

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

AMANDA MÁRCIA DOS SANTOS REINALDO

Gerenciamento de casos como estratégia de trabalho para enfermagem psiquiátrica
comunitária

Ribeirão Preto
2005

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

AMANDA MÁRCIA DOS SANTOS REINALDO

Gerenciamento de casos como estratégia de trabalho para enfermagem psiquiátrica
comunitária

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem Psiquiátrica. Vinculada à Linha de Pesquisa Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas.

Orientadora: Prof^a Dr^a Margarita Antonia Villar Luís

Ribeirão Preto
2005

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Reinaldo, Amanda Márcia dos Santos

Gerenciamento de casos como estratégia de trabalho para a enfermagem psiquiátrica comunitária. Ribeirão Preto-SP. 2005.

233 f.: il.; 45cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Luis, Margarita Antonia Villar

1. Enfermagem. 2. Psiquiatria. 3. Comunidade.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Amanda Márcia dos Santos Reinaldo
Gerenciamento de casos como estratégia de trabalho para enfermagem psiquiátrica
comunitária

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor.
Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profª Drª Margarita Antonia Villar Luis

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Assinatura: _____

Profª. Drª. Sandra Cristina Pillon

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Assinatura: _____

Profª Drª Ana Lúcia Machado

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Assinatura: _____

Profª Drª Maria Alice Ornellas Pereira

Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado de São Paulo

Assinatura: _____

Profª Dr.ª Ruth Myllius Rocha

Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Assinatura: _____

Dedico esta conquista profissional e pessoal às pessoas que mais amo.

Ao meu querido Maurício, fonte de afeto, amor e inspiração, com você todos os dias tenho a certeza de que posso ser mais feliz e melhor do que no dia anterior.

À minha mãe com quem aprendi o valor do trabalho e da dedicação aos estudos.

Ao meu pai com quem aprendi a importância do trabalho.

Aos meus avós Iaiá e Bubu (in memoriam) pelo amor dedicado integralmente aos seus netos; com eles aprendi a aceitar e respeitar as diferenças.

À minha família, em especial meus irmãos, irmãs e sobrinhos, sempre se fazendo presentes, apesar da distância geográfica que nos separa, aprendo com eles diariamente o quanto fazer parte de uma família é bom.

AGRADECIMENTOS

A Deus, obrigada por todos os dias da minha vida.

À Profª Drª Margarita Antonia Villar Luís, pela possibilidade de crescimento pessoal e profissional. Obrigada por ter estado disponível para esclarecer minhas dúvidas sempre urgentes.

À Profª Drª Sandra Cristina Pillon, minha querida amiga com quem sempre aprendo, exemplo de profissional competente. Às Profª Drª Ana Lúcia Machado, Profª Drª Maria Alice Ornellas e Profª Drª Ruth Mylius Rocha pelas sugestões e colaborações.

À Profª Drª Mireile São Geraldo dos Santos Souza, Diretora-Geral das FACULDADES FEDERAIS INTEGRADAS DE DIAMANTINA, pelo apoio e incentivo neste momento. Aos professores e amigos Dayse, Alisson, Liliane, Mirtes, Christiane, Profª Drª Maria Lúcia Cardoso do Departamento de Enfermagem das FACULDADES FEDERAIS INTEGRADAS DE DIAMANTINA, sempre tão queridos, em especial a Profª Drª Rosamary Aparecida Garcia Stuchi (Meire) e a Profª Drª Vanda Barbosa dos Reis Toth (Vandinha), obrigada pelo carinho que nos une.

Aos amigos Marisa da Bahia, Clícia de Alfenas, Jacileide do Rio Grande do Norte, Regina e Christine do Rio Grande do Sul, Iedinha do Maranhão, Neide do Paraná, Regina do Recife, Yolanda do Peru e tantos outros de tantos lugares que tive a bênção de conhecer aqui na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, estamos sempre entre idas e vindas deste local de aprendizagem, mas não esqueço do quanto essas amizades foram importantes quando cheguei aqui.

Às amigas Márcia e Andrea pelo carinho de sempre. A Tatá, Arthur, Marcelo, Alessandra, Gui, Mô e Marcela de Ribeirão, sempre tão queridos. A Dona Célia e Senhor Geraldo, obrigada pela acolhida calorosa em todos os momentos necessários.

A Socorro pela compreensão, comprometimento e competência na revisão ortográfica deste trabalho, pessoas assim são sempre bem-vindas em minha vida.

Aos funcionários da EERP-USP, pela recepção carinhosa que oferecem aos alunos que por aqui passam, em especial aos funcionários do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas e do Laboratório de Álcool e Drogas.

Aos sujeitos desta pesquisa, obrigada por me ensinarem mais um pouco sobre saúde mental, psiquiatria e sobre a profissão que escolhi.

A todos aqueles que direta ou indiretamente se fizeram presentes e participaram desta etapa da minha vida.

A mais útil das ciências será aquela cujo fruto seja mais fácil de comunicar e, pelo contrário, a menos útil será aquela que seja de mais difícil comunicação.

Urbinas Latinus, 1678

RESUMO

REINALDO, A. M. dos S. **Gerenciamento de casos como estratégia de trabalho para a enfermagem psiquiátrica comunitária.** 2005. 225f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

A Organização Mundial de Saúde prevê que a porcentagem da morbidade mundial atribuída aos transtornos mentais e de comportamento aumente de 12%, verificada no ano de 1999, para 15% no ano de 2020. Esse aumento será particularmente pronunciado nos países em desenvolvimento, devido ao envelhecimento da população e à rápida urbanização. As repercussões sociais e econômicas e a perda da produção devido às altas taxas de desemprego entre as pessoas com transtornos mentais e seus cuidadores são alguns dos custos mais evidentes e mensuráveis dessa projeção. Como custos menos evidentes citamos a redução da qualidade de vida e a tensão emocional sofrida pelos pacientes e suas famílias. O gerenciamento de casos contrapõe-se ao hospital psiquiátrico tradicional e constitui uma alternativa para a atenção à saúde mental que se mostrou viável e possível em alguns países e baseia-se no preparo do doente mental enquanto responsável pelo seu cuidado e por mantê-lo na comunidade em contato com o serviço, mas não dependendo dele, desenvolvendo relações entre seus pares sem a necessidade constante de intervenção. O objetivo geral deste estudo foi apresentar a experiência de gerenciamento de casos de 20 pacientes psiquiátricos durante o período de seis meses. Identificaram-se as etapas e alguns indicadores de atenção em enfermagem com o uso dessa estratégia de cuidado. Avaliou-se assim a viabilidade do gerenciamento de casos na prática da enfermeira em saúde mental. Este estudo configura-se como de abordagem qualitativa, de caráter descritivo, sendo que a partir do método etnográfico são traçados o planejamento da coleta dos dados assim como a apresentação e análise dos mesmos. Os dados foram coletados no período de primeiro de setembro de 2003 a primeiro de março de 2004, na Unidade de Emergência Psiquiátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (UE-HCFMRP-USP), posteriormente, no domicílio dos pacientes que participaram da pesquisa. Nossos sujeitos foram os pacientes que procuraram atendimento na UE-HCFMRP-USP, durante o mesmo período. A estratégia de atenção em saúde empregada foi o gerenciamento de casos comunitário e intensivo, do tipo clínico com ênfase nas dificuldades apresentadas pelos pacientes. A coleta dos dados teve início após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da referida instituição. Os resultados nos mostram que, apesar de todos os avanços na área da psiquiatria, o paciente psiquiátrico ainda tem sofrido o estigma da doença mental, as incapacidades associadas aos sintomas residuais que não são contempladas, a inexistência de projetos terapêuticos para essas pessoas e a falta de articulação dos serviços de saúde mental. Dentre outros desdobramentos do estudo, inclui-se o de oferecer aos enfermeiros psiquiátricos da assistência e do ensino um repertório de possibilidades de trabalho com o doente mental que amplie sua autonomia, dado que isso também integra as ações do cuidar.

Palavras-chaves: enfermagem, psiquiatria, comunidade

ABSTRACT

REINALDO, A.M. dos S. **Case management as a working strategy for community psychiatric nursing**. 2005. 225p. Doctoral Thesis – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, São Paulo, 2005.

The World Health Organization forecasts that the global morbidity percentage due to mental and behavioral disorders will rise from 12% in 1999 to 15% in 2020. This increase will be particularly pronounced in developing countries, due to population aging and rapid urbanization. Social and economic repercussions and production losses as a result of high unemployment rates among persons with mental disorders and their caregivers are some of the most evident and measurable costs of this forecast. Less evident costs include reduced quality of life and the emotional tension suffered by patients and families. Case management is opposed to the traditional psychiatric hospital and appears as a mental health care alternative that has revealed its viability and possibility in some countries and is based on preparing mental patients as responsible for their own care and maintaining them in the community, in contact with the service, but not depending on it; developing relations with their peers without constant intervention needs. The general aim of this study was to present and analysis of case management involving 20 psychiatric patients during a six-month period, identifying the steps and some nursing care indicators with the use of this care strategy and thus evaluating the viability of case management in mental health nursing practice. This descriptive study adopted a qualitative approach. Data collection planning, presentation and analysis were traced on the basis of the ethnographic method. Data were collected from September 1st 2003 until March 1st 2004, at the psychiatric Emergency Unit of the University of São Paulo at Ribeirão Preto Medical School *Hospital das Clínicas* (UE-HCFMRP-USP) and later at the homes of study participants. Subjects were patients who sought care at the UE-HCFMRP-USP during the same period. The clinical type of community and intensive case management was used as a health care strategy, emphasizing the patients' difficulties. Data collection started after the study's approval by the research ethics Committee at the above mentioned institution. Results show that, in spite of all psychiatric advances, psychiatric patients still suffer from the stigma of mental illness, the disabilities associated with residual symptoms that are not taken into consideration, the inexistence of therapeutic projects for these persons and the mental health services' lack of articulation. Further developments of this study include offering psychiatric nurses from practice and teaching a repertoire of possibilities for working with mental patients which expand their autonomy, as this is also part of care actions.

Keywords: nursing, psychiatry, community

RESUMEN

REINALDO, A. M. dos S. **Gerenciamiento de casos como estratégia de trabajo para la enfermería psiquiátrica comunitária**. 2005. 225h. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, São Paulo, 2005.

La Organización Mundial de la Salud prevé que el porcentaje de la morbilidad mundial atribuido a los trastornos mentales y de comportamiento aumente del 12%, verificado en 1999, al 15% en 2020. Esse aumento será particularmente pronunciado em los países em desarrollo, debito al envejecimiento de la población y la rápida urbanización. Las repercusiones sociales y econômicas y la pérdida de producción debida a las altas tasas de desempleo entre las personas con trastornos mentales y sus cuidadores son algunos de los costos más evidentes y mensurables de esa proyección. Entre los menos evidentes citamos la reducción de la calidad de vida y la tensión emocional sufrida por los pacientes y sus familias. El gerenciamiento de casos se contrapone al hospital psiquiátrico tradicional y constituye una alternativa para la atención a la salud mental que se mostro factible y posible em algunos países y se basa em el preparo Del doliente mental como responsable por su cuidado y por mantenerlo em la comunidad em contacto com el servicio, pero no dependiendo de él; desarrollando relaciones entre sus pares sin la necesidad constante de intervención. La finalidad general de este estudio fue presentar la experiencia de gerenciamiento de casos de 20 pacientes psiquiátricos durante el período de seis meses, identificando las etapas y algunos indicadores de atención em enfermería com el uso de esa estrategia de cuidado y, así, evaluando la factibilidad del gerenciamiento de casos em la práctica de enfermería em salud mental. Este estudio descriptivo adoptó una aproximación cualitativa donde, a partir Del método etnográfico, trazamos el planeo de la recopilación de los datos, y también su presentación y análisis. Los datos fueron recopilados entre primero de septiembre de 2003 y primero de marzo de 2004, em la Unidad de Emergência Psiquiátrica del *Hospital das Clínicas* de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo (EU-HCFMRP-USP) y posteriormente em el domicilio de los pacientes que participaron de la investigación. Nuestros sujetos fueron los pacientes que buscaron atención em la EU- HCFMRP-USP, durante el mismo período. La estrategia de atención em salud utilizada fue el gerenciamiento de casos comunitário e intensivo, Del tipo clínico com énfasis em las dificultades presentadas por los pacientes. La recopilación de los datos empezó tras la aprobación por el Comité de Ética em Investigación de la referida institución. Los resultados revelan que, no obstante todos los avances em el área de la psiquiatria, el paciente psiquiátrico todavía sufre com el estigma de la enfermedad mental, las incapacidades asociadas a los síntomas residuales que no son contempladas, la inexistência de proyectos terapêuticos para esas personas y la falta de articulación de los servicios de salud mental. Entre otras secuencias Del estudio se incluye la de ofrecer a los enfermos psiquiátricos de la atención y de la enseñanza um repertorio de posibilidades de trabajo com el doliente mental que amplifiquen su autonomía, ya que eso también hace parte de las acciones del cuidar.

Palabras-clave: enfermería, psiquiatria, comunidad

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 A PSIQUIATRIA COMUNITÁRIA COMO UM MODO E LUGAR ONDE SE ORGANIZA A ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA	27
3 GERENCIAMENTO DE CASOS COMO ESTRATÉGIA DE TRABALHO PARA A ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA	48
4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	
4.1 A pesquisa etnográfica	72
4.2 Itinerário da pesquisadora por caminhos (des)conhecidos	79
5 APRENDENDO A GERENCIAR CASOS EM SAÚDE MENTAL	
5.1 Quem são os sujeitos do estudo	87
6 O CAMINHAR DO PESQUISADOR-GERENTE NA CENA CULTURAL DOS SUJEITOS OU A DESCONSTRUÇÃO DO DOENTE E A CONSTRUÇÃO DA PESSOA	106
7 UM CAMINHO DE APRENDIZAGEM, NOVAS POSSIBILIDADES, NOVOS DESAFIOS	162
REFERÊNCIAS	175
ANEXOS	196

1. Introdução

A crítica à psiquiatria ou à má psiquiatria, entendida aqui como toda psiquiatria que tem por objetivo excluir a pessoa em sofrimento mental do convívio social e incluí-la em locais predefinidos como sendo o melhor lugar para esse sujeito e suas subjetividades, tem sido amplamente contestada por anos a fio.

No início do século XX, o escritor Lima Barreto em sua crônica “Como o homem chegou” denunciava e criticava de forma poética e jocosa como eram vistos, apreendidos e tratados os loucos de todo gênero, por meio da história da busca e captura de um “[...] ente pacato, que tinha mania da Astronomia... [...]” e construiu em sua chácara um pequeno observatório, onde “[...] montou lunetas que lhe davam pasto a inocente mania,... atirava-se ao cálculo, à inteligência pura, à matemática e aos estudos com afinco [...]” (2001, p.198). – E afinal? - Quem eram os loucos de toda sorte?

Segundo o Código Civil Brasileiro de 1919, por meio do decreto-lei de 1934, psicopatas eram aqueles destituídos, o que não era muito diferente das pessoas consideradas transgressoras da nova ética do trabalho no século XVIII, a saber: loucos, doentes venéreos, devassos, libertinos, sodomitas e alquimistas. Esses sujeitos, assim como o personagem de Lima Barreto, tornaram-se um perigo à sociedade, pois perambulavam por todos os cantos e espaços, ameaçando as pessoas dotadas de sanidade com sua estranheza e comportamento bizarro, daí a necessidade de serem banidos e confinados a um universo social restrito: - o hospital psiquiátrico (BEZERRA;AMARANTE, 1992; CASTEL, 1978).

No Brasil, a construção dos grandes manicômios nos séculos XVIII e XIX foi obra do Estado, seguindo os preceitos de uma visão civilizatória humanista e higienista, que organizou as regras oficiais e os padrões da política mental no país (PESSOTI, 1995; RESENDE, 1987). Na passagem do século XIX, com Phillipe Pinel, o internamento ganhou legitimidade moral, terapêutica e epistemológica passando a ser o local de enunciação da loucura, que era

reduzida anteriormente ao silêncio da exclusão. O louco, a partir da ordem médica, passa a ser considerado um desqualificado em relação à sua sociabilidade, um homem desprovido de moral, ou como afirmou Esquirol um homem em sua “nudez moral”, um mero joguete das paixões humanas e dos desvios, fruto de sua natureza mundana desregrada (PESSOTI, 1995).

O manicômio e suas práticas tornaram-se o tratamento, o próprio instrumento de cura e não apenas de proteção, como na época do grande enclausuramento hospitalar dos séculos anteriores. Nesse momento em que o alienismo veste a roupagem médica para se legitimar como ciência, a perspectiva deixa de ser aquela do recolhimento puro e simples dos que ameaçavam a ordem pública, para investir-se numa ação pedagógica, moralizante e disciplinadora. A justificativa médica para a exclusão social do alienado está na possibilidade de observação dos doentes e de correção dos desvios da razão.

No início do século XX, as Ligas de Higiene Mental, herdeiras do espírito segregador dos manicômios, passam a combater os maus hábitos e costumes, no sentido de “[...] atalhar o mal da miséria, essa mescla de padecimentos físicos e degradações morais que destroçam e corrompem o organismo social, deformando ainda as gerações futuras[...]”. Seus programas envolviam “[...] todos os problemas sociais, inclusive os de ordem econômica, visam o desenvolvimento do corpo e do espírito do trabalhador, propondo uma profilaxia social, que, prevenindo em tempo, pode diminuir de modo notável, a miséria resultante de acidentes, doenças, anormalidades, fraqueza, imprevidência e vícios do homem[...]” (MACHADO, 1978: 34).

Tal atitude repressiva e segregacionista do sistema de saúde mental passa a ser criticada de maneira contundente. O campo da saúde mental nasce nesse século, após a Segunda Guerra Mundial, marcado pelos ideais preventivistas do higienismo e pela tradição de silenciamento das diferenças presentes em toda a história da loucura no Ocidente. Isto diz respeito tanto à institucionalização de novos direitos como à modificação das instituições que

regulamentam as relações sociais, como também a novos padrões de identificação e de reconhecimento dos doentes mentais no meio social.

Para Reis (2000), tratar as instituições apenas como instâncias coercitivas obscurece o fato de que elas também oferecem oportunidades e recursos para que os indivíduos e grupos realizem as suas demandas e alcancem certos níveis de auto-realização considerados mais adequados. Ainda segundo o autor, o Estado é imprescindível para a reformulação do sistema de saúde. É por meio da institucionalização dos direitos que o Estado implanta e constrói não só a assistência social, mas também uma política institucional flexível para garantir os diferentes interesses individuais. Assim, nos últimos 50 anos, em todo o mundo, as precárias condições da assistência psiquiátrica institucional oferecidas pelos países foram denunciadas de forma maciça pelos intelectuais, pela imprensa, pelos pacientes psiquiátricos e seus familiares e pelos trabalhadores da área da saúde mental.

No Brasil, desde o final dos anos de 1970, com a visita de Franco Basaglia, que se tornou mentor de um movimento a favor da humanização do tratamento psiquiátrico após uma intervenção revolucionária contra o manicômio, realizada em Gorizia, Itália, iniciou-se o movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira que, além de questionar o modelo de assistência, apontou fortes críticas às legislações inapropriadas, no que se refere aos direitos humanos e de cidadania dos pacientes psiquiátricos (AMARANTE, 1995).

A extinção dos manicômios defendida pelo Movimento Antimanicomial vai além do ato simbólico de extinguir esse aparato clínico da psiquiatria. O mais importante, segundo o Relatório do II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial é impedir que as relações entre as pessoas que viveram nesses locais ou que sofrem com a doença mental continuem excludentes. Para que isso ocorra, ainda segundo o Relatório, seria necessária uma sociedade onde a subjetividade do sujeito, seu pensamento e sua criatividade fossem respeitados e

principalmente onde ele possa expressar suas diferenças e peculiaridades, seu “patrimônio pessoal” (1993, p.21).

Segundo Alexander (1998), traçar as origens de um movimento social como foi o Movimento da Reforma não é uma tarefa fácil. Para o autor, os doentes mentais, assim como os grupos e comunidades que compartilham uma situação de desvantagem, desigualdade social, opressão ou discriminação sistemática, têm nos princípios universalistas, como a defesa da liberdade, da igualdade, dos direitos do homem, da justiça, da solidariedade, temas que estabelecem um nexo direto entre o ator social e o programa político. De modo geral, “os apelos à cidadania e às referências latentes, às obrigações morais e políticas criadas pela sociedade civil são motivações centrais na formação de movimentos sociais para a regulamentação de conflitos” (p.25).

Desse debate surge a Lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, sancionada em 2001 ainda que parcialmente (ROCHA, 2001). Apesar do seu objetivo inicial de regulamentar a internação psiquiátrica compulsória e propor a substituição dos manicômios por outras formas de tratamento, como hospital-dia, ambulatorios, centros de atenção psicossocial, lares protegidos e leitos psiquiátricos em hospitais gerais, a Lei 10.216 recebeu várias sanções que, de certa forma, acabaram por descaracterizar o texto inicial. Com isso, o debate sobre a questão da loucura deixa os manicômios e passa a envolver a sociedade como um todo, o que permite outras possibilidades de leitura desse fenômeno.

Na última década, no Brasil, começa a se esboçar um movimento de territorialização no campo da saúde mental, com uma definição de metas antimanicomiais, de novos serviços que visam ao desenvolvimento de formas de tratamento mais humanizadas, respeitando a individualidade do paciente, a sua história, suas crenças e valores. O conceito de saúde mental passa a significar, nos programas do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde, atenção

aos egressos de hospitais psiquiátricos, num primeiro momento, e combate aos mecanismos de exclusão social dos pacientes psiquiátricos posteriormente. Uma política é implantada, elegendo prioridades e sustentando, no campo da saúde mental, uma posição sobre onde investir o dinheiro público em tratamentos psiquiátricos.

Embora os recursos financeiros dos leitos fechados nos grandes manicômios não estejam acompanhando o usuário e sendo empregado nos serviços extra-hospitalares como foi sinalizado em um primeiro momento pelo Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no Sistema Único de Saúde, a criação de novos serviços dentro dessas diretrizes e a reformulação dos já existentes, para atender às portarias instituídas pelo Ministério da Saúde, é uma realidade no sentido de garantir não só atendimento aos usuários da saúde mental, mas também possibilitar a transformação do espaço social da pessoa em sofrimento mental, o que implica também a mudança do saber científico dos trabalhadores da área (CORDOVIL, 2004).

Nesse momento, devemos nos reportar novamente à organização do Movimento de Luta Antimanicomial, que foi um movimento social organizado pelos profissionais de saúde mental, pelos pacientes psiquiátricos e pelos seus familiares, em torno do qual passou a se disseminar, no meio social, a discussão acerca da loucura e do papel do psiquiatra. Por meio dessas discussões, algo de novo e instigante se introduz num campo tradicionalmente científico, freqüentado pelo discurso jurídico: - a militância política. Ora questionando a qualidade do que a psiquiatria instituiu como clínica, ora transcendendo o tema da assistência psiquiátrica de modo a delinear um outro lugar social para a loucura na nossa tradição cultural, o Movimento de Luta Antimanicomial suscitou desejos que se impõem, tais como, a reorientação da terapêutica então vigente e prioritária; por meio de parâmetros políticos, sociais e jurídicos o movimento inscreve no mundo das relações dos atuais usuários da saúde mental o desejo da cidadania, no espaço da cidade e no mundo do direito.

O cenário atual está amplamente documentado por alguns autores, entre eles Lancetti (2001), Lobosque;Abou-Yo (2002), Koda (2003) que relatam em suas experiências as ações realizadas com base no questionamento a toda uma estrutura e lógica do cuidar em psiquiatria. É com base nessas experiências que os militantes do Movimento da Reforma passaram a repensar e reformular o modelo asilar, para adequar-se não só aos desejos dos doentes mentais até então silenciados, mas também aos seus direitos de cidadão.

O resgate do doente mental para o convívio social implica em endereçar à comunidade a pluralidade de aspectos presentes no convívio da pessoa em sofrimento mental na vida social. Cabe aos próprios interessados esclarecer quais questões são relevantes no tratamento de casos considerados típicos ou diferentes, considerando que definição de bem viver faz sentido para eles. As transformações das práticas na clínica psiquiátrica não podem ser esquecidas nesse momento onde estamos descobrindo que a relação entre o normal e o patológico, simplesmente, nos diz que não é o jeito normal de ser, é o outro jeito de ser que deve ser apreendido nas práticas da saúde mental.

Donnangelo (1979), analisando projetos como os da Medicina Integral, Medicina Preventiva e Medicina Comunitária, aponta que esses movimentos da reforma médica são marcados por uma tentativa de integração da dimensão social presente na produção das enfermidades que vinham sendo excluídas do ato médico. Já nas décadas de 1940 e 1950, essa preocupação em globalizar a prática individualizada pelas especialidades colabora para a idéia do indivíduo como “totalidade bio-psico-social irreduzível a um conjunto de estruturas e funções orgânicas” (p.79).

É a partir desse momento, onde o sujeito é visto como um ser global, portanto, necessitando de atenção multiprofissional, que a Medicina Comunitária, agregando conhecimentos da Medicina Integral e da Preventiva, passa a observar o processo saúde-doença sob uma dimensão ecológica e psicossocial. O termo psicossocial, segundo Costa-

Rosa et al. (1987), motivo de tantas discussões da Medicina Comunitária, “vai ser trasladado para o campo das práticas da Reforma Psiquiátrica, pela via de sua passagem direta para a Psiquiatria Comunitária” que influenciou fortemente as práticas em saúde mental no contexto brasileiro, a partir da década de 1970 (p.115).

As tentativas de exercer a psiquiatria fora do hospital datam de épocas bem anteriores à Segunda Guerra Mundial (FIGUEIREDO, 1977), mas sua época de ouro se deu apenas após esse período, financiada e propagada principalmente pela França (Psiquiatria de Setor), Inglaterra (Comunidade Terapêutica) e Estados Unidos (Psiquiatria Comunitária), com paralelos na União Soviética e outros países (PITTA, 1984).

Costa-Rosa et al. (2003) afirmam que foi na década de 1970 que houve uma transposição para o contexto brasileiro das idéias comunitárias e nesse momento a designação biopsicossocial passou a ser a característica das práticas da Saúde Mental Comunitária. Nesse sentido, a assistência em saúde mental torna-se elemento de um conjunto maior de ações que englobam diferentes setores (o serviço, o governo, o movimento social, a sociedade) e que compõem esses vários sentidos em um só (político, cultural, jurídico, trabalhista entre outros). Há, desse modo, um deslocamento da discussão sobre a loucura; ela não se restringe mais ao campo técnico, mas amplia-se para o campo da cultura e da ética. Torna-se necessária a construção de interfaces com diferentes âmbitos: moradia, trabalho, tratamento e lazer.

A bandeira comum da desinstitucionalização, tomada de modo radical na luta contra o paradigma hegemônico da Psiquiatria tradicional, deve também estar atenta para não homogeneizar discursos e uniformizar respostas, encobrendo diversidades de olhares e práticas necessárias para transformar o lugar social da loucura e alocar novamente o sujeito, antes excluído, no circuito de trocas sociais. A questão do tipo de investimento do poder público nas políticas de saúde mental deve ser considerada com cuidado. É necessário estarmos atentos para não incorrer na reprodução de um modelo manicomial dentro dos novos

serviços, construindo mecanismos de exclusão e medicalização mais sutis do que aqueles vigentes nos asilos. A ressignificação do campo da saúde mental nos remete a uma discussão complexa na qual se colocam questões política, éticas, culturais, sociais e psicológicas que esbarram nas paredes dos serviços de porta fechada ou encostada.

Peixoto (2003, p.154) aponta que toda essa discussão política, social, enfim repleta de atravessamentos, só existe porque “em algum lugar do mundo, existe alguém que ouve vozes, tem visões, alucinações e delírios”, e acrescentamos - tem direitos, que devem ser reconhecidos e legitimados. Faz-se necessário, então, repensar as cidades, os espaços, os caminhos que esses sujeitos trilham diariamente, em alguns casos apenas acompanhados por seus sintomas, como no velho manicômio. É necessário que o mesmo possa, finalmente, ocupar o território do campo social, conceito que vem sendo trabalhado e incorporado à saúde mental.

... o território não é o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências sócio-culturais que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo... este [território] é visto como um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social em que se tensionam sujeitos sociais colocados em situações na arena política. Uma vez que essas tensões são permanentes, o território nunca está acabado, mas ao contrário, em constante reconstrução. O território é tecido a partir de suas formas, mas usado como sinônimo de espaço humano, espaço habitado (SEABRA, 2000, p.32).

Atualmente as tecnologias empregadas no campo da saúde mental têm favorecido, aos usuários dos serviços de saúde mental, a demanda para a vida, ou seja, diante da possibilidade de tratamento e estabilização do quadro evolutivo da doença mental, as pessoas em sofrimento mental, que geralmente viviam à sombra de um futuro anunciado de exclusão, expressam o desejo de modificar sua condição de paciente. Desejam enfim a vida das ruas.

As experiências que as pessoas têm sobre doença mental estão imersas em contextos sociais e culturais e assim é a vida na qual elas também se inserem. Após o estabelecimento da doença, o sujeito ou as pessoas que o cercam, sejam familiares ou membros da rede social

na qual ele está inserido, promovem um processo socialmente organizado de transformação do regime de vida. Essa transformação do regime de vida, geralmente está associada a exclusão dos espaços. O que antes da doença era considerado como ações rotineiras e cotidianas, tais como trabalhar, ir ao cinema e viajar, passam a ser vistas com receio por parte do sujeito doente e dos que o cercam.

Cabe dizer que não podemos nos esquecer das famílias diante desse cenário. A família é o ponto de confluência das realidades das crianças, do adolescente, do jovem, da mulher, do homem, do idoso e dos deficientes. É nesse local que se dá a produção da identidade social básica, tendo em vista a formação de uma cidadania ativa. A construção desta identidade, individual e coletiva, deve, contudo, passar pela tolerância com a diversidade humana. Outro local importante para essa formação é a comunidade, é ela, somada à família, que nos dá sentido de pertencer a algum lugar. A comunidade como território social e geográfico e a família, independente de sua configuração, devem ser capazes de sustentar e garantir que o doente mental possa viver, sentindo-se acolhido, protegido e respeitado. Nenhuma instituição substitui o convívio familiar e social. O pensador italiano Primo Levi sintetizou sua experiência de institucionalização e os efeitos destrutivos da internação por meio do conceito de homem vazio (KALOUSTIAN, 1998).

Imagine-se agora um homem ao qual, junto com as pessoas amadas, lhe são levados sua casa, seus hábitos, suas roupas, tudo enfim, literalmente tudo o que possui: será um homem vazio, condenado a sofrimento e necessidade, esquecido da dignidade e discernimento, já que acontece facilmente a quem perdeu tudo de perder-se a si mesmo (p.52).

Quando estudamos o itinerário terapêutico da doença mental por meio da história oral de vida de um paciente psiquiátrico, chegamos a tais conclusões. Os resultados dessa pesquisa apontaram a não-responsabilização por parte da equipe que atendia aquele sujeito, no que

concerne ao ato de ajudá-lo a viver com e apesar da doença mental em seu território, permitindo que a mesma se tornasse uma jaula, que o prende e isola (REINALDO, 2003).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que cinco das dez principais causas de incapacidade no mundo, quer sejam em países industrializados ou não, entre as pessoas de quinze a quarenta e quatro anos, estão relacionadas à área da saúde mental; entre esses transtornos figuram: depressão, esquizofrenia, transtornos nervosos, transtornos relacionados ao consumo de álcool, autolesão e transtorno bipolar (Ministério da Saúde, 2001 a, p.2).

Cerca de quatrocentos milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de algum transtorno mental e as repercussões sociais e econômicas desse contingente na sociedade são imensas. Os gastos, em serviços de saúde e sociais, e a perda da produção devido às altas taxas de desemprego entre as pessoas com transtornos mentais e seus familiares (principalmente os cuidadores) são alguns dos custos mais evidentes e mensuráveis. Menos evidentes resultam os custos financeiros, a redução da qualidade de vida e a tensão emocional sofrida pelos pacientes e suas famílias (OMS, 2001a).

A expectativa de vida da população mundial está aumentando e existe uma previsão de que o número de pessoas vivendo com transtornos mentais aumentará, o que nos leva a crer que essas pessoas poderão viver mais do que seus atuais cuidadores. Essa realidade representa um custo imenso não só em sofrimento, incapacidade e perdas econômicas, mas também na elaboração de projetos direcionados para amenizar o impacto do inevitável: teremos daqui a alguns anos pessoas com doença mental que se não preparadas para se auto-responsabilizarem pelo seu cuidado estarão sujeitas à exclusão a que tanto nos opomos atualmente.

A OMS prevê que a porcentagem da morbidade mundial atribuída aos transtornos mentais e de comportamento aumente de 12%, verificada no ano de 1999, para 15% no ano de 2020 e que esse aumento será particularmente pronunciado nos países em desenvolvimento,

devido ao envelhecimento da população e à rápida urbanização (2001a). Apesar desses dados, mais de 30% dos países carecem de um programa de saúde mental, 25% dos países necessitam de medicação psiquiátrica básica em atenção primária de saúde e 70% da população mundial tem acesso a menos de um psiquiatra por 100.000 habitantes (OMS, 2001b).

A situação no Brasil não é diferente da enfrentada em outros países do mundo, quando nos reportarmos à problemática dos transtornos mentais, o aumento da longevidade e a redução da infertilidade são apenas alguns dos fatores que preocupam as autoridades não só da área da saúde, mais também da área social, econômica e política no país. Convivemos com contradições em termos de saúde, como, por exemplo, atualmente somos considerados um país-modelo em relação ao tratamento da AIDS e ao mesmo tempo lidamos com agravos decorrentes das condições de pobreza em que vive a maioria da população, tais como as infecções intestinais e respiratórias, portanto, é compreensível que hoje ainda nos deparemos com condições emergentes tais como as doenças crônico-degenerativas e os transtornos mentais (MARI, 2003).

Segundo Mari (2003), a mudança do perfil demográfico, nas últimas décadas no país, só agravou a situação, visto que para o autor a infra-estrutura precária em termos de saneamento, educação, saúde e lazer, a convivência com a violência e a pobreza em que vivem os grandes grupos populacionais das periferias das pequenas e grandes cidades têm atuado como um fator desencadeador de um grupo de transtornos mentais e comportamentais, entre eles, dependência química, estados ansiosos e depressivos, obesidade, psicopatia social e AIDS. “O impacto econômico dessa morbidade na saúde geral da população é substancial, ainda que nossos formadores de políticas, não tenham a devida consciência da magnitude do problema” (p.68).

Ainda segundo o autor, enfrentamos outros problemas que permeiam essa questão, em primeiro lugar a escassez de profissionais especializados na área da psiquiatria, para ele o número de psiquiatras é suficiente, entretanto os mesmos encontram-se concentrados nos grandes centros ou em consultórios particulares o que dificulta o acesso da população a esse profissional. A outra questão é em relação às pesquisas epidemiológicas, que ainda são incipientes no campo da psiquiatria, principalmente no que concerne aos serviços de saúde mental no país. Os dados epidemiológicos presentes na literatura vigente, geralmente, não são provindos de estudos multicêntricos com grandes populações, mais sim o produto das estatísticas oficiais do Ministério da Saúde, que bem sabemos estão longe de serem fidedignas, dadas, entre outras questões, às subnotificações e à dificuldade das equipes em alimentar o sistema com dados atualizados, ou por falta de treinamento ou por entenderem que esses dados não são relevantes.

O conjunto de argumentos, em relação ao aumento da morbidade dos transtornos mentais, a questão dos custos e encargos tanto para o Estado quanto para as famílias e os pacientes, associados à perda de produção do sujeito doente, à perda da qualidade de vida, às perdas subjetivas desses sujeitos, constantemente estamos investigando com o objetivo de tentar minorá-los. O aumento da expectativa de vida da população somado às mudanças pelas quais a família como *locus* de cuidado vem passando nos fazem pensar que devemos investir na pesquisa de estratégias de atenção em psiquiatria que nos possibilitem trabalhar diante do impacto dessa realidade para os serviços de atenção em saúde mental.

As políticas de saúde mental descrevem os valores, os objetivos e as estratégias governamentais para reduzir a carga que representa a saúde mental. Definem uma visão de futuro que ajuda a estabelecer um programa para prevenção e tratamento das enfermidades mentais, reabilitação das pessoas vivendo com transtornos mentais e o fomento da saúde mental na comunidade. Essas políticas especificam os critérios que os países devem aplicar

em seus programas e serviços com objetivos, visão e propósitos comuns, pois, a OMS (2001b) considera que sem essa coordenação global, os programas e os serviços resultarão provavelmente em ações ineficientes e fragmentadas.

Os pressupostos básicos das políticas de saúde mental são a inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com a diferença. Em 1989, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) já alertava para o fato de que a América Latina enfrentava uma pandemia de transtornos psiquiátricos, que teria importantes repercussões no desenvolvimento social dos países latino-americanos e na planificação e prestação de serviços de psiquiatria e saúde mental.

No Brasil, a política de atenção em saúde mental foi amplamente discutida na III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM), realizada em 2002. O tema central “Cuidar, sim. Excluir, não”, proposto pela OMS no ano anterior e com o tema local, “Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com acesso, qualidade, humanização e controle social” apontou a preocupação de seus participantes em trazer para a área a idéia de que sem reformular o modelo de atenção é impossível fazer com que o cuidado em saúde mental seja mais humano e que o controle social é fundamental para garantir uma atenção de qualidade, em que novas possibilidades de vida e de relações sociais possam transformar as formas de lidar com a experiência da loucura (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001b, p.20).

O acolhimento, o vínculo, a responsabilização, a inclusão, a inserção e o respeito pelas possibilidades individuais também foram amplamente discutidos durante a III CNSM. Os serviços substitutivos se conformaram como os dispositivos pelos quais essas estratégias do cuidar fossem consolidadas, e os profissionais da saúde mental como os companheiros de andanças do usuário nos diferentes espaços de reprodução social, tornando-se viabilizadores de processos emancipatórios.

