FOUCAULT, M. *História da loucura na Idade Clássica*. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2007. 551 p.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 18. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001. 295p.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1977. 280p.



GASTAL, F.L; et. al. Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. *Rev. Saúde Pública*, v. 34, n. 3, p. 280-85, 2000.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2007. 312 p.

HAYWOOD, T.W; et. al. Predicting the “revolving door” phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective and affective disorders. *Am. J. Psychiatry.*, v. 152, n. 6, p. 856-61, 1995.

JAEGER, M; ROSSLER, W. Enhancement of outpatient treatment adherence: patient’s perceptions of coercion, fairness and effectiveness. *Psychiatry Research.*, v. 180, p. 48-53, 2010.

KOGA, M.; FUREGATO, A.R. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*, v.1, n.1, p. 69-73, 2002.

LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc. saúde colet.*, v. 8, n. 3, p. 775-82, 2003.

MACHADO, R. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 559p.

MARTINS, A. Biopolitics: medical power and patient autonomy in a new conception of health. *Comunic., Saúde, Educ.*, v.8, n.14, p. 21-32, 2004.

MELLO, R.; FUREGATO, A.R.F. Representações de usuários, familiares e profissionais acerca de um Centro de Atenção Psicossocial. *Esc Anna Nery Rev Enverm.*, v. 12, n. 3, p. 457-64, 2008.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *Ciências, Saúde, Manguinhos*, v. IV, n. 3, p. 513-531, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, 2004.

MOSTAZO, R.R.; KIRSCHBAUM, D.I.R. Uusários de um Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. *Rev. Latino-Am.*, v. 11, n. 6, 2003.

PELISOLI, C.L.; MOREIRA, A.K. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, v. 27, n. 3, p. 270-77, 2005.

PESSOTTI, I. *Os nomes da loucura*. São Paulo: Ed. 34, 1999. 264p.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2010. 308p.

PINHEIRO, R. et. al. (Org.). *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007. 284p.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Dados das regionais de Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/busca.do?busca=REGIONAIS> Acesso em: 19 out. 2012.

RABELO, M.C.M; ALVES, P.C.B; SOUZA, I.M.A (Org.). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 264p.

RAIN, S.D. et. al. Perceived coercion at hospital admission and adherence to mental health treatment after discharge. *Psychiatr. Serv.*, v. 54, p. 103-105, 2003.

RIBEIRO, M.S. et. al. Fatores associados ao abandono de tratamento em saúde mental em uma unidade de nível secundário do Sistema Municipal de Saúde. *J. Bras. Psiquiatr.*, v. 57, n. 1, p. 16-22, 2008.

ROSA, M.A.; ELKIS, H. Adesão em esquizofrenia. *Rev. Psiqu. Clín.*, v. 32, sup. 2, p. 189-192, 2007.

SANTIN, A.; CERESÉR, K.; ROSA, A. Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. *Rev. Psiqu. Clín.*, v. 32, sup. 1, p. 105-109, 2005.

SCAZUFCA, M.; MATSUDA, C.M.C.B. Revisão sobre a eficácia de psicoterapia vs. farmacoterapia no tratamento de depressão em idosos. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 24, sup. 1, p. 64-69, 2002.

SEGAL, S.P.; AKUTSU, P.D; WATSON, M.A. Factors associated with involuntary return to a psychiatric emergency service within 12 months. *Psychiatr. Serv.*, v. 49, p.1212-17, 1998.

SHIRAKAWA, I. Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 22, sup. 1, p. 56-68, 2000.

SOUSA, F.S.P.; OLIVEIRA, E.N. Caracterização das internações de dependentes químicos em Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral. *Ciênc. saúde colet.*, v. 15, n. 3, p. 671-77, 2010.

SWARTZ, M.S. et. al. A randomized controlled trial of outpatient commitment in North Carolina. *Psychiatr. Serv.*, v. 52, p. 325-329, 2001.

TENÓRIO, P. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *Ciências, Saúde, Manguinhos*, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

TURATO, E.R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. 685p.