A Declaração de Caracas, redigida em 1990, já previa também a idéia da reestruturação da atenção psiquiátrica vinculada à atenção primária à saúde, permitindo a promoção de modelos substitutivos concentrados na comunidade e integrados em suas redes sociais, preponderando a manutenção do doente em seu meio social (KALIL,1992). Para Campos (1992, p.53), “um projeto de reinserção social dessa parcela da população, que apresenta transtornos mentais, exigiria que a rede básica de saúde fosse habilitada a interromper essa ciranda infernal de crise-internação-crise”. Segundo Starfield (2002, p.30), a Assembléia Mundial de Saúde definiu atenção primária em saúde como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia, em métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos, famílias e a comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país, do qual é função central, possam arcar, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade.

Esse conceito nos sugere responsabilidade, auto-responsabilidade por parte de todos e para que isso ocorra concordamos com AMARANTE (1999, p.47), que nos diz que devemos “nos ocupar dos sujeitos e de seu cotidiano, do tempo, do espaço, do trabalho, do lazer, do ócio, do prazer, do sair, da organização de uma afinidade conjunta...”. A questão é: - como fazê-lo? Para Guatari (1992), a resposta é ousar, arriscar-se em novos territórios, mobilizar novos recursos em direções inusitadas. Redefinir o papel dos técnicos em saúde, possibilitando novas perspectivas para que cada profissional possa diferenciar-se, inventar para si um modo mais criativo de trabalhar, “dispor-se a acompanhar a aventura desses sujeitos, na procura de uma existência mais livre e autônoma, criativa e flexível, aberta à negociação e ao conflito” (p. 123).

Desenvolver o poder criativo tem sido o caminho que os técnicos da saúde mental vêm trilhando há alguns anos por intermédio da implementação das tecnologias de assistência (atendimento psicoterápico, individual ou em grupo, acompanhamento medicamentoso,

terapia ocupacional, grupo de psicoeducação, atendimento familiar nuclear ou em grupo, grupo operativo, acompanhante terapêutico, visitas domiciliares, entre outras), partindo da compreensão de que estamos tratando de uma pessoa que está doente e não de uma doença que está com a pessoa. Entretanto, a utilização dessas tecnologias sem a devida avaliação constante nos levou à cronificação aberta, hoje tão discutida no meio acadêmico, pois observamos que muitas instituições extra-hospitalares atualmente diferem pouco dos hospitais psiquiátricos, fruto da cristalização dos saberes dos que ali se inserem como trabalhadores.

Talvez por terem perdido o mote da história, alguns trabalhadores da saúde mental esqueceram que ainda estamos em um processo de desconstrução e construção. Esses trabalhadores, sem perceber, não conseguiram estimular o paciente psiquiátrico a descobrir, na sua própria experiência e realidade de vida, aspectos criativos e potencialmente satisfatórios para o que ROTELLI (1990) denomina existência-sofrimento.

BANDEIRA (1991), discutindo o movimento de desinstitucionalização do doente mental e o desenvolvimento da saúde mental comunitária nos anos 1950, que teve seu auge na década de 1960, nos traz importantes informações de como se deu essa transição, marcada por erros, acertos e muitas críticas. A autora parte do pressuposto de que apenas nesse período as políticas de saúde mental se deram conta de que “o doente mental não mais era visto como um indivíduo necessitando da proteção de um asilo, mas ao contrário, era visto como alguém que está se prejudicando com ele”, daí surgiu o conceito de neurose institucional, que foi considerado como um efeito secundário da hospitalização prolongada e que tinha como características a apatia, a perda da capacidade de trabalho, o déficit na competência social, a perda da autonomia. Para a autora, a internação produzia uma segunda doença que se somava ao problema inicial (p.173).

O deslocamento das pessoas até então institucionalizadas para a comunidade e a inevitável comparação entre ambas as modalidades de atenção, demonstrou, em alguns casos,

a superioridade da segunda em relação à primeira, principalmente no que concerne ao tempo de permanência na comunidade sem recidiva, a frequência de busca por atendimento antes da crise, a permanência no meio familiar, no trabalho, na escola e a redução nos sintomas produtivos da doença. Alguns estudos compilados pela autora demonstraram que os resultados positivos do atendimento ao paciente sem retirá-lo de seu meio social e familiar e responsabilizando-o pelo cuidado independem da severidade da sintomatologia dos mesmos (BANDEIRA, 1991).

Outro aspecto abordado é que os tipos de sistemas comunitários mais adotados nos diversos países variam segundo as características culturais de cada um. Assim, nos Estados Unidos, o sistema *Nursing Home*, que visa ao lucro e respeita a intolerância das famílias e da sociedade em geral em relação aos doentes mentais, foi instituído e consolidado; na Inglaterra, as Comunidades Terapêuticas se proliferaram e no Canadá deu-se a Revolução Tranquila que combinou a desinstitucionalização a outras reformas sociais. No Brasil, várias modalidades terapêuticas (núcleo e centro de atenção psicossocial, lar abrigado, hospital-dia, enfermaria psiquiátrica em hospital geral, ambulatório de saúde mental, entre outras.) foram adotadas com sucesso em alguns locais do país (AMARANTE, 1995).

Após o primeiro surto, o paciente necessita de uma multiplicidade de recursos e investimentos em seu potencial saudável para realizar o caminho de volta à vida social. A necessidade que os profissionais de saúde e demais pessoas envolvidas no processo de cuidar têm de acreditar nesse retorno ao funcionamento psicossocial “normal”, ou pelo menos, aceitável é fundamental, pois sem esse ingrediente a reabilitação do paciente está fadada ao fracasso (MOTTA, 1997).

É por acreditarmos nessa abordagem que buscamos, cada vez mais em nossa prática, caminhos para mobilizar as partes sadias do paciente psiquiátrico, evitando a cronificação de manifestações doentias ou do que Bandeira (1991) definiu como sendo a neurose

institucional. E por compreendermos que a pessoa em sofrimento mental merece uma compreensão individual é que nos chamou atenção a estratégia de gerenciamento de casos (GC) em saúde mental.

O GC tem como princípio básico preparar o paciente psiquiátrico para se tornar responsável por sua doença e seu cuidado. Tem como objetivo manter o paciente na comunidade, em contato com o serviço, mas não dependendo dele, desenvolvendo relações entre seus pares sem a necessidade constante de intervenção; um dos princípios dessa estratégia de atenção é a capacidade de intervir quando necessário e oportuno, sendo uma alternativa viável e possível que se contrapõe ao hospital psiquiátrico (HUSSAIN, 2000). O GC não inclui somente o manejo dos sintomas e administração de medicamentos, mas também, a possibilidade de acompanhar de forma mais ampla o impacto social causado pela saída do indivíduo da internação hospitalar e seu retorno à comunidade, bem como seus desdobramentos. Entendemos que o GC vai ao encontro do que Rotelli et al. em 1990, já propunham, ou seja, uma intervenção que contempla o investimento nas pessoas, o cuidado como elemento-chave para transformar os modos de viver e sentir o sofrimento e o enriquecimento das competências profissionais e espaços de autonomia e decisão.

A partir dessa compreensão definimos como objetivo de nosso estudo:

Avaliar a viabilidade do gerenciamento de casos na prática da enfermagem psiquiátrica.

2. A psiquiatria comunitária como um modo e lugar onde se organiza a assistência psiquiátrica

A atual reorientação da atenção psiquiátrica em direção à atenção primária de saúde constitui a estratégia fundamental para alcançar o propósito de estender os benefícios da saúde mental a toda a população que dela necessita.

A atenção primária à saúde vem sendo adotada, na história recente de diversos países, para organizar e ordenar os recursos do sistema de saúde para que esses por sua vez respondam de maneira apropriada às necessidades de suas populações. Essa concepção da atenção primária como pilar da estruturação dos sistemas de saúde tende a superar visões mais restritas que a compreendem como um meio para ofertar serviços a populações marginalizadas ou unicamente como mais um nível de assistência (SOARES, 2002).

O cuidado comunitário, ou seja, em meio ao ambiente do paciente, é um dos principais propósitos da psiquiatria comunitária, que é vista por nós, como um modo de pensar e fazer diferente. Esse novo modo de pensar surge por meio de uma série de mudanças na forma de conceber a doença mental e na condução das políticas de saúde e sociais, a partir da metade do século 20, com as primeiras experiências em psiquiatria comunitária decorrentes dos avanços da reforma na assistência psiquiátrica em vários países (DAVIDSON, 1999).

É nesse período que ocorre uma mudança no modelo em saúde mental, devido principalmente a três grandes fatores independentes: o primeiro foi o avanço da psicofarmacologia e a descoberta de novos medicamentos e novas modalidades de intervenção; o segundo foi o movimento em favor dos direitos humanos após a Segunda Guerra Mundial; e o terceiro foi a incorporação de componentes sociais e mentais na definição de saúde, estabelecida pela OMS em 1948. Além disso, somam-se a esses fatos as evidências epidemiológicas de uma demanda potencial de assistência psiquiátrica de 25% da população mundial (OMS, 2001).

Na Itália e Inglaterra, a reforma psiquiátrica foi realizada no âmbito político e social. O respaldo legal dado pelo governo favoreceu o fechamento dos hospitais psiquiátricos. Nos

Estados Unidos, a Lei Kennedy em saúde mental fez com que fossem instalados centros comunitários para a área. Na França, foi criada a psiquiatria de setor, com ênfase na programação local das ações de saúde mental e a reforma espanhola se desenvolveu com a participação e ação dos profissionais da área. Dois fatos ocorreram durante e após a Segunda Guerra Mundial que deram um grande ímpeto ao desenvolvimento desses serviços. O primeiro estava relacionado ao número de jovens que retornavam da guerra com sintomas psiquiátricos, o que fez com que as autoridades de saúde dos Estados Unidos constatassem que a doença mental se tornara um problema significativo de saúde que precisava de intervenção urgente. A outra questão foi a necessidade de devolver esses jovens aos campos de batalha o mais rápido possível, o que possibilitou o desenvolvimento da psicoterapia breve, provocando uma mudança na psicoterapia tradicional.

Após a guerra, os hospitais gerais passaram a aceitar pacientes psiquiátricos, o que viabilizou a permanência dos doentes nas suas comunidades de origem, ou pelo menos próximas a elas, causando também uma mudança no olhar das pessoas da comunidade em relação ao doente mental. Entretanto apesar desses avanços, por volta de 1955, os hospitais psiquiátricos dos Estados Unidos, abrigavam cerca de meio milhão de pacientes e as condições precárias de assistência a essa população eram alvo de constantes denúncias e críticas por parte da opinião pública. Em decorrência dessas pressões, o Congresso Americano, em 1955, criou uma Comissão de Enfermidade e Saúde Mental, que, entre os anos de 1955 e 1963, avaliou, discutiu e criou as bases políticas e jurídicas para transformar a assistência psiquiátrica (BIRMAN; COSTA, 1994).

A Comissão apresentou, em 1961, um relatório intitulado *Action for Mental Health* que recomendava, entre outras coisas, que fossem criadas bases de assistência comunitária, leitos psiquiátricos em hospitais gerais e que os grandes hospitais psiquiátricos tivessem seus leitos reduzidos e que outros não fossem criados. Sendo assim o espaço de ação da psiquiatria

deveria ser expandido e incorporado à comunidade como campo de atuação (BIRMAN; COSTA, 1994). Essas ações culminaram com uma mensagem do Presidente Kennedy ao Congresso Americano em 1963 a respeito do tratamento dos doentes mentais e da *Action for Mental Health*, assinada no mesmo ano e que previa a construção de centros comunitários de atendimento, tornando-se assim a semente para a psiquiatria comunitária que surgiu com força nos anos 1970 (NICÁCIO, 1989).

O que se observou, a partir de 1990, foi um período de mudanças em relação às políticas de saúde mental, caracterizado por expectativas de reestruturação da assistência psiquiátrica com tentativas de melhor aplicação dos recursos e com um objetivo maior que era o de privilegiar o desenvolvimento de serviços integrados da rede comum de atenção básica de saúde, com ênfase no desenvolvimento de dispositivos comunitários, visando a alcançar a partir dessa estratégia, um modelo centrado no tratamento precoce, contínuo e eficiente, na reabilitação e reinserção do usuário da saúde mental (KABEL, 1999). No entanto, havia a necessidade de oferecer serviços eficientes e coerentes com o desenvolvimento de uma rede de serviços de saúde mental e psiquiátrica, dentro da própria rede de atenção básica, que não descartasse a necessidade de contar com os demais dispositivos específicos da saúde mental, tais como os centros de atenção psicossocial.

Para Starfield (1992), é necessária a compreensão correta do conceito de atenção primária em saúde por meio do conhecimento dos seis **princípios** que direcionam essa prática, que são: o **primeiro contacto** que implica no acesso e na utilização dos serviços para cada novo problema trazido pelo usuário; a **longitudinalidade** que demanda a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre os sujeitos que compõem esse cenário; a **integralidade** que requer a prestação de serviços pela equipe que atenda às necessidades mais comuns da população, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e

o reconhecimento da multicausalidade (fatores biológicos, psicológicos e sociais) das doenças. O princípio de **coordenação** pressupõe a capacidade de garantir continuidade da atenção; já o de **focalização na família** torna indispensável considerar a família como sujeito da atenção e por fim o de **orientação comunitária** requer o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem. Isso exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias na perspectiva da saúde coletiva.

De forma geral, conceitua-se como psiquiatria comunitária uma forma de proporcionar cuidados especializados a população, no âmbito das doenças psiquiátricas. Esses cuidados passam por uma organização da assistência psiquiátrica, que caracteristicamente devem incluir programas destinados à promoção da saúde mental, a prevenção e, ao tratamento dos transtornos mentais, abordando ainda questões como a reabilitação e a incorporação desses pacientes na comunidade, considerando os seis princípios da atenção primária em saúde, alcançando assim maior visibilidade e qualidade, em suas ações (OMERO, 1999; COPLAN, 2000).

Entretanto, sendo a psiquiatria comunitária uma disciplina médica que incorpora conceitos oriundos da saúde pública e postula a organização dos serviços de assistência psiquiátrica e social, o que ora observamos é que, apesar de estar inserida na comunidade, ela ainda trabalha com a proposta de encaminhamentos para o hospital psiquiátrico (JACOBSON, 1999). As instituições psiquiátricas ainda sobrevivem entre nós, graças a uma demanda que se mantém apesar da reforma, basta observar os dados do Ministério da Saúde de ontem e de hoje. Por exemplo, em 1990, existiam 95.506 leitos psiquiátricos; em 2001, eram 54.141 leitos mesmo considerando a criação dos serviços substitutivos na rede do Sistema Único de Saúde.

Lancman (1997), ao estudar a influência dos hospitais psiquiátricos nas comunidades que os abrigam e sobre os serviços extra-hospitalares próximos, aponta que sua presença pode ser mais um fator gerador de demanda psiquiátrica. O autor também alerta para o aumento expressivo não somente das internações, mas também do número de consultas em saúde mental desses serviços. Na década de 1980, a necessidade de criação de novos modelos alternativos e a constituição de uma nova rede de atendimento em saúde mental que pudesse, gradativamente, substituir os hospitais, desencadearam a implantação de um conjunto de serviços ambulatoriais e de atenção primária. Esses serviços visavam a remanejar os gastos com a assistência psiquiátrica hospitalar, para o desenvolvimento de uma rede extramanicomial eficiente que humanizasse o atendimento oferecido (PORTOCARRERO, 1990).

Apesar dessa mudança no enfoque da atenção psiquiátrica, a psiquiatria comunitária ainda tem como preocupação o binômio saúde/doença com ênfase na doença. Quem a defende desta forma, considera ainda que, apesar das questões éticas envolvidas e que cercam o processo de institucionalização, resquício do modelo clássico da psiquiatria asilar, se preconiza que o doente mental crônico ainda requer a separação de seu meio habitual para ser contido, protegido e custodiado (VIANNA, 2002). A psiquiatria comunitária considera além da participação da comunidade, ações integradas e localizadas em um contexto específico na comunidade, e que essas ações têm vários níveis de análises e eixos de gestão em saúde que diferem em suas propostas de intervenção. Uma aproximação possível é diferenciar a psiquiatria que se faz “para” a comunidade, “na” comunidade e “com” a comunidade (COPLAN, 2000).

No primeiro caso “para” a comunidade, ela se refere às iniciativas dos serviços de saúde mental que planificam as ações, mas considerando as conseqüências que tais ações possam ter sobre a comunidade, em um sentido social cotidiano. Na psiquiatria “na”

comunidade, têm-se iniciativas que atravessam o trabalho da saúde mental e buscam ser mais acessíveis à população, como por exemplo, na atenção primária à saúde. Essa forma de pensar a psiquiatria considera que a proximidade física das vivências do paciente facilita o acesso da equipe no sentido de tornar-se familiar. Ou seja, a equipe torna-se parte do cenário social do paciente e, portanto, é aceita de forma mais tranqüila. No terceiro caso, em que temos a psiquiatria “com” a comunidade, teremos ações que são motivadas pelos problemas que a comunidade identifica. Há uma resposta efetiva a um problema, por meio de uma relação direta.

Considera ainda que dessa forma existe uma retroalimentação cotidiana entre integrantes da comunidade e a equipe de saúde, o que é considerado como um meio eficiente de avaliar o êxito ou o fracasso das iniciativas, no sentido de que elas devam ser realizadas de acordo com o que a população espera, e não com o que a equipe acha que é certo. Em relação à primeira característica, podemos considerar que esse tipo de aproximação requer uma visão sociológica da medicina, em que os problemas de saúde são definidos como perda de oportunidades pelos sujeitos no meio em que vivem, decorrente da situação de doença. O diagnóstico desse sujeito adquire maior importância do que as oportunidades da vida em sociedade. São as perdas percebidas pelo sujeito durante a doença (conseqüências sociais) que devem ser consideradas durante o planejamento da assistência.

Freitas (1998) aponta que os problemas que a comunidade percebe como relevantes quase sempre superam a capacidade de resolução das equipes de saúde, pois requerem, por parte destas, oferecer à comunidade os recursos de que realmente dispõe e não encaminhamentos que não respondam aos anseios da comunidade, pois estão longe do cotidiano da mesma. O profissional de saúde dentro dessa perspectiva assume uma postura de mobilizador das capacidades e recursos do paciente e da comunidade na qual ele vive, deixando de lado o trabalho assistencialista. Enfatizando o protagonismo do sujeito em

resolver seus problemas, não como incapazes de agir, mas como sujeitos que vivenciam o tratamento.

Para Freitas (1998), existem certas características que devem ser comuns aos serviços comunitários, entre elas: proximidade, individualidade, clareza em relação aos direitos e deveres dos prestadores e beneficiários das ações de saúde do princípio ao término da atenção e da relação terapêutica reabilitadora, continuidade da atenção e respeito aos direitos do usuário, independente do estado de saúde em que se encontre. Em respeito à segunda característica, o que se espera é que os profissionais de saúde envolvidos tenham uma ideologia compatível com: assumir que os resultados da proposta desse tipo de programa são coletivos e não individuais; aceitar que os resultados serão conhecidos e reconhecidos por meio de sua eficiência resolutiva e que isso requer a constante retroalimentação do usuário; aceitar a perda de poder que implica uma relação em que os sujeitos em sofrimento mental ditam as regras e dão as diretrizes e as respostas às nossas dúvidas; um âmbito de planejamento de cuidados que seja mais amplo em que as opiniões da equipe de saúde e dos pacientes sejam horizontais e aceitas como opiniões equivalentes.

Em todas as experiências de gestão em psiquiatria comunitária, existem consensos do que seja o melhor para o paciente que sofre uma doença psiquiátrica. Por exemplo, é na comunidade que o sujeito, apesar de doente, pode tentar elaborar seus projetos de vida, partindo do princípio de que a comunidade é o seu ambiente familiar e que a vida nesse ambiente é um constituinte indispensável para o processo de saúde do sujeito. Esta afirmação se fundamenta na compreensão de que o sujeito doente tem mais probabilidades de alcançar sua normalidade se viver e for tratado em um ambiente “[...]o mais parecido possível a seu lugar de origem [...]” (BARNER, 2000).

Este ambiente tem maiores probabilidades de oferecer ao paciente condições fundamentais para sua recuperação, que são, entre outras: estar rodeado de estímulos positivos

e saudáveis segundo suas crenças, ser tratado com compreensão e flexibilidade sem perder a individualidade (CAHEN et al., 1998). Por outro lado, neste tipo de situação aumentam as probabilidades de um diagnóstico e tratamento precoce das doenças mentais, dado o controle social importante que pode ter uma população eficientemente informada.

É no trabalho das equipes de saúde, “com e na” comunidade, que se produzirão inevitavelmente as melhores oportunidades de controle e intervenção por parte de terceiros sobre o que está ocorrendo com o paciente. Deste ponto de vista, a psiquiatria comunitária se expressa em uma ação de cuidados em psiquiatria e saúde mental, dirigida à comunidade (geograficamente limitada), bem definida em todas as suas características sociais e demográficas. Sua ênfase está na vigilância desta comunidade (detecção e controle precoce de fatores de risco e de evidências de ordem social que possam causar sofrimento mental) e no acompanhamento dos pacientes sabidamente em sofrimento estando ou não em acompanhamento médico. Também considera que deva existir uma permanente tentativa de integração desse doente na comunidade a qual pertence e não sua exclusão e restrição a espaços predefinidos de saúde mental.

A família do paciente já é reconhecida como *locus* de cuidado, atualmente é inconcebível pensar o planejamento terapêutico na clínica psiquiátrica sem o envolvimento dos familiares, mas, embora essa prática esteja amplamente divulgada, não devemos nos esquecer dos inúmeros trabalhos publicados, principalmente na década de 1980, que faziam referência à sobrecarga familiar ou como ficou popularizado no meio acadêmico ao “peso” de conviver com um doente mental. Um dos fatores apontados para essa sobrecarga, ainda que não muito discutido, foi em relação ao isolamento que a família vivenciava entre seus pares, por ter um doente mental em seu meio. Observava-se com isso um ciclo vicioso, o doente se isolava de seus familiares devido aos sintomas, a família por sua vez acaba isolando o familiar doente por medo e desconhecimento da doença e a comunidade passa a segregar essa família

doente por diferentes modelos explicativos, que vão desde questões ligadas à religiosidade (doença mental como um castigo), questões morais (doença mental como falha moral), até explicações que respondem a um conhecimento popular sobre o tema (hereditariedade da doença, um “foco” na cabeça, entre outros).

Dessa forma, os integrantes das equipes de saúde devem promover e criar iniciativas que facilitem o contato do paciente com a sociedade em que vive, em todas as circunstâncias que se considerem facilitadoras da manutenção e do restabelecimento da capacidade deste sujeito em manter-se em contato com o que lhe cerca. O cuidado em saúde comunitária constitui uma mudança paradigmática no contexto dos serviços de saúde, tradicionalmente voltado para o tratamento individual e organizado, segundo um modelo médico e hospitalocêntrico. Atualmente, uma tímida reorientação de serviços se processa no setor público com repercussões na filosofia do cuidar. A psiquiatria comunitária tem oferecido contribuições históricas tanto no que concerne a trabalhos com grupos e comunidades, como a aportes teóricos relacionando a influência dos fenômenos sociais nos transtornos psiquiátricos.

Um outro elemento importante que contribuiu para essa conjuntura transformadora foi a Conferência sobre Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, citada anteriormente e realizada em Caracas em 1990, com o apoio das Organizações Pan-Americana e Mundial de Saúde e com a participação dos Ministérios da Saúde, Seguridade Social e Justiça, parlamentares e outras forças políticas de vários países. A Declaração de Caracas aceitou e proclamou a necessidade premente da reestruturação imediata da assistência psiquiátrica pela adequação das legislações dos países de tal forma que “asseguem o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes mentais e promovam a reorganização de serviços que garantam seu cumprimento” (OPAS/ OMS, 1992, p.3). Essa conferência demarcou a crescente tendência

internacional de superação dos velhos modelos da psiquiatria e da reforma psiquiátrica e deu legitimidade às transformações que vêm ocorrendo nos países latino-americanos.

Um ano depois, em 1991, a Assembléia Geral da ONU adotou os Princípios para Proteção da Pessoa Acometida de Transtorno Mental e para melhoria da Assistência à Saúde Mental, entre os quais destacamos: “toda pessoa acometida de transtorno mental deverá ter o direito de viver e trabalhar, tanto quanto possível, na comunidade” (OPAS/OMS, 1992, p.53). A III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM, 2002), no que diz respeito à atenção básica para saúde mental, reafirma que as unidades básicas de saúde devem ser responsáveis por 80% das necessidades de saúde da população, incluindo a atenção à saúde mental. “Com este objetivo, e atendendo ao Princípio da Integralidade, é necessário incluir a atenção aos portadores de sofrimento psíquico nas ações básicas de saúde e também incorporar as ações de saúde mental no Programa de Saúde da Família” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.48).

Partindo desse pressuposto, o Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM) propõe que seja garantida a incorporação das ações de saúde mental do Programa de Saúde da Família (PSF), por meio da oferta de intervenções mais locais por parte dos profissionais do PSF, entre essas ações, citam as visitas domiciliares, potencialização de recursos comunitários, atendimento em grupo e individuais, em articulação com os profissionais de saúde mental.

É importante, contudo, não esquecer que para que essas ações se concretizem é necessário, entre outras iniciativas, que também haja investimento na implementação de novas tecnologias de educação, informação e comunicação para os trabalhadores da saúde mental como enfatiza o Relatório da III CNSM (2002). As dificuldades para atender aos objetivos do PSF, que se caracteriza como uma estratégia dentro do SUS, para o atendimento primário e secundário, incluindo a saúde mental, têm sido percebidas como um grande desafio para os profissionais de saúde que atuam no âmbito da comunidade, em particular os enfermeiros, que

já estão realizando alguns estudos para avaliar essas dificuldades (ROSA;LABATE, 2002; SÃO MATEUS;OLIVEIRA, 2002).

No Brasil, algumas iniciativas de atenção psiquiátrica comunitária têm apresentado bons resultados, entre elas, podemos citar a experiência de Sanford e Farias (2002) que nortearam suas ações a partir da criação de condições para assistência aos pacientes psiquiátricos na comunidade com o suporte do hospital geral e/ou equipes de saúde mental ligadas ao PSF, para intervenções em crise e/ou acompanhamento domiciliar, partindo do princípio da divisão de responsabilidades no cuidado e no acolhimento. Outras intervenções foram realizadas na comunidade utilizando o suporte técnico dos Centros de Reabilitação Psicossocial (HIRDES;KANTORSKI, 2002; HIRDES, 2001). As iniciativas de criação dos lares abrigados (casas de passagem, pensão protegida) que atualmente se configuram como um espaço de transição para ressocialização de pacientes que passaram grande parte das suas vidas em instituições psiquiátricas têm apresentado resultados satisfatórios em vários estados do país (CORRÊA et al.,2002; SCATENA et al., 2002).

A autora do presente estudo conheceu e realizou um estágio em uma modalidade terapêutica dessa natureza durante a graduação. A Pensão Protegida Olímpia Mochel, mantida pelo Hospital Psiquiátrico Nina Rodrigues, na cidade de São Luís-Maranhão, em 1998, já contava com dez moradores entre homens e mulheres egressos do hospital e com histórias semelhantes de longos períodos de internação e perda do contato com seus familiares (REINALDO, 1998). A maioria dos moradores trabalhava no próprio bairro onde a pensão estava situada, realizando pequenos serviços para a comunidade (faxina, jardinagem e pequenos consertos para os moradores vizinhos), outros recebiam benefícios da previdência social. Ali eles exerciam o direito de ir e vir, embora alguns não conseguissem sequer chegar ao portão de saída e não aceitassem ficar com as chaves da nova casa. Eles saíram do manicômio, mas não conseguiam se libertar dos anos de condicionamento comportamental

(fila para o remédio, fila para comer, contenção física e química como castigo, banhos coletivos, vigilância constante). As mudanças chegaram e a maioria não estava pronta para recebê-las.

Outra experiência, em fase de planejamento, vivenciada pela pesquisadora, é o projeto de capacitação de uma equipe de Saúde da Família, para trabalhar com saúde mental, em uma unidade localizada em um município do interior de Minas Gerais. Nesse caso, em particular, houve a necessidade da equipe estar se capacitando para não só identificar os casos de doença mental na comunidade em que atua mas também em relação à abordagem e ao acompanhamento dessa pessoa e sua família (REINALDO, 2004). Essa experiência terá, entre outros objetivos, a formação acadêmica, pois contará com a participação dos alunos de graduação de enfermagem participando das ações de saúde mental, como atividade de extensão e internato rural. E utilizará como instrumento de trabalho em suas ações, além da realização de grupos, visitas domiciliares, consultas de enfermagem e o gerenciamento de casos.

Segundo Birman e Costa (1994), apesar das dificuldades relacionadas principalmente aos recursos financeiros para as ações em saúde mental e da compreensão de que é possível trabalhar com psiquiatria na comunidade, atualmente ela deve ser vista como um dos espaços de atuação nesta especialidade. Os fundamentos dessa afirmação apóiam-se em duas premissas, a primeira diz respeito aos recursos institucionais e humanos que podem somar-se aos esforços da psiquiatria para prevenir, curar, promover e reabilitar o paciente e a segunda supõe que os grupos sociais possuem um potencial terapêutico inerente às redes de relações funcionais e efetivas.

Quando se pensa que as pensões ou lares abrigados funcionam em geral em outros bairros que não sejam aqueles onde estão situados os serviços de referência do paciente e que já existem alguns estudos sendo realizados por colegas da área que, em suas análises iniciais,

observam que a comunidade, os vizinhos, os donos de estabelecimentos comerciais, os motoristas de ônibus, enfim grupos sociais os mais diferenciados têm acolhido esses locais e demonstrado cada vez mais aceitação de seus moradores, torna-se aceitável a idéia do potencial terapêutico desses grupos.

Outra questão a qual concordamos com Birman e Costa (1994) é que uma das grandes contribuições da psiquiatria comunitária é a melhor utilização dos serviços na área da saúde mental, não só recursos financeiros mas também recursos humanos, tecnológicos e modalidades terapêuticas, entre elas os tratamentos interativos, programas institucionais e comunidades terapêuticas. A comunidade terapêutica foi proposta pelo psiquiatra inglês Maxwel Jones para a reforma psiquiátrica na Inglaterra, na década de 1940. Seu objetivo era a transformação do hospital psiquiátrico em um local de cura, ao promover o envolvimento de todos os presentes no hospital (pacientes, médicos e pessoal de apoio) no tratamento e no projeto terapêutico da instituição. A comunidade terapêutica apresentava como características a liberdade de comunicação entre pacientes e terapeutas, a análise de tudo aquilo que acontecesse na comunidade em termos de dinâmica individual e interpessoal, uma tendência à extinção do modelo tradicional de autoridade, favorecendo a reaprendizagem social por meio da participação e tomada de decisão em reuniões comunitárias. “Uma comunidade terapêutica é aquela aonde vem se cumprindo deliberadamente o esforço de usar, na maior extensão possível, em um plano terapêutico vasto, as contribuições de todos, pessoal e pacientes” (BASAGLIA et al., 1994, p.13).

O próprio Basaglia (1994) a princípio adotou esta modalidade terapêutica em Gorizia, mas logo percebeu que a simples humanização do hospital não seria suficiente para mudar a relação da sociedade com a loucura. Para ele, seria necessária uma desconstrução do modelo hospitalar clássico da psiquiatria e a adoção de um novo modelo de atendimento, sem o qual a mudança na atenção à pessoa vivendo em sofrimento psíquico não se daria.

O progressivo isolamento da vida comunitária é um dos problemas que usuários e técnicos da saúde mental enfrentam constantemente nos serviços de atenção a essa clientela. Ampliar a capacidade do portador de doença mental de entender e apropriar-se do processo saúde-doença não tem sido tarefa amena, embora muitas investidas tenham sido realizadas nesse sentido. Por outro lado, também nos preocupa o isolamento do paciente dentro do seu núcleo familiar, esse fato nos é habitual por nossa experiência profissional. Na verdade, acreditamos que o isolamento se dá em mão dupla, tanto do lado do paciente como do familiar, e interfere diretamente nas relações sociais de ambos, a própria “psiquiatrização” das dores e problemas sociais pela população reforça essa leitura que fazemos da questão. Para Lancman (1997), a psiquiatrização ocorre como reflexo da facilidade de acesso da população aos recursos da psiquiatria (principalmente aos leitos), a facilidade com que a população obtém psicotrópicos, não só receitas médicas, mas também a venda indiscriminada por farmácias que mereceriam fiscalização; a influência cultural de que só o hospital, o exame e o remédio resolvem os problemas de saúde da população, somados a isso a dificuldade de diagnósticos psiquiátricos das problemáticas sociais geradas no cotidiano das pessoas.

O estado de saúde mental, segundo a OMS (1998), é a obtenção de habilitação para a vida, pelo desenvolvimento de autonomia e competência; da percepção subjetiva do que seja bem-estar, ou ainda pela sensação de auto-eficácia, perante os problemas da vida; do desenvolvimento e realização dos potenciais intelectuais e emocionais das pessoas; pelo desenvolvimento de inclusão social e cidadania para as pessoas; e da influência de fatores biológicos e psicossociais sobre a obtenção, ainda que parcial, destas conquistas. Sendo isso traduzido por uma sensação positiva de bem-estar, crença no próprio valor e dignidade, nas responsabilidades e direitos, o mesmo ocorrendo em relação aos outros; habilidade em lidar interiormente com o pensar e o sentir, bem como em **gerenciar a própria vida** e assumir as responsabilidades e riscos que a mesma oferece; habilidade em iniciar, desenvolver e

sustentar, de forma mútua, relações interpessoais satisfatórias; habilidade mental para a auto-proteção relativa ao sofrimento mental e ao estresse.

Fica evidente que esse é um conceito geral de saúde mental, o qual a OMS (1998), propôs para que o mesmo seja apreendido de acordo com cada realidade, enquanto conceito ele apresenta o que seria ideal. Acreditamos que os trabalhadores de saúde mental devem avaliar o que é possível contemplar em cada local de atuação, diante de tantas recomendações do que seja o estado de saúde mental, de acordo com o contexto onde estão inseridos (país, estado, comunidade local) e considerando o cenário macro e micropolítico, social, econômico, recursos humanos e aceitação do grupo para a oferta.

O modelo assistencial em saúde mental está em transição do hospitalar para o comunitário, refletindo em alguns serviços as graves distorções do modelo asilar, embora haja uma compreensão de que atualmente as políticas públicas para a área devam ser necessariamente intersetoriais, com interfaces fundamentais com as áreas de assistência social, direitos humanos, justiça, trabalho e habitação. Segundo o Ministério da Saúde (MS, 2003), em relação à prevalência dos transtornos mentais na população geral, 3% são transtornos severos e persistentes que necessitam de atendimento contínuo; 6% são transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas; 12% é o percentual estimado da população que necessita de atendimento, seja contínuo ou eventual, 1,4% de pessoas com epilepsias e 3,98/100.000 de casos de suicídio por habitantes.

Todos esses dados revelam a amplitude do problema a ser enfrentado. O que existe, epidemiologicamente falando, sem contar com nenhum estudo recente, é uma grande parte da população com transtornos mentais leves (queixas psicossomáticas, uso e abuso de álcool e outras drogas, dependência de benzodiazepínicos, transtornos de ansiedade menos graves, etc.) sendo atendida na atenção básica. Entre os importantes avanços da epidemiologia psiquiátrica descritiva, segundo Kessler (2000), cabe citar o desenvolvimento das entrevistas

diagnósticas e estruturação das mesmas. A utilização dessas entrevistas em estudos multicêntricos possibilitou o conhecimento de alguns resultados correlacionados quando nos referimos à doença mental. Os transtornos mentais são o grupo de doenças mais prevalentes entre as enfermidades crônicas que afetam a população em geral; sendo considerados uma das enfermidades crônicas mais incapacitantes; os indivíduos que apresentam transtornos mentais graves, com o tempo, passam a apresentar sintomas que satisfazem vários critérios de inclusão no Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais durante a vida.

Além disso, a maioria das doenças psiquiátricas acomete as pessoas durante a infância e adolescência e só uma pequena parte dessa população com doença mental é atendida no primeiro ano de aparecimento dos sintomas. Também cabe destacar o impacto da epidemiologia psiquiátrica descritiva no início das investigações da epidemiologia clínica. Diversos estudos da epidemiologia clínica são realizados em torno da atenção clínica primária para comparar o efeito incapacitante e a utilização dos serviços de saúde correspondentes para um amplo espectro de transtornos mentais. Algumas questões, porém, ainda estão sendo discutidas, entre elas: os critérios diagnósticos considerados extremamente perfeccionistas seguem sendo uma questão pendente; há problemas em relação à conceituação do que seja um transtorno ou outro o que gera uma polêmica sobre a validade dos diagnósticos e a necessidade em considerar a subnotificação dos transtornos mentais.

Os estudos epidemiológicos geralmente desprezam os dados incompletos, e esses por sua vez tornam-se casos não notificados. Há uma preocupação com questões consideradas embaraçosas, principalmente em relação à vida sexual e amorosa dos pacientes, outra questão é que esses resultados são muito sensíveis a pequenas variações do contexto e da maneira de formular as perguntas, e as prevalências de problemas emocionais nesses estudos geralmente são desconsideradas. É necessário criar sistemas que permitam projetar estimativas em relação à evolução da doença e às necessidades dos pacientes associadas a essa evolução,

considerando que elas se modificam; outra questão é a planificação dos programas de atenção e do emprego de recursos financeiros. Os progressos da epidemiologia analítica e experimental têm sido mais moderados. Isso se deve ao fato do aparecimento dos transtornos mentais estar mais relacionado a parâmetros de adversidade ambiental, do que os fatores de risco concretos e, facilmente modificados como, por exemplo, a alimentação.