VIEIRA, P.P. Reflexões sobre a História da Loucura de Michel Foucault. *Revista Aulas*, n.3, p. 1-21, 2007.

VIGANÓ, C. A construção do caso clínico em saúde mental. *Revista Curinga*, n. 13, p. 39-48, 1999.

WETZEL, C. Trabalhando junto à família em um serviço comunitário de atenção à saúde mental. *Cadernos IPUB*, v. VI, n. 19, p. 202-210, 2000.

YIN, R.K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 248 p.

**[ APÊNDICES ]**

## APÊNDICES

### APÊNDICE 1

#### ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO AOS TERAPEUTAS DE REFERÊNCIA

**Nome:**

**Idade:**

**Sexo:**

**Formação:**

**Tempo de formado:**

**Terapeuta de Referência de:**

**Métodos terapêuticos indicados:**

1- Como você avalia a adesão do usuário ao PTI?

2- Como o usuário X chegou ao CERSAM em sua última admissão? A partir do modo como esse usuário chega como é feita sua admissão?

2- Qual o projeto terapêutico proposto?

3- Você acredita que o usuário aderiu ao PTI proposto? Você percebe alguma resistência do usuário em relação ao tratamento?

4- Você acha que o modo como ele foi trazido ao CERSAM influencia no envolvimento do mesmo em relação à terapêutica? Como/Por quê?

**APÊNDICE II****ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO ENTREVISTA - USUÁRIOS****Nome:****Idade:****Sexo:****Escolaridade/Profissão:****Diagnóstico Psiquiátrico:****Admitido em:****Terapeuta de Referência:****Métodos terapêuticos indicados:**

1- Você já foi encaminhado a serviços de psiquiatria? Como foi o encaminhamento? Como você se sentiu?

2- Como e com quem você veio para o CERSAM na última admissão? Como você se sentiu sendo trazido dessa forma?

3- Você gostaria de ter sido trazido de outra forma? Qual?

3- Como você vê o CERSAM nessa sua internação? Você já o percebeu de outra forma?

4- Qual o tratamento proposto a você? Qual a sua percepção desse tratamento?

5- Quais atividades você desempenha no CERSAM? Com que frequência você as realiza? Como você se sente em participar dessas atividades?

6- Você acha que o modo como foi trazido influencia no seu envolvimento com o tratamento proposto? Como/Por quê?

**APÊNDICE III****ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO AOS COORDENADORES DE ATIVIDADES TERAPÊUTICAS****Nome:****Idade:****Sexo:****Formação:****Tempo de formado:****Atividade que coordena:**

1- Qual atividade (s) terapêutica(s) você coordena no CERSAM?

2- Como você vê a participação/envolvimento do usuário “X” nas atividades que você coordena?

3- Você acredita que o usuário se envolveu com o tratamento proposto? Você percebe alguma resistência do usuário em relação ao tratamento?

4- Você acha que o modo como ele foi trazido ao CERSAM influencia no envolvimento do mesmo à terapêutica? Como/Por quê?

## APÊNDICE IV

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PROFISSIONAL

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário, da pesquisa “A interface entre a admissão do usuário em um serviço de saúde mental e o seu envolvimento no projeto terapêutico”. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Assumimos a responsabilidade e o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados que serão coletados, preservando integralmente o anonimato dos sujeitos da pesquisa e a garantia de que as informações obtidas serão utilizadas somente para fins científicos, podendo o senhor ter acesso a elas e realizar qualquer modificação no seu conteúdo se julgar necessário, bem como, solicitar qualquer esclarecimento às dúvidas que possam surgir.

Sinta-se com liberdade para recusar sua participação ou mesmo seu desligamento em qualquer fase desta pesquisa, sem que isso implique danos pessoais. A sua participação não implicará em nenhum tipo de premiação, remuneração ou benefício direto, somente indireto, por meio da divulgação dos resultados da pesquisa. O constrangimento é um risco passível de ocorrência, mas amenizado por meio do anonimato das informações pessoais e dos dados coletados. Garantimos que você não terá nenhum tipo de despesa material ou financeira durante o desenvolvimento da pesquisa.