Um tema que tem sido contemplado constantemente na área das pesquisas é a comorbidade das síndromes psicóticas e a avaliação das intervenções aplicadas em crianças e adolescentes para prevenir o desenvolvimento de numerosas síndromes psicopatológicas. Ademais, o estudo dos determinantes da evolução dos transtornos mentais e de seu surgimento constitui um campo de investigação interessante e que deve ser considerado com atenção. Provavelmente no futuro, a epidemiologia psiquiátrica realizará investigações analíticas que se aproximem dos estudos de cunho social e político, na primeira linha das aplicações, evoluções e intervenções em saúde mental básica. Outro grande desafio consiste em produzir um conhecimento dos processos de busca de ajuda e conceber intervenções que permitam aumentar a proporção de pessoas com transtornos mentais submetidas a tratamento. Diante de tantos avanços, ainda há muito trabalho por fazer para que a epidemiologia psiquiátrica alcance plenamente seu potencial de melhorar a saúde mental das populações (KESSLER, 2000).

Em relação aos gastos, 579 milhões são investidos na saúde mental, sendo 466 milhões com pagamento de diárias hospitalares, o que equivale a 2,3% do orçamento anual do Sistema Único de Saúde. A OMS, em seu Relatório sobre Saúde Mental no Mundo (2001a), sugere que um percentual satisfatório seria de pelo menos 5% dos gastos totais de saúde; e recomenda que recursos sejam ampliados, de modo a atingir, pelo menos, o dobro dos valores atuais em médio prazo. Entre as diretrizes para a política de saúde mental do Ministério da Saúde (2001a) temos: a redução progressiva dos leitos psiquiátricos; a desinstitucionalização;

a expansão dos CAPS, inclusão das ações de saúde mental na atenção básica; implantação do programa “De volta para casa”, expansão das residências terapêuticas; formação e qualificação de recursos humanos; promoção de direitos de usuários e familiares e incentivo à participação no cuidado; reorientação dos manicômios judiciários, qualificação do atendimento hospitalar e ambulatorial existentes. Em relação à inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, a adoção do conceito de que as ações de saúde mental são indissociáveis da atenção básica; capacitação das equipes do Programa de Saúde da Família para o manejo e o tratamento dos transtornos mentais; estabelecer instrumentos de gestão que garantam a inclusão e o acompanhamento das ações de saúde mental na rede básica.

Segundo o Ministério da Saúde, a atenção básica é “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”, que vem sendo incorporada à saúde mental há algum tempo (MS, 2003b). As ações de saúde mental na atenção básica podem representar uma mudança qualitativa no modo como tratamos atualmente os chamados transtornos mentais graves e como a comunidade vê o que está enclausurado no conceito de doença mental. Podemos, efetivamente, trocar os conhecimentos que temos, questionando-os com os conhecimentos próprios das comunidades a respeito do sofrimento mental, suas determinações e soluções. Devemos estar atentos, por outro lado, para o imenso mecanismo de controle que estamos levando aos capilares da sociedade. Se, em troca desse controle, não desenvolvermos ações que estimulem a cidadania e a participação, estaremos apenas cumprindo o triste destino apontado por Deleuze (1998), de “espraiar os tentáculos do Hospício por toda a parte”.

Podemos considerar o ano de 2001 como produtivo para esse tema, pois encontramos algumas definições significativas em documentos oficiais. O Ministério da Saúde editou a Norma Operacional da Assistência à Saúde-01/2001 que, no item que orienta a organização

do Plano Diretor de Regionalização, determina que o cidadão deve ter acesso, o mais próximo possível de sua residência, “a um conjunto de ações e serviços vinculados às responsabilidades mínimas dentre as quais o tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais freqüentes”.

Depois de muitos anos de luta e negociações, como abordamos anteriormente, foi aprovada a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e direciona o modelo assistencial em saúde mental. Na sua definição dos direitos da pessoa portadora de transtorno mental diz, no item IX, que a pessoa assistida deve ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. Contudo, nem sempre a atenção básica apresenta condições para dar conta dessa importante tarefa. Às vezes, a falta de recursos, de pessoal e a falta de capacitação acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes. Além disso, atender as pessoas com problemas mais graves de saúde mental e assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção de saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo.

As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas, e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Podemos sintetizar como princípios fundamentais dessa articulação entre saúde mental e atenção básica: a noção de território, a organização da atenção à saúde mental em rede, a intersetorialidade, a reabilitação psicossocial, a multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, a desinstitucionalização, a promoção da cidadania dos usuários e a construção da autonomia possível.

A realidade das equipes de atenção básica demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de “saúde mental”: 56% das equipes de saúde da família referiram realizar “alguma ação de saúde mental”. Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da atenção básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003b). No Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança, a OMS (2001b), depois de reunir o conhecimento de todo o mundo a respeito da saúde mental, faz uma série de dez recomendações que começa com o item que diz que devemos proporcionar tratamento na atenção básica.

A proposta de trabalho do Ministério da Saúde (2003b), para a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, direciona não só a organização das ações de saúde mental na atenção básica mas também traça um plano de trabalho conjunto entre o que o Ministério denomina equipes matriciais de saúde mental e as equipes de atenção básica. O que se observa pela proposta do Ministério é que a equipe de atenção básica receberia suporte matricial da equipe de saúde mental, entretanto as responsabilidades na condução do acompanhamento dos pacientes seriam compartilhadas entre ambas.

Outra estratégia proposta é em relação à formação dessas equipes, sendo esse ponto considerado prioritário como forma de incluir a saúde mental na atenção básica. A inclusão de indicadores de saúde mental no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) entre eles o número de pessoas identificadas com transtornos psiquiátricos graves (severos) por faixa etária e sexo e o percentual de pessoas com transtorno mental egressas de internação psiquiátrica e acompanhadas pela rede básica, também por faixa etária e sexo são avanços para a área. As diretrizes do Ministério da Saúde em relação aos recursos humanos para trabalhar em saúde mental especificam o termo equipe mínima, embora não conste em seus documentos o termo equipe multidisciplinar, este ficaria por parte das equipes e da forma

como elas se constituíram, como um requisito da proposta terapêutica e dos recursos financeiros dos municípios responsáveis pela implantação e continuidade do serviço (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003b).

A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois, visa a aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local, que será capacitada por meio de cursos, onde serão administrados conteúdos básicos, mas que poderão ser modificados de acordo com a demanda e necessidade locais. Infelizmente ou felizmente, não raro são os municípios que estão investindo nas ações de saúde mental na atenção básica, no sentido de qualificar a rede e o cuidado e de repensar as estratégias de formação, entretanto devemos lembrar que essas ações dependem do interesse e da vontade política dos dirigentes municipais e podem prosseguir ou não de acordo com as eleições. O comum é que as pessoas com doenças psiquiátricas identificadas na comunidade sejam encaminhadas ao serviço de saúde mental mais próximo, sobrecarregando os serviços dos municípios considerados sedes e mantendo a política da compra de ambulâncias em detrimento da criação de serviços em saúde mental para a população.

***3. Gerenciamento de casos como estratégia de trabalho para a enfermagem
psiquiátrica***

O conceito de gerenciamento de casos (GC) é proveniente do termo qualidade do cuidado, quando se refere mais precisamente à psiquiatria e à saúde mental. A princípio foi criado como uma estratégia inovadora que facilitaria a oferta de cuidados de saúde oferecidos à população e que contemplaria a qualidade sem deixar de lado o custo do serviço. No entanto, existe pouco consenso sobre esta prática, o que tem sido considerado um obstáculo no avanço das pesquisas sobre o tema (LEE et al.,1998).

O GC surgiu após os movimentos da reforma psiquiátrica e contra a institucionalização, na década de 1960, nos Estados Unidos e 1980 na Inglaterra, onde os grandes hospitais psiquiátricos estavam sendo fechados e as pessoas que ali estavam internadas passaram a ser atendidas na comunidade. O cuidado planejado para essas pessoas foi organizado com base no seu tempo de internação e nas dificuldades de socialização que elas encontravam após a alta (JACOBSON, 1999). Promover a independência daquelas pessoas e cumprir as metas estabelecidas a *priore* no campo da reabilitação psicossocial parecia tarefa fácil, entretanto não foi o que se observou, pois havia uma grande desvantagem em relação à adaptação dos pacientes na comunidade, dependendo do seu grau de comprometimento (HUSSAIN, 2000).

Após a reforma psiquiátrica e com a devolução dos pacientes institucionalizados para a comunidade, instalou-se uma crise que além de econômica (visto que, quando do retorno do paciente à família, a mesma recebia os encargos pelo seu cuidado) também era social, pois não bastava devolver o doente mental ao lar, era preciso ajudar as famílias e a comunidade a lidar com eles, sem esquecer que os próprios pacientes também estavam desabilitados para lidar com suas famílias e comunidade. Algumas dificuldades foram observadas pelos familiares em relação aos pacientes, tais como: dificuldade de convívio, de se locomover na cidade, dependência familiar e da instituição, dificuldade para usar o transporte público, fazer

compras, cozinhar, comer, usar a medicação e se inserir em alguma atividade laborativa (YOUNG, 1995).

Foi necessária a criação de uma estratégia para o atendimento a essas pessoas que implementasse um cuidado mais próximo, sistematizado e que trabalhasse com uma visão mais compreensiva, onde existissem pessoas qualificadas para o manejo das situações que se apresentassem. Proporcionar qualidade de cuidados em um ambiente financeiramente restrito tem sido o primeiro desafio frente aos cuidados de saúde em todo o mundo. O GC surgiu como um caminho para facilitar essa questão, sem deixar de lado a estreita relação entre qualidade/custo/benefício do cuidado, em diferentes locais de assistência, tais como o hospital e a comunidade. A outra questão é que, se os programas de gerenciamento de casos estão avançando, existe a necessidade de esforços mais coordenados nas pesquisas, não somente sob a expectativa dos resultados, mas também na estrutura e processo dos programas, de forma que os dados obtidos possam ser comparados e aperfeiçoados (LEE et al., 1998).

Os trabalhos que Lee et al. (1998) realizaram sobre o tema consideraram o aspecto psicossocial da reinserção dos pacientes psiquiátricos na comunidade. Os autores verificaram que a redução no tempo de internação, com o gerenciamento de casos, era possível e se configurava como uma alternativa para substituir o tratamento hospitalar. A idéia básica é que o GC deveria combinar e coordenar diferentes serviços para pacientes psiquiátricos vivendo na comunidade, promovendo um acompanhamento dessas pessoas e viabilizando seu melhor funcionamento “prático” na mesma (LAMB, 1992). Alguns autores defendem ainda que, com o passar dos anos, esse tipo de serviço deveria ser coordenado pelos próprios pacientes (LEE et al., 1990). Huxley (1992) afirma que as pessoas que escolhem e envolvem-se com o gerenciamento de casos devem realizar um trabalho que combine acesso e ação, flexibilidade e resolutividade.

O GC é uma questão importante na enfermagem contemporânea. No entanto, a literatura apresenta uma variedade de interpretações. A ausência de clareza no entendimento sobre o termo surgiu como um obstáculo no avanço e na implementação dessa estratégia de atenção em saúde na prática da enfermagem ou o que é mais grave na realização das pesquisas. Falar de GC é falar sobre um processo que se estende para a comunidade e requer que o cuidado dispensado aos pacientes os ajude a derrubar barreiras e a modificar serviços descoordenados (LAMB, 1992). No início de 1960, este termo foi utilizado para caracterizar programas destinados a superar barreiras em serviços fragmentados (GIULIANO;PORRIER, 1991), tal como o direcionamento dos problemas de contenção de custos em serviços de cuidados a longo prazo, como eram os serviços psiquiátricos da época.

Lee et al. (1998, p.93) oferecem o seguinte conceito sobre GC: “[...] é um modelo que promove engajamento, transição integrada e assegura a continuidade do cuidado, uma vez que possibilita que os pacientes permaneçam na comunidade e se responsabilizem pelo seu cuidado [...]”. Para os autores, apesar de sua reconhecida importância, atualmente ainda não há um consenso na literatura sobre como introduzir a estratégia nos serviços de saúde e, principalmente, na comunidade, assim como também não existe uma clara definição sobre as atividades que compõem o GC na enfermagem.

Alguns autores (DESIMONE, 1988; BREJAN, 1994; BERGER,1992) definem o GC dentro de um conceito operacional de *continuum* que se estrutura como uma rede de encaminhamentos, com supervisão e planejamento e com uma oferta de serviços diretos de enfermagem. O GC pode se caracterizar por um sistema de oferta de cuidados, um modelo de prática profissional ou grupo de atividades que são realizadas para o paciente. Obviamente, esta diversidade de características e aplicações tem levantado muitas questões. A mais importante é o relacionamento com outros trabalhadores da saúde que podem, por não entenderem o papel do gerente de casos, não aceitar sua função dentro das equipes (LAMB,

1992). A grande discussão em torno da utilização do GC não corresponde à qualidade do cuidado, pois é consenso na literatura que sua utilização atualmente favorece em vários aspectos na melhoria da qualidade de vida do doente mental, principalmente quando o gerente é um profissional especializado na área.

A questão que os teóricos discutem é a dificuldade em utilizar essa estratégia de trabalho devido à falta de compreensão do conceito. O obstáculo para colocá-lo em prática se dá segundo Chan et al (2000) pela sub utilização do GC. Lamb (1992) observa que a falta de esclarecimento se dá pela rápida expansão do GC nos últimos anos, substituindo outras estratégias de trabalho na comunidade, embora não tenha sido compreendido suficientemente, em alguns casos, por quem o aplica. Em outros casos, apenas alguns dos seus princípios são utilizados e mesmo que se obtenham resultados semelhantes, não podemos dizer que o gerenciamento foi utilizado. Há uma necessidade de elucidar seu conceito para melhor aplicá-lo, isso se refere também à discussão filosófica do mesmo e do seu foco de trabalho. É necessário também discutir as críticas que lhe são feitas, esclarecendo assim a que realmente o GC se propõe (HUSSAIN, 2000).

Bergen (1992) sugere que a definição de GC é inconclusiva devido a dois fatores importantes: primeiro essa estratégia ainda é uma novidade nas práticas da enfermagem; segundo existe uma falta de consistência na literatura em relação ao nível de abstração no qual a questão está sendo direcionada. Por outro lado, Thornicroft (1991) argumenta que a confusão em torno do conceito surge como um resultado das diversas áreas nas quais o GC pode ser implementado. Isso fica evidente no aparecimento de projetos que o utilizam em diferentes disciplinas da saúde (PETRYSHEN, 1992; LAXADE, 1995).

Segundo a *American Nurses Association* (1998), GC é definido como um sistema de gerenciamento e financiamento destinado à atenção de saúde para assegurar que os serviços providenciem o planejamento e a manutenção dos cuidados necessários para a população que

utiliza o sistema público de saúde. É um processo que inclui vários papéis e responsabilidades e alcança uma assistência compreensiva que precisa ser identificada, planejada e implementada sem, contudo, massificar o cuidado monitorando suas ações de acordo com a evolução da aprendizagem do paciente, e/ou criticando e revendo posturas sempre que necessário. O gerenciamento pode também ser responsável por elucidar casos de encarceramento e maus-tratos, se necessário. Porém, deve-se considerar em sua prática a individualidade do paciente e da sua família. Não há como estabelecer estágios de adaptação estanques, pautados em modelos cristalizados de atendimento. É importante pensar nos processos educativos para alta, pois caso o paciente permanecesse em tratamento/acompanhamento sem que houvesse uma previsão para sua alta, essa postura se configuraria como uma cronificação do sujeito, mesmo que extramuros, mas ainda cronificação (STEIN;TEST, 1980; MACKENZIE, 1989; COHEN, 1981; FRANKLIN, 1987; GIBSON, 1994).

Lamb (1992) comenta que a ausência de um conceito claro de GC não é surpreendente, porque essa prática tem-se expandido rapidamente em poucos anos por vários países, entre eles com destaque o Canadá e a Inglaterra, conforme nossa revisão de literatura comprova, em resposta à necessidade de identificar novas estratégias de oferta e melhoria da qualidade a custos reduzidos. Os enfermeiros implementaram o GC em diferentes especialidades da enfermagem, mesmo havendo a discussão de que essa estratégia ainda não tenha conceitos bem articulados. Acreditamos que devemos reconhecer que o uso do gerenciamento baseia-se na compreensão de que as pessoas com problemas de saúde buscam simplesmente a assistência ao usar o sistema de saúde, independente do modo como ela se apresenta (RHEAUME, 1994). No caso do GC, o cuidado é planejado especificamente para cada paciente e ele deve estar engajado no tratamento, inserido na comunidade e em contato com os serviços existentes na própria comunidade (LEE et al., 1998).

Marshall (1996) afirma que, em relação ao custo do emprego do GC, ele é bem menor do que o de serviços que demandam espaço físico para suas atividades, pois o espaço para aplicação do método é a casa do doente e sua comunidade. Em contrapartida, a qualificação do profissional é essencial. Suber (1994) avaliou as habilidades resgatadas pelos pacientes atendidos pelo GC e afirma em seu estudo que, dependendo do comprometimento do paciente, elas podem se dar de forma mais rápida ou não. Afirma ainda que sua aplicabilidade está condicionada também ao número de profissionais envolvidos de diferentes áreas e que a colaboração e união de todos é imprescindível, quando o mesmo é implantado nos serviços de saúde comunitária. O que nos faz pensar que, embora o gerente de caso seja o profissional de referência do paciente, aquele está inserido em uma equipe que dá suporte e sustentação às suas ações em parceria com o paciente sempre que necessário.

Hussain (2000) definiu algumas metas para o trabalho com GC, entre elas manter contato com o paciente, reduzir a frequência e a duração das internações hospitalares, aperfeiçoar os resultados clínicos e sociais. O autor apresenta ainda duas diferentes formas de desenvolver o gerenciamento de casos em saúde mental, a saber:

- (a) Modelo de defesa ou corretagem: em que a ênfase do modelo está no trabalho e na mobilização de recursos para atender os pacientes que precisam dos serviços e suporte nas agências comunitárias. Trabalha-se com a figura de um monitor que acompanha o paciente sempre que necessário. O modelo visa a facilitar o acesso do paciente aos diferentes serviços oferecidos na comunidade, há uma valorização do relacionamento entre o paciente e seu terapeuta para que ambos se responsabilizem pelo tratamento. Focaliza também a proteção do paciente em relação a possíveis riscos aos quais ele estaria exposto e à definição clara de quem ele poderia estar procurando para pedir ajuda.

(b) Modelo assertivo de tratamento na comunidade: considera as responsabilidades que o Estado tem sobre o cuidado com os pacientes psiquiátricos. Está pautado nas resoluções de um documento confeccionado pelo que seria para nós o Ministério da Saúde Americano, intitulado “Modernizando os Serviços de Saúde Mental”. Segundo este documento, o governo deve incluir essa clientela em todas as suas ações de saúde, ele é responsável pela manutenção do cuidado, fiscalização e provisão de recursos para que os serviços funcionem de forma adequada. O governo ainda tem a responsabilidade de qualificar as pessoas que vão trabalhar na comunidade e promover a responsabilização de todos pelo cuidado. Outros princípios também devem ser considerados nesse tipo de trabalho, tais como: as diferenças culturais, a individualidade e a possibilidade do acesso à comunidade.

Enfim, o GC tem como objetivo maior manter o paciente na comunidade, em contato com o serviço, mas não dependendo dele, desenvolvendo relações entre seus pares sem a necessidade constante de intervenção.

Beardshaw;Towell (1990) classificaram em três as estruturas do GC: a primeira é a de **corretagem** em que a defesa dos direitos do paciente é uma característica proeminente e o gerente de caso age para unir as necessidades do cliente às possibilidades do serviço como um agente independente, localizado fora dos recursos das agências. A estrutura de **comércio social** em que o controle dos recursos e o orçamento são centrais e o gerenciamento de caso tem orçamento para a compra de pacotes de saúde para oferecer aos clientes. A estrutura de **expansão** em que o gerente tem como função coordenar o cuidado supõe que os membros da equipe multidisciplinar sejam responsáveis pela organização, realização e monitoração dos cuidados aos clientes. Estas três diferentes estruturas ilustram a variação de ênfases dadas ao funcionamento e valor do GC.

Bergen (1992) sugere que o GC pode ser dividido operacionalmente em cinco fases distintas: (1) identificação, (2) planejamento e implementação do cuidado, (3) monitoração, (4) avaliação ou reavaliação que conduzem à fase final de (5) encerramento ou repetição do ciclo. Embora esse *continuum* ofereça uma prática mais sistemática de trabalho do que seja GC, ele pode ter diferentes interpretações de acordo com o contexto dos cuidados de saúde no qual é praticado. Ou seja, a definição do GC deveria ser determinada de acordo com o contexto particular da pessoa. No entanto o GC na enfermagem comunitária é operacionalmente definido como um processo sistemático de avaliação, coordenação de serviços, encaminhamento, monitoramento e avaliação através da necessidade dos clientes (HOSPITAL AUTHORITY, 1995). Independente do modelo escolhido, o GC tem como objetivos (MCKENZIE,1989; GIULIANO;PORRIER, 1991):

- a) Proporcionar cuidados de qualidade aos pacientes, enfatizando a importância da restauração da saúde, manutenção e aumento da continuidade de serviços.
- b) Diminuir os custos dos cuidados, pelo fortalecimento do paciente e de seus familiares para maximizar a capacidade de auto-cuidado e prevenir reinternações desnecessárias ou prolongadas.
- c) Melhorar a satisfação do paciente e equipe de saúde, por meio do desenvolvimento profissional através da colaboração da prática multidisciplinar e de cuidados coordenados.

A literatura consultada aponta que, para alcançar os objetivos do GC, os enfermeiros são considerados os profissionais mais capacitados para realizar tais funções, pois, segundo Knollmueller (1989) e Bergen (1992), coordenar ações destinadas ao cuidado dos pacientes reflete os modelos filosóficos atuais da enfermagem. Para que isso se concretize, Meisler e Midyette (1994) identificaram cinco funções para o enfermeiro no GC: gestor-gerente, clínico, consultor, educador e pesquisador. A função do **gerente** envolve a questão financeira

em termos de avaliação e monitoramento dos custos e recursos gastos com o cuidado. A função como **clínico** permite que o enfermeiro desenvolva um plano específico de cuidados para cada tipo de paciente de uma população. Como **consultor**, o gerente de caso colabora com a equipe multidisciplinar, assume a coordenação do tratamento dos pacientes, oferece suporte clínico e especializado, coordena as consultas e encoraja os pacientes e familiares na participação do GC. A responsabilidade como **educador** inclui orientar na utilização do plano de cuidados do paciente, envolvendo toda a equipe de saúde no processo de cuidados integrais, treinamento dos funcionários e envolvimento nas mudanças curriculares no âmbito da formação profissional. Sendo um **pesquisador**, o gerente de caso, além de realizar pesquisas na área, monitora e avalia a qualidade dos resultados e custos das mesmas.

Lamb (1992) identificou três modelos do GC na prática de enfermagem, de acordo com o local em que o enfermeiro, está realizando sua prática. O modelo baseado no **hospital** requer que o enfermeiro sozinho ou em equipe, coordene as ações destinadas ao indivíduo hospitalizado de alto risco. A enfermeira, nesse modelo, em geral não acompanha o paciente fora do hospital. No modelo **hospital-comunidade**, a enfermeira de gerenciamento trabalha com pacientes em quadros agudos e nas internações prolongadas. Por último, no modelo **comunitário** o paciente é acompanhado em seu domicílio.

Giuliano e Pourrier (1991) sugerem que o gerente de caso também pode ser um grupo consultor da prática. Esse grupo pode ser formado por enfermeiros e médicos que constituem a sua estrutura formal e oferecem consultoria para os casos apresentados pela equipe de saúde, por exemplo, um episódio agudo da doença. Nos Estados Unidos, o modelo hospitalar é predominante (ETHRIDGE, 1989) como resultado da política de saúde do país.

Em relação à experiência do GC em Hong Kong, para reduzir o custo das práticas de saúde, por meio de um modelo *continuum* de cuidado no hospital e na comunidade, o modelo de GC assemelha-se ao modelo que está sendo empregado para introduzir a estratégia na

enfermagem comunitária. Os sistemas são organizados em duas fases, usando os cuidados de coordenação e o GC. Os cuidados de coordenação são realizados por enfermeiras generalistas e o GC é realizado por enfermeiras comunitárias (LEE et al., 1998). O coordenador é um facilitador na implantação do GC nos serviços de enfermagem comunitária por meio do trabalho hospitalar baseado na equipe multidisciplinar. Cabe ao coordenador desenvolver caminhos para transferir o paciente para o programa de GC na comunidade. O gerente então coordena e planeja as metas a serem alcançadas pelo paciente, faz-se uma avaliação do que foi planejado, implementam-se as ações e monitoram-se os casos através da utilização de manejo dos cuidados de saúde e recursos sociais apropriados. O gerente também é responsável pelo encerramento e encaminhamento do caso, quando necessário, e promove uma transição integrada entre o serviço hospitalar e o comunitário, assegurando a continuidade do caso, uma vez que o cliente retorna à comunidade.

No Reino Unido, Bergen (1994) sugeriu que o envolvimento do enfermeiro no GC é variável. Esta variabilidade não surpreendentemente é atribuída à confusão acerca do conceito de gerenciamento. Em termos de funções adotadas pelo enfermeiro no gerenciamento, o autor aponta que as enfermeiras estão engajadas no processo de avaliação/encaminhamento (97,5%), na oferta de serviços (94%) e no monitoramento e revisão de casos (88%). Empregando-se o modelo de Beardshaw e Towell's (1990), onde o GC é classificado em três partes, Bergen (1994) comenta que o modelo profissional-chave, coordenador/cuidador, aparentemente demonstra que as enfermeiras comunitárias estão fazendo a sua tarefa principal no GC. Quando perguntadas sobre quais outros profissionais contribuem com suas tarefas, 95% indicaram que o serviço social aparece como o maior envolvido nas ações. De fato existe uma quantidade significativa de orientações do serviço social na maioria dos projetos de gerenciamento nos EUA, resultando em uma aparente marginalização na contribuição do

enfermeiro (BERGEN, 1992). Em contrapartida, Rheaume et al. (1994) apontam que o GC possibilita aos enfermeiros tornarem-se administradores dos cuidados.

Os investimentos financeiros em saúde são díspares em diferentes países e as ações de saúde, portanto, devem se adequar a essas desigualdades. O objetivo comum do gerenciamento, como já apontamos, é proporcionar cuidados com custo reduzido e efetividade em suas ações. Entretanto, na prática existem diferenças na interpretação das funções dos enfermeiros e esse fato não pode ser avaliado separadamente da questão financeira. Este argumento tem levantado importantes questões de como poderíamos avaliar os programas, e como poderíamos estar medindo o impacto dos mesmos com base na questão dos custos associados ao GC (LAMB, 1992). Os Estados Unidos são o país que mais realiza pesquisas para medir o impacto do GC. A população mais avaliada para medir sua efetividade foi a dos pacientes com doenças pulmonares e cardíacas. Estes grupos de pacientes foram identificados como populações apropriadas para esses estudos, porque foram considerados grupos com maior facilidade para monitoramento dos resultados (INTAGLIATA, 1982). Além disso, observaram-se o desempenho clínico e a satisfação do consumidor que foram considerados um método apropriado de coleta de dados por diversas razões, incluindo o potencial para uma boa taxa de resposta, oportunidade de esclarecer questões ambíguas e habilidade para obter informações detalhadas (WHILE, 1991).

Variáveis como o tempo de internação, o número de admissões, a satisfação do paciente, da família, dos médicos e dos funcionários foram estudadas amplamente nas pesquisas de GC. A melhora clínica, a redução do custo da internação, a satisfação do paciente em termos de diminuição do tempo de hospitalização, a manutenção ou aumento da qualidade dos cuidados, a satisfação do cliente e do cuidador foram relatadas como variáveis importantes (ZANDER, 1988; COHEN, 1991; DUDDY, 1992).

Bergen (1992) afirma que a maioria dos estudos sobre o GC avalia a efetividade de suas iniciativas e que há evidências de que as iniciativas individuais bem-sucedidas existem onde o enfermeiro está inserido, entretanto não existem avaliações detalhadas de tais projetos para estabelecermos alguma conclusão. É evidente que, para medir o impacto de programas de GC, é necessário relacionar o processo empregado e os resultados obtidos (HALE, 1993). A descrição detalhada do processo de enfermagem em GC ou de sua função é especialmente relevante para respaldar o papel do enfermeiro em relação à sua autonomia para o método e para a utilização de recursos (LAMB, 1992). Apesar da falta de consenso em definir o conceito de GC, é importante introduzi-lo como uma atividade de enfermagem, que responde às necessidades de cuidados de saúde num contexto particular (LEE et al. 1998).

Em outro estudo realizado em Hong Kong, Macken (1996) avaliou o trabalho do enfermeiro na estratégia do GC, inserido na enfermagem comunitária. O desenho desse estudo contém elementos quantitativos e qualitativos. Foi usado um desenho quantitativo descritivo para avaliar a implementação do GC nos serviços de enfermagem comunitária em termos de: resultados clínicos (pela mensuração da quantidade de cuidados), funcionamento do paciente em relação às atividades de vida diária, taxa de readmissão, uso de serviços de urgência/emergência e satisfação com os cuidados. Os dados qualitativos refletiram as mudanças nas funções dos enfermeiros e a satisfação obtida pelas entrevistas e confecção de diários de campo individuais ou em grupos. O GC é uma estratégia no campo das práticas, técnica, ética e política, que possibilita o desenvolvimento da autonomia das pessoas com doença mental, para que elas possam superar ou diminuir as limitações ou desvantagens nos principais aspectos de sua vida em comunidade.

A exclusão social é um dos problemas que as pessoas com doença mental enfrentam e dos quais o governo britânico tem se ocupado. Bonner et al. (2002) realizaram uma pesquisa em que por um período de dois anos acompanharam e analisaram o impacto da prática de

registro e acompanhamento de todas as pessoas com doença mental por meio do programa de Distrito de Saúde adotado na Inglaterra para essa clientela. Os resultados apontaram uma redução das experiências de sentimento de exclusão dos pacientes, embora isso não tenha influenciado em sua qualidade de vida e na relação destes com os serviços de saúde. Os pacientes apontaram entre suas dificuldades, após o acometimento da doença: a falta de expectativa diante da vida, a mudança no relacionamento dentro de casa, a deterioração da saúde física, os sintomas psicóticos, o estresse, o uso de álcool e drogas, o relacionamento amoroso deteriorado, a dificuldade para seguir nos estudos, a dificuldade para usar o telefone ou o transporte público, para lidar com dinheiro, fazer uma refeição e, em alguns casos, alimentar-se.

Dentre essas queixas, Bonner et al. (2002) avaliaram que 30% dos pacientes necessitavam de maior atenção nas áreas relacionadas ao estresse decorrente de sua condição de doente mental, 25% em relação às atividades físicas e diárias, 20% estavam relacionadas à atividade sexual, companhia (amigos) e experiências sexuais, 19% em relação à alimentação e ao relacionamento dentro de casa, de um total de 274 pessoas entrevistadas. Nesse estudo foi utilizado um questionário composto por três escalas para avaliar qualidade de vida de pacientes psiquiátricos que se caracterizava por abranger domínios relacionados à vida do paciente em comunidade, tais como: moradia, relacionamento dentro de casa, atividades diárias, contato social, relacionamentos íntimos e expressão sexual. Em relação à exclusão social, foram observados domínios relacionados à comunidade na qual o paciente estava inserido, entre eles: exclusão dentro do próprio lar, uso de seu tempo produtivamente, satisfação e estabilidade no trabalho, vida social, família, relacionamento com parentes, amigos e cônjuge. Segundo a exclusão social, 8% dos pacientes apresentaram dificuldades de relacionamento com seus cônjuges, 7% de insatisfação no emprego, 6,5% estavam insatisfeitos com a utilização do tempo de forma produtiva, 6% em relação à família. Dos 274

pacientes, 16% viviam sozinhos, 11%, com o cônjuge sem depender financeiramente dos filhos, 4% viviam com o cônjuge e dependiam dos filhos financeiramente, 1% vivia e dependia economicamente dos filhos, 5% viviam com a família, 15%, com os irmãos e 2%, em casas de apoio. Quando perguntados sobre o que seria necessário para que suas vidas se tornassem melhor, eles afirmaram em 86% das respostas: direcionamento da vida, poder fazer algo sem ninguém lhes vigiando e amor. As autoras concluíram que independente dos programas sociais de cunho inclusivo, os pacientes querem, apenas, um tratamento respeitoso e individualizado, sem que pese o montante de recursos que são dispensados para o mesmo (BONNER et al., 2002).

Samele et al. (2002) avaliaram a percepção dos pacientes sobre o GC e os fatores que influenciam essas percepções. Foi aplicado um questionário a 225 pacientes com quadros de psicose grave cujos resultados possibilitaram a comparação entre a utilização de GC *versus* o GC intensivo. Foram considerados como principais pontos de análise: a qualidade do cuidado recebido e a percepção do paciente em relação ao GC. A hipótese dos autores era de que os pacientes que recebiam cuidados intensivos de gerenciamento percebiam de forma mais clara seus benefícios do que os pacientes que seriam acompanhados pelo GC, considerando que, no gerenciamento de casos intensivos, cada gerente era responsável por acompanhar 15 pacientes de cada vez e, no segundo, eram acompanhados de 30 a 35 pacientes por gerente. A segunda hipótese do estudo era a de que os pacientes percebiam o gerenciamento de casos associando-o a questões demográficas, clínicas e variáveis sociais. Foram avaliados os pacientes ligados a serviços comunitários de saúde mental que utilizavam equipes multidisciplinares de gerentes, formadas majoritariamente por enfermeiras psiquiátricas, e outros profissionais entre eles psicólogos, terapeuta ocupacional e trabalhadores voluntários com treinamento em saúde mental. Em relação à qualidade do cuidado não foram observadas diferenças na percepção dos pacientes, ele foi considerado bom em linhas gerais por todos os entrevistados, embora as

mulheres entrevistadas (59%) tivessem essa percepção mais nítida do que os homens (41%), outro ponto importante encontrado é que havia uma forte relação entre as condições clínicas e sociais dos pacientes e a percepção da qualidade do cuidado, e que os pacientes percebiam que o gerenciamento de caso intensivo favorecia muito mais a recuperação e era percebido como melhor do que o gerenciamento de casos-padrão.

O Programa de Acesso ao Cuidado (PAC) é um modelo de gerenciamento de casos que faz parte da política de saúde mental inglesa e existe há mais de dez anos, oferecendo aos seus usuários não só serviços, mas também possibilidades de trabalho e reinserção social (SIMPSON et al. 2003). Vários modelos de GC são utilizados nesse programa entre eles: clínico, efetivo, intensivo e assertivo sendo definidos de acordo com a necessidade do paciente. A questão do estudo de Simpson et al. (2003) era se a utilização dessa variedade de modelos não faria com que o Programa de Acesso ao Cuidado perdesse não só sua efetividade, mas também sua credibilidade. Os autores observaram que a unificação e a definição clara de uma filosofia única de trabalho melhorariam a percepção que os usuários e profissionais tinham do programa.

White et al. (2000) avaliaram o impacto do gerenciamento de casos na aprendizagem e no ensino do processo de enfermagem em psiquiatria e saúde mental. A pesquisa foi realizada com enfermeiros recém-graduados. E a questão norteadora do estudo foi em relação à aprendizagem sobre o processo de enfermagem e as relações entre enfermeiro/paciente/cuidado. As pesquisas na área do ensino apontam que o GC tem transformado a aprendizagem de muitos enfermeiros, pois o processo de ensino e aprendizagem tem se tornado essencialmente prático, principalmente quando se considera que o gerenciamento de casos tem uma função educativa não só para o paciente, mas também para os familiares, cuidadores e profissionais. Segundo as autoras, a nova “ciência” do gerenciamento de casos tem apresentado reflexos não só no ensino da enfermagem mas nas

relações entre todos os profissionais que trabalham com esse modelo, principalmente no que se refere às disputas de poder e controle das equipes em relação aos programas instituídos.

Hazelton (1999) realizou um estudo etnográfico com trabalhadores da saúde mental na Tasmânia entre os anos de 1995 e 1997, em que se discutiram, as relações de controle e poder que esses profissionais exerciam sobre a vida dos pacientes por meio do GC e das próprias discussões internas nas equipes em relação a quem seria por ordem natural o que podemos traduzir como sendo o “gerente dos gerentes”. Os participantes da pesquisa foram questionados em relação às suas rotinas de trabalho e à sua percepção do impacto das reformas políticas em saúde mental em suas ações. Também lhes foi perguntado o que seria um cuidado psiquiátrico ideal. Um dos pontos citados pelos entrevistados em relação à natureza do trabalho em saúde mental é que o mesmo é perigoso e difícil, porque em muitos momentos o profissional e o paciente encontram-se em posições extremamente vulneráveis, tanto física como mentalmente, por conta da própria especificidade da clínica psiquiátrica e que, no gerenciamento de casos, isso se evidencia de forma mais clara do que em outros modelos de atenção, dada a intensa e próxima relação do gerente com o paciente. Outra questão apontada é a dificuldade que as enfermeiras têm em trabalhar com o médico, nesse tipo de modelo, pois este profissional, apesar de conhecer os princípios teóricos do gerenciamento, em alguns momentos comporta-se como coordenador de equipe, o que gera conflitos entre ambos.

Em 2001, segundo Beebe, aproximadamente 1,9 milhão de norte-americanos sofriam de esquizofrenia. A esquizofrenia, por ser um dos transtornos mentais considerado altamente debilitante e estar associada a sintomas extremamente desconfortáveis para o paciente, tem consumido grande parte dos recursos para a área da saúde mental do país, pois por suas características acaba requerendo internações freqüentes de médio e longo prazos o que gera sofrimento dobrado do paciente. A autora realizou um estudo sobre a utilização de suporte

psicoterápico por telefone às pessoas com transtornos mentais e seus familiares. Esse estudo foi realizado durante um ano com pacientes portadores de esquizofrenia e comparado com um grupo de controle que recebeu atenção de enfermagem domiciliar tradicional. Foi observado que dos 100 pacientes acompanhados, 23% do grupo de controle foram em algum período readmitidos em uma instituição hospitalar em momentos de crise, comparados a 13% de pacientes que recebiam atendimento gerenciado por telefone. Os pacientes que receberam atenção via telefone relataram uma redução na ansiedade e moderação no comportamento negativista (27%). Para a autora, o atendimento por telefone é uma nova forma de gerenciar casos sem que a enfermeira se exponha a riscos desnecessários.