Como pesquisadora responsável pelo estudo, assumo toda e qualquer responsabilidade no decorrer da pesquisa, garantindo-lhe que as informações acima referidas são rigorosamente cumpridas.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: “A interface entre a admissão do usuário em um serviço de saúde mental e o seu envolvimento no projeto terapêutico”. Os objetivos da pesquisa são: conhecer a relação entre a forma como você chegou no CERSAM e a sua aceitação com o projeto terapêutico; conhecer as formas como o portador de transtorno mental chega no CERSAM; compreender a sua visão sobre a forma como você chegou no CERSAM; identificar as terapêuticas oferecidas a você após a admissão no CERSAM; compreender o seu envolvimento com o projeto terapêutico indicado pelo terapeuta de referência. Serão feitas perguntas a você e suas respostas serão gravadas e depois transcritas. Em caso desse você estar em crise, solicito a assinatura, de autorização da participação na pesquisa, ao familiar ou responsável.

Pesquisadores Responsáveis: Profa. Dra. Amanda Márcia dos Santos Reinaldo e Enfermeira Belisa Vieira da Silveira. Telefone para Contato: (31) 3409-9848

---

Profa. Dra. Amanda Márcia dos Santos Reinaldo

---

Enfermeira Belisa Vieira da Silveira

---

Data e Assinatura Legível do Participante ou Responsável



## APÊNDICE V

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – USUÁRIO SAÚDE MENTAL

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário, da pesquisa “A interface entre a admissão do usuário em um serviço de saúde mental e o seu envolvimento no projeto terapêutico”. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas ficará com você e a outra com o pesquisador responsável.

Assumimos a responsabilidade e o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados que serão coletados, preservando integralmente seu anonimato e a garantia de que as informações obtidas serão utilizadas somente para fins científicos, podendo o (a) senhor (a) ter acesso a elas e realizar qualquer modificação no seu conteúdo se julgar necessário e solicitar qualquer esclarecimento.

Sinta-se com liberdade para recusar sua participação ou mesmo sua desistência em qualquer fase desta pesquisa, sem que você tenha qualquer dano pessoal. A sua participação não implicará em nenhum tipo de premiação, remuneração ou benefício direto, somente indireto, por meio da divulgação dos resultados da pesquisa. O constrangimento é um risco que pode ocorrer, mas que será reduzido pelo anonimato das informações pessoais e dos dados coletados. Garantimos que você não terá nenhum tipo de despesa material ou financeira durante o desenvolvimento da pesquisa.

Como pesquisadora responsável pelo estudo, assumo toda e qualquer responsabilidade no decorrer da pesquisa, garantindo-lhe que as informações acima referidas serão rigorosamente cumpridas.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: “A interface entre a admissão do usuário nos serviços de saúde mental e o seu envolvimento no projeto terapêutico”. Os objetivos da pesquisa são: Conhecer como se dá a admissão dos usuários da saúde mental em um Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) na cidade de Belo Horizonte – Minas Gerais, e o envolvimento desses sujeitos com o projeto terapêutico traçado a partir daquele momento; conhecer o processo de admissão dos portadores de transtorno mental no CERSAM; compreender a percepção dos portadores de transtorno mental acerca da admissão no serviço; identificar as terapêuticas oferecidas para esses sujeitos após a admissão no CERSAM; compreender a perspectiva e o envolvimento, dos usuários da saúde mental, em relação ao projeto terapêutico indicado pelo terapeuta de referência. Os dados serão coletados por meio de entrevista com os portadores de transtorno mental em acompanhamento noturno, com o Terapeuta de Referência e com os coordenadores das atividades nas quais o portador de transtorno mental participa.

Pesquisadores Responsáveis: Profa. Dra. Amanda Márcia dos Santos Reinaldo e Enfermeira Belisa Vieira da Silveira. Telefone para Contato: (31) 3409-9848

---

Profa. Dra. Amanda Márcia dos Santos Reinaldo

---

Enfermeira Belisa Vieira da Silveira

---

Data e Assinatura Legível do Participante ou Responsável