O desenvolvimento de escopo de conhecimentos sobre gerenciamento de casos para a enfermagem é essencial para assegurar sua expansão e seu desenvolvimento e que esse conhecimento deve ser justificado com base em pesquisas dirigidas por enfermeiros, assegurando assim mecanismos que validem a importância desse modelo de atenção para a enfermagem contemporânea. O GC na enfermagem tem sido uma estratégia comum utilizada pelos serviços de saúde para populações de risco. A inserção do enfermeiro em todos os níveis de atenção à saúde é notória; entretanto, nos últimos anos, observamos o crescente número de enfermeiros que atuam com o GC (LAMB, 1992).

O GC individualiza o cuidado e, portanto, incrementa a qualidade do mesmo. Após sua utilização em diversos países, o que se pode dizer é que a enfermagem em relação ao GC evoluiu muito, emergindo como um forte campo de atenção dos enfermeiros. A adoção do modelo hospitalar, hospitalar/comunitário ou comunitário não interfere na idéia de atenção integral e individual em diferentes espaços onde o GC seja utilizado, o que é considerado de extrema importância, quando se pensa na inserção do enfermeiro nesses locais. Os enfermeiros vêm desenvolvendo, aplicando, avaliando e implementando programas de gerenciamento como opção para as políticas de saúde destinadas às populações consideradas

em situação de risco e/ vulneráveis. O impacto do gerenciamento de casos nas políticas públicas de saúde tem suscitado alguns dilemas. O primeiro está relacionado à necessidade de definir os componentes das atividades dos enfermeiros no modelo de gerenciamento.

Em 1988, a Associação Americana de Enfermagem definiu que gerenciamento de casos em enfermagem era um processo de cuidados que incluía assistência, comprometimento, coordenação e monitoramento de serviços e recursos que assegurassem as necessidades dos clientes. Baseada no conceito de processo de enfermagem, esta definição deu um norte para a conceituação e implementação do papel da enfermeira gerente de casos. Até o presente momento, este conceito ainda é considerado confuso, pois, em primeiro lugar, cabem ao enfermeiro no gerenciamento diferentes papéis; entre eles: o de coordenador de serviços, monitor de ensino, gerente de casos propriamente dito, entre outros, de acordo com a realidade do local onde a estratégia é empregada. Em segundo lugar, o gerenciamento dentro da enfermagem tem diferentes teorias que o fundamentam, sendo utilizado em diferentes disciplinas.

A ausência de uma base teórica, segundo Lamb (1992), é problemática, mas não é uma surpresa. Durante cinco anos de expansão do gerenciamento, o que se observou na área da saúde foi uma preocupação das agências de saúde dos diversos países que o utilizam como um meio de reduzir os custos dos serviços ainda que oferecendo cuidados de qualidade; a outra questão é que dentro da enfermagem observou-se que os enfermeiros que trabalhavam com gerenciamento relatavam um grau de satisfação com suas funções, nunca antes observado, quando inserido nos modelos já conhecidos de atenção em saúde. Isso fez com que, apesar da inexistência de um arcabouço teórico suficientemente validado que pudesse dar suporte para esse modelo de atenção em saúde, essa ausência não fosse um obstáculo suficientemente forte para fazer com que o gerenciamento de casos em enfermagem não fosse implementado. O gerenciamento está condicionado à relação enfermeiro-paciente que especificamente em

psiquiatria é extremamente subjetiva, daí o GC nessa área ter sido considerado uma caixa-preta por muito tempo, principalmente em relação à quantificação desse cuidado, pois, para os enfermeiros psiquiátricos que trabalham em países onde o sistema de saúde funciona sob a ótica do reembolso de serviços utilizados, é difícil quantificar uma relação terapêutica. A saída encontrada foram as pesquisas desenvolvidas por enfermeiros, ainda que utilizando parcialmente o modelo de GC, pois só dessa forma foi possível demonstrar sua eficácia e importância para a autonomia do cuidado de enfermagem.

Em relação ao ensino em saúde mental, considera-se um entrave o fato de os alunos desconhecerem as especificidades do trabalho do enfermeiro psiquiátrico e no que ele se diferencia em relação às outras especialidades. O comum é que o alunado saia da graduação sem clareza da função do enfermeiro na clínica psiquiátrica. Algumas áreas merecem pesquisas, tais como: identificação dos diferentes modelos de gerenciamento utilizados e a relação entre os mesmos; delineamento e sistematização das funções do enfermeiro gerente de casos; conhecimento das teorias de enfermagem que têm sido utilizadas pelos enfermeiros para implementação do modelo; uso de teorias da administração em enfermagem para explicar as variações dos papéis do enfermeiro dentro do modelo de gerenciamento, tal como o de gerente de recursos dentro das agências de saúde.

Pelo fato de serem empregadas diferentes e variadas metodologias no gerenciamento de casos, a enfermagem de modo geral tem apresentado algumas dificuldades na realização de pesquisas na área. Em tese, as pesquisas têm sido direcionadas para os grupos considerados consensualmente de risco, tais como população de rua, desabrigados, doentes mentais, mulheres e crianças em situação de risco, entre outros; essas populações acabam por limitar em alguns momentos a implementação de um programa de gerenciamento de forma coordenada. Outro problema é o critério de escolha desses grupos. Geralmente este se dá por meio de entrevistas, avaliação clínica e mais raramente por amostragem aleatória, o que

invalida alguns instrumentos de pesquisa, quando aplicados em outros estudos que não tenham as mesmas características; ou seja, os estudos em gerenciamento de casos são em grande parte considerados experimentais ou quase experimentais.

Esse fato de certa forma cria uma problemática para os pesquisadores, pois fica difícil clarificar as diferenças entre o enfermeiro gerente de casos e o enfermeiro, por exemplo, que trabalha com grupos, ou, no caso do Brasil, o acompanhante terapêutico. O acompanhante terapêutico (AT) é uma atividade profissional que tem como uma de suas características a articulação do profissional envolvido no caso atendido favorecendo, um modelo de identificação para o paciente por intermédio da função de ego auxiliar. Na literatura e na prática em AT, algumas diretrizes apontam para o suporte à clientela, que, em estados especiais ou em situações agudas, necessita lidar com suas dificuldades no meio social. São elas: prevenir a cronificação e institucionalização e buscar o resgate da cidadania e a não-alienação social; permitir a inserção do sujeito na coletividade, preservando suas diferenças individuais e potencialidades, propiciar momentos e espaços nos quais a pessoa possa realizar-se como sujeito ativo em seu meio social (SERENO, 1996).

A experiência de Mauer; Resnizky (1987) permitiu uma sistematização das diversas funções do acompanhamento terapêutico: 1. conter o paciente; 2. oferecer-se como modelo de identificação; 3. emprestar ego; 4. perceber, reforçar e desenvolver a capacidade criativa do paciente; 5. informar sobre o mundo objetivo do paciente; 6. representar o terapeuta (ajudar o paciente a entender interpretações efetuadas pelo terapeuta); 7. atuar como agente ressocializador; 8. servir como catalisador das relações familiares. Uma marca dos trabalhos sobre o acompanhante terapêutico é o referencial psicanalítico a partir do qual os profissionais conduzem seu trabalho como acompanhantes terapêuticos.

Antonucci (1994) afirma que é necessário que o AT tenha um conhecimento teórico sobre as funções do ego para colocação de limites e organização de atividades, a fim de

colocar restrições na franca repressão das pulsões instintivas presentes em distúrbios psicóticos. O autor também aponta que o AT deve: fornecer cuidados básicos; sugerir condutas alternativas; colocar limites; estimular atitudes e relações sociais saudáveis; organizar atividades que diminuam a possibilidade dos sintomas ocorrerem; nomear emoções do paciente e as suas próprias; funcionar como modelo de identificação; oferecer parâmetros da realidade compartilhada e conter o sofrimento psíquico do paciente. Além dessas características citadas, para o autor é fundamental que o AT esteja em psicoterapia individual e acompanhado por supervisores, e que, apesar de alguns estudos elegerem a psicanálise como saber clínico predominante para se focalizar a prática do AT, os profissionais da área podem conviver com uma multiplicidade de referenciais, quer sejam de orientação winnicottiana, lacaniana, freudiana, reichiana ou inúmeras outras maneiras de se colocar frente ao fenômeno, sob diferentes enfoques.

A clínica do AT é referida como aquela preocupada em romper o isolamento dos sujeitos psicóticos, deficientes e outros que demandam tratamento, é uma clínica que acontece fora dos equipamentos tradicionais de atenção em saúde mental, e que se dá entre acompanhante, acompanhado que juntos exploram os diversos espaços possíveis, descobrindo e experimentando caminhos diversos (EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA, 1991).

O que foi observado, em relação aos estudos compilados durante a revisão da literatura sobre o GC, é que os mesmos utilizaram dois critérios para selecionar seus grupos de estudo, o primeiro foi a idade dos indivíduos e o segundo o diagnóstico dos mesmos; em relação às variáveis consideradas, elas geralmente estão relacionadas ao estado civil, expectativa em relação ao tratamento e influência do gerente de casos no desenvolvimento de habilidades perdidas, por exemplo, dois indivíduos com doença obstrutiva crônica podem diferir substancialmente em relação ao risco para infarto agudo do miocárdio, ao suporte familiar e

de saúde e conseqüentemente ter respostas diferentes ao programa de gerenciamento de casos. Incluem-se ainda, nessa situação, as características do gerente de casos, a articulação desse com os serviços de saúde que o paciente utiliza, a relevância do gerenciamento na vida do paciente e a dificuldade de se interpretarem questões tão subjetivas. Daí a crescente onda de pesquisas que utilizam grupos de controle com o intuito de tentar comparar esses dados, embora isso nem sempre tenha sido uma boa alternativa, pois os resultados apontam para o seguinte caminho: quanto mais individualizado e autônomo o cuidado melhor os resultados com o gerenciamento, apesar de outros modelos terem sido comparados e validados da mesma forma que o gerenciamento.

Lamb (1992) sugere que, no futuro, as pesquisas (qualitativas e quantitativas) em GC necessitam ser bem caracterizadas e ter sua metodologia bem definida, passo a passo (visando a sua replicação), sem a utilização de grandes recursos tecnológicos, priorizando a relação e simplificando as ações. Os desenhos das pesquisas necessitam ter conceitos teóricos mais claros para o gerenciamento e os instrumentos de pesquisas devem ser direcionados, sensíveis e validados para as populações de interesse da enfermagem. Os resultados devem esclarecer a principal questão da estratégia de GC, que é o seu fundamento teórico, considerado obscuro, devido aos diferentes contextos em que o GC vem sendo utilizado, mesmo que amplamente discutido.

Em relação à evolução dos programas de gerenciamento já existentes, Lamb (1992) aponta que algumas questões devem ser consideradas para implantação de outros programas no futuro: (1) é importante olhar com atenção o impacto do GC na qualidade e no custo do cuidado, o GC surgiu dessas necessidades e isso não deve ser perdido de vista; (2) o GC trabalha com a noção de *continuum*; é importante avaliar se os serviços de saúde estão possibilitando que isso seja mantido; (3) a qualidade do cuidado geralmente está associada ao número de acompanhamentos que o paciente recebe em determinado período de tempo, isso

gera custos e, portanto, deve-se avaliar a relação custo/benefício com bastante atenção; (4) contrariamente ao que se esperava, não existem estudos que tenham por meta apenas implantar o gerenciamento de casos em serviços, isso talvez seja uma lacuna que necessita ser sanada, pois estudos desse tipo possibilitaram comparações das variedades de modelos que existem na atualidade; (5) estudar o processo de trabalho do enfermeiro no gerenciamento é importante, mas devemos ter em mente que o foco da atenção em saúde não é a aplicação do programa puro e simplesmente.

Não existe uma ação sem reação, e isso tem acontecido freqüentemente com os gerentes de casos. O impacto desse modelo na vida dos enfermeiros também tem sido motivo de pesquisas, incluindo a individualização do cuidar, o aumento na capacidade de planejar suas ações a médio e longo prazos e a redução no uso dos serviços hospitalares e de urgência, o que também tem reflexos na vida dos enfermeiros que estão ligados a esses serviços. No Brasil, os enfermeiros psiquiátricos têm trabalhado nos diferentes dispositivos de atenção em saúde mental sob a ótica do acolhimento, da escuta terapêutica, ainda que de forma incipiente com a elaboração de projetos terapêuticos individualizados e com a reabilitação psicossocial, o que tem exigido qualificação e expansão do papel do enfermeiro na área. Algumas pesquisas enfocaram o fazer desse profissional dentro das equipes interdisciplinares e tem-se observado que, em alguns casos, ele é um profissional que vem se furtando ao trabalho na área. Encontramos entre nossos pares as mais diferentes justificativas, entre elas, dificuldades nas relações de trabalho, ou na estrutura física do local, falta de tempo e conhecimento do que fazer, o que se agravou com a inserção de novos atores nas equipes que têm realizado o trabalho que até então fazia parte da rotina do enfermeiro (VIII ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL E VII ENCONTRO DE ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA).

Felizmente ou infelizmente, essa questão em psiquiatria gera discussão, visto que nossas ferramentas de trabalho são a escuta, o acolhimento, o conhecimento e principalmente a disponibilidade para investir nos usuários, familiares e pessoas de suas relações (HIRDES, 2002). Não somos ingênuos em pensar que o GC possa resolver todas essas questões vivenciadas por enfermeiros psiquiátricos em campo, mas acreditamos que ele possa mostrar que é possível realizar nosso trabalho de acordo com as nossas competências. As visitas domiciliares, o plano terapêutico, a relação de ajuda, a psicoterapia breve e o processo de enfermagem são modelos de trabalho os quais os enfermeiros psiquiátricos já utilizam há muito tempo e que têm seu valor incontestável nesse campo da saúde. O GC é apenas mais uma estratégia de trabalho que, se observamos com atenção, congrega todos os instrumentos acima citados.

4. Referencial teórico-metodológico

4.1 A pesquisa etnográfica

A etnografia é uma estratégia de pesquisa qualitativa que tem como objetivo a compreensão do comportamento humano inserido em seu contexto cultural. Para Germain (1993), os grupos culturais apresentam características próprias em relação a valores, ideais, normas (de desenvolvimento e comportamento), controle e sanções para desvios de linguagem, rituais, comportamentos, interações parentais, artefatos (tecnologia), estrutura e função entre outros aspectos inerentes à vida em grupo.

Segundo Jackson (2003), etnografia é um trabalho descritivo da cultura de um povo ou de um grupo, e a cultura caracteriza o modo de vida desse grupo, incluindo o modo como seus integrantes resolvem seus problemas, se comunicam, interagem, comem, vestem-se, quais são suas tradições, crenças e costumes. Engloba também a compreensão de suas ações e sentimentos diante das adversidades. Ainda, segundo esse autor, todos os grupos apresentam um modo constante e complexo de se comportarem diante dos eventos que lhes rodeiam. Assim podemos compreender que diferentes sistemas de organização comportamental característicos, de grupos sociais distintos e seus meios de organizá-los constituem a cultura desses grupos.

As pesquisas etnográficas descrevem e interpretam a cultura de um grupo por meio da observação prolongada dos comportamentos, linguagens, costumes, interações e modos de vida dentro de um grupo social. Um dos maiores instrumentos de pesquisa da etnografia, segundo Germain (1993), é o questionamento constante diante do que está sendo observado. Para a autora, é necessário captar o contexto cultural, particularizar detalhadamente cada evento por meio da observação e participação dos eventos culturais do grupo estudado.

É uma forma de compreender como as pessoas vivem e se comportam diante da vida e de eventos internos e externos ao seu meio. A proposta da pesquisa etnográfica, pois é

explicitar o que está implícito por meio do estudo da variedade de comportamentos e modos de vida diferentes dos grupos sociais. O pesquisador que se aventura por este campo é um fotógrafo do cotidiano grupal. A atitude diante do(s) sujeito(s) da pesquisa deve ser a de um observador atento, que considera como material de trabalho o comportamento, a linguagem e os artefatos culturais (documentos, registros fotográficos, entre outros) para que possa estar realizando inferências sobre o mesmo (JACKSON, 2003).

A etnografia tem suas raízes na Antropologia e no estudo da origem dos povos, seu modo de vida e estratégias de sobrevivência ao longo do tempo. Esse conhecimento é considerado como sendo o tema central da etnografia e da Antropologia. Por meio do estudo dos relacionamentos entre os pares, a Antropologia tem traçado algumas considerações sobre certos comportamentos diante de fatos sociais para determinadas culturas emergentes (JACKSON, 2003).

O etnógrafo almeja compreender a cultura de determinado grupo em sua totalidade, sob uma perspectiva holística, onde é necessário capturar os matizes das atividades, comportamentos e, formas de se posicionar diante do mundo; essas informações devem ser contextualizadas e suas influências históricas devem ser consideradas no processo de apreensão das informações (ROPER;SHAPIRA, 2000).

A enfermagem tem utilizado a etnografia para descrever e explorar as possibilidades de intervenção em grupos, com base na compreensão das experiências vivenciadas por seus clientes durante o processo saúde-doença, pois com esse conhecimento a enfermagem pode tentar compreender as práticas dos membros das comunidades no processo de tratamento e cura de acordo com a realidade de cada grupo, utilizando esse conhecimento a favor da ciência e das políticas de saúde, assim como adequando os programas de saúde às necessidades reais da comunidade (GERMAIN, 1993).

Os estudos em enfermagem têm adotado desenhos em que o contexto das pessoas, suas práticas e interações têm sido valorizados. Para Roper e Shapira (2000), a prática da enfermagem é complexa e possibilita que processos interativos ocorram em contextos diversos. O processo de enfermagem, por exemplo, lança mão da observação participante em todas as suas etapas, a linguagem verbal e a não-verbal são valorizadas nesse processo. Para validar as informações que o paciente oferece, o enfermeiro interage com seus familiares, pois para desenvolver seu trabalho tanto o contato com o paciente quanto com o seu meio e as pessoas que o cercam é fundamental, fazendo, assim, com que seja possível interagir com um grande número de pessoas em uma variedade de circunstâncias, e cada vez mais a enfermagem baseada em evidências torna-se uma realidade entre nós.

É com base nessas argumentações que os autores acreditam que o enfermeiro é um etnógrafo natural, pois está habituado a lançar mão das ferramentas da etnografia em seu cotidiano. Os autores seguem afirmando que a enfermagem psiquiátrica em particular desenvolveu a habilidade de refletir antes de planejar qualquer ação terapêutica, mesmo diante de informações que a princípio aparentem serem verdadeiras, pois a especificidade dessa especialidade é lidar com a subjetividade dos sujeitos.

A implementação do método etnográfico envolve necessariamente o trabalho de campo. Antes do início da pesquisa é necessário estar bem claro o fenômeno de interesse do pesquisador e esse objetivo não deve ser perdido antes, durante e após a coleta dos dados. O grupo a ser pesquisado também deve ser escolhido previamente, a figura do informante-chave é fundamental para o acesso às informações e o pesquisador deve estar atento para identificá-lo o quanto antes. Germain (1993) afirma que a amostra dos estudos etnográficos é formada por um recorte da realidade, onde possamos observar eventos, atividades, informações, documentos em diferentes momentos.

Antes de iniciar a pesquisa é necessário, pois, definir o fenômeno a ser estudado, selecionar o grupo que participará do estudo, identificar as possíveis diferenças que poderão ser encontradas entre os grupos, rever a literatura em busca de estudos que já abordaram o tema, preparar e testar os instrumentos de pesquisa e obter a aprovação junto ao comitê de ética da instituição.

Segundo Roper e Shapira (2000), a observação participante, as entrevistas, o exame acurado e a avaliação dos documentos são as principais ferramentas que o pesquisador irá utilizar em seu estudo. Os autores afirmam que só assim será possível descrever o comportamento individual e coletivo das pessoas e grupos em uma cultura particular. A entrada no campo deve ser planejada, devemos identificar o informante-chave, mergulharmos na cultura desse grupo, catalogar as informações, identificar os grandes temas, coletar informações adicionais com o objetivo de não ter que retornar ao campo após o término do cronograma de trabalho, realizar observação participante e entrevistas, checar as informações sempre que houver dúvida, refinar os temas e determinar o quanto as informações coletadas são representativas da cultura daquele grupo. Ao término da coleta de dados, devemos analisar e discutir os mesmos e desenvolver um inventário cultural.

O desenvolvimento da pesquisa etnográfica envolve a interpretação das experiências dos outros. O pesquisador deve delimitar o tempo de permanência no campo, que perguntas irá realizar aos seus informantes, quais experiências ele quer observar, delimitando assim o seu estudo. As inferências são realizadas a partir do que foi observado e devem ser fidedignas, evitando assim possíveis erros de interpretação das informações. Os informantes devem ser selecionados de acordo com o grau de envolvimento com o fenômeno de interesse do pesquisador. Já o informante-chave é aquele que além de deter o conhecimento sobre o fenômeno também conhece as pessoas envolvidas no desenvolvimento do mesmo e seus desdobramentos (JACKSON, 2003).

O período de coleta das informações deve ser planejado cuidadosamente, pois o tempo dispensado para o estudo etnográfico não pode ser impreciso, seu planejamento é necessário para que cada etapa do estudo seja planejada não somente em relação ao como e onde, mas também ao quando e por quanto tempo. A realização de consulta a documentos, entrevistas formais e informais e a observação participante não podem se perder durante a coleta dos dados, sob o risco de termos que retornar ao campo para preencher as lacunas deixadas por falta de planejamento. A análise deve ser realizada continuamente para detectarmos erros nas informações fornecidas, percepção errada do fenômeno por nossa parte, falhas de comunicação e possíveis enganos em relação à escolha do informante-chave.

Para Jackson (2003), o pesquisador experiente conduz diferentes níveis de análise mesmo que o projeto ainda esteja em andamento. Algumas sugestões em relação à organização da análise devem ser consideradas tais como apresentar os dados em uma seqüência de domínios de análise, onde possamos visualizar a situação social, ou seja, o local onde se desenvolveu a ação, as pessoas envolvidas e o fenômeno observado, compondo assim a cena cultural a ser analisada pelo pesquisador. O domínio cultural inclui outras pequenas categorias. A primeira se refere à situação observada, por exemplo, a unidade de psiquiatria. As pessoas que circulam na unidade psiquiátrica compõem outro domínio e, sucessivamente, vão se delimitando outros domínios para compreensão do todo. O pesquisador também deve realizar a seguinte pergunta: - Quem são as pessoas da unidade? - Quais são suas características em comum, como elas se relacionam entre si?

Podemos recorrer às falas dos sujeitos observados em relação a determinado tema como ponto de partida para análise, o tema cultura determina e faz a conexão entre os demais domínios a serem trabalhados. Para definirmos quais serão essas falas, devemos estar imersos no campo, observando e escutando atentamente para detectarmos quando elas se revelam. Outra forma de descobrirmos esse tema é por meio da leitura exaustiva do diário de campo,

traçando paralelos entre as diferentes anotações das observações que foram realizadas pelo pesquisador. É importante observar as diferenças e similaridades entre os temas de cada domínio, o foco de atenção, portanto é a cena cultural que compõe o domínio. Os temas devem incluir (JACKSON, 2003):

- Os conflitos sociais – que são os conflitos sociais emergentes. O pesquisador deve identificar, revelar e interpretar esses conflitos. Por exemplo, o conflito entre enfermeiros e médicos em relação ao plano de tratamento.
- As contradições culturais – todas as sociedades apresentam contradições em seu modo de agir e pensar; quais são as contradições inerentes ao grupo observado?
- As técnicas informais de controle social – quais mecanismos estão sendo utilizados por um ou mais indivíduos para controlar determinado grupo.
- As relações sociais – como são as relações entre os membros do grupo e com outras pessoas que não fazem parte daquele grupo específico.
- Como adquirem e mantêm *status* – quais são os símbolos culturais e os ícones que agregam *status* e prestígio. O que as pessoas fazem para ter e manter *status* dentro do grupo.
- A resolução de problemas – como o grupo resolve os p
- roblemas que se apresentam.

Quando o pesquisador consegue reunir todas essas informações, ele deve então realizar um resumo da cena cultural. E com base nesse resumo ele poderá estabelecer relação entre diferentes comportamentos para resolução do mesmo problema pelo grupo, ou estabelecer um padrão de conduta, de acordo com a situação enfrentada por um de seus membros.

O processo de análise dos estudos etnográficos, segundo Jackson (2003), pode seguir outros caminhos que não o modelo dos domínios culturais. O importante é que o leitor possa visualizar, por meio dos domínios, seus temas e cenas culturais e todos os elementos que compõem o campo da pesquisa.

A pesquisa etnográfica, tanto dos grandes estudos quanto das minietnografias, é composta por uma miscelânea de informações que devem ser decodificadas pelo pesquisador quando do momento da análise. Para tanto Spradley (1980) apud Jackson (2003) sugere que sejam criados mapas nos quais o pesquisador realize o inventário cultural daquele grupo. O inventário cultural é um mapa organizado cronologicamente, composto por nove tópicos, a saber: (1) domínios culturais, (2) análise dos domínios, (3) descrição dos lugares, atividades e interações observadas, (4) lista dos grandes e pequenos temas, (5) descrição dos eventos e experiências, (6) descrição dos domínios e dos cenários culturais que os compõe, (7) observações do pesquisador, (8) instrumentos utilizados na coleta das informações e (9) sugestões para estudos em outras áreas.

O inventário cultural pode ser utilizado tanto nas grandes quanto nas pequenas pesquisas etnográficas, sem prejuízo algum para o pesquisador, trata-se apenas de uma metodologia de organização e análise das informações.

Nessa perspectiva, este estudo configura-se como sendo de abordagem qualitativa, de caráter descritivo, em que, a partir do método etnográfico, traçamos o planejamento da coleta dos dados, assim como a apresentação e análise dos mesmos, em um processo de subjetivação dos sujeitos em sofrimento e daqueles que lhes cercam, mapeando assim nossas ações e intervenções por meio do gerenciamento de casos.

4.2 Itinerário da pesquisadora por caminhos (des) conhecidos

Parece-me também perceber [...] sólida crença que, para filosofar, seja necessário apoiar-se nas opiniões de algum célebre autor, de tal forma que o nosso raciocínio, quando não concordasse com as demonstrações de outro, tivesse de permanecer estéril e infecundo. [...] a coisa não é bem assim (Galileu, 1983;119).

A entrada no campo de pesquisa para coleta das informações parece um local de reconhecimento e estranhamento ao mesmo tempo. Essa impressão sempre esteve conosco. Não é de hoje que acreditamos que o campo, como o próprio nome já diz é um local a ser explorado, onde o pesquisador procura respostas para o que lhe causa dúvida. Segundo Ferreira (1993), campo entre outras definições é uma área ou setor de conhecimentos ou atividade, mas, prefiro uma definição mais poética e natural, onde campo é um grande terreno plantado e, subjetivando essa definição do autor, campo passa a ser o local onde estão plantadas as informações as quais nós necessitamos colher na tentativa de conhecê-las, podendo ter êxito ou não.

A questão de ter êxito ou não durante a entrada nesse campo está relacionada ao conhecido e ao desconhecido, pois vejamos então: a princípio podemos afirmar que a psiquiatria e a enfermagem psiquiátrica são campos conhecidos, a unidade psiquiátrica também, ela e tantos outros equipamentos extra-hospitalares são espaços físicos onde transitamos, há alguns anos. Em relação à família este é um setor que quanto mais conhecemos mais desconhecemos e a rede social e os sujeitos de nossa pesquisa são tal qual o calidoscópico que produzem infinitas combinações de imagens cada vez que as observamos.

Daí a idéia de andar por caminhos (des) conhecidos, como se estivéssemos em casa, casa no sentido familiar, algo conhecido e onde nos sentimos bem, por estar convivendo com símbolos e significados que fazem parte da minha formação profissional, social e cultural e,

ao mesmo tempo, apesar de pedir licença para entrar nessa casa com nossa bagagem teórica e todos os meus signos, nos sentimos como uma visita curiosa, que quer conhecer aquilo que pensa que já conhece. Foi com esse espírito que planejamos nossa entrada no campo.

Quando realizamos a coleta das informações, estávamos concomitantemente participando do Programa de Aperfeiçoamento de Ensino (PAE) da Universidade de São Paulo, na área de Enfermagem Psiquiátrica junto ao Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. A escolha por esse momento foi proposital, pois assim nós estaríamos inseridas no serviço, realizando não só a coleta das informações, mas também outra atividade que possibilitasse fazer parte daquele cenário. Em relação aos sujeitos da pesquisa, o fato de acompanhar o momento da admissão foi determinante para o acesso aos outros espaços que ele ocupava (trabalho, escola, grupo religioso, família entre outros), geralmente os pacientes psiquiátricos chegam à emergência acompanhados de seus familiares, o que para nós foi considerado como um ganho, pois, o contato com essas pessoas tornou-se algo dinâmico.

Se pensarmos que no momento da admissão, os pacientes estão em crise, alguns sem qualquer possibilidade de estabelecer relação com o outro, os familiares estão cansados, em alguns casos com medo e não sabem o que fazer diante da situação que se apresenta, é possível compreender porque a aceitação de ajuda é tão bem-vinda. Nos outros locais é o medo do desconhecido e do imprevisível que facilita a aceitação do pesquisador, como sendo alguém que pode ajudar, pois detém o conhecimento científico especializado da doença. Esses espaços e seus atores foram extremamente receptivos, embora reticentes em alguns momentos, mas dispostos ao diálogo e à troca de conhecimentos e informações. Entrar nos outros serviços de atenção em saúde mental do município não foi tarefa amena em alguns casos, em outros nem tanto, a procura e o oferecimento de ajuda foram interpretados como

sendo uma invasão de um território fortemente armado e com poucos poros que permitissem um trabalho articulado.

Optamos por realizar esta pesquisa, deixando de lado, um pouco, o foco da doença sem desconsiderar a existência dela, considerando os valores sociais, culturais e religiosos dos indivíduos. Consideramos que essa foi uma atitude acertada sem a qual não daria conta de aprender que esses desconhecidos se revelam, apenas quando percebem que estamos disponíveis para conhecê-los.

Os dados do nosso estudo foram coletados no período de 1º de setembro de 2003 a 1º de março de 2004. O local do primeiro contato com os sujeitos da pesquisa foi a Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (UE-HCFMRP-USP), mais precisamente na emergência psiquiátrica (EP-RP) e posteriormente em seus domicílios.

No ano de 1990, ocorreram algumas mudanças na organização dos serviços públicos de saúde mental da XVIII Região de Saúde do Estado de São Paulo – sede Ribeirão Preto (DIR-XVIII). Entre elas podemos citar: a criação da central de vagas psiquiátricas (1990), a inserção da emergência psiquiátrica na rede pública (1992), a desativação de 330 leitos psiquiátricos, o descredenciamento do hospital psiquiátrico privado da cidade e a reorganização administrativa do Ambulatório Regional de Saúde Mental, culminando com o aumento do número de atendimentos pela rede de saúde mental (DEL-BEM et al. 1999).

Após o início da implantação de serviços ambulatoriais de saúde mental nos outros municípios da DIR-XVIII e a criação do 1º Núcleo de Atenção Psicossocial pela Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto (1995), somados à instalação do Núcleo de Apoio Psicossocial para Farmacodependentes pela Prefeitura municipal de Ribeirão Preto e a implantação de serviços ambulatoriais de saúde mental nos municípios da DIR-XVIII, ocorreu também um

aumento significativo no número de atendimentos no serviço da EP-RP (DEL-BEM et al. 1999).

Esse aumento, acrescido da mudança do perfil da clientela, visto que anteriormente a reestruturação da saúde mental no município, o movimento de porta giratória era uma constante nos serviços de atenção psiquiátrica, fizeram com que o número de internações hospitalares desnecessárias fosse reduzido com a criação dos serviços extra-hospitalares, que promoveram, de certa forma, um controle maior pela busca do atendimento na EP-RP. Em 1989, foram realizados, na Emergência Psiquiátrica de Ribeirão Preto, 146.563 atendimentos e, no ano de 2003 foram 2.152 segundo o Relatório de Atividades do HCFMRP-USP do ano de 2003. Esses números representam o impacto das mudanças na atenção em saúde mental oferecida pelo município de Ribeirão Preto e a participação positiva da EP-RP nesse processo. Diante desses dados, a EP-RP se configurou como sendo o melhor local para estarmos realizando o primeiro contato com o sujeito da pesquisa.

A coleta dos dados teve início após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da referida instituição (ANEXO 1). Os sujeitos da pesquisa foram os pacientes que procuraram atendimento na UE-HCFMRP-USP, no período de 1º de setembro a 1º de outubro de 2003, que atendessem aos seguintes critérios preestabelecidos:

- Pacientes maiores de dezoito anos;
- Que não apresentem limitações de deambulação;
- Não usuários de substâncias psicoativas;
- Não portadores de quadros neurológicos;
- Pacientes residentes na região de Ribeirão Preto e que, após avaliação médica e hipótese diagnóstica de transtorno psiquiátrico definido, fossem encaminhados a serviços de saúde mental e/ou locais onde esse atendimento é oferecido, independente de permanecerem, ou não, internados por algum período de tempo.

- Aceitação por parte do paciente e da família para participarem do projeto.

Ao final de um mês, 38 pacientes se enquadravam nos critérios de inclusão do estudo. Desses, 20 pacientes aceitaram participar da pesquisa. Os demais não fizeram parte da pesquisa, pois, mesmo após o contato inicial e a formalização do convite, não aceitaram participar da pesquisa. Entre alguns dos motivos explicitados, podemos citar a experiência prévia com outras pesquisas no serviço sem que o resultado da mesma fosse repassado aos pacientes. Em respeito à autonomia do sujeito, não insistimos para que essas pessoas participassem, independente das justificativas que ofereceram para a recusa. Todos os pacientes foram contatados, pelo menos, uma vez na enfermaria de psiquiatria da UE-HCFMRP-USP, mesmo aqueles que permaneceram internados por menos de 24 horas. O motivo para tal procedimento foi estarmos realizando um primeiro contato para convidá-los a participarem da pesquisa. Embora apenas 15 pacientes, no momento dessa primeira abordagem, estivessem em condições de aceitar ou não o convite, optamos por fazer esse primeiro contato. Nos casos em que não foi possível interagir com o paciente, devido ao seu quadro clínico, realizamos o contato com o acompanhante.

Foi realizado um estudo-piloto que contou com a participação de sete pacientes, antes de iniciarmos a pesquisa propriamente dita, para avaliarmos a adequação do instrumento. Após o projeto-piloto, corrigimos alguns pontos no questionário, refinando sua objetividade e clareza. Após esclarecer ao paciente e sua família, sobre o projeto, bem como cumprir com as exigências pertinentes ao desenvolvimento de pesquisas com seres humanos, tais como assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao Sujeito da Pesquisa (ANEXO 2), agendamos a primeira visita domiciliar.

Quando ocorria o encaminhamento do paciente, quer para internação ou para outro equipamento extra-hospitalar de saúde mental, a pesquisadora entrava em contato também com aquele serviço (posto ou unidade básica de saúde, ambulatório de saúde mental, centro

de atenção psicossocial, hospital-dia); comunicando aos responsáveis pelo atendimento do paciente sobre a proposta de pesquisa e solicitando sua colaboração, bem como nos disponibilizando para ajudar a equipe ou o profissional de referência no tratamento, caso fosse necessário.

Durante o período no qual o paciente permaneceu internado, realizamos visitas regulares (3 a 5 visitas) ao local de internação, visitamos também suas famílias com o objetivo de avaliar o que eles esperavam do tratamento. Realizamos ainda visitas aos locais que o paciente freqüentava, tais como igreja, clube de mães, associações recreativas e outros em que alguns familiares solicitaram que fossem realizados orientações e esclarecimentos a respeito da doença e tratamento do paciente.

A proposta foi acompanhar os pacientes por meio de visitas domiciliares, durante o período de seis meses, seguindo um plano de trabalho, a saber:

1. Realização de uma primeira entrevista com o paciente onde avaliamos os quadros clínicos, psiquiátricos e sociais do paciente, utilizando para isso uma ficha de identificação para cada paciente (ANEXO 3);
2. Solicitação ao paciente e sua família que formulassem prioridades para o cuidado;
3. Solicitação ao paciente e à família que identificassem possíveis dificuldades do cotidiano após o adoecimento;
4. Avaliação com o paciente e as famílias das condições para que essas dificuldades fossem amenizadas;
5. Elaboração de um projeto terapêutico junto com o paciente com base nessas informações;
6. Confecção de um contrato de trabalho com cada paciente, onde definimos os dias das consultas de enfermagem (hora, dia da semana, local, tempo mínimo de duração), a freqüência dessas consultas (uma vez por semana a princípio, de quinze em quinze dias, uma vez por mês), a possibilidade de procurarmos recursos na comunidade

acompanhando o paciente, e nossas metas a curto, médio e longo prazos. As visitas foram realizadas no domicílio do paciente e/ou quando solicitado em seu local de trabalho e estudo;

7. Início das intervenções de acordo com o proposto.

As visitas foram organizadas da seguinte forma: na primeira semana após a alta dos pacientes, foram realizadas a cada um deles, no primeiro mês, uma visita por semana. Após o primeiro mês, eram realizadas visitas a cada quinze dias e depois de acordo com a necessidade individual foram sendo agendadas as visitas subseqüentes. Além dos contatos com familiares e pacientes, também foram agendados encontros com pessoas-chave ou instituições representativas da sociedade civil (clube de mães, escolas, igrejas, associação de moradores), com o objetivo de preparar essas pessoas para estarem recebendo de volta ou pela primeira vez o paciente, após sua alta.

Utilizamos como material de apoio para as ações educativas: matérias em revistas, jornais, filmes sobre doença mental e um documento traduzido e adaptado para nossa realidade intitulado ‘Aprendendo a viver com a doença mental; um guia para o cuidado de saúde em casa’, do original *Promoting independence of people with disabilities due to mental disorders*, confeccionada pela Divisão de Promoção da Saúde, Educação e Comunicação da OMS (1997).

Os dados serão apresentados na forma de tabelas, quadros e por meio de trechos de diálogos, conforme as especificações das Diretrizes para Apresentação de Dissertações e Teses da Universidade de São Paulo, desenvolvidas pelo Sistema Integrado de Bibliotecas (USP/SIBI, 2003). O estudo, seus componentes pré-textuais e pós-textuais, assim como a normatização da tese também seguem as diretrizes da USP/SISBI. Quando utilizarmos trechos de diálogos, os sujeitos da pesquisa serão identificados por nomes fictícios, preservando assim as suas identidades. Em alguns momentos que forem considerados necessários, os nomes

estarão acompanhados da idade e da sua posição dentro da rede social. Os termos cuidadores/familiares são utilizados para esclarecer que nem todos os familiares são cuidadores e vice-versa.

Quando nos reportarmos aos sujeitos da pesquisa que desencadearam nossas ações, aos mesmos poderão ser atribuídos os termos: doente mental, pessoa em sofrimento mental, paciente psiquiátrico. A nomenclatura para esse indivíduo é ampla e atualmente encontra-se em discussão pelos profissionais da área, familiares e usuários dos serviços de saúde mental, quer sejam pacientes ou não. A pessoa em sofrimento mental já foi definida também como usuário e cliente, sem contarmos as denominações inadequadas, mas que estão postas historicamente, como louco, doido, maluco, pinel entre outras. O objetivo de nosso trabalho não é discutir quais termos devemos utilizar para definir uma pessoa com doença mental, entretanto, consideramos pertinente deixar claro que nossa posição em relação ao debate em que pese uma definição para tantas denominações é de que o nome, atribuído a esse sujeito, apenas revela os preconceitos, as crenças e posicionamentos dos sujeitos sociais diante do mundo e acerca da doença mental. Acreditamos que essas crenças serão superadas, à medida que deixarmos claro que não importa o nome, mas sim o significado que ele tem para o outro. Os termos equipamentos terapêuticos, serviços extra-hospitalares, serviços terapêuticos são utilizados quando nos referimos a todos os dispositivos que visam à atenção contínua, integral e de qualidade aos pacientes na tentativa de organizar a saúde mental em rede.

Após esses esclarecimentos em relação à apresentação dos dados e à caracterização da operacionalização do estudo em relação às etapas e instrumentos utilizados, iniciaremos a exposição dos resultados.

5. Aprendendo a gerenciar casos em saúde mental

5.1 Quem são os sujeitos do estudo?

Segundo a OMS (2001), os transtornos mentais são considerados universais, não prevalecendo o domínio exclusivo entre um ou outro grupo especial quanto à questão de escolaridade, de renda e de diagnóstico. A diferença encontrada se dá geralmente em relação ao adoecimento em certo ponto da vida e está associada ao diagnóstico como, por exemplo, a esquizofrenia que acomete o indivíduo geralmente antes dos 30 anos (TOWNSEND, 2000). Em relação ao sexo e à idade, os transtornos mentais apresentam a mesma prevalência, sendo a depressão considerada mais comum entre as mulheres e a esquizofrenia entre os homens (OMS, 2001). A Tabela 1 apresenta as características clínicas e demográficas dos pacientes acompanhados durante este estudo.

Tabela 1 – Caracterização clínica e demográfica dos pacientes acompanhados no estudo

Variável	N = 20	%
Sexo		
Masculino	12	60
Feminino	8	40
Idade		
< 30 anos	8	40
> 30 anos	12	60
Instrução		
> 4 anos de escolaridade	13	65
< 4 anos de escolaridade	7	35
Diagnóstico pelo CID-10 ¹		
Esquizofrenia, esquizotípico e delirantes	9	45
Transtornos do humor	10	50
Transtornos neuróticos	1	5
Internações anteriores		
Primeira	5	25
Reinternação	15	75
Tempo de internação		
< 30 dias	19	95
= 30 dias	1	5

O número de mulheres que participaram da pesquisa, como podemos observar na Tabela 1, é menor do que o número de homens. Esse dado levanta uma questão que tem sido

¹ Código Internacional de Doenças

observada em alguns estudos, que é o fato de que as mulheres, por procurarem com maior frequência os serviços de saúde e terem maior adesão ao tratamento medicamentoso e psicoterápico, se mantêm estáveis por maior tempo em relação aos sintomas psiquiátricos do que os homens, cuja tendência é abandonar o tratamento assim que observam que ocorreu melhora no quadro clínico. As mulheres, em contrapartida, não raro têm outras pessoas sob seus cuidados, como no caso de mulheres que têm filhos ou sustentam financeiramente a casa. Essas mulheres tendem a perceber o tratamento como uma condição para continuarem realizando suas tarefas. Um dos modelos explicativos para essa preocupação em seguir o tratamento medicamentoso, em especial, está relacionado à manutenção do lugar social adquirido dentro da família, como por exemplo, o de mantenedora do lar e portanto não ter direito a adoecer, sob o risco de seus entes sofrerem em decorrência dessa falha, considerada como sendo uma falta (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999). Não houve neste estudo a preocupação em delimitar quantos homens e quantas mulheres participariam do mesmo, nem de tão pouco discutir questões relacionadas a gênero quando nos reportamos à caracterização do sujeito.

Moreira, Crippa & Zuardi (2002), avaliando a expectativa de desempenho social de pacientes psiquiátricos internados em hospital geral, apontam que quanto maior o tempo de internação maior serão as expectativas por parte dos familiares em relação ao desempenho social do paciente. Isso se dá pela crença de que o paciente sairá curado após a internação prolongada, pois terá recebido um tratamento mais “forte” com drogas “pesadas” que vão lhe recobrar o juízo. Faz parte do imaginário popular que o lugar do louco é no hospital e portanto ele deve permanecer o maior tempo possível naquele local. A outra questão, citada pelos cuidadores, entre eles as mães, é que a internação proporciona descanso. O descanso do corpo e da mente, ambos cansados pelos sobressaltos dos filhos doentes, é expresso continuamente pelos familiares e cuidadores dos pacientes.

É bom que interna de vez em quando assim a gente descansa um pouco o corpo e a cabeça (Ana Lúcia, mãe de Bernardo em sofrimento mental há 12 anos).

É um alívio, em casa todo mundo fica mais calmo, não tem briga... é um silêncio (Aurora, irmã de Bernardo).

Um menor tempo de internações psiquiátricas tem sido defendido desde a década de 1960, portanto o aumento do número de serviços comunitários de apoio, adequados para o período do pós-alta se faz necessário, amenizando assim a carga de cuidados que o cuidador enfrenta diariamente. O descanso do corpo e da mente, aos quais Ana Lúcia e Aurora se referem, é necessário, pois a saúde mental dos cuidadores também deve ser preservada. Os serviços substitutivos por oferecerem serviço ambulatorial e atividade diária a pacientes com transtornos mentais graves e persistentes em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, são considerados pelos familiares e cuidadores como um local de apoio, onde o paciente permanece por determinado período de tempo, não sendo exposto a riscos (violência, agressão, uso de bebida alcoólica e outras drogas) e concomitantemente realizando alguma atividade produtiva, ou seja, “ocupando a mente”.

Em contrapartida, o cuidador descansa o corpo, cansado não só pelos cuidados diários, mas também por suas atividades dentro e fora de casa. O descanso da mente se dá da mesma forma, a mente cansada pela tensão que é desencadeada pelo medo das ações inesperadas do paciente repousa e se tranqüiliza, sabendo que o mesmo está em um local de tratamento. Não devemos esquecer diante desse cenário, que além das expectativas do familiar ou cuidador, o paciente também tem expectativas que em alguns casos não estão de acordo com o seu desempenho quando retorna para casa, tampouco com o desempenho de seus familiares e amigos em relação à sua doença. Esse fato não deve ser temporizado, pois estamos lidando com perdas de ambos os lados e a discussão dessas questões se faz necessária. A Tabela 2 apresenta alguns dados que devem ser considerados para maior discussão sobre esse tema.

Tabela 2 – Caracterização dos pacientes acompanhados no estudo em relação ao cuidador com quem mora, motivo da internação e número médio de tempo em tratamento

Variável	N = 20	%
Cuidador		
Mãe	9	45
Pai	5	25
Esposo (a)	3	15
Filho (a)	2	10
Outro (madrinha)	1	5
Motivo da internação		
Agressividade	13	65
Agitação	3	15
Insônia	2	10
Mudança de comportamento	2	10
Número médio de tempo em tratamento		
>10 anos	2	10
< 10 anos	13	65
< 5 meses	5	25

Quem cuida do filho doente, em geral, são as mães, pois faz parte do processo de maternagem as mães cuidarem de seus filhos, quando acometidos por qualquer doença. Não seria diferente na clínica psiquiátrica. A mãe é a principal cuidadora, é quem acompanha às consultas e administra os medicamentos. Também é a mãe quem defende o paciente dos vizinhos e dos garotos da rua que insistem em chamar seu filho de louco, do médico e da enfermeira que o contêm durante a internação e dele mesmo nos casos de auto-agressão, independente da idade, seus filhos são tratados como crianças indefesas que precisam de cuidados e atenção diuturnamente.

Ela defende o filho dos outros membros da família que não o entendem e não têm paciência com ele e também a mãe sofre quando o filho adoece, e afinal quem cuidará dele quando ela estiver doente ou faltar. Observamos que tanto os cuidadores têm medo de deixarem seus ‘doentes’ sozinhos quanto os pacientes sob o cuidado de alguém. O habitual é que os filhos cresçam e constituam suas próprias famílias, entretanto raramente ouvimos a história de alguém com doença mental diagnosticada que tenha constituído família, pelo

contrário o comum é que isso não ocorra. A preocupação com o futuro é compreensível, os cuidadores têm medo do que possa acontecer com seu familiar doente, quem vai acompanhá-lo às consultas, dar-lhe a medicação, já o paciente tem medo de ficar sozinho, ou ter que morar com outros familiares que, em geral, não estão preparados para recebê-lo em casa. O cuidar do outro doente, nesse caso, passa a ser visto como algo que será repassado para outro membro da família, por exemplo, um irmão ou tio. Devemos pensar que nem sempre esse outro familiar, que provavelmente até então era um espectador do cuidado, esteja pronto para assumir essa tarefa ou simplesmente não queira assumir a responsabilidade, considerando o estigma vigente em torno da doença mental. O ideal é que o paciente esteja habilitado para o autocuidado, o que minimizaria essa situação tão comum.

*Só eu sei cuidar dele, mais ninguém, imagina se o pai vai ter paciência de ficar dando banho, ou andando atrás dele quando some,...eu já fui atrás desse **menino** em cada lugar que a senhora nem acredita se contar...mas pode ver se tem mais alguém aqui,...olha...não tem ninguém... é só mãe, mulher, os outros vem pra visita... mais cuidar só a gente minha filha...não deixo fazerem mal pra ele de jeito nenhum, ninguém maltrata meu filho (Ana Lúcia,, mãe de **Bernardo**, 35 anos, em sofrimento mental há 12 anos).*

Harvey (2002), estudando os efeitos do gerenciamento intensivo de casos destinado aos familiares de pacientes com doença mental na Inglaterra, apontou que o melhor relacionamento encontrado entre os pacientes e um de seus familiares foi com as mães e que essas se mostraram como sendo as maiores e melhores colaboradoras do programa. Elas também foram as mais receptivas ao programa quando de sua apresentação, sugerindo algumas adaptações e contribuindo com informações sobre o paciente que o serviço de saúde não possuía. Em segundo lugar, o pai foi apontado como o membro de maior ligação com os pacientes, embora apenas 25% de um total de 79 pais apresentassem um envolvimento efetivo com o cuidado com o paciente. Maridos e esposas ficaram em terceiro lugar, com destaque para o maior número de mulheres cuidando de seus maridos (55%) de um total de 66, dado

este que deve ser considerado, pois a esposa também exerce a maternagem com seus maridos. Não foram encontrados pelo autor filhos cuidando de pais, como encontramos em nosso estudo e, apenas 8% de 146 cuidadores não eram parentes dos pacientes, mas sim pessoas contratadas para tal função.

Ao contrário do estudo de Harvey (2002), encontramos filhos cuidando de seus pais doentes, estes filhos eram adultos jovens e adolescentes que, na falta de outro cuidador (esposa, marido, mãe, pai) quer seja por falecimento ou por estado de saúde precário, assumiram os cuidados com o familiar doente. O que observamos em nosso estudo é que essa prática é vista como uma tarefa muito pesada e exaustiva que atrapalha a vida dessas pessoas no sentido de não conseguirem tempo para si, permanecendo como cuidador em tempo integral. O cuidado foi citado como sendo algo que demanda tempo e disponibilidade, a vida com o pai ou mãe doente mental segue uma lógica diferente, quando o filho assume esse cuidado, ele também se torna responsável pelos irmãos e passa a ser o chefe da família.

... quando o pai foi embora, ele casou de novo... logo depois que ela adoeceu... eu tive que cuidar dela...minha vó já é velhinha e não consegue, mas ela tem meu avô que já é de idade mas consegue cuidar dela. Eu fiquei tendo que cuidar da casa, do fulano (nome do irmão) e dela, tudo ao mesmo tempo... mal sobra tempo pra mim. Ela chama muito, o dia todo e se não dou o remédio, também não toma, saio de casa preocupada com ela, meu pai só aparece quando tem que levar para internar, o resto é tudo comigo... acho que isso não era pra ser assim (Ana Carolina, 19 anos, filha de Isabel, 42 anos, em sofrimento mental há 9 anos).

É necessário considerarmos essa situação não como uma exceção à regra, mas como uma realidade vigente em nosso contexto, esses arranjos familiares nos casos de abandono do lar pelo companheiro não são raros em nosso meio, nas pesquisas as quais tivemos acesso durante a revisão bibliográfica deste estudo, podemos notar que as diferenças culturais existentes entre os países e, em alguns momentos, entre as diferentes regiões de um mesmo

país nos mostram que, por exemplo, nos países europeus são raras as famílias em que os filhos permanecem morando com os pais após a adolescência. Durante essa fase da vida na Europa, raramente encontraremos um adolescente na situação de Ana Carolina, o normal é que os pais morem sozinhos ou em casas de repouso e os filhos, mesmo que estejam doentes, também vivam sozinhos em acompanhamento pelo serviço de saúde sem que haja encargos para os familiares. O modo como a família brasileira se organiza possibilita que os filhos passem a se responsabilizar pelos pais, fazendo com que a relação de dependência afetiva e financeira seja invertida e gere ônus para esse adolescente que se vê diante de algo inesperado com o qual não consegue lidar.

Outra questão importante a ser lembrada é o fato de que, apesar desse ser um relato de experiência, realizado durante uma sessão clínica como atividade da residência de enfermagem psiquiátrica, em geral o homem abandona suas esposas doentes, ao contrário das mulheres que permanecem cuidando dos maridos e se expõem a riscos não só físicos, por serem constantemente agredidas, mas também mentais a que estão expostas, tais como: ansiedade, estresse, medo, entre outros. Em 2000, acompanhamos três casos, em um ano, de mulheres que, após a remissão dos sintomas e alta dos companheiros, retornaram ao serviço apresentando sintomas psicóticos graves o que nos leva a crer na associação entre agressão física ou psíquica e risco para doença mental (REINALDO, 2000).

Os motivos da internação são diversos, mas encontram um ponto em comum, a agressão física, a destruição e a quebra de bens que são considerados suficientes para a busca por internação. Os cuidadores não estão prontos para lidar com essas situações, eles têm medo, não do doente mental, como se possa crer, mas das ações da pessoa com doença mental.

...é impossível ficar em casa com alguém que quebra tudo o que você demorou anos pra comprar... e parece que faz de propósito só pra te deixar louca também... é sempre assim... eu fui morar longe deles porque não

agüentava mais...ela não respeita nada de ninguém... daí interna demora um pouco sai meio boba e daí começa tudo de novo...não dou conta disso... todo mundo falou de mim porque deixei o pai e a mãe sozinho cuidando dela... mais eu não agüentava mais...tava ficando doida também... (Ana Luiza, 24 anos irmã de Laura, 28 anos, em sofrimento mental há 3 anos).

... ele sempre ficou mais aqui do que na casa da mãe... desde muito pequeno, então quando adoeceu e eu vi que elas não iam conseguir ficar com ele eu fiquei logo de vez... é o filho que eu não tive... não tenho coragem de deixar ele lá com elas, porque sei que ele dá trabalho e elas não agüentam ficar com ele nem um dia... imagina direto... (Lúcia, cuidadora, madrinha de Gustavo, 22 anos, em sofrimento mental há 4 meses).

Nesse momento entramos em um território delicado, que é o sofrimento do cuidador diante das ações do doente. A inserção da família no desenvolvimento de projetos terapêuticos em psiquiatria tem sido uma tentativa de dar conta de muitas questões que permeiam as relações entre o doente mental e sua família, entre elas o sofrimento do cuidador. A família tem sido convidada para participar do processo de reabilitação dessa pessoa em sofrimento, assumindo um papel de parceiro e não de mero informante ou receptor de informações, entretanto, devemos ter cuidado para não confundirmos seu papel atuante, como sinal de que ela está pronta para assumir toda e qualquer demanda do doente (SOUZA et al., 2001; REINALDO; WETZEL, 2002 a/b).

A família sofre com os percalços pelos quais o familiar doente passa, é interessante notar que ao mesmo tempo em que a internação aparece como algo que pode resolver todos os problemas, também pode ser o início de um caminho sem volta, pois no imaginário dessas pessoas o louco que é internado está muito mais doente do que aquele que nunca precisou de internação, o próprio doente acredita nessa lógica. O doente, uma vez internado, quando de seu retorno ao convívio familiar deixa de ser considerado uma pessoa que por estar com alguns problemas precisou de ajuda especializada e passa a ser o “desequilibrado” da família e da rua, pois o encaminhamento ao hospital denota que aquele sujeito estava tão grave que

não foi possível mais mantê-lo em casa. A internação também é usada pelos familiares como algo necessário visto que o paciente estava fora de controle, caso essa internação seja legitimada pela quebra de bens e pela agressão física, a família passa a contar com o apoio de seus pares em relação à decisão de internar o paciente.

...o difícil pra nós (família), é que parece que quando falamos que ele está agressivo os médicos não acreditam... pensam que estamos mentindo só pra internar... por que lá no ambulatório ele fica quietinho e se comporta mas, aqui olha só, essa televisão ele já quebrou três vezes, bate nos meninos como se estivesse batendo em adulto e o pessoal lá (no ambulatório) só sabe dizer que tem que entender o lado dele, que ele fica assim por que não tem apoio... quem não tem apoio sou eu (Clara, esposa de Fabrício, 39 anos, em sofrimento mental há 8 anos).

Os familiares historicamente na psiquiatria sempre foram colocados de lado, em primeiro lugar por serem considerados como elementos que dificultavam o tratamento, ou como pessoas que por não compreenderem a doença mental atrapalhariam o tratamento. A família, agora considerada protagonista, já foi vilã e ré de um mesmo cenário. Nós, profissionais de saúde, não podemos esquecer que apesar de nossa prática, conhecimento, vivência, enfim apesar do nosso saber, existem outros saberes no âmbito familiar, saberes que não são revelados de pronto e, os quais, só os membros da família vivenciam. O familiar-cuidador, em alguns momentos, além de lidar com o desrespeito e a falta de credibilidade do profissional de saúde em relação às suas queixas, também convive com a angústia do não ter o quê fazer para resolver o seu problema, essa palavra é uma constante nos discursos e narrativas em saúde mental, o problema é esse, é aquele, é isso e assim por diante.

...o problema é que ele não fica quieto em casa... no hospital fica direitinho, mas é só chegar em casa não quer mais tomar o remédio...(Carmem, mãe de Caio, 31 anos, em sofrimento mental há 8 anos).

...ele tem esse problema de cabeça há muito tempo... eu nem sei mais quanto... tem receita lá em casa com data da idade do meu mais novo... (Roberto, pai de Caio).

...se ficasse em casa quieta...não fugisse... nem criasse caso com os outros não tinha problema... (Iolanda, tia de Laura, 28 anos, em sofrimento mental há 3 anos).

...minha filha o problema é que quem tá ficando doida sou eu...por quê ele não tem mais jeito mesmo... agora tudo isso pra mim é um problemão que eu tenho que carregar pro resto da vida... (Poliana, mãe de Arnaldo, 28 anos, em sofrimento mental há 7 anos).

A família quer é ver o problema de saúde do doente resolvido para não ter mais que arcar com os transtornos causados pelo seu comportamento. Não é tão simples assim, bem sabemos, mas a escuta deve ser um momento privilegiado durante os atendimentos e não considerada apenas uma queixa enfadonha do familiar, sem nenhum fundamento. “Ainda lembro de uma frase de um professor de psiquiatria durante suas aulas de semiologia psiquiátrica, afirmando que o bom profissional da saúde mental ouve com os olhos e vê com os ouvidos, não em seus consultórios, mas dentro do hábitat natural do sujeito detentor de seus cuidados” (nota pessoal). Devemos ir além e ouvir com todos os sentidos amplificados para que realmente possamos, se não resolver mais, pelo menos minimizar os problemas dessas pessoas.

Segundo Ferreira (1993), esperança é ato de se esperar o que se deseja. Esse sentimento acompanha os familiares-cuidadores, de acordo com o tempo de duração da doença, podendo ser caracterizado como sendo o termômetro da expectativa em relação ao tratamento por parte dessas pessoas e por parte do doente também. Quanto maior o tempo de duração da doença, mais os familiares-cuidadores e os pacientes perdem as esperanças de melhora do quadro clínico do paciente, principalmente em relação aos sintomas negativos das psicoses, em contrapartida, quanto menor o tempo da doença, mais expectativas são criadas em torno da possível cura por intermédio do tratamento medicamentoso.

Minha esperança era dele ficar bom... mas depois com os anos vi que não fica... o tratamento é só esses remédios... e mais nada e isso não resolve, porque eles vão ficando fraco e daí a pouco ele entra em crise de novo... é

sempre a mesma coisa (Poliana, mãe de Arnaldo, 28 anos, em sofrimento mental há 7 anos)

Antes eu até tinha esperança... mas já tem 3 anos que ela tá assim, então acho que não melhora mais... (Iolanda, tia de Laura, em sofrimento mental há 3 anos).

...tem que ter esperança... hoje tá tudo tão avançado...os médico mesmo fala que antes não tinha nem tratamento... acho que como ele é novo...logo se recupera...e não sei...pode até não ficar bom de todo... mais deve ser melhor do que os que já tão doente há muito tempo...(Sueli, mãe de Pedro, 19 anos, em sofrimento mental há 3 meses).

As expectativas por melhora do quadro clínico acompanham uma lógica que, nós, profissionais de saúde, devemos valorizar. O uso do medicamento forte, o tempo de internação, como já discutimos anteriormente e o médico considerado atencioso são elementos que segundo o imaginário dos familiares, dos cuidadores e dos pacientes contribuem para que o tratamento obtenha êxito e a remissão dos sintomas se dê rapidamente. Harvey et al. (2002) e Moreira, Crippa e Zuardi (2002) também encontraram dados semelhantes em seus estudos.

... ele ficou muitos dias internado então quando saiu de lá estava bem mesmo... lá no hospital tinha gente com parente que sempre interna... acho que a senhora viu? Esses ali são aqueles que fica pouco tempo internado e logo sai, então o remédio não faz efeito, aí adoce de novo... também tem o médico se não for bom, não adianta não melhora (Ana, mãe de Olívio, 18 anos, em sofrimento mental há 2 meses).

... eu já fiquei tanto tempo internado, no ... (hospital) e ainda estou assim, melhorar até que melhora, mais não tira esse desânimo, essa falta de vontade... essas coisas. Eu acho que quanto mais a gente interna pior fica... é o que eles falam de ficar crônico (Luís, 32 anos, em sofrimento mental há 7 anos).

...é a primeira vez que ele interna então eu não sei como vai ser, mas acho que se ele ficar pouco tempo não sei se vai ser bom, porque quando a gente interna é porque tá doente, ninguém interna por nada... então ele deve precisar de um tempo bom para ficar curado logo (Sueli, mãe de Pedro, em sofrimento mental há 3 meses).

Os diálogos anteriores comprovam nossa apreensão das informações em relação às expectativas criadas por pacientes, familiares e cuidadores. Em relação às expectativas dos cuidadores cabe dizer que elas são construídas de acordo com os significados que essas pessoas têm sobre o tratamento psiquiátrico. A saúde mental, como sendo um campo maior em que se trabalham questões como a promoção e a prevenção da doença mental, de certa forma possibilitou que diferentes sujeitos e seus problemas atrelados às adversidades da vida pudessem buscar ajuda nos serviços de saúde mental, principalmente nos ambulatórios, sem se preocuparem em serem taxados de loucos. Essa compreensão de que existem doenças psiquiátricas que não necessariamente impliquem na perda da razão fez com que a depressão, os transtornos psicossomáticos entre outros passassem a ser encarados como doenças passíveis de tratamento e cura, o que possibilitou esperança para os familiares das pessoas que sofrem com a doença mental que “tira a razão”.

O agravo da doença que “tira a razão” está atrelado ao tratamento incompreendido por parte do cuidador, essa relação fica clara, quando o familiar relata que quanto maior o tempo de internação, melhor para o paciente e que a melhora está condicionada ao uso da medicação por esse tempo, talvez nesse ponto esteja uma pista importante para entendermos porque tantos cuidadores que sendo responsáveis pela administração do medicamento, quando observam a melhora de seu familiar, suspendem ou reduzem a dose da mesma e não valorizam as terapias somáticas. A falta de compreensão de que não é somente o tempo de internação ou a medicação que auxiliam o paciente, mas também todos os outros recursos terapêuticos empregados durante a internação nos fazem inferir que esse possa ser um dos motivos pelos quais os familiares-cuidadores apresentam resistência quando são convidados a participar da elaboração do projeto terapêutico do paciente.

A Tabela 3 traz em seu conteúdo a caracterização dos sujeitos da pesquisa em relação à religião, aos locais considerados de apoio social pelo paciente e ao encaminhamento realizado pela equipe, após a alta do doente mental.

Tabela 3 – Características dos pacientes acompanhados no estudo em relação à religião, aos locais considerados de apoio pelo paciente e ao encaminhamento após alta.

Variável	N = 20	%
Religião		
Católico	9	45
Protestante	8	40
Espírita	2	10
Não definiu	1	5
Locais considerados de apoio pelo paciente		
Igreja	10	50
Escola / faculdade	5	25
Local de trabalho	4	20
Clube de mães	1	5
Encaminhamento após alta		
Ambulatório de Saúde Mental do Município	12	70
Centro de Atenção Psicossocial	4	20
Hospital-dia (HCFMRP/USP)	4	20

A busca por outras soluções para os males do corpo e da alma que não a ciência médica é comum no campo da psiquiatria. Os pacientes, familiares, cuidadores e membros da rede social, a partir do momento em que é percebida alguma mudança de comportamento na pessoa e, de acordo com os modelos explicativos elaborados por esses sujeitos, iniciam a busca por tratamento e possível cura do doente, ao que chamamos de itinerário terapêutico. O itinerário terapêutico, quando avaliado, revela a existência de lugares e recursos de tratamento escondidos no campo, esses recursos são denominamos pluralismo terapêutico (REINALDO, 2003).

A religião tem sido considerada um recurso importante para o tratamento das doenças psiquiátricas. Em geral, os sujeitos envolvidos na busca por tratamento utilizam a religião e,

conseqüentemente, a igreja, o templo, o centro espírita e outros locais, em algum momento do itinerário do paciente psiquiátrico quer seja por atribuírem o comportamento do doente à possessão por espíritos quer por acreditarem que a doença mental é um castigo divino por alguma falta moral. O bem-estar espiritual, segundo Volcan (2003), é considerado um fator protetor para transtornos psiquiátricos menores, já a utilização desses recursos e espaços foi amplamente documentada por Duarte e Leal (1998), por meio de estudos etnográficos em uma comunidade na Bahia. Nossos resultados confirmam essa relação, visto que a igreja foi considerada o local de apoio mais importante para os pacientes acompanhados, não que os outros locais não o sejam, mas isso é atribuído pela aceitação e acolhimento que recebem de seus pares dentro da igreja, aqui considerada como local de práticas religiosas.

É na igreja que eu me sinto melhor, porque lá ninguém fica me perguntando como foi a internação, ou pior me olhando como se eu fosse louca... eles tratam todo mundo como igual... tem gente que está lá há anos e nunca teve outra crise. Por quê? Porque fica protegido lá dentro... eu não deixo de tomar o remédio mesmo eles dizendo às vezes para não tomar que eu já estou curada, mas depois de tantos anos de doença nessa não caio mais. É diferente de ir noutros locais como no trabalho que as pessoas te isolam, ficam com medo... acha que vai pegar só de falar com a pessoa (Marina, 33 anos, em sofrimento mental há 5 anos).

A análise de redes sociais nos permite identificar detalhadamente os padrões de relacionamento entre atores em uma determinada situação, assim como as suas mudanças no tempo. A importância dos atores que compõem a rede social tem origem na sua capacidade de realizar ações baseadas na utilização dos recursos disponíveis, assim como na ocupação de determinadas posições dentro dos espaços sociais, tais como a igreja, a escola e o local de trabalho.

A rede social, segundo Martins (1998), é o campo, presente em determinado momento, estruturado por vínculos entre indivíduos, grupos e organizações construídos ao longo do

tempo. Esses vínculos têm diversas naturezas e podem ter sido construídos intencionalmente, embora a sua maioria tenha origem em relações herdadas de outros contextos. Podemos imaginar a rede composta por várias camadas, cada qual associada a um tipo de relação e a um dado período de tempo, onde todas elas encontram-se em constante interação e transformação. A análise dos padrões de interação, entre os membros das redes sociais envolvidas neste estudo, aponta que em alguns locais os pacientes psiquiátricos e seus familiares-cuidadores encontram apoio para seus projetos de vida e interpretação do mundo que os cerca. O traço comum a essas redes é a busca pela solidariedade e aceitação. Retomaremos esse assunto mais adiante.

A estruturação dos serviços de saúde mental, embora tenha sido um ganho para o município onde realizamos este estudo, atualmente encontra-se em uma fase delicada, quando consideramos o aparecimento de casos novos. Podemos observar na Tabela 3 que os 20 pacientes foram encaminhados a quatro locais distintos para tratamento. Os que foram considerados casos antigos seguiram o caminho da referência e contra-referência e os novos foram encaminhados a locais de acordo com disponibilidade de vagas e pela necessidade do paciente.

... me mandaram para o ... (local do encaminhamento), só que eu não gosto de lá... tenho que pegar ônibus, gastar com condução e lá não tem muito o quê fazer, eu queria que tivesse um serviço aqui perto da minha casa... assim dava pra ir a pé... mas parece que não tem vaga em lugar nenhum e pra abrir um lugar assim piorou... ainda mais aqui... então eu vou lá pro grupo da igreja que lá tem atividade todo dia... assim não fico em casa... antes eu ia em um clube que minha mãe é sócia faz tempo só que depois que adoeci... eles lá ficaram sabendo e ficam assim... me vigiando quando chego...então não vou mais (João, 31 anos, em sofrimento mental há 6 anos).

A falta de recursos para a expansão da rede de atenção em saúde mental e o não-reconhecimento das potencialidades dos indivíduos, pelos membros de sua rede social, entre

outros fatores excluem os pacientes do cenário da comunidade. A falta de articulação entre os serviços também é uma realidade, pois alguns pacientes foram encaminhados para um local de atendimento no centro da cidade, por exemplo, e residiam próximos a outro serviço de atenção em saúde mental e vice-versa. Entendemos que, caso houvesse articulação e troca de informações entre a rede, essa situação poderia ter sido evitada e ambos poderiam ser beneficiados. Compreendemos que não cabe à comunidade arcar com todas as demandas dos pacientes e seus familiares ou cuidadores; os recursos existentes devem ser bem utilizados, devemos, pois, incentivar a articulação entre os serviços e os locais de apoio comunitário e cobrar do sistema o que é de direito do paciente, da família e da comunidade.

Atualmente, os transtornos mentais têm se constituído em um dos problemas de saúde mental que merecem atenção prioritária e que exigem esforços dos serviços de saúde para implementação de programas específicos para essa clientela. Andreoli et al. (2004) afirmam que o perfil da clientela dos serviços substitutivos tem modificado, acreditamos, entre outros fatores que o avanço nas pesquisas e descobertas de novos medicamentos com efeitos colaterais menos agressivos, que preservam os indivíduos dos sintomas residuais, a psicoeducação e também as reformas estruturais no setor contribuíram para essa mudança. Moreira, Crippa e Zuardi (2002) já sinalizaram a preocupação da nova onda de cronificação dos pacientes atendidos em enfermarias de psiquiatria de hospitais gerais, assim como outros autores, entre eles Reinaldo e Wetzel (2002) e REINALDO (2003) que discutiram o tema nos serviços substitutivos.

O que chamamos de nova cronificação, hoje talvez já nem seja tão nova assim, há alguns anos já observamos que os serviços de saúde mental têm priorizado os pacientes crônicos, estimulando-os em busca da reabilitação, acreditando e fazendo com que os profissionais que nesses locais ingressam acreditem nesse caminho de volta à habilidade com a vida, com as pessoas, com o mundo que o cerca, inclusive programas ministeriais foram

criados especificamente para essa população. A questão é que as pessoas continuam adoecendo, alguns mais jovens e outros adoecem e quando finalmente chegam aos serviços se dão conta de que estavam doentes há anos. Essas pessoas ironicamente são encaminhadas para os mesmos serviços oferecidos a pacientes com 30, 40 anos de doença mental e que passaram boa parte de suas vidas internados, em alguns casos realizando as mesmas atividades sem que haja por parte de alguns profissionais e do próprio Ministério da Saúde uma iniciativa de mudança nesse sentido.

Nossas ações foram destinadas a três populações distintas, a primeira formada por pacientes considerados crônicos (C), que, segundo Kessler (2000), são aqueles com médias altas de idade, prevalência alta de tratamento anterior, alto número de internações na vida e número alto de anos em tratamento em serviços psiquiátricos alto. Dessa população fizeram parte seis pacientes. A outra população foi composta por pacientes sem tratamento anterior ao qual denominamos de grupo de primeiro contato (PC) ou de agudos e foi formado por cinco pacientes. O último grupo denominado de segundo contato (SC) foi composto por nove pacientes, sendo caracterizados como aqueles que não se enquadram ainda no grupo de crônicos, pois não preenchem os requisitos para tal. Utilizamos um quadro onde foram distribuídos os sujeitos da pesquisa por nome, idade, tempo da doença e relacionamos alguns nomes de membros da rede social desse sujeito que participaram mais ativamente do estudo. Sendo os mesmos divididos de acordo com o grupo ao qual pertencem no estudo (ANEXO 4). As intervenções foram planejadas de acordo com as características e necessidades dos pacientes, das famílias e da rede social na qual os mesmos se inseriam.

A organização da apresentação desses dados se deu da seguinte forma: o ponto de partida e motivação para nossas intervenções foi por meio das falas identificadoras dos sujeitos em relação à situação considerada como um problema, a partir de então especificamos o problema, propusemos uma intervenção e avaliamos seus resultados,

retornando ao ponto inicial, caso não obtivéssemos êxito. Os problemas identificados foram agrupados em 10 eixos distintos de dificuldades apresentadas, a saber: (1) atividades domésticas, (2) preparo e manutenção de alimentos, (3) administração de dinheiro, (4) cuidados pessoais, (5) atividades referentes à comunidade, (6) atividades referentes à saúde, (7) atividades de lazer, (8) atividades referentes ao trabalho, (9) atividades referente à escola, (10) atividades referentes à família. A definição desses eixos foi realizada conforme a análise dos dados encontrados.

Os quadros das intervenções que realizamos serão apresentados de acordo com as etapas realizadas. Neles identificaremos o autor da fala pela posição no grupo social, por exemplo, pai, mãe, esposa e os locais das intervenções. Abaixo das falas identificadoras, apresentamos as falas de avaliação feitas por familiares e membros da rede social do paciente, optamos por apresentá-las no mesmo quadro e não separadamente para facilitar a visualização dos progressos percebidos por esses sujeitos em relação ao paciente (ANEXO 5). Ao longo da apresentação do texto, apresentaremos um quadro-síntese dessas intervenções, objetivando proporcionar ao leitor uma leitura mais dinâmica do mesmo.

Outro recurso que utilizamos para ilustrar as intervenções realizadas durante a pesquisa e facilitar a análise das informações foi a divisão do contexto da nossa ação profissional em domínios culturais, conforme recomendado pela teoria. Esses domínios compreendem a situação observada, os relatos dos pacientes e de seus familiares, bem como de outros sujeitos envolvidos na cena cultural, identificando as dimensões que o contexto encerrava, ou seja, os alvos da ação profissional, incluindo ainda o local onde o problema ou situação ocorria. A dimensão cultural incluiu a ação concreta realizada pela gerente, bem como suas impressões e avaliações das intervenções realizadas. O esquema geral utilizado para análise do processo de intervenção e avaliação foi o seguinte:

*Domínio**Dimensões*

Situação observada	Alvo	Ação	Impressão
--------------------	------	------	-----------

Para exemplificar esse modo de condução, serão utilizados situações e relatos dos pacientes acompanhados durante o estudo, assim como também de seus familiares e alguns membros da rede social na qual estavam inseridos.

Durante a atenção profissional identificamos quatro domínios culturais:

Domínio 1 – Limitação, incapacidade e perda dos papéis sociais.

Domínio 2 – Desqualificação, improdutividade.

Domínio 3 – Discriminação, estigmatização, doente mental como não-sujeito.

Domínio 4 – Paradigma do tratamento em detrimento da reabilitação.

Estes domínios estiveram presentes em maior ou menor grau na vida de todos os pacientes (ANEXO 6).

6. O caminhar do pesquisador-gerente na cena cultural ou a desconstrução do doente e a construção da pessoa.

Após o adoecimento, as pessoas em sofrimento mental despertam em seus pares sentimentos que vão da piedade à indiferença, a pessoa doente passa a ser vista como um pobre coitado desprovido de razão, passado, presente e futuro como o personagem de Lima Barreto (2003).

... parece que depois que você adoece não serve mais pra nada, tudo o que você construiu a vida toda deixa de ter importância... eu era... ou melhor eu sou uma professora, trabalhei anos ensinando os outros...e agora o que eu faço... nada... é isso, às vezes eu nem me sinto mais mãe, porque meus filhos não ouvem o que eu digo... quem vai ouvir uma louca... não me sinto mais mulher...por que depois... enfim a vida de casal já não é mais a mesma... eu sou ninguém com alguém por dentro (Letícia, 36 anos, em sofrimento mental há 7 anos).

A história de Letícia como ela mesma define é de esquecimento não só dos seus familiares por esquecerem dos papéis sociais que a professora, mãe e esposa Letícia exercia antes do adoecimento, mas também por parte da própria pessoa, afirmar que se é “ninguém dentro de alguém” é muito perverso para qualquer ser humano, é atestar que não se é mais quem se foi um dia. Letícia tem transtorno bipolar diagnosticado há 7 anos, mas afirma que esse é “mais um erro da incompetência médica”, pois refere que muito antes disso já estava doente e foi tratada como esquizofrênica por vários anos. O marido confirma a versão da esposa, mas diz que agora as coisas entraram nos eixos, pois a família resolveu sair da capital para o interior do estado onde acharam tranquilidade para viver.

É estranho. As pessoas não acreditam no que ela fala, é até engraçado, eu acabo sempre que confirmar as histórias que ela conta... eu acho que os médicos, enfermeiros, todo esse pessoal que trabalha no hospital ainda não se deu conta que ela não é doente 24 horas por dia, quando está fora de crise é normal, um pouco ansiosa mais normal... mudamos para (cidade próxima a Ribeirão Preto) há pouco mais de três anos... lá em São Paulo era pior ela ficava mais ansiosa com a cidade, com a cobrança da família, com os amigos, aqui melhorou um pouco. É difícil para ela não trabalhar mais, porque trabalhou a vida toda, era uma excelente professora...só que

depois não deu mais... e ela não aceita isso... e tem razão é difícil aceitar isso assim... (Caio, marido de Letícia).

O comportamento dessas pessoas ainda que considerado inadequado não é trabalhado com eles, ao contrário a crítica e censura têm sido um caminho mais fácil para os familiares e amigos, não por comodismo com a situação, mas por não entenderem o que é estar doente mental no mundo, provavelmente por medo desse desconhecido que é o comportamento humano, medo de uma reação violenta por parte do paciente. São tantos medos e dúvidas que a estratégia para lidar com as pessoas em sofrimento mental é ignorar, fingir que a doença não existe e atribuir os sintomas a um traço de personalidade da pessoa.

Não se pode falar nada... que ela fica nervosa... aí começa a quebrar tudo... é difícil. Nunca sei quando posso falar com ela porque cada dia tá de um jeito...meu irmão já nem fala mais com ela...acho que cansou ... mas eu lembro da minha mãe quando estava bem. Ela se cuidava mais, era vaidosa... adorava sair de casa, ir ao cinema, essas coisas... agora parece outra pessoa (Estela, filha de Letícia).

Seguindo os pressupostos e diretrizes de Jackson (2003), apresentados em nosso referencial teórico-metodológico, apresentaremos por meio de quadros, alguns casos acompanhados em que explicitamos a fala norteadora da ação, o domínio cultural ao qual pertence, a situação-problema, a intervenção e a avaliação do caso, demonstrando didaticamente a condução dos casos gerenciados.

O caso de João – 31 anos, há 6 anos em sofrimento mental

Fala	Domínio	Situação-problema	Intervenção	Avaliação
...ele não faz nada, não ajuda... (esposa de João). ...aqui não posso fazer nada que tá tudo errado, eu não sei fazer, não me deixam fazer nada... parece que sou bobão (João)	I - Limitação, incapacidade, perda dos papéis sociais. II - Desqualificação, improdutividade.	(1) atividades domésticas	Estabelecimento de tarefas domésticas para o paciente. Solicitação ao paciente de uma lista de tarefas que poderia estar desenvolvendo.	Após 2 meses – ajuda a esposa em atividades domésticas

Todo estado de saúde e doença é determinado pela cultura na qual o sujeito se insere. Segundo Bezerra Júnior (1992), a categoria doença mental encerra uma marca congênita que é a da exclusão dos espaços e da vida em comum e que acompanha as crenças dos sujeitos em diferentes contextos. A exclusão, segundo Bursztyn (2000), se instala em três etapas, que são; a **desqualificação** – onde à figura do doente mental é associada a imagem de desordem, insegurança, criminalidade; a **desvinculação** – que implica em isolamento social e psíquico, pois é por meio dessa etapa que a sociedade rejeita os indivíduos desqualificados e a **eliminação** que radicaliza as precedentes e pode se dar pelo extermínio, pela esterilização, deportação e pelo genocídio cultural.

A desqualificação implica em tornar-se inapto, indigno, inabilitar-se, perder ou fazer perder as boas qualidades, ou seja, nesse caso o doente mental passa a ser uma pessoa desacreditada, excluída pela sua condição de inabilidade. Esta marca o acompanha, em alguns casos apesar do processo de reabilitação. A desvinculação como o próprio nome já diz se refere ao desligamento de algo a que estava vinculado, além de desligado da realidade o doente também é desvinculado por seus pares da vida que levava antes do adoecimento. No caso da eliminação, a própria história da psiquiatria nos revela casos de esterilização em massa dos doentes mentais e do extermínio das anormalidades não compreendidas, em prol da limpeza étnica.

O caso de Pedro – 19 anos, há 3 meses em sofrimento mental

Fala	Domínio	Situação-problema	Intervenção	Avaliação
...ele não gostava de ajudar agora que ficou assim[...] mas se um dia precisar ficar sozinho como vai ser... (mãe de Pedro) ...agora fico pensando e se ficar sem a minha mãe... como vai ser...quem vai cuidar de mim... (Pedro)	I - Limitação, incapacidade, perda dos papéis sociais. II - Desqualificação, improdutividade	(1) atividades domésticas (2) preparo e manutenção dos alimentos	Planejamento de tarefas a serem aprendidas pelo paciente, entre elas, aprender a preparar alguns alimentos e organizar a casa.	Após 1 mês – ajuda a mãe nas tarefas da casa, aprendeu a preparar alguns alimentos.

O não fazer nada está atrelado ao conceito de desqualificação atribuído ao doente mental. No imaginário social, a pessoa doente torna-se incapaz de produzir e participar dos processos produtivos e não tem direito a realizar trocas sociais, nem financeiras ou afetivas. Essa questão é compreensível, visto que vivemos em uma sociedade que se movimenta sempre no sentido da produção, do fazer, o contrário disso não é visto com bons olhos, não é aceito. Somos partidários da idéia de que os serviços de atenção em saúde mental devem, além de outras atividades, qualificar profissionalmente seus usuários, criar convênios com empresas para viabilizar o trabalho protegido, visto que não raro, o doente mental assim como outras minorias, quando não assistidas acabam sendo exploradas em alguns locais, como se o seu trabalho valesse menos do que o de qualquer outra pessoa.

Ele tem que voltar a trabalhar logo, se não vai virar o vagabundo da rua...que vive sustentado pela esposa... é assim que vai ser... não adianta dizer que tá doente...sempre tem alguém pra falar que ele tá é com preguiça ou fazendo corpo mole...se toda vez que entrar em crise ficar um, dois meses sem trabalhar então é melhor se internar logo de vez... vai ficar fazendo o quê? (Vitório, pai de Bernardo, 35 anos, em sofrimento mental há doze anos).

Para o pai de Bernardo é preferível que o filho fique internado por tempo indeterminado do que ficar em casa, desempregado. A preocupação com a opinião dos membros da comunidade, na qual Vitório e seu filho estão inseridos, procede à medida que para viver em harmonia com seus pares, é necessário que sejam e se comportem de forma semelhante a eles. O trabalho faz parte do cotidiano das famílias, das relações sociais, das trocas afetivas e das possibilidades de se fazer respeitado como sujeito, já o não-trabalho, ligado à improdutividade e a adjetivos de desqualificação impõe ao indivíduo que o mesmo seja retirado de cena, excluído por não fazer algo que socialmente é valorizado como sendo uma marca de solidez, confiança, unidade.

Segundo Vianna (2002), a compreensão que os familiares detêm sobre a doença mental está ancorada na visão que a sociedade construiu sobre a loucura e nas formas que criou para lidar e conviver com esse fenômeno. A falta de diálogo e o medo de iniciá-lo também permeiam a relação dos familiares com seus membros doentes, podemos perceber esse fato nos casos de João e Marina, ambos passaram a responder às expectativas negativas dos que estavam à sua volta por falta de interlocução. O que percebemos claramente é que se o familiar passa a tratar o paciente como supérfluo e desnecessário, o paciente, por sua vez, assume essa posição embora não concorde com a mesma e apesar de ter capacidade para desempenhar não só uma tarefa, mas várias, sem se esquecer de respeitar seus limites, ele se acomoda na situação de doente incapaz, iniciando-se assim um círculo vicioso.

O caso de Marina – 33 anos, há 5 anos em sofrimento mental

Fala	Domínio	Situação-problema	Intervenção	Avaliação
...não olha as crianças, a casa vive suja, os meninos é que tem que limpar...nem remédio toma sozinha (marido de Marina) ...ele não me deixa fazer as coisas que quero...não posso ir ao sacolão...acho que pensa que vou me perder	I - Limitação, incapacidade, perda dos papéis sociais. II - Desqualificação, improdutividade.	(1) atividades domésticas (2) administração de dinheiro (3) atividades referentes à saúde	Busca de ajuda na igreja em companhia do marido de Marina, mobilização dos membros da mesma para ajudarem a paciente.	Após 3 meses – retomou as atividades domésticas e o convívio com os membros da igreja a qual fazia parte antes do adoecimento.

À doença mental é atribuído um significado misterioso e diferente de tudo o que possa existir, a ela é dado o poder de modificar todos os aspectos da vida, quer sejam no âmbito do lazer, do trabalho, dos relacionamentos sociais e da estrutura familiar, tanto do doente quanto dos que o cercam. O doente passa a ser considerado alguém que deve dar respostas, sejam quais forem, aos anseios e aos desejos dos seus familiares, mesmo que não haja investimento por parte dos familiares em relação ao tratamento. O gerenciamento de casos e suas etapas

prevêem o acompanhamento dos pacientes em suas casas e a construção de um plano terapêutico por vários atores, a utilização dos recursos da comunidade também é prevista a várias mãos, dividindo assim a responsabilidade do tratamento entre todos os envolvidos, não é interessante ao gerenciamento que as intervenções sejam apenas destinadas a cobrar que o paciente faça isso ou aquilo, ou simplesmente deixá-lo fazer algo sem que isso tenha um significado, um porquê.

Segundo Mcgrew (2003), a presença do enfermeiro nos diferentes cenários em que o paciente está inserido somada a uma capacidade de observação do comportamento e interpretação das ações dos sujeitos que compõem o contexto são estratégias utilizadas para identificar os pontos críticos das relações entre esses atores. Após essa identificação, o enfermeiro é capaz de propor ações resolutivas ou paliativas para o problema e convidar os sujeitos envolvidos a implementá-las em parceria. As intervenções na casa dos pacientes foram lentas e graduais, pois tratava-se de um ambiente íntimo da família onde não poderíamos ir adentrando e determinando normas e tarefas sob o risco de sermos rechaçados; ao contrário, em grande parte dos casos acompanhados apenas após a quarta ou quinta visita é que iniciávamos a confecção do projeto terapêutico. Esse trabalho assemelha-se com o trabalho das formigas, pois, por várias vezes, passamos boa parte do tempo, sentados na sala da casa ouvindo as queixas e o silêncio dos sujeitos da pesquisa.

Aproveitamos esses momentos para observarmos a movimentação da casa e de seus atores. Para tanto procuramos estabelecer uma agenda de visitas que alternava os horários, com o objetivo de observar essa movimentação dentro e fora da casa em diferentes momentos, foi assim, por exemplo, que descobrimos que a vizinha de Marina, sempre que possível batia à porta para perguntar se ela precisava de algo. E conversando com essa vizinha ficamos sabendo que antes de adoecer, Marina era engajada nos trabalhos da igreja, era voluntária em um grupo de evangelização dos jovens, sempre ajudava a organizar os eventos comemorativos

e recebia muitas pessoas em sua casa aos domingos após o culto, com o adoecimento ela se desligou da igreja, assim como o marido e os filhos. Quando foi proposto ao marido de Marina que pedisse ajuda aos membros da igreja, a princípio ele não aceitou, alegando que naquele local, muitas pessoas achavam que ela estava possuída por demônios e acabavam por expô-la nos cultos, então sugerimos que talvez nós pudéssemos ir à igreja, conversar com o pastor, explicar o que era doença mental a ele e a quem tivesse interesse, mas que nós precisaríamos que ele fosse conosco pelo menos uma vez, assim seria mais fácil, do que indo sozinha sem conhecer ninguém. Foi assim que buscamos a rede social na qual Marina e sua família estavam inseridas.

A noção de redes sociais, segundo Andrade e Vaitsman (2002), envolve trocas, as quais implicam obrigações recíprocas e laços de dependência mútua. O conceito de rede, ainda que faça referência a distintas realidades, congrega a idéia comum de fios conectados, de modo a formarem uma teia onde podemos observar como os indivíduos ou grupos mantêm suas relações, qual a intensidade e qualidade de seus contatos. O afastamento de Marina e sua família da igreja por medo e vergonha da situação de saúde atual desencadeou uma reação dos membros da igreja, em nossos diálogos eles afirmaram que por ela ter se afastado talvez fosse melhor não procurá-la mais. Para essas pessoas, a igreja não deve ser procurada apenas quando tudo está em seu lugar, é na hora dos infortúnios que se deve buscá-la. Quando interpelados sobre a crença de que doença mental é originária de uma possessão de espíritos ou castigo por uma falta grave, disseram que sim, que isso pode acontecer, mas que também existe o outro lado que é o da doença científica da qual eles não entendem, mas aceitam.

... quando é coisa do demônio a gente sabe, pois ele se revela nas sessões, mas quando é doença mesmo não adianta o jeito é fazer corrente de oração para ver se melhora logo e ajudar no que for preciso (Odete, membro da congregação).

Vianna (2002) afirma que, no campo da saúde mental, existem vários saberes que buscam elucidar as causas da doença mental, entre eles os modelos biológicos, sociais,

psicanalíticos e clínicos, que, segundo a autora, não se unem em busca de uma verdade em comum, mas tentam subjugar uns aos outros no afã de provar sua superioridade entre si. Já para Saraceno (1999), os saberes devem ser complementares visto que a heterogeneidade de conhecimentos acerca do tema denota a fragmentação do mesmo, o autor por fim preconiza a humildade diante da loucura como experiência. Andrade e Vaitsman (2002) afirmam que a exclusão dos processos e decisões sociais significa estar fora da rede social o que gera enfraquecimento do sujeito, ainda, segundo os autores nos países em desenvolvimento, a pobreza das relações sociais constitui um fator de risco à saúde, uma vez que as redes sociais são consideradas, freqüentemente, como sendo a única possibilidade de ajuda a qual as famílias carentes podem recorrer, além de serem o único suporte no auxílio do alívio das cargas da vida cotidiana. Conceber que as redes sociais não devem ser vistas isoladamente, mas talvez como redes que se sobrepõem também pode ser a chave para compreendermos porque ações desvinculadas dos sujeitos que nela transitam estão fadadas ao fracasso, as redes, se bem observadas, são simples, pois partem de um ponto comum, que é o sujeito de nossas ações. A partir desse ponto um labirinto, por assim dizer, se apresenta diante de nós e a cada curva encontramos um novo ponto de partida, ao final e em alguns momentos sem percebermos estamos imbricados e inseridos de tal forma nessas redes que elas acabam se configurando como nichos com capilares onde podemos nos inserir sem que os mesmos sejam desfeitos ou prejudicados por nossas ações.

Observando o comportamento de João em casa durante nossas visitas é que descobrimos que ele gostava de arrumar os armários da casa e limpar a geladeira, pois em algumas visitas ele me deixava na sala com sua filha e se encaminhava para tal atividade, enquanto a esposa não estava em casa. Somado a isso como ela não percebia que o marido havia realizado tal tarefa, nunca elogiou seu desempenho, pois achava que tinha sido a filha a autora da arrumação. A observação, nesses casos e nos demais também, foi uma importante

ferramenta a nosso favor para descobrir as habilidades preservadas dos pacientes e explorá-las, no sentido de favorecer a sua reintegração dentro da família, estabelecendo relações de trocas e, conseqüentemente autonomia e respeito por parte dos familiares.

O caso de Letícia – 36 anos, há 7 anos em sofrimento mental

Fala	Domínio	Situação-problema	Intervenção	Avaliação
...parece que depois que você adoce não serve pra nada... não me sinto mulher...eu sou ninguém dentro de alguém... (Letícia) ...ela não é doente 24 horas por dia... (marido de Letícia) ...eu tenho um pouco de medo de ela me envergonhar na frente dos outros (filho da paciente)	I - Limitação, incapacidade, perda dos papéis sociais. II- Desqualificação, improdutividade	(1) atividades referentes ao lazer (2) atividades referentes à família (3) cuidados pessoais	Estabelecimento de contato com o terapeuta da paciente, solicitação para que a família planejasse atividades de lazer que envolvessem todos, estímulo para retomada de atividades laborativas gradativamente e cuidado com a aparência pessoal	Após 4 meses assumiu algumas atividades rotineiras da casa que até então não realizava e retomou outras que havia abandonado

O acompanhamento de Letícia contou com a colaboração do seu terapeuta que nos ajudou a entender por que, por exemplo, ela não conseguia dizer quais mudanças na sua rotina poderiam lhe trazer prazer no dia-a-dia. Ficamos sabendo por intermédio dele que Letícia por ser filha única sempre viveu sobre os cuidados de alguém e mesmo quando trabalhava antes de adoecer eram os pais e o marido que organizavam sua rotina, por isso, caso nós insistíssemos em que ela trouxesse a demanda para o planejamento das intervenções, estaria fadado ao fracasso. A família de Letícia sempre conviveu harmonicamente com esse modo de viver da paciente, de certa forma eles alimentam essa dependência e sentem-se mais seguros assim, portanto não sugerimos nenhuma mudança nesse acordo familiar, apenas assumimos que nossa contribuição não seria no sentido de mudar a dinâmica familiar e seria apenas limitada a resgatar algumas práticas que trariam benefícios ao relacionamento da paciente com os seus familiares.

Segundo Merhy (2002, p.40), “[...] a saúde é um valor de uso para o usuário, que a representa como algo por lhe permitir estar no mundo e poder vivê-lo, de um modo determinado, e dentro de seu universo de representações [...]”. Para esse autor, quando estamos desprovidos de saúde, a nossa possibilidade de transitar pela vida com autonomia é restringida. É a saúde que fornece nossa identidade social, a falta de razão, como no caso da doença mental, somada à ausência de produção e vontade passam a ser uma marca do doente mental, esse sujeito por estar no mundo momentaneamente desprovido desses atributos torna-se aos olhos dos seus pares um devedor, que não tem crédito para realizar negociações sejam elas quais forem ou como afirma Nascimento (2000, p.56), esses indivíduos passam a ser “[...] homens e mulheres que não são mais vistos como tais por seus semelhantes. E talvez já não se sintam como tais. É como um jogo de espelho invertido; não há retorno, mas fuga, distanciamento. Exclusão[...]”.

...agora ele não vai mais poder fazer nada... não é? (Maria, avó de Olívio, 18 anos, em sofrimento mental há 2 meses).

...acho que se ele ocupar a mente com alguma coisa logo, logo ele fica bom... (Ana, mãe de Olívio).

...será que nessa idade a gente já dá pra aposentar ele? (Rogério, pai de Ivan, 22 anos, em sofrimento mental há 5 meses).

...eu não quero ficar que nem meu vô, ele morreu no hospital, deixaram ele lá porque não ajudava mais em casa só dava trabalho... era louco (Ivan).

...se eu não fosse aposentado e tivesse esse dinheiro aí, já tinha me internado pra sempre...a gente não vale nada se não trabalha (Arnaldo, 28 anos em sofrimento mental há 7 anos)

...a melhor coisa que fizeram foi aposentar ele...já pensou ficar em casa com um homem desse tamanho sem trabalhar... (Artur, pai de Arnaldo).

Os transtornos mentais impõem aos indivíduos, à família e à comunidade uma série de custos que geram um impacto econômico sem precedentes para todas essas instâncias. Esse custo pode ser mensurável ou não, em relação ao que é mensurável, podemos citar os serviços sociais e de saúde, a perda do emprego, a redução da produtividade, o impacto nas famílias e

nos provedores de atenção, nos níveis de criminalidade, de segurança pública e por fim o impacto negativo da mortalidade prematura. A OMS (2001) estima que 2,5% do Produto Nacional Bruto dos Estados Unidos são utilizados para o tratamento dos transtornos mentais. No ano de 1993, a Escola de Saúde Pública de Havard, em parceria com o Banco Mundial e a OMS, realizou um estudo para medir a Carga Global de Doenças (CGD) no mundo, no ano de 2000 essa pesquisa foi replicada utilizando um novo parâmetro de medida, o Ano de Vida Ajustado por Incapacidade (AVAI) para quantificar a carga das doenças. O AVAI é considerado um ano perdido de vida saudável e a carga das doenças como sendo uma medida do desnível entre o *status* de saúde atual e uma situação ideal na qual todos chegam à velhice livres de doenças e deficiências. Quando comparados os dois estudos, encontramos que em 1990, os transtornos mentais e neurológicos representavam 10,5% do total de AVAI perdido em virtude das doenças mentais e suas incapacidades, para o ano de 2000 o AVAI foi de 12,3%. Considerando isoladamente o item incapacidade, as estimativas de CGD mostram que as doenças mentais e neurológicas respondem por 30,8%, uma análise das tendências mundiais, em relação a esse tipo de pesquisa, indica que essa carga crescerá no futuro, atingindo 15% até o ano de 2020. Em relação às principais causas de anos de vida vividos com incapacidade, quatro condições psiquiátricas se destacaram entre as 20 principais causas para AVAI, quando consideradas todas as idades, os transtornos depressivos unipolares, os transtornos devido ao uso de álcool, as esquizofrenias e o transtorno afetivo bipolar; o número de transtornos psiquiátricos aumentou para 7, quando considerada a faixa etária de 15 a 44 anos para transtornos depressivos unipolares, transtornos devido ao uso de álcool, esquizofrenia, transtornos afetivos bipolares, transtornos do pânico, transtornos obsessivo-compulsivos e transtornos devido ao uso de drogas se destacaram (OMS, 2001).

O caso de Pedro – 19 anos, há 3 meses em sofrimento mental

Fala	Domínio	Situação-problema	Intervenção	Avaliação
<p>...eu acho que ele não vai mais poder ir à escola...(pai de Pedro)</p> <p>...talvez fosse melhor procurar uma escola especial...nem sei se ele vai poder estudar de novo ...eu achei que ele não poderia mais ter uma vida normal... (mãe de Pedro)</p> <p>...eu queria voltar pra escola e terminar...mas acho que pegou mal... (Pedro).</p>	<p>I - Limitação, incapacidade, perda dos papéis sociais.</p> <p>II- Desqualificação, improdutividade</p> <p>III – Discriminação, estigmatização, doente mental como não sujeito</p>	<p>(1) atividades referentes ao lazer</p> <p>(2) atividades referentes à família</p> <p>(3) cuidados pessoais</p>	<p>Estabelecimento de contato com o terapeuta da paciente, solicitação para que a família planejasse atividades de lazer que envolvessem todos, estímulo para retomada de atividades laborais gradativamente e cuidado com a aparência pessoal.</p>	<p>Após 4 meses assumiu algumas atividades rotineiras da casa que até então não realizava e retomou outras que havia abandonado</p>

A doença mental guarda em si o significado de perda, ou seja, nos relatos tanto dos familiares quanto dos pacientes fica claro que após o acometimento pela doença, esses sujeitos articulam ao processo de adoecimento sempre a questão da falta, quer seja de razão, de ajuda, de auxílio, de tratamento, entre outras. Para familiares e pacientes, os melhores anos de suas vidas são subtraídos após o adoecimento, a impossibilidade de cura para a maioria dos transtornos mentais desperta sentimentos de menos-valia.

O trabalho sempre preencheu minha vida, depois da doença só o vazio cabe dentro de mim...(Adriana, 31 anos, em sofrimento mental há 2 anos).

...a falta de trabalho é o pior, antes da doença eu trabalhava, agora quem vai me empregar, é só ver minha carteira (de trabalho) vê que tá cheio de anotação de licença aí pergunta: - mais você tem alguma doença, nunca trabalhou por muito tempo num lugar só? Se liga no trabalho antigo piorou, dizem que eu saí por doença na cabeça, pronto acabou...Aí eu explico que já fiquei afastada, que tô em tratamento essas coisas de sempre não adianta nada (Fernanda, 34 anos, em sofrimento mental há 6 anos).

...eu não quero ficar em casa, sendo o doente da casa, não quero (Diego, 19 anos, em sofrimento mental há 4 meses).

A questão do trabalho na doença mental tem sido discutida em vários âmbitos e por diferentes aspectos, ora o trabalho é visto como um facilitador da reinserção do doente mental, ora como uma estratégia para que o doente não seja excluído de seu meio, enquanto pessoa em sofrimento. O trabalho diz o ditado popular dignifica o homem, ou seja, o homem que não trabalha não é digno. Nas relações de trabalho, o homem consegue ter poder de realizar trocas, quer sejam sociais, ou econômicas, ele é respeitado pelo que produz e valorizado pela sua profissão ou ocupação. O trabalho em saúde mental tem o objetivo de valorizar o que foi desvalorizado, por ser considerado incompetente para qualquer função; inserir aquele que foi excluído no campo social das trocas e incluído na categoria doente mental. O cuidado com o tema está na questão de cuidarmos para que o trabalho não se transforme em mera ocupação, desprovida de sentido. O próprio doente mental se sente desvalorizado frente às dificuldades encontradas diante da negativa do trabalho, pois observando os três relatos acima podemos perceber as diferentes formas de perceber o trabalho após o adoecimento: trabalho enquanto algo que preenche e dá sentido à vida, trabalho enquanto algo que dignifica e, portanto, não pode ser deixado de lado e por fim trabalho como um meio de qualificação do sujeito, pois, enquanto trabalhador e produtor, o sujeito deixa de ser visto como o louco da casa e passa a ser uma pessoa que tem problemas de saúde, mas que “ao menos trabalha e não fica só dentro de casa”.

O caso de Felipe – 42 anos, há 22 anos em sofrimento mental

Fala	Domínio	Situação-problema	Intervenção	Avaliação
...o meu filho era um rapaz trabalhador...mas essa doença acabou com ele (mãe de Felipe) ...pra mim ele não pode trabalhar porque é muito lento e vão acabar enrolando ele...ficou bobo e acho melhor ficar aí fazendo companhia pra mãe (irmã de Felipe).	I - Limitação, incapacidade, perda dos papéis sociais. II- Desqualificação, improdutividade III – Discriminação, estigmatização, doente mental como não sujeito.	(1) atividades referentes ao trabalho (2) atividades referentes à família (3) cuidados pessoais	Articulação com a família para que o paciente retornasse ao trabalho, incentivo para o cuidado com a aparência pessoal.	Após 4 meses - retomada do trabalho e manutenção dos cuidados de higiene pessoal.

Rodrigues e Figueiredo (2003), analisando as concepções sobre doença mental em profissionais, usuários e seus familiares, apontaram que o conceito de doença mental para os familiares está atrelado a seis subcategorias, a saber: instabilidade emocional, perda do padrão de normalidade, visão biológica, predisposição hereditária, estigma e conflitos sociais. A subcategoria perda do padrão de normalidade é definida pelos membros das famílias dos pacientes psiquiátricos como incapacidade produtiva, caracterizada pela não-inserção do indivíduo no plano social. Já para os usuários, a mesma subcategoria é definida como sendo a perda dos padrões sociais. De maneira semelhante, familiares e pacientes percebem que a doença mental por si só é excludente, já que está associada a perdas. Perder o parâmetro do que seja socialmente aceito ou não entre seus pares passa a ser uma característica definidora de doença mental. A incapacidade de produzir também é considerada um traço de comportamento do doente e por associação se ele não é capaz de produzir deve ser excluído.

Para Sueli (mãe de Pedro) e para o próprio paciente, voltar à escola era algo improvável após o adoecimento, pois ambos compartilhavam da mesma crença de que a doença mental não pode ser separada do conceito de incapacidade para as realizações, portanto ele deveria ser retirado da escola, que era o seu meio social mais próximo depois da família, permanecendo fora desse meio por tempo indeterminado. Essa posição guarda outra subcategoria do estudo de Rodrigues, Figueiredo (2003), que é o estigma. Para os usuários, segundo os autores, ele se constitui pela percepção do preconceito à doença e acrescentamos ao doente, expresso pela sociedade. A visão dos familiares em relação ao estigma é diferente, para eles estigma se configura pela percepção da doença como não doença e sim, como sendo uma incapacidade pessoal que o paciente possui sobre ele próprio, ou ainda, como sendo o fruto das características da sociedade, enquanto um conjunto de pessoas cercado por problemas sociais.

Zusman (2001), ao discutir o mito de que qualquer tratamento para pacientes psicóticos graves é meramente paliativo, afirma que as dificuldades de relacionamento das pessoas em sofrimento mental são acentuadas pela segregação e pela falta de convívio com a comunidade. Esse mito foi construído cuidadosamente pela psiquiatria, segundo o autor, para esconder as dificuldades que os profissionais de saúde têm em investir numa pessoa que sofre com uma doença que dentre os transtornos psiquiátricos é considerada como sendo a de pior prognóstico. O quadro se agrava se esta pessoa adoecer jovem, como o caso de Pedro. Diante desse quadro, cabe aos profissionais de saúde tratar paliativamente e aguardar o desfecho, ou como afirma Zusman (2001), “[...] entretê-los, enquanto a morte não vem [...]” (64p.). Novamente a questão do entretenimento do sentido de distração, enquanto se aguarda algo que não vem, ou seja, a cura reforça o mau prognóstico atribuído às doenças mentais, a falta de perspectiva para o doente não só em relação ao tratamento mas também a qualquer possibilidade de continuidade, planos, sonhos e realizações reforçam o estigma que permeia a doença mental.

A história de Pedro em relação à escola foi modificada quando novamente nos reportamos à rede social. Segundo Chore et al. (2001), as relações sociais que circulam os indivíduos são consideradas como teias que proporcionam a participação social do sujeito na comunidade. Para os autores que avaliaram as medidas de rede e apoio social utilizados por pessoas enfermas, sua definição ainda não é consenso, mas podemos considerá-la como sendo o grau com que as relações interpessoais correspondem à determinada função (emocional, material ou afetiva, por exemplo), com ênfase no grau e satisfação do indivíduo com a disponibilidade e qualidade dessas funções. As relações de amizade, solidariedade entre os membros da rede social na qual Pedro estava inserido foram decisivas para sua reintegração ao meio do qual ele foi retirado momentaneamente. Seu retorno à escola de forma tranqüila, em um ambiente que foi previamente preparado para recebê-lo demonstra que é possível

evitar a exclusão, principalmente dos pacientes agudos, que estão cada vez mais se cronificando precocemente por falta de investimento dos profissionais da saúde mental, das pessoas que acompanham esse paciente, entre elas familiares, amigos e membros da comunidade e das políticas de saúde para o setor.

O'Connor et al. (2002) afirmam que atualmente estamos lidando com uma crise na clínica psiquiátrica em relação aos casos novos, para os autores os casos agudos estão rapidamente tornando-se crônicos, em um círculo vicioso difícil de interromper sem investimento financeiro e afetivo no cuidado em saúde mental. Quando se reportam aos casos novos de transtornos psicóticos, a situação se agrava, pois, segundo os autores, os serviços não estão dando conta de intervir nesses quadros. Geralmente essa clientela é composta por homens, jovens, que por falta de investimento, em poucos anos se envolvem com o uso abusivo de álcool e outras drogas, estabelecendo um quadro de co-morbidade que culmina com a prática de delitos ou com a fuga para as ruas, aumentando assim a população de rua com transtornos mentais em meio às pessoas que vivem a exclusão social por outros motivos nesse ambiente.

O apoio social também é definido como sendo a informação que leva o indivíduo a acreditar que é querido, amado e estimado, portanto, importante (COBB, 1976). O afeto envolvido nessas relações que foram estabelecidas entre os sujeitos nessa intervenção realizada na escola possibilitou o crescimento desse paciente, sujeito, doente, mas que se vê como alguém capaz de planejar e concretizar projetos, independente do que a clínica define como mau prognóstico. A inserção da pessoa em sofrimento mental na comunidade também passa pelas relações de troca que ele possa estabelecer em ambientes determinados como sendo socialmente aceitos, é assim quando pensamos na questão do trabalho. Ludemir (2000), estudando inserção produtiva, gênero e saúde mental, aponta que o mundo do trabalho tem dois sexos e que homens e mulheres em sofrimento mental vivenciam o trabalho

diferentemente. Para a mulher doente o não fazer nada é aceito desde que ele não interfira na rotina doméstica, o trabalho fora de casa não é visto como uma forma de se furtar ao mesmo, mas sim como uma incapacidade socialmente aceita.

O não fazer nada para o homem é diferente, esse não fazer reforça a concepção de que a doença mental não é somente uma incapacidade pessoal, mas também um traço da personalidade do sujeito doente. Na subcategoria encontrada por Rodrigues e Figueiredo (2003) relativa aos conflitos sociais, os autores referem que para os familiares esses conflitos propiciam o adoecer, mas na visão dos usuários o doente mental está ausente destes conflitos, pois não pertence à sociedade e a doença constitui um mundo à parte. Nesse mundo à parte não há espaço para trocas, não só na visão dos familiares, mas também na visão dos pacientes. Um mundo onde não se produz, não se tem poder de decisão tampouco de argumentação. A palavra do outro, que tem juízo e portanto tem razão, deve ser recebida como norma, lei. Essa tirania dos sujeitos providos de razão inviabiliza qualquer projeto de retomada para a vida, por parte da pessoa em sofrimento mental.

Quando estudou as implicações da adoção do gerenciamento de casos na Austrália, Heslon e Peterson (2003) observaram que os pacientes psiquiátricos, tanto crônicos quanto agudos, passaram a alcançar o que as autoras denominaram de tomada de decisão, nesse sentido a pessoa em sofrimento mental passa a ser autônoma, pois adquire o direito à cidadania. Para as autoras, um dos fatores que colaborou para essa retomada foi o retorno ao trabalho, entretanto, no início da adoção do programa apesar das atividades laborais terem sido consideradas como metas, não se pensou que esses pacientes passariam também a fazer parte da população de desempregados do país. Na tentativa de resolver o problema encontrado com a prática, foram criados os programas de trabalho assistido, que privilegiaram a inserção do doente em locais de trabalho onde estivessem presentes membros da família ou da comunidade onde o paciente residisse, pois era uma tentativa nova de reinserção e a

preocupação do programa, segundo os autores, era de que, a partir de pequenos fracassos, o doente desistisse do programa. Em contrapartida, a presença de um tutor (familiar, vizinho ou amigo), não excluindo a figura do gerente de casos, foi avaliada como sendo benéfica nos momentos de crise. A prestação de trabalho informal também absorveu esses pacientes, pois demandava qualificação profissional, apenas no treinamento de tarefas simples, geralmente domésticas, de limpeza e organização. O que fez com que no país, após 10 anos do estabelecimento do programa, fosse observado um aumento na circulação de renda entre essas pessoas ao contrário do que foi observado entre os pacientes que mantinham acompanhamento das cooperativas de médicos e enfermeiros, que continuavam dependendo integralmente do Estado em relação ao seu sustento.

Para Ludemir (2000), o trabalho informal tem sido a porta de entrada no mercado de trabalho tanto para os jovens, quanto para migrantes, mulheres e pessoas excluídas do processo de trabalho. Ainda, segundo o autor, o gerenciamento de casos e sua flexibilidade possibilitaram a reestruturação do sistema de atenção em saúde, criando a necessidade do desenvolvimento de protocolos de gerenciamento pelos hospitais gerais que atendem o doente mental, definindo critérios mais claros para internação hospitalar, reduzindo os gastos com medicamentos e possibilitando aos pacientes a alta do programa utilizando doses mínimas de medicação para manutenção; ao contrário de alguns serviços de saúde que mantêm altas taxas de tempo de internação tanto domiciliar quanto hospitalar e utilizam os grandes laboratórios farmacêuticos para continuarem tratando o doente mental como um consumidor, sem possibilidade de argumentação.

No caso de Felipe, o retorno ao trabalho foi o propulsor para a tomada de outras atitudes em relação à sua vida, como por exemplo, o autocuidado e a higiene. Após vencer essa etapa, partimos para o eixo do trabalho que era nosso objetivo principal, a resistência por parte de alguns familiares foi visível e em certos momentos interferiu de modo negativo em

nossas ações junto ao paciente. O apoio da mãe e, posteriormente com a observação das mudanças, a ajuda recebida por parte de seus tios foram fundamentais para realização de nossas metas. A resistência dos familiares, observada a princípio, pode ser compreendida como sendo reflexo da falta de credibilidade do paciente junto aos seus pares. Outras questões foram observadas, mas como se tratava de problemas familiares os quais percebemos como um campo onde não deveríamos interferir sob pena de prejudicar o paciente e as relações previamente estabelecidas dentro da família, optamos por não abordá-las, respeitando assim os sujeitos que colaboraram com este estudo.

Ludemir (2000), citando o modelo funcional de Warr (1987), baseia-se na identificação de nove características consideradas como sendo “vitaminas” para saúde mental em todos os tipos de ambiente, mas particularmente no trabalho remunerado e no desemprego, a saber: oportunidade para controle, oportunidade para uso de habilidades, metas geradas externamente, variedade, possibilidade, disponibilidade de dinheiro, segurança física, oportunidade para contatos interpessoais e valorização. A autora afirma que tanto os baixos quanto os altos níveis de uma determinada “vitamina” tendem a deteriorar a saúde mental dos indivíduos.

Para Felipe, o retorno ao trabalho possibilitou uma oportunidade para o desenvolvimento de suas habilidades esquecidas com os anos de sofrimento; uma oportunidade de controlar sua vida, deixando de ser tutelado incondicionalmente por sua mãe e irmã; criou a demanda para estabelecer metas para o futuro tal como ir morar sozinho. Felipe reivindicou o direito à participação dos lucros na mercearia, fato que desencadeou o desentendimento com a irmã; ele passou a se sentir mais seguro em relação a si mesmo e, por conseguinte, sentiu-se importante e valorizado, apesar de ter medo do que virá pela frente por conta de suas ações. O trabalho na mercearia também possibilitou o contato de Felipe com a vizinhança e a retomada de algumas relações de amizade que ele havia perdido; apesar dele

ainda manter um certo distanciamento dessas pessoas, a possibilidade está criada, por intermédio da retomada do trabalho. O estigma por parte da família da irmã de Felipe não foi amenizado, mesmo após as mudanças apresentadas por ele. Esse comportamento corroborou para a insegurança de Felipe diante de suas ações, pois não encontrou reforço positivo por parte de sua irmã e de seu cunhado, assim como de seus sobrinhos que são estimulados, mesmo que veladamente, a chamar o tio de louco, doido entre outras denominações pejorativas. Nossas intervenções deixaram marcas positivas, pois, quando necessitamos retomá-las, após a reinternação motivada pelo desentendimento com a irmã, observamos que o esforço de Felipe e sua participação foram maiores, a ajuda de seus familiares veio prontamente e ele em menos de um mês retomou as atividades. Entretanto, sabemos que pelo grau de comprometimento do paciente, atrelado ao frágil apoio familiar e social, possivelmente ele terá novas recaídas.

O Programa de Atenção aos Transtornos Mentais Severos, incluindo o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental do Principado de Astúrias – Espanha, define transtornos mentais como sendo um grupo de entidades nosológicas que cumprem critérios de gravidade clínica, que persistem durante certo tempo sem melhora do quadro, com progressão e deterioração apesar dos procedimentos terapêuticos habituais e que apresentam um efeito importante nas relações familiares e sociais (García, 2004). Segundo a Escala de Incapacidades da OMS (2000) para transtornos mentais, quatro itens devem ser considerados para avaliação do grau de comprometimento dos pacientes, entre eles; cuidado pessoal, funcionamento ocupacional, funcionamento familiar e funcionamento no contexto social. O cuidado pessoal está ligado não só às questões relacionadas à higiene pessoal, mas também à consciência em relação à doença, o significado atribuído à mesma e a atitude do doente em relação ao tratamento. Questões relacionadas ao trabalho dentro e fora de casa estão ligadas ao funcionamento ocupacional. As relações com os familiares determinam a

avaliação da capacidade ou incapacidade no funcionamento familiar e o grau de relação entre o paciente e seus vizinhos, assim como seu comportamento em situações de convívio com pessoas que não façam parte de sua parentela é avaliado, no item funcionamento no contexto social.

Barbosa et al. (2003), em um estudo com o objetivo de sistematizar a assistência de enfermagem psiquiátrica em uma enfermaria de psiquiatria de um hospital geral, apontaram que os diagnósticos mais frequentes para alterações psiquiátricas foram: isolamento social, risco de violência direcionada a si mesmo ou a outros, comunicação verbal prejudicada, processo de pensamento perturbado, ansiedade, nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais, auto-estima crônica e padrão de sono perturbado. Sendo que os quatro primeiros itens tiveram maior ocorrência e, portanto, necessitaram de intervenções mais frequentes durante a internação.

O caso de Diego – 19 anos há 4 meses em sofrimento mental

Fala	Domínio	Situação-problema	Intervenção	Avaliação
<p>...no começo ele cheirava a comida e depois jogava tudo fora dizendo que tava envenenado [...] depois passava a noite andando pela casa com uma faca [...] conversava com as paredes e gritava cada nome [...] já jogou pedra nos carros dos vizinhos (mãe).</p> <p>...no começo eu batia...não deu resultado (pai)</p> <p>...tem gente que acha que tá metido com droga...outros falam que é maldade mesmo (vizinha da família).</p>	<p>III – Discriminação, estigmatização, doente mental como não sujeito.</p>	<p>(1) atividades referentes à comunidade</p> <p>(2) atividades referentes à família</p>	<p>Realização de reuniões com a família, os vizinhos e amigos para esclarecer e tirar dúvidas sobre a doença do paciente.</p>	<p>A família após a alta do paciente foi capaz de lidar com seu retorno ao lar de forma tranquila, o paciente é capaz de se responsabilizar pelo tratamento medicamentoso, retorno ao trabalho e às atividades de lazer com monitoramento, pois o paciente faz uso de bebida alcoólica.</p>

A presença de idéias delirantes resistentes e de alucinações que permanecem, independentemente do tratamento farmacológico, é comum para as pessoas que sofrem com a doença mental. Esses transtornos no processo do pensamento, baseados em pensamentos

inadequados à realidade e que se manifestam por expressões verbais e idéias errôneas a respeito de determinado tema, assim como os transtornos da percepção sensorial entre eles as alucinações auditivas associadas, levam à deterioração das interações sociais dos pacientes psicóticos em especial. E como um círculo vicioso essa situação também prejudica as relações familiares, pois geralmente diante de um familiar que fala sozinho como se estivesse conversando com alguém, ameaça as vozes que afirma ouvir, ouve música ou algum programa de televisão em volume máximo na tentativa de abafar as vozes que o acompanham, mantém a idéia fixa de que os vizinhos estão envenenando sua comida, tramando contra sua vida ou fazendo feitiçaria com seus pertences, é fácil entendermos porque os demais membros da família ora têm medo do paciente, ora acreditam que ele está inventando “coisas”. Este, ao nosso ver, caracteriza-se para os familiares como sendo o momento adequado e necessário para a internação.

...é difícil acreditar em tudo que ele fala parece que é mentira, que tá inventando, demorou pra entender que é uma invenção mais não dele, é da cabeça dele, é como se ela mentisse pra ele o tempo todo (Roberta, mãe de Ivan, 22 anos, em sofrimento mental há 5 meses).

A adaptação da família ao estresse causado por esse tipo de comportamento que afeta a relação com os membros da comunidade, a compreensão dos familiares e vizinhos sobre os sintomas da doença mental e o manejo nas situações de crise são vistos como sendo uma das metas do plano terapêutico, antes do retorno do paciente para casa. Basta lembrarmos que o paciente retorna sem a maioria dos sintomas produtivos e em alguns casos não se lembra das atitudes que tomou antes da internação, as lembranças e a tomada de consciência do seu comportamento geram medo, vergonha e distanciamento, conseqüentemente isolamento social e familiar. A desconfiança por parte dos familiares em relação aos relatos do paciente cresce quando os mesmos são incompreensíveis, quando mais desinformação por parte da família maior a possibilidade do paciente ser visto como um mentiroso, que inventa coisas, que brinca com os outros e se diverte com isso, a loucura não gera divertimento, pelo

contrário produz angústia e solidão, quando Roberta afirma que a cabeça de Ivan mente para ele, ela consegue de certa forma colocar em uma frase simples o que acontece com as pessoas em sofrimento mental, elas ouvem e em alguns momentos vivem mentiras, produzidas pelo seu próprio eu, inventam formas de não sofrer ou de minimizar o sofrimento que lhes afligem e se deparam constantemente com esse pesar, apesar do tratamento. Fica a questão, simples e ao mesmo tempo angustiante de criarmos estratégias para que os familiares e amigos dessas pessoas aprendam, assim como Roberta apreendeu, que a doença mental não é uma invenção, uma mentira, um engodo, fruto da imaginação de alguém que não quer trabalhar ou enfrentar as adversidades da vida, ela existe, e é real dentro de um imaginário vigoroso.

Da primeira vez que internou tinha corrido na rua sem roupa, foi horrível... a molecada gritando atrás... imagina que vergonha... tivemos até que mudar de bairro depois disso porque... você sabe a rua inteira ver sua mulher pelada na rua não é fácil pra ninguém... então quando ela voltou e nós contamos ela tentou se matar aí interna de novo e daí por diante é sempre assim... acho que ficou com vergonha do que aconteceu... (Eduardo, marido de Fernanda, 34 anos, em sofrimento mental há 6 anos).

O trabalho e a convivência diária com pacientes psicóticos graves encontram obstáculos tanto em relação à capacidade do paciente em administrar seus sintomas considerados produtivos (delírios e alucinações) e seus sentimentos internamente (amor, ódio, gratidão, entre outros) quanto ao limite interno do profissional e do familiar ou cuidador em lidar com as diferentes manifestações de afeto ora exacerbado, ora indiferente do doente mental. O acolhimento por parte dos familiares e dos membros da rede social em relação às demandas do paciente, segundo a nossa experiência neste trabalho, pode ser considerado como algo possível, a forma como a abordagem é realizada é o segredo do sucesso desse tipo de intervenção. Aprendemos com a teoria grupal e com a prática na clínica psiquiátrica que quando valorizamos o conhecimento do outro, a construção de um saber compartilhado é mais tranquila e aceita.

A vergonha à qual Eduardo se refere se dá em dois pontos, de um lado a vergonha de ter que conviver com os excessos produzidos pelos sintomas psicóticos de Fernanda, que expuseram a família a tal ponto que foi necessário mudar de bairro para não ter que conviver com as pessoas que presenciaram o fato, do outro lado está uma mulher, mãe de família, esposa respeitável que em certo momento sai nua correndo pela rua. Não especulamos de que forma esse fato foi relatado para Fernanda, pois ficou subentendido que esse é um assunto desconfortável para a família e que gera tensão e vergonha sempre que abordado. As histórias e estórias que acompanham a loucura sempre estão ligadas ao excesso de tudo, dos modos, das falas, dos gestos, em alguns momentos essas expressões de sentimentos são tidas como comportamentos exóticos, irreverentes ou apenas diferentes, em outros como chocantes, inadequados e provocativos, que deixam o paciente exposto e talvez seja esse o grande mal que produz incompreensão por parte da maioria das pessoas em relação à doença mental, o não saber de onde vem essa inquietação pessoal que faz com que alguém que se considera conhecido passe a se comportar de forma inesperada e incompreensível.

McCann et al. (1996), avaliando os mecanismos de adaptação e não-adaptação de pacientes em relação aos sintomas psicóticos, avaliaram que com os pacientes de primeira crise a adaptação e o manejo em relação aos sintomas se deram após 6 meses de monitoramento, já em relação aos pacientes considerados crônicos foi necessário um período de 1 a 2 anos. Nesse estudo realizado com 17 parentes e amigos, 14 companheiros e 11 pacientes, as autoras apontam que na área do lazer não houve diferença nas dificuldades de adaptação entre crônicos e agudos, pois ambos têm dificuldades principalmente em relação aos contatos sociais externos, tais como festas e eventos associados ao ato de beber que foi considerado como lazer pelos sujeitos da pesquisa. Foi considerado agravante para as dificuldades do paciente o beber socialmente, visto que aqueles pacientes que já apresentavam o hábito de ingerir bebida alcoólica foram muito mais resistentes em cessar o uso do que

aqueles que não o tinham; mesmo após o trabalho de psicoeducação realizado com esses pacientes, demonstrando o risco da associação entre bebida alcoólica e psicotrópicos. A outra questão, abordada pelo estudo de McCann et al. (1996), estava relacionada ao cuidado com a saúde e o uso de tabaco, tanto o estudo das autoras quanto o de García (2003), que acompanhou um paciente utilizando a estratégia do gerenciamento de casos por dois anos, não obtiveram sucesso na redução do uso. Encontramos importantes modificações de comportamento em relação aos cuidados com a saúde entre os pacientes que acompanhamos, mas infelizmente dos oito que faziam uso de tabaco não houve redução no consumo, apesar das intervenções educativas que realizamos.

Em relação ao uso de bebida alcoólica, Diego após a alta do programa seguiu em monitoramento pelos familiares, assim como outros dois pacientes que também faziam uso de bebida. Não foram encontrados pacientes que utilizavam outras substâncias neste estudo. A co-morbidade entre transtornos psiquiátricos e uso de substâncias tem se apresentado como um tema emergente que merece investigação. McCarthy et al. (1998) desenvolveram e implementaram um programa de gerenciamento de casos específico para pacientes usuários de substâncias psicoativas que têm apresentado bons resultados, entretanto os autores não acompanharam casos de co-morbidade psiquiátrica em seu programa.

É imperativo valorizar o conhecimento da família, do paciente e da comunidade sobre doença e saúde mental para trabalharmos o retorno dos pacientes para casa. Ninguém mais a não ser esses sujeitos poderá ensinar aquilo que ainda não aprendemos na academia e nos serviços, ou seja, como é conviver com o doente mental. Nossa vivência é pontual e restrita a determinado período de tempo, as histórias que temos para contar aos alunos e colegas de profissão nos foram repassadas pelos sujeitos que convivem diariamente com o sofrimento dessas pessoas, a partir da forma como eles compreenderam os fatos e após o filtro de nossos saberes e práticas. Observamos e conversamos com os pacientes em crise, apenas durante a

internação, pois, logo em seguida, ele é medicado e contido física e quimicamente para sua e nossa proteção. Daí a dificuldade que temos em compreender de forma ampliada o que é ser doente mental, conviver com o doente mental e ter um doente mental em nossa casa, a não ser quando temos uma pessoa em sofrimento dentro de nossa família e nem essa experiência, em alguns casos, nos qualifica como especialistas no tema.

Não raro ouvimos de alguns colegas e alunos da academia que eles nunca trabalhariam com psiquiatra por não acreditarem que o paciente possa realmente ouvir as coisas que diz ouvir, ver coisas onde não existem e que isso para eles é mero fingimento. Se alguns de nossos pares que estão inseridos no campo da saúde pensam dessa forma, é compreensível que a comunidade em geral também tenha suas crenças a respeito do tema. Trabalhá-las a nosso favor é o meio de intervirmos de forma eficiente e eficaz quando planejamos nossas ações. White et al. (2000) afirmam que cabe ao enfermeiro, durante sua prática no gerenciamento de casos, exercer com maestria o papel de educador. Segundo os autores, a educação em saúde para essa clientela é fundamental para termos acesso às informações que ajudarão no planejamento das ações. O relacionamento terapêutico entre o enfermeiro, a família, o doente, a comunidade e a equipe do serviço no qual o paciente está inserido deve ser consolidado em prol das intervenções que serão realizadas em campo. O isolamento do enfermeiro em relação a essas pessoas, quando se arvora de seus conhecimentos científicos e apenas os repassa sem diálogo e sem dar o direito de argumentação à clientela atendida, é um erro grave que depõe contra a competência do enfermeiro para acompanhar o caso.

A experiência de realizar grupos com membros da comunidade e familiares, discutindo conceitos relativos à saúde mental foi extremamente enriquecedora, novamente nos reportamos ao apoio da rede social para estarmos realizando nossas intervenções. Para Harms;Berson (2003) entre as implicações para esse tipo de intervenção realizada por enfermeiros estão o reconhecimento da profissão e a expressão mais livre por parte dos

integrantes, já que a atividade é desenvolvida geralmente em algum espaço comunitário e o exercício da autonomia dos sujeitos em um ambiente que não seja o hospital ou algum tipo de estrutura de saúde ligada a ele. Segundo Andrade e Vaitsman (2002), podemos compreender as influências positivas das redes sociais em relação à saúde dos indivíduos por meio do que o autor define como sendo comportamentos corretivos, ou seja, a convivência entre as pessoas proporciona o monitoramento mútuo da saúde entre os membros de uma determinada comunidade. Os sujeitos que compõem a rede passam a dar atenção a comportamentos e sintomas visíveis, tais como falar sozinho, além de aconselhar e incentivar a busca por tratamento. O apoio social que as redes oferecem se reporta ao potencial dispositivo de ajuda mútua, quando uma rede social é forte e integrada. Para Andrade e Vaitsman (2002), “[...] os aspectos positivos das relações sociais, como o compartilhar informações, o auxílio em momento de crise e a presença em eventos sociais [...]” promovem o envolvimento comunitário na situação de enfermidade, podendo se caracterizar como um fator psicossocial significativo no aumento da confiança pessoal e da satisfação com a vida. Para os autores “a disponibilidade do apoio social aumenta a vontade de viver e a auto-estima do paciente, o que contribui com o sucesso do tratamento” (927p.).

O trabalho com grupos na comunidade configura-se como um espaço extremamente produtivo para a troca de saberes e a produção de sentido para várias de nossas dúvidas, quando pensamos nas redes sociais. As pessoas que participaram dos grupos que realizamos na comunidade trouxeram significados diversos, amplos e em alguns momentos restritos sobre o que entendemos como sendo o processo de adoecimento, os conceitos de saúde e doença mental e as relações interpessoais entre outros temas foram discutidos em alguns momentos de forma simples e em outros guardavam significados ricos de interpretação, impregnados pela subjetividade dos sujeitos que se dispuseram a compartilhar os mesmos, que provavelmente, se aprofundados, dariam outra pesquisa. O conhecimento popular sobre a

loucura, ainda que repleto de signos oriundos do conhecimento científico, em relação ao modo de cuidar difere em vários aspectos. Enquanto nós, profissionais da saúde, pensamos em inovações tecnológicas ou descobertas de novos medicamentos e estratégias de atenção em saúde mental que minimizem os efeitos deletérios na vida das pessoas em sofrimento mental, os membros da comunidade se dividem entre aqueles que são contra e a favor da internação hospitalar, que têm pena do paciente ou da família, que acreditam que doença mental é proveniente da falta de trabalho ou ocupação, é castigo divino, é algo proveniente da cabeça ou do sofrimento ou simplesmente é algo que “nem os médicos sabem direito o que é”. A pluralidade de interpretações do que seja doença mental compõe e preenche os espaços das redes. São conceitos que se espriam entre seus membros e têm força de argumentação a favor ou contra determinado tema quando bem empregados. O ponto pacífico dos mesmos pode ser exemplificado por uma única questão, apesar das diferentes formas de entender a doença mental, sua etiologia e tratamento, o doente não deve ser maltratado.

Atualmente, nos deparamos com uma situação paradoxal em relação à saúde mental no mundo, pois, apesar de todo conhecimento científico sobre as causas, a evolução, as conseqüências dos transtornos mentais e o desenvolvimento de tratamentos propiciadores de melhor qualidade de vida aos pacientes, a maioria das pessoas em sofrimento mental ainda é vítima da estigmatização e da discriminação. Por isso a OMS (2004) preconiza a necessidade de implantar políticas e programas nacionais de saúde mental para que possamos evoluir nessa questão, dado que, mais de 40% dos países não possuem políticas de saúde mental, 30% sequer possuem programas destinados a essa parcela da população mundial e a maioria dos países que têm programas e políticas nacionais destinados à saúde mental investe apenas 1% do orçamento destinado para a área.

O caso de Isabel – 42 anos, há 7 anos em sofrimento mental

Fala	Domínio	Situação-problema	Intervenção	Avaliação
<p>...você pode até não acreditar no que eu digo mais aqui ninguém me ouve, não é mentira...eles conversam e parece que eu nem estou ali... (Isabel)</p> <p>...não é que ninguém ouve é que ela demora pra dizer as coisas, o que quer e quando fala é sempre aquelas coisas... se que sonhou...(filha de Isabel).</p>	<p>III – Discriminação, estigmatização, doente mental como não sujeito.</p>	<p>(1) atividades referentes à comunidade</p> <p>(2) atividades referentes à família</p>	<p>Busca de apoio com os membros da igreja local, onde Isabel se inseriu no grupo de mães daquele lugar e passou a aprender a confeccionar trabalhos manuais, fazendo com que a paciente saísse de casa e aprendesse algo novo, além de se relacionar com outras pessoas da comunidade.</p>	<p>A família após a alta do paciente foi capaz de lidar com seu retorno ao lar de forma tranqüila, o paciente é capaz de se responsabilizar pelo tratamento medicamentoso, retorno ao trabalho e às atividades de lazer com monitoramento, pois o paciente faz uso de bebida alcoólica.</p>

As pessoas em sofrimento mental merecem um tratamento menos restritivo e invasivo, sob pena de terem seus direitos cerceados. O direito de interagir com seus pares, envolver-se de forma saudável com as pessoas que amam, sentir-se bem, ter a possibilidade de controlar suas ações e sentimentos, preservar, utilizar e desenvolver habilidades mentais e manuais, planejar e executar metas pessoais ou coletivas e viver com qualidade de vida são incompatíveis com discriminação e estigmatização.

A Associação Canadense de Saúde Mental (CMHA), em 2002, editou um documento sobre *home care* com idosos em sofrimento mental, em que apontou que a população idosa tem sofrido os efeitos do preconceito em relação à sua condição de saúde, tanto quanto qualquer outro grupo etário e que para essa população o adoecimento psíquico antecipou o processo de exclusão comum na terceira idade em vários países. O programa de *home care* desenvolvido naquele país para idosos em sofrimento mental tem como princípios de atuação o engajamento e a responsabilização do idoso pelo tratamento, sua independência e controle de suas ações, a manutenção da saúde física e a interação social, a espiritualidade e a

dignidade diante da vida somada à percepção das experiências cotidianas como sendo possibilidades de autonomia (CMHA, 2002).

Em 2004, a OMS lançou uma coleção de Manuais de Políticas e Serviços de Saúde Mental, baseados nos resultados do Relatório sobre a Saúde no Mundo - Saúde Mental; Nova Conceção, Nova Esperança (2001), em que entre outros temas abordados encontramos um número especial destinado à legislação e aos direitos humanos em saúde mental, dada a importância do tema. É imperativo pensarmos que a assistência em saúde demanda uma atitude de respeito e promoção da autonomia da pessoa. A tomada de decisões, sempre que possível, sobre sua saúde, sua integridade física e psíquica e a manutenção de suas relações sociais, considerando o que é adequado para si, devem ser preservadas na clínica psiquiátrica independente de suas especificidades. É desumano o tratamento destinado às pessoas que sofrem com a doença mental em certos hospitais psiquiátricos existentes no mundo. A violação dos direitos do homem em relação ao seu corpo e seu modo de vida ainda é encontrada em diferentes situações e contextos das práticas psiquiátricas e nas comunidades e famílias dos doentes mentais. Infelizmente esse fenômeno foi replicado conforme se constata nos relatos dos sujeitos deste trabalho.

...se ele soubesse o que é certo ou errado não faria tanta bobagem...por isso não deixo fazer tudo o que quer se não fico doida também...(Leia, mãe de Gustavo, 22 anos, há 4 meses em sofrimento mental).

...os doentes, assim que nem ele são que nem criança a gente tem que decidir tudo pra eles, não dá pra deixar na mão deles o que vai se fazer pra comer, ou o que comprar, não tem como...eles não sabem mais conversar que nem todo mundo, então é melhor ficar em casa, assim não passa por bobo(Mateus, irmão de Bernardo, 35 anos, em sofrimento mental há 12 anos).

A clínica da desqualificação, da incompetência pessoal e social, do poder de deixar o outro 'doido' também impregna esse discurso, faz com que o doente mental seja tratado como uma criança que não sabe se cuidar, independente de suas habilidades ou da idade que tenha,

‘falar e fazer bobagens’ e não saber lidar com o mundo que também não sabe lidar com ele legitima a exclusão desse mundo e a restrição dos espaços aos quais o louco pode frequentar, principalmente os espaços coletivos. Cabe ao doente o espaço restrito do lar, onde ele possa mais uma vez ser vigiado, observado e punido, caso se faça necessário.

...não dá pra confiar... o melhor é você ir lá e fazer...eles ficam meio bobos, tem gente que sai de casa e não acerta o caminho de volta...(Poliana, mãe de Arnaldo, 28 anos, em sofrimento mental há 7 anos).

...as pessoas tem medo dele... e com razão quem que vai confiar em doido...só vocês mesmo que não mora com ele...eu não confio depois de tudo que já aprontou... não é que vou maltratar... como a gente ouve caso por aí de gente que amarra eles, bate, deixa sem comer... trata assim que nem bicho... não é isso mais tem que ter cuidado... vai saber o que passa na cabeça deles...(Eva, esposa de Luís, 32 anos, em sofrimento mental há 7 anos).

O ser humano geralmente desconfia daquilo que não conhece, pois sente medo do que está por vir, assim sendo é compreensível que Eva desconfie de Luís, pois como ela mesma afirma como confiar em alguém que não se sabe do que é capaz já que ela desconhece o que se passa “na cabeça” do paciente. Quando ouvimos essa frase, lembramos que instantaneamente perguntamos a Eva se ela sabia o que se passava na cabeça de seu vizinho, ela respondeu que não, mas que o vizinho não era louco, daí perguntamos quem garantia isso, já que Luís também não era até o momento em que adoeceu. A conversa se estendeu e descobrimos algo precioso para o futuro, a loucura expressa não é confiável, nem quando está sob controle e essa verdade tem tanto poder que impregna o doente a ponto do mesmo não se reconhecer como um igual, passando a se auto-definir como diferente dos que o cercam, fazendo com que ele, agora sujeito doente, passe a fazer parte de um mundo à parte.

...eu não sou mais igual aos outros sei que não sou...é só ver o jeito que falam comigo...é diferente...como se eu não pudesse entender nada...e tivesse esquecido tudo o que sei... mesmo que eu faça tudo igual a todo mundo sempre vou ser tratado diferente...como se fosse de outro mundo...(Luís, 32 anos, em sofrimento mental há 7 anos).

Segundo Desviat (1999), a sociedade do futuro está condicionada à proposta de proteção à saúde e de cuidado ético que elaborarmos hoje. A ética é um dos instrumentos de que o homem lança mão para garantir a convivência social, é a reflexão crítica sobre o comportamento humano. A ética contemporânea, na área da assistência à saúde, relaciona-se à noção de autonomia e tomada de decisão da pessoa. O autor afirma que o problema que enfrentamos com nossos novos e velhos pacientes crônicos, “[...] não é decifrar os padrões das doenças mentais, a questão é prever que tipos de laços sociais, que valores, que cultura e que tipo de homem se está projetando para o futuro [...]” e nesse sentido não cabe à clínica do acompanhamento, mas sim à possibilidade de oferecer aos doentes mentais autodeterminação, o poder de decidir o que é bom ou não, diante das possibilidades apresentadas e de acordo com suas expectativas, necessidades, valores e crenças pessoais.

O caso de Cláudia – 32 anos há 1 ano em sofrimento mental

Fala	Domínio	Situação-problema	Intervenção	Avaliação
...o pior pra mim é ver que eles me olham com pena... falam... eu já ouvi uma vez minha tia dizer que era melhor morrer do que ter essa doença... ou me tratam como seu eu fosse criança... não pode isso, não pode aquilo ou como se eu fosse uma porta... sem vida...lá no trabalho ninguém é assim, porque eles não sabem que sou doente, nunca contei pra ninguém (Cláudia)	III – Discriminação, estigmatização, doente mental como não sujeito.	(1) Atividades referentes à família	Realização de reuniões com os familiares para tirar dúvidas e orientar quanto à doença de Cláudia, trabalhando as dificuldades da família em lidar com a paciente e sua doença.	Envolvimento de alguns familiares nas ações realizadas, melhora da auto-estima da paciente.

Há alguns anos, realizamos uma visita técnica ao Centro de Atenção Integral à Saúde de Santa Rita (CAIS), na cidade de Santa Rita do Passa Quatro, estado de São Paulo, com alunos e alguns professores da EERP-USP, como atividade do estágio da disciplina de enfermagem psiquiátrica e lá visitamos uma antiga ala do que era o hospital psiquiátrico daquele município e que, com a reforma institucional, foi transformado em museu. O que mais nos marcou nessa visita foi conhecer uma cela forte.

Durante o terceiro ano da nossa graduação em 1997 na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, já havíamos visto uma cela forte em plena atividade em um hospital psiquiátrico no qual realizamos estágio da mesma disciplina, parecia uma prisão, com um portão com grades, sem janela, duas camas de cimento, colchões velhos, lençóis puídos pelo tempo e uso, havia um banheiro no corredor e uma privada dentro da cela, o cheiro forte e desagradável exalava do local e da pessoa que lá estava, lembramos da explicação do nosso professor dizendo que aquele paciente era muito perigoso, havia cometido vários homicídios inclusive no hospital e por isso ficava ali sempre. Lembramos ainda, que perguntamos quem cuidava dele e obtivemos como resposta que eram dois auxiliares que entravam e o seguravam para dar a medicação, que era sempre injetável e que em relação à comida e higiene, a primeira era colocada no chão (dentro de um prato de plástico) enquanto ele dormia e o banho era de mangueira. Voltando ao CAIS de Santa Rita, a cela forte media no máximo 4 m², havia uma cama de cimento, uma privada e a porta (que era de ferro) era totalmente fechada, com uma minúscula janela, como se fosse uma escotilha, que abria e fechava pelo lado de fora, sem janelas, luz ou ventilação e naquele local ao invés de uma pergunta fizemos uma exclamação: Como eram tratadas aquelas pessoas! Pensamos tão alto que a pessoa que nos guiava na visita ouviu e respondeu: - Não tratava, ficava aí até ficar mais calmo.

Naquele dia lembramos da cela que havia conhecido durante a graduação, ou seria uma jaula e saímos daquele local com o mesmo sentimento de tristeza da época, ficamos pensando como um ser humano, que se diz humano, pode reduzir outro ser humano à condição inferior dos animais. Será que o fato de ser doente mental implica, automaticamente, no direito de outras pessoas infligir-lhe perdas e sofrimento? Como os profissionais de saúde podem se arvorar do direito de tratar os doentes mentais daquela forma insana? Essas eram as nossas inquietações e, atualmente, apesar de conhecer um pouco da lógica histórica, social,

política e cultural daquele tipo de tratamento nos incomoda profundamente ter a lembrança de imaginar como deveria ser triste para as pessoas que viveram e morreram, (e algumas ainda vivem) naqueles locais ter suas histórias de vida resumidas ao abandono, à loucura e à solidão. Ficou a pergunta. Será que para o homem acorrentado, antes de Pinel, e mais recentemente na história da psiquiatria, as camisas-de-força físicas e químicas, a convulsoterapia e sua inovação tecnológica a eletroconvulsoterapia e por fim a lobotomia têm diferenças entre si?

Comparava o desencadeamento do processo psicótico com o de uma bola que, ao bater no chão, teria que continuar quicando até parar sozinha, ao perder sua força natural. Ficava imaginando que não deveria interromper-lhe o curso, caso quisesse conhecer sua trajetória, pois estaria perdendo a chave de acompanhar-lhe o rumo e descobrir-lhe o fim. Observando o processo por esse prisma, percebi que a coisa complicava, pois o que deveria ter princípio, meio e fim ficava paralisado em algum ponto do caminho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; 38).

O ponto de paralisação da vida da pessoa que sofre com a doença mental é o do esquecimento por parte dos seus pares, de que apesar da doença, esse sujeito é o mesmo, dele não foram extirpados, como por um passe de mágica, suas crenças, afetos, sonhos, angústias, frustrações, alegrias, desejos enfim ele não deixa de ser alguém para tornar-se algo. Infelizmente, os “consertadores de gente” ainda não se deram conta disso, portanto as leis de proteção dos direitos das pessoas em sofrimento mental devem ser consolidadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002:26).

A primeira vez que fui internada...quando já estava começando a melhorar...pensar de novo...tive alta e logo fui ao ambulatório pro seguimento...e o médico só falava pra minha mãe... ele não perguntava pra mim...ela é que falava se eu tava dormindo, se usava a medicação...parecia que eu não era ninguém (Fabiana, 29 anos, há 4 anos em sofrimento mental).

Sempre que estivemos em contato com uma pessoa em sofrimento mental ficávamos tentando imaginar como essa pessoa era antes da crise, do que ela gostava, que sonhos

construiu e realizou. Hoje quando nos deparamos com qualquer pessoa que vive nessa condição, pensamos o que será que nós dentro das nossas limitações pessoais e técnicas podemos fazer para que essa pessoa possa sonhar, planejar, realizar, para que ela não se sinta como um objeto, mas sim como sujeito de suas ações, protagonista de sua história. A psiquiatria infelizmente tem o poder de fazer com que as pessoas deixem de pensar, não foi a primeira vez que ouvimos um paciente dizer que com o início do tratamento ou até mesmo durante o mesmo parou de pensar, como se estivesse fora de órbita e do mundo das relações que lhe rodeiam, o que implica também em ser tratado pelos seus pares e por alguns profissionais de saúde como algo e não como uma pessoa e apenas o doente mental é capaz de nos dizer como é vivenciar isso.

Você só sabe o que é quando passa a ser... quando morava em São Paulo havia uma vizinha de minha mãe que sempre vivia internada e lembro que sua sogra levou os filhos dela para morar em Jaú com medo que ela fizesse mal a eles...minha mãe dizia que era para não sairmos na rua quando ela estava no portão, e nenhum dos vizinhos, gente que vivia na casa dela até antes de adoecer falava mais com ela, depois que os filhos foram morar fora ela era agredida constantemente pelo marido e vivia proibida de sair na rua, a casa parecia abandonada, não se via uma luz acesa ou barulho, só quando eles discutiam... mudamos de lá (eu e minha família) por medo de acontecer alguma loucura, aquelas histórias de que ela podia provocar um incêndio, essas coisas, depois...bem depois fiquei sabendo que ela acabou morrendo...o marido a matou... e nós que tínhamos medo dela... ele é quem era o louco... (Letícia, 36 anos, há 7 anos em sofrimento mental).

O medo da loucura, em alguns momentos, como no relato de Letícia está tão arraigado que suplanta outras loucuras, como a dos maus-tratos, do espancamento, do cárcere, da discriminação e da omissão de socorro. Atualmente ainda ouvimos e assistimos casos de maus-tratos em relação ao doente mental sob a justificativa do medo, em outros casos a indicação de terapêuticas controversas suplantam o bom senso, deixando de lado os riscos aos quais o paciente ficará exposto.

...o pior pra mim foi o desrespeito com que me trataram, primeiro disseram que eu era esquizofrênica...imagina que meu marido pagava uma clínica particular para eu tomar choque porque o médico dizia que esse era minha única chance... eu fui submetida a 15 sessões de eletrochoque, cada uma com 7 ciclos, depois de um tempo eu me dei conta que apaguei 6 anos da minha vida, não lembro de ter ficado grávida, de viagens que fiz, gente que conheci, aí ele mudou o diagnóstico e eu virei da noite pro dia uma bipolar... eu sinto uma dor tão forte dentro de mim que nada vai tirar, nem a medicação, nem a terapia, nada... como podem fazer isso com uma pessoa... tirar suas memórias... foi pior do que se tivessem me matado... (Letícia).

É necessário dar vez e voz a essas pessoas, mas necessário ainda é possibilitar o resgate da autonomia para que elas possam decidir, o que querem e se querem, ou não serem tratadas como algo que inexistente, ou como um objeto de pesquisa e de ensaios clínicos que têm sua utilidade e diagnóstico apenas para credenciar uma prática terapêutica controversa como a da eletroconvulsoterapia, no caso de Letícia que mutilou seu passado e comprometeu o seu futuro ou ainda como uma pessoa que deve ser acompanhada eternamente, sem possibilidade de andar sozinha trilhando seus caminhos.

...eu não quero passar o resto da vida sendo o doente da casa... aquele que tem que ter sempre alguém pra cuidar... (Gustavo, 22 anos, há 4 meses em sofrimento mental).

...pra mim o tratamento não quer dizer que eu vá ficar dependendo pro resto da vida dos outros...(Cláudia, 32 anos, há 1 ano em sofrimento mental).

...eu sei que precisa do tratamento...mais se fosse pra ficar sempre tendo que ter alguém pra decidir tudo pra mim...então era melhor ficar internada...concorda? (Adriana, 31 anos, há 2 anos em sofrimento mental).

A clínica do acompanhamento terapêutico apresenta algumas experiências ditosas em relação à reabilitação do paciente psiquiátrico (BARRETO, 1991; BERGER, 1997; PORTO; SERENO, 1997; GRUPO TRAMA, 1991), entretanto, para Donoghue et al. (2004), essa talvez não seja a solução para essa questão, pois, segundo a autora, o acompanhamento terapêutico mantém a dependência ao profissional de saúde, caracterizando-se como sendo

uma intervenção passiva e que se mostra adequada quando não há adesão dos familiares ao tratamento tampouco da rede social; mantendo, assim, um tratamento humanitário de co-dependência do sujeito ao profissional de saúde, assemelhando-se a uma tutoria que apesar de seu valor em alguns casos não tem modificado o contexto, nem tampouco a percepção do paciente acerca de si e da sua doença.

Sturm (2004) realizou um estudo etnográfico em um serviço de enfermagem psiquiátrica em que investigou questões relacionadas à ética e ao cuidado prestado por essas profissionais naquele serviço. A autora observou que nem sempre ambos conceitos caminham juntos no fazer cotidiano das enfermeiras, as observações diárias e contínuas mostraram que as profissionais apresentavam dificuldades para conciliar a carga de trabalho com a manutenção e o cuidado ético, experiências de conflitos entre o que fazer e até quando determinada ação poderia ser prejudicial ao paciente eram constantes. Houve uma preocupação ética das enfermeiras entrevistadas no estudo, principalmente, em relação à manutenção do acompanhamento do cliente, até quando esse se fazia necessário e qual o momento adequado para alta de enfermagem, segundo Sturm (2004), essa situação constantemente entrava em choque com a questão financeira e de manutenção do próprio serviço. A autora afirmou, ainda, que o caráter comercial e a relação de consumo entre o paciente e seu profissional de referência têm um impacto negativo nas relações do cuidar e principalmente da qualidade desse cuidado e conclui que o gerenciamento de casos, em contra-partida, mostra-se mais eficaz e menos traumático, pois, caracterizam uma intervenção mais ativa que exige do paciente e de seus familiares, posicionamentos constantes.

Donoghue et al. (2004), realizou um estudo sobre a capacitação de gerentes de caso que trabalhavam com enfermagem psiquiátrica rural em Bendigo, na Austrália, para focalizarem suas ações na comunidade, utilizando estratégias de intervenção breve em situações de crise e psicoterapia para pessoas previamente identificadas como apresentando

risco para o desenvolvimento de doença mental. Nesse estudo, os autores avaliaram que os pacientes acompanhados por meio do gerenciamento de casos não necessitaram ser afastados de suas atividades de trabalho, de lazer, sociais e familiares ou tiveram que ter um acompanhamento sistemático ao desenvolverem suas atividades pelo gerente de casos, ao contrário do que ocorre com os pacientes da mesma região que são acompanhados pela modalidade do acompanhamento terapêutico. Os pacientes que recebem atendimento pelos serviços de enfermagem privados que adotaram o acompanhamento terapêutico referiram insatisfação com essa modalidade de atenção, por acharem que a presença constante do acompanhante induz a dependência e afeta a privacidade não só deles como também de seus familiares e amigos.

A autonomia do sujeito é vista como sendo uma das metas do gerenciamento. A situação de dependência não é interessante para essa estratégia que apenas mostra o caminho e ajuda o paciente a percorrê-lo, mas não perde de vista o espaço necessário para que os sujeitos envolvidos no processo de retomada da cidadania possam decidir se querem ou não fazê-lo como no caso de Isabel. A Carta de Direitos dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental (2003) define que a essa parcela da população devem ser garantidos os direitos a uma vida plena em suas dimensões psicológica, existencial, social e política, o direito à liberdade, à dignidade; a ser tratado e ouvido como pessoa humana, com direitos civis e sociais como qualquer outro cidadão; ter respeitados seus direitos à expressão de seus credos religiosos, manifestações culturais e sexualidade. O doente mental saiu do hospital psiquiátrico e levou consigo para a comunidade o estigma, a discriminação e a marginalização que violam seus direitos. Uma legislação de saúde mental e o cumprimento da mesma se fazem necessários para proteger as pessoas em sofrimento que estão vulneráveis ao preconceito da sociedade. Segundo a OMS (2004), apenas 25% dos países têm legislação em saúde mental, e ao se reportar à população mundial, somente 31% das pessoas com

transtornos mentais têm seus direitos garantidos por lei o que, necessariamente, não implica em dizer que a criação dessas leis garante a proteção dos direitos humanos dos pacientes.

...A crise dela foi muito forte...mais depois ficou bem... a gente vê que não é igual, mas ela trabalha, sai de vez em quando com as amigas... ajuda em casa então é melhor do que muita gente aí (Andréia, tia de Cláudia).

...eu não sei... se já teve uma vez é porque vai ter de novo e não acho que ficou boa, porque andei me informando e sei que isso não cura... então prefiro não ficar perto... porque tem cada história de filho que matou pai... queimou a casa... então não confio... por isso só vou lá quando tem mais gente em casa... não quero ela perto dos meus menino... nem fico de costas pra ela (Ligia, tia de Cláudia).

A proposta da OMS (2004) é a criação de legislações que advoguem a favor dos doentes mentais e que impliquem: no desenvolvimento de políticas públicas e estratégias de atenção em saúde mais compreensíveis destinadas a essa clientela; no uso de recursos de forma mais racional para aqueles que dele precisam, esses recursos devem ser destinados e investidos de acordo com as necessidades dos usuários e não dos interesses particulares dos governos; na produção de conhecimento e serviços embasados no contexto do qual o doente mental faz parte e por fim na assistência à reintegração dessas pessoas nos diferentes aspectos da vida em comunidade, promovendo qualidade de vida para as mesmas. A criação de uma legislação clara que não deixe margem a interpretações equivocadas a respeito dos direitos humanos dos cidadãos em sofrimento psíquico e considere a vulnerabilidade a qual essa pessoa está exposta tanto na família quanto nos serviços e na comunidade é importante por dois motivos, em primeiro lugar o doente mental, quando em crise, fica temporariamente incapaz de proteger a si e aos seus interesses e de tomar decisões por conta de seu quadro clínico. A outra questão é que essas pessoas estão propensas a sofrer discriminação e devem ser consideradas como estando em situação de risco para violação dos seus direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais, independente do local onde estejam inseridas (OMS, 2004).

A OMS (2004) orienta ainda que a legislação em saúde mental deve ter interface com outros setores, entre eles, os direitos humanos que incluem a não-discriminação, a dignidade e o respeito; a comunidade, onde é necessário integrar questões relacionadas à família, ao trabalho, rejeitando o abandono familiar e comunitário como resposta ao desconhecimento da doença e de suas implicações sociais, outros setores da sociedade civil devem ser envolvidos para prevenir a discriminação e a segregação e por fim a garantia de bons profissionais e serviços de saúde. Algumas experiências realizadas com base no projeto de Direitos Humanos dos Doentes Mentais da Organização Mundial de Saúde (2004) foram realizadas em diferentes países, entre eles na Índia, onde existe um projeto local de intervenção nos núcleos familiares e comunidades de apoio e suporte à pessoa com esquizofrenia. Nesse programa são capacitadas pessoas da família e da comunidade para serem agentes multiplicadores de informações e conta com 1.500 famílias cadastradas, são realizadas sessões de psicoeducação, em que as informações que os familiares e seus pacientes trazem são valorizadas e trabalhadas coletivamente, todo o modelo de saúde mental está sendo reestruturado com base nos centros de atenção dia e o gerenciamento do cuidar torna-se tarefa não só do paciente, mas de seus familiares e da comunidade onde ele vive. A área rural é considerada a mais crítica pelos profissionais que estão envolvidos nesse projeto, o que mostrou a necessidade de criar um trabalho destinado para essa população. Essa abordagem na zona rural é desenvolvida tanto na casa do paciente, quanto no pátio da vila, ou da escola. Utilizando manifestações culturais como o teatro e reuniões comunitárias, os gerentes da área de saúde mental convidam regularmente especialistas no assunto para tirar dúvidas da população entre outras parcerias. Além dessas ações, o uso da medicação é valorizado para o controle dos sintomas, as intervenções psicossociais são realizadas com os pacientes e seus familiares principalmente em relação à prevenção de recaídas durante o tratamento e a intervenção nos quadros de crise; a reabilitação é tratada como sendo um tema coletivo que deve contar com a colaboração de

toda a comunidade com maior ênfase no espaço escolar, reduzindo assim o estigma e preconceito das crianças que serão os futuros adultos do local.

As ações que a OMS (2004) vem desenvolvendo pelo mundo estão constantemente sendo divulgadas como forma de orientar os demais países em suas políticas de saúde mental, sem esquecer que os direitos humanos dos pacientes e familiares devem ser preservados. O direito à moradia, educação, trabalho, seguridade social, justiça, cuidados de saúde específicos e gerais, reabilitação, serviço vocacional, acesso aos serviços, restrição ao consumo de álcool e outras drogas, prevenção a situações de risco e vulnerabilidade e os direitos adquiridos são considerados os pilares que devem influenciar na criação de uma legislação em saúde mental mais justa e equitativa.

Nas últimas cinco décadas, a concepção sobre o conceito de saúde e doença mental evoluiu devido ao progresso científico, produto das pesquisas na área, que possibilitou a criação e adoção de novas estratégias e possibilidades de tratamento para os usuários da saúde mental. Para a OMS (2003), é imperativo que o cuidado em saúde mental face ao conhecimento que hoje temos sobre o curso da doença, seu prognóstico e possibilidade de gerar incapacidade na vida dos sujeitos, seja realizado em serviços de saúde gerais e na comunidade. A organização dos serviços de saúde mental no mundo é crítica, faltam recursos financeiros e humanos para a área. Os modelos de organização dos serviços, infelizmente, ainda estão atrelados aos desejos e necessidades dos profissionais e técnicos da área.

O contexto cultural, econômico, social e político nem sempre é considerado. Quando isso ocorre, podemos inferir que os países têm-se esquecido da lição de casa que é olhar para dentro de suas comunidades e conhecer as necessidades de seu povo (OMS, 2003). As aspirações culturais e valores são diferentes entre os países e em algumas regiões dentro de um mesmo país, conseqüentemente, nem sempre um modelo que foi utilizado na Índia, por exemplo, servirá para o Brasil. As experiências em saúde mental dos diferentes países

apresentam ingredientes diversos e multifacetados, a OMS (2003) vem apresentando relatórios anuais sobre políticas e serviços em saúde mental no mundo com a proposta de que os trabalhadores da área possam estar conhecendo o que determina ou não o sucesso de uma prática destinada a essa parcela da população, mostrando seus erros e acertos para direcionar o desenvolvimento de boas práticas de saúde mental.

No Brasil muito já foi feito, nós, trabalhadores e pesquisadores da saúde mental, estamos caminhando em busca de soluções ou se não, pelo menos de pistas para resolução dos nossos problemas na área. Se avaliarmos nossa produção científica sobre o tema, podemos ver que algumas etapas já foram superadas, há muito discutimos a implantação dos serviços substitutivos, as relações entre as equipes, o saber e o fazer, discutimos o ensino, as possibilidades de intervenção, demos voz aos silenciados. Esse círculo virtuoso é mantido e renovado cada vez que surgem novas dúvidas acerca de nossas práticas. Atualmente observamos vários colegas pesquisando os serviços, não mais sua formação ou conformação, mais sua dinâmica, sua qualidade, ou lançando mão da redundância, os serviços dos serviços de saúde mental.

Como andam os saberes e práticas dos colegas que estão na ponta dos ambulatórios, enfermarias, hospitais-dia e centros de atenção psicossocial? O que estão fazendo? Há algo de novo? Existe um caminho para a interlocução? Felizmente quando produzimos ciência podemos apresentar ao final de nossas pesquisas tanto as dificuldades quanto as experiências ditosas que vivemos durante o percurso de sua realização. E sendo assim, podemos dizer que encontramos muitas dificuldades em relação ao contato com os profissionais dos serviços onde os sujeitos da pesquisa estavam realizando tratamento, pois não conseguimos a colaboração dos mesmos. Em alguns locais nos foi dito que o tratamento dos pacientes ficava a cargo de uma equipe que trabalhava com esses pacientes há alguns anos e já existia todo um planejamento para os casos desses pacientes e que provavelmente outro tipo de intervenção

até poderia ser realizada, contanto que não atrapalhasse o tratamento. Várias tentativas foram realizadas para manter contato com as pessoas que eram responsáveis pelo acompanhamento direto aos pacientes que participaram do estudo, em alguns locais fomos recebidos e apresentamos o projeto à equipe, mas após esse primeiro contato, foi difícil ter outro, pois as pessoas sempre estavam muito ocupadas para ouvir os progressos individuais dos pacientes, quando estavam fora dos serviços. Apenas dois profissionais deram retorno sobre nossas perguntas em relação ao paciente, um afirmando que sua paciente estava mais animada com o tratamento e outro que havia reduzido a dosagem dos medicamentos consideravelmente após seis meses do início da pesquisa. Ambos atribuíram a melhora do quadro clínico à psicoterapia e que essa melhora já era esperada. Somente um terapeuta de uma das pacientes colaborou durante todo seu acompanhamento, mas atribuímos essa ajuda por este ser amigo da família da paciente.

Listamos algumas dificuldades encontradas no caminho e que fizeram com que não pudéssemos trabalhar em parceria com os serviços, que fazem parte do Domínio IV – paradigma do tratamento em detrimento da reabilitação.

Não aceitação da proposta de trabalho, por meio da argumentação de que dentro do serviço as questões elaboradas por nós já estavam previstas;

É difícil pensarmos que as questões do processo reabilitatório que apresentamos para as equipes quando visitamos os serviços já estivessem previstas, pois observamos que alguns pacientes com pouco tempo de doença mental já se comportavam como pacientes crônicos, pois as saídas de casa, por exemplo, eram apenas para ir às consultas, sempre acompanhados por algum familiar, em grande parte dependentes do serviço, e de seus pares, sem a menor possibilidade de interlocução e trocas sociais. A dependência dos serviços e ao mesmo tempo a marginalização desse espaço, são latentes, pois a condução do tratamento do paciente estava atrelada ao serviço de saúde mental, sem possibilidades para mudança nessa situação. O

preciosismo das ações de alguns serviços caracteriza a relação entre paciente-equipe e serviço, como sendo meramente institucional e burocrática, os pacientes passam a freqüentar o local apenas no dia das consultas, não sendo possível manter contato com os profissionais em outros momentos e espaços. Apesar das mudanças ocorridas após a reforma, observamos que o serviço, como espaço geográfico, é o local definido para as ações de acompanhamento ou como definem alguns pacientes de seguimento. Somente no espaço físico do mesmo, as ações de tratamento podem se estabelecer, o que limita o paciente no sentido de exercer e praticar trocas sociais com pessoas diferentes dos locais e dos grupos nos quais estejam inseridos, quer sejam grupo de psicóticos, usuários de determinada medicação, entre outros tantos que compõem a taxonomia grupal dentro dos serviços de saúde mental. Pensamos que existe atualmente um modo homogêneo de se trabalhar em psiquiatria, com algumas raras exceções, frutos de iniciativas individuais e coletivas de alguns grupos de trabalhadores que têm se preocupado com o que vem acontecendo tanto com a psiquiatria quanto com a saúde mental. Parece-nos que ambas apesar dos laços que as unem se enveredam por caminhos distintos, a primeira cada vez mais pautada nas evidências científicas e a segunda se ocupando de um campo maior onde tudo é possível, plástico, maleável e em alguns casos baseada no senso comum, principalmente quando se pensa na questão da promoção, prevenção e cuidado dos que sofrem com a doença mental. Percebemos que a saúde mental atualmente é “campo de ninguém e de todos” ao mesmo tempo, tanto os especialistas da área quanto os profissionais de áreas e especialidades diferentes têm se apropriado de seus conceitos e realizado leituras nem sempre plausíveis dos mesmos, sem aprofundamento ou crítica. Apesar de ser um tema que perpassa vários, ou até todos os seguimentos da saúde, a saúde mental tem princípios e conceitos lhe dão sustentação, enfim não é algo que possa ser feito sem discernimento, como se fosse uma prática desprovida de um arcabouço teórico que a legitime.

Recomendação para que tivesse cuidado em não colocar todo o trabalho da equipe a ‘perder’, por estar interferindo em um tratamento que já estava sendo conduzido pela mesma equipe há muitos anos.

A busca pela parceria com os serviços foi uma etapa planejada e que sempre fez parte do projeto desta pesquisa, o que não poderia ser diferente quando pensamos nos princípios que norteiam o gerenciamento de casos. O cuidado recomendado por alguns membros das equipes que visitamos foi acatado, em momento algum interferimos na conduta das equipes em relação ao tratamento dos pacientes envolvidos no estudo, pois o mesmo estava sendo conduzido como de praxe, com consultas mensais ou trimestrais, onde eram feitos uma avaliação do quadro psiquiátrico em relação à sintomatologia e o ajuste ou manutenção da medicação psicotrópica no caso do ambulatório, visto que não participamos das consultas e apenas relatamos nossas impressões a respeito das mesmas com base no que observamos em campo. Avaliamos que o trabalho dessa equipe está pautado no controle por meio de suas ações terapêuticas em detrimento do incentivo à autonomia gerada pelas ações do cuidar.

Acreditamos no valor do trabalho em equipe quer sejam mínimas, interdisciplinares, multiprofissionais, transdisciplinares, enfim não importando sua formação, mas sim como são realizadas as trocas entre as pessoas que as compõem. Hoje as equipes estão consolidadas no campo da saúde mental e tornou-se praticamente inviável pensar em um serviço sem que exista um grupo de pessoas que se articulam na produção do cuidar em saúde, mas pensamos que esta consolidação do fazer em equipe não deva ser vista como algo incoercível, que não pode ser questionado de forma alguma sob pena de estarmos cometendo um sacrilégio. Avaliamos que este tipo de postura pode colaborar para a cristalização do trabalho em equipe, pois pensamos que os saberes e práticas sempre devem ser avaliados, ponderados e discutidos para que não incorramos no erro de estagnar o processo contínuo do conhecimento do que nos cerca.

Disponibilidade de parceria, contanto que todas as ações fossem decididas pela equipe do local.

O trabalho em equipe tem sido um dos carros-chefe da atenção em saúde mental, entretanto a supremacia das equipes em alguns momentos sufoca as possibilidades individuais de inovação em relação ao planejamento do cuidado dos pacientes. Não devemos pensar em andar para trás e deixar de lado os avanços decorrentes do trabalho em equipe, mas acreditamos que é necessário valorizar as ações dos profissionais individualmente e dar autonomia para esses profissionais decidirem algumas questões que se apresentam enquanto um problema para o usuário, com o próprio paciente e sua família. Basta lembrar que nem sempre encontramos, por exemplo, em um ambulatório todos os membros da equipe de saúde mental no mesmo horário, pois estes profissionais em geral trabalham com agendas fechadas e horários predefinidos. A outra questão suscitada é em relação ao posicionamento das equipes em relação a novas possibilidades de atenção em saúde mental, pois diante de tal condição para que pudéssemos trabalhar em parceria, fica a dúvida se as equipes estariam se caracterizando como facilitadoras ou não do processo reabilitatório.

A imposição de normas e regras por parte das pessoas que compõem as equipes é aceitável e compreensível, pois acreditamos que por serem os profissionais que acompanham o paciente, em alguns casos por anos, entendemos que os mesmos tenham a preocupação de proteger o paciente e seus familiares de riscos desnecessários, mas não concordamos com normas e regras que não possam ser discutidas e reavaliadas constantemente, pois a saúde assim como a vida é algo extremamente mutável e dinâmico, o que nós entendemos por saúde provavelmente não seja o mesmo que o nosso colega de trabalho. Algo que pode parecer zelo a princípio, também pode ser uma forma de preservar o que se conhece, e portanto o que se domina, novas formas de fazer algo que já vem sendo feito há anos talvez assustem e possam parecer a princípio uma ameaça, um exemplo que nos vem à memória e que pode ser citado é

aquele que provavelmente vários enfermeiros recém-formados enfrentam diante do primeiro emprego, quando se deparam com os técnicos e auxiliares de enfermagem que realizam as técnicas de enfermagem de forma equivocada ou já em desuso e resistem duramente a possíveis mudanças no modo de fazê-las. Se pensarmos, assim então até os dias atuais estaríamos realizando a insulino-terapia, usando a camisa-de-força e o cardiazol nos pacientes psiquiátricos. Fica a questão da incoerência nesse tipo de atitude, pois, se pensarmos que hoje trabalhamos sob a ótica da autonomia do sujeito e da participação da família no cuidado em saúde mental, como compreender que uma equipe de saúde mental se arvora do direito de decidir as ações que serão destinadas a esses sujeitos sem que os mesmos participem do processo de elaboração e sem que qualquer outro elemento que esteja fora da instituição possa também colaborar com o mesmo.

Imposição de que o plano terapêutico só poderia ser concretizado, caso houvesse uma 'supervisão de um médico, terapeuta ocupacional ou psicólogo do serviço'.

As disputas por espaço de alguns profissionais, dentro das equipes de saúde mental, têm feito com que muitas delas não estejam evoluindo em suas ações e se mantenham na eterna discussão de quem tem mais poder de decisão dentro das mesmas. A divisão social do trabalho talvez explique esse tipo de imposição por parte de alguns coordenadores de serviços. Outra questão a ser pensada é a idéia de que o trabalho do enfermeiro deve ser subordinado a outros agentes do cuidar, agora não somente à figura do médico como historicamente foi instituído, mas também a de outros profissionais que estejam presentes nas equipes. Pensamos que devemos explorar mais essa questão, pois se ora observamos cada vez menos a presença atuante do enfermeiro nas equipes de saúde mental, devemos realizar mais pesquisas e ficar atentos ao ensino da enfermagem psiquiátrica, nos perguntando constantemente que profissional queremos formar no futuro, para não reproduzir em nossos alunos a mesma indefinição de papéis que hoje observamos em vários colegas que estão

inseridos na prática. Culturalmente coube ao enfermeiro a função de mantenedor e provedor de recursos para que outros profissionais atuem nos diferentes espaços de trabalho. Quer seja como supervisor, coordenador, encarregado, gerente ou outras denominações que possibilitem a essa categoria profissional prover de recursos físicos, de material e de pessoal, toda a estrutura para que os demais profissionais da saúde possam realizar suas atividades, o enfermeiro vem trabalhando administrativamente inclusive dentro das equipes de saúde mental, dado que observamos claramente quando alguns de nossos pares relatam sequer participar das discussões dos casos dos pacientes em atendimento, a não ser quando são chamados por alguma questão do funcionamento estrutural do serviço.

O enfermeiro psiquiátrico em parceria com o paciente e seus pares está habilitado para elaborar um plano terapêutico condizente com as necessidades daqueles sujeitos, a especialização oferece as competências necessárias para esse profissional realizar tal atividade, bem como coordenar e avaliar a mesma, sem a necessidade de estar subordinado a outra categoria profissional. Entendemos que o plano terapêutico é algo que antes de tudo pertence ao paciente e aos seus pares, ele não é da equipe ou de qualquer um de seus membros, somos todos agentes da confecção desse plano. Lembramos um professor na graduação que constantemente repreendia a todos os alunos que se referissem ao paciente como “o meu” paciente e logo em seguida perguntava: você vai levá-lo para casa? Onde está escrito que ele é seu? A desqualificação do paciente enquanto responsável pelo planejamento do seu cuidar é algo incompreensível diante do discurso de respeito à subjetividade do sujeito.

Nenhuma disponibilidade de interlocução com o paciente ou seus familiares em nossa presença sobre o projeto.

A não-participação do paciente e de seus familiares na elaboração de um projeto terapêutico nos parece uma atitude paradoxal diante dos objetivos da confecção do mesmo, que é, entre outros, favorecer a reinserção social do paciente, possibilitando que o mesmo seja

um agente das ações e não apenas o objeto de um cenário definido por outras pessoas que desconhecem suas reais necessidades. Pensamos que um serviço extra-hospitalar que tem por princípio precípua ser um local de referência não só para os usuários da saúde mental mas também para a comunidade e que assume essa postura diante das pessoas que buscam atendimento nesses locais, é algo preocupante e merece atenção. A história da psiquiatria nos mostra que modelos de atenção em que não há participação dos sujeitos em sofrimento mental e suas demandas no processo decisório das ações do cuidar servem às práticas de confinamento e controle social dessas pessoas, impossibilitando-os de exercerem seus direitos de cidadão. Tal atitude além de ir contra a autonomia do sujeito, também dificulta e fecha os canais de comunicação entre os agentes envolvidos no processo de reabilitação.

Quando excluimos o paciente e seus familiares desse processo, criamos a clínica do segredo em que ao paciente e a seus pares nada pode ser revelado, sob a justificativa de que eles não compreenderão de que se trata ou simplesmente não tem competência para tal. Aprendemos em nosso processo de formação profissional que todos os protagonistas do processo de adoecimento devem ser ouvidos não só em momentos distintos, mas também juntos, expondo suas dificuldades e explicitando as possibilidades de intervenção. O projeto terapêutico é confeccionado de acordo com as demandas, dificuldades, habilidades e expectativas do paciente e de sua família e com a ajuda de um profissional capacitado para tal. Não cabe nesse processo dinâmico e de confiança que desses agentes seja escondido qualquer informação, nós, profissionais, somos apenas agentes facilitadores para que esse processo se concretize.

A palavra tratamento foi ouvida por diversas vezes durante nossas incursões aos serviços, o que implica em afirmar que esse é o paradigma institucional dos serviços com os quais estivemos em contato, o paradigma da reabilitação está no discurso e em algumas ações isoladas, entretanto não oferecem aos pacientes *escolhas no gerenciamento de suas vidas*,

escolhas que conduzam à apropriação e produção de significado à vida, onde seja resgatado um contexto de vida, um espaço afirmativo, não redutível à função hospitalar (HIRDES, 2001:126).

Segundo a OMS (2001), o ciclo do cuidado e não do tratamento, em saúde mental, envolve entre outras quatro questões que não devem ser esquecidas. A primeira está ligada ao **tratamento** propriamente dito que contempla as informações sobre o curso e prognóstico da doença, o suporte psicoterápico, intervenção e prevenção de crises. A segunda está ligada à **reabilitação**, fazendo menção à educação em saúde, suporte social e familiar e à continuidade do cuidado. A terceira é a **comunidade**, considerada o local propício para trabalharmos o estigma e o preconceito dos quais o doente mental e seus familiares são vítimas, a participação no planejamento do próprio cuidado e respeito aos direitos humanos e a família que deve receber informação, suporte nas crises, suporte financeiro, psicológico e cuidado, sendo considerada como parceira dos serviços na condução do tratamento. A pergunta é: Como podemos trabalhar dentro desse ciclo se as ações de uma parcela considerável dos profissionais da saúde mental mantêm suas práticas atreladas ao tratamento biológico? Esquecendo todo o universo de relações que esse sujeito estabelece dentro e fora dos serviços.

O que encontramos no campo foram serviços que seguem padrões diversos, mas que se encontram quando consideramos a importância que é dada para a doença e não para o doente. Alguns serviços têm trabalhado com diferentes estratégias e referenciais de atenção em saúde mental, esquecendo-se do sujeito em sua família e comunidade, fazendo do espaço físico do serviço o espaço possível para a pessoa em sofrimento; enfocando a doença, elegendo a medicação e o controle do comportamento como grandes estrelas de seu cenário; em alguns casos preocupando-se em ocupar o usuário, entretendo-lhe, preenchendo o seu tempo e esquecendo-se de perguntar se é daquilo que ele precisa e fazendo do médico e da medicação em alguns momentos as figuras centrais do ciclo do cuidado.

A confecção de projetos e planos terapêuticos que não considerem as habilidades básicas para a vida cotidiana na comunidade, o acompanhamento individualizado, o atendimento dos pacientes em crise e a qualidade das relações do paciente no ambiente familiar e comunitário implicam no fracasso do processo de reabilitação do sujeito (Bandeira, 1994). Intervenções consideradas banais para os profissionais dos serviços têm valor inestimável para o sujeito doente e seus pares, as atividades diárias e o cuidado com o corpo devem ser resgatados, a retomada das atividades que eram realizadas anteriormente ao adoecimento não podem ser esquecidas, ou seja, as habilidades prévias desses sujeitos devem ser preservadas e reforçadas e as desabilidades trabalhadas como afirma Hirdes (2001). Goldberg (1996) aponta que não se pode pensar a reabilitação e o tratamento como perspectivas indissociáveis, já Liberman (1998) pontua que os programas de suporte comunitário funcionam como fatores protetores ambientais o que vai ao encontro das idéias de Saraceno (1999), quando afirma que as experiências de transformação da assistência psiquiátrica na América do Sul são inventadas e obtidas por meio da conjugação da pobreza de recursos institucionais associada à capacidade de identificar recursos da comunidade. O gerenciamento de casos explora esses recursos e poderia ser uma estratégia viável para os serviços. Um gerente de casos pode acompanhar de 15 a 20 pacientes, como em nosso estudo, sem prejuízo para a qualidade da atenção.

A qualidade de vida e a integração comunitária têm sido os objetivos da reabilitação psicossocial, esses valores, segundo Hirdes (2001), deveriam estar relacionados aos valores dos serviços e de seus profissionais. A reabilitação psicossocial, para a autora, não pode ater-se aos modelos psicoeducativos ou comportamentais, pois isso seria reduzir o sujeito à passividade. Acreditamos que traçar metas e estabelecer prioridades sem considerar as expectativas dos pacientes é um engano, são os desejos dessas pessoas que devem guiar o processo de reabilitação e não as necessidades dos trabalhadores da saúde mental. A história

de vida dos sujeitos deve ser considerada e não apenas a história da doença como observamos comumente.

Zusman (2001) afirma que é ingênuo pensar que a condição do abandono a que se relega o paciente psiquiátrico possa ser definida por paredes de concreto que possam ser facilmente destruídas, assim como é injusto pensar que os profissionais de saúde mental que defendem as relações manicomiais, mesmo após a reforma, se qualificaram com o objetivo exclusivo de maltratarem os sujeitos de suas práticas. O tempo, segundo o autor, se encarregou de mostrar que esse não era o caminho e talvez quem hoje abomina esse modelo de descuido e abandono, até ontem o abraçava. A relação manicomial, definida por Zusman (2001), como aquela pautada pelo abandono e que pode estar presente tanto numa enfermaria psiquiátrica de um hospital geral como no hospital-dia, consultório particular ou ambulatório, *se impõe sempre que o par terapeuta-paciente pare de acreditar no caminho clínico e o tratamento se mantenha, burocraticamente, através de um acordo silencioso de afastamento* (65p.).

Devemos, pois, acreditar que outros caminhos existem e são possíveis de serem trilhados em parceria não só entre terapeuta e paciente, pois isso seria abrir mão de um leque de possibilidades de trocas e aprendizagens com outros sujeitos e seus saberes, mas entre todos nós, quer estejamos envolvidos ou não com pessoas em sofrimento mental. Há sempre uma pergunta a ser respondida, alguém que se interessa pela saúde mental quer seja pelo seu lado misterioso sem muitas respostas e que atíça a curiosidade das pessoas, quer seja pelo desejo do homem em desvendar e compreender o comportamento humano e suas nuances.

Para o paciente psiquiátrico, conhecer o curso de sua doença, seu prognóstico, medicação, efeitos colaterais, sintomas, é considerado um avanço quando pensamos na história do tratamento em psiquiatria, mas nos perguntamos se apenas esse conhecimento, sem que ele saiba lidar com as coisas simples da vida nos parece pouco para esse sujeito em

sofrimento. D'Antonio (2004) afirma que os serviços de saúde mental e seus trabalhadores não estão prontos para serem avaliados, pois trabalham sob a ótica da tutela e da centralização de suas ações, para a autora tudo que é novo e diferente de suas rotinas de trabalho é considerado pelos profissionais que lá estão como sendo algo que deve ser visto com cuidado e desconfiança. Essa desconfiança se transforma em algo persecutório quando o novo é apresentado por um membro da academia, pois existe no imaginário daqueles profissionais a idéia de que os profissionais inseridos no meio acadêmico não estão aptos a proporem intervenções, ou estratégias de atenção, visto que, por estarem fora dos serviços, não conhecem a realidade do trabalho na área. Concordamos com a autora, quando a mesma afirma, que essa nem sempre é a regra, mas que existem sim propostas de trabalho desenvolvidas nas universidades que não são condizentes com a realidade dos serviços. Assim como também existem estudos teórico-práticos desenvolvidos por membros da academia dentro dos serviços que atualmente são considerados como sendo modelos de atenção em saúde em todo o mundo e, acrescentamos que ambos os locais deveriam trabalhar em parceria, discutindo os problemas enfrentados no dia-a-dia e gerando demandas para o desenvolvimento de novas tecnologias de trabalho, como já acontece em vários países.

Vianna (2002), estudando duas associações de usuários e familiares de pessoas em sofrimento mental, uma que se posiciona contra a hospitalização e a favor da reforma e outra que acredita que a reforma psiquiátrica não favorece nem o doente nem a família, apresentou relatos contundentes a respeito dos serviços de atenção em saúde mental, principalmente no que se refere ao acolhimento dos usuários, pontos em comum foram encontrados tais como a necessidade de um tratamento mais digno e humano, o outro que nos chamou atenção foi o fato dos familiares sentirem-se sozinhos na lida com seu familiar doente, apesar da criação dos equipamentos extra-hospitalares em saúde mental.

Lima;Botega (2001), em estudo realizado com uma população internada em um hospital-dia, em relação a fatores que poderiam influenciar na melhora e na duração da internação, observaram que os portadores de transtornos afetivos e quadros não-psicóticos, que geralmente não necessitam de internação por período integral em hospital psiquiátrico, nesse estudo, tiveram um elevado número de internações psiquiátricas prévias, o que para os autores provavelmente se deu pelo fato de os serviços não estarem prontos para lidar com essa clientela. Já os pacientes com maior número de internações, e que em tese seriam os mais graves, tenderam a permanecer menos tempo no hospital-dia, o que para os autores suscita dúvidas quanto à sua adesão a serviços abertos, bem como possíveis fatores facilitadores dessa adesão. Outros estudos que ajudem a refletir sobre as práticas dos HD, NAPS e CAPS, bem como a trajetória dos pacientes que freqüentam esses locais – públicos e privados, devem ser realizados a fim de esclarecer para quem e para quê são destinados esses serviços. Os autores também sugerem que avaliações técnicas criteriosas devam ser realizadas nesses serviços em relação à qualidade da assistência prestada, antes que ironicamente, uma das principais críticas dirigidas aos hospitais psiquiátricos, em futuro próximo, seja uma das características dos HD – uma forma de investimento rentável.

Amaral, em 2000, avaliou a continuidade do tratamento na rede ambulatorial de Campinas com um grupo de 150 pacientes durante quatro meses em dois anos consecutivos, após a alta do Serviço de Saúde Cândido Ferreira. Alguns dados dessa pesquisa ainda são atuais, tais como: elevado número de abandono do tratamento na rede básica de saúde, tempo de um a 48 dias entre a alta hospitalar e a primeira consulta ambulatorial, 37 reinternações num período de até quatro meses após a alta com um tempo médio entre a alta e a reinternação de apenas 34,2 dias, no primeiro ano e, 18 dias no segundo ano da pesquisa. A reabilitação psicossocial e a desinstitucionalização implicam em estabelecer modelos assistenciais e práticas de saúde coerentes com as diretrizes políticas, considerando a missão

institucional e o atendimento dos anseios da clientela. No município pesquisado pelo autor, tanto a rede básica de saúde quanto as equipes de saúde mental revelaram-se ineficazes para alcançar os objetivos de desospitalizar e desinstitucionalizar. Um estudo qualitativo com os profissionais das cinco unidades de saúde do mesmo município, totalizando 14 entrevistas, apontou outras dificuldades associadas, entre elas: a definição das políticas de saúde mental, a indefinição das diretrizes operacionais, ou o como fazer, a ausência de propostas de articulação intersetorial, a organização do processo de trabalho, a atuação individualizada dos profissionais e a presença da divisão tradicional entre o trabalho médico e dos não-médicos. Para Amaral (2000), a estratégia da atenção na rede básica não tem contribuído para a redução das reinternações, o que culmina com o afastamento do doente mental de sua rede social e as principais causas desse quadro estão relacionadas à pequena inserção das equipes de saúde na comunidade local, ao não-uso dos equipamentos e recursos de saúde mental, tais como as oficinas terapêuticas e a ausência de articulação intersetorial.

Rodrigues; Figueiredo (2003) atribuem tais dificuldades às concepções sobre a doença mental entre os profissionais da área. Para os autores, a crença de que doença mental está diretamente ligada à perda do padrão de normalidade, incluindo perda de regras e normas sociais e a instabilidade emocional. Essa última crença foi percebida como uma característica dos transtornos psiquiátricos atrelados à dificuldade afetiva e à fragilidade emocional, elas denotam quando comparadas às concepções de usuários e familiares, que os trabalhadores da saúde mental referem-se aos transtornos psiquiátricos enquanto comportamento que precisa ser normatizado. Para os autores, as concepções sobre o trabalho em saúde mental se caracterizam pela reprodução estereotipada de conhecimentos adquiridos fazendo com que a práxis passe a se constituir na manutenção de novos modelos de intervenção e novas práticas.

Afirma Ayres (2004) que o caráter individual-universalista do cuidado em saúde tem efeitos positivos e negativos, de um lado os avanços da diagnose possibilitaram maior

intervenção terapêutica, melhora no prognóstico e qualidade de vida dos pacientes, em contrapartida, a autonomização e tirania dos exames complementares, a segmentação do paciente em órgãos e funções, o intervencionismo exagerado, o encarecimento dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, a desatenção com os aspectos psicossociais do adoecimento e a iatrogenia transformaram-se em evidentes limites para a qualidade de interação eu-outro, que se mostrem sensíveis às necessidades das pessoas. *É forçoso, quando cuidamos, saber qual é o projeto de felicidade, isto é, que concepção de vida bem-sucedida orienta os projetos existenciais dos sujeitos a quem prestamos assistência* (85p.). Esse autor vai além quando propõe que nunca devemos, na condição de profissional de saúde, assistindo a saúde de outras pessoas, resumir nossa presença ao papel de simples aplicador de conhecimentos, pois seremos sempre, percebendo ou não, alguém que está respondendo a perguntas do tipo: *O que é bom para mim? Como devo ser? Como pode ser a vida?* (84p.).

Para Saraceno (1999), apenas serviços de alta qualidade oferecem programas de reabilitação confiáveis. Os serviços, segundo o autor, devem ser considerados como uma variável que influencia o processo reabilitatório. As pessoas e seus sentimentos ampliados ou reduzidos ao sofrimento precisam de serviços de saúde que se ocupem de suas demandas expressas ou veladas. Os serviços de atenção aos transtornos psiquiátricos devem ser dinâmicos, permeáveis e com alta integração interna e externa, os saberes e os recursos dos diferentes sujeitos que circulam por esses espaços devem prevalecer; devem ser flexíveis e diversificados e considerar a necessidade constante de avaliação. O autor pontua que a permeabilidade externa é o grande desafio dos serviços. Considerar que os saberes e recursos existentes que circundam os serviços devam ser ativados talvez seja a solução para os problemas que enfrentamos em relação ao cuidado em saúde mental.

7. Um caminho de aprendizagem, novas possibilidades, novos desafios...

Quando cursávamos residência na área de enfermagem psiquiátrica e passamos a fazer a triagem do ambulatório de saúde mental, constantemente atendíamos pessoas com transtornos mentais comuns, tais como, ansiedade, depressão e doenças psicossomáticas, procurando o serviço de saúde mental com medo. A compreensão de que o medo não era só da doença, mas principalmente de ser um doente mental, nos fez pensar que o esforço do profissional da saúde mental não se resume em ensinar ao paciente como monitorar seus sintomas, utilizar a medicação, conhecer sua doença, mas principalmente em aceitar que ele poderia ter uma vida boa, mesmo estando doente. Esse esforço também deveria ser dirigido à família e às pessoas que fizessem parte do contexto social dessa pessoa em sofrimento.

A psiquiatrização das dores humanas talvez tenha contribuído para essa demanda crescente nos serviços de psiquiatria composta por homens e mulheres de diferentes faixas etárias que sofrem pelo uso abusivo de álcool ou de outras drogas, entre elas o valium, a fluoxetina e a sertralina, prescritos em larga escala pelos clínicos gerais de plantão; pessoas que não suportando a lida diária com seus problemas familiares, sociais, financeiros, de relacionamento e de trabalho fogem rumo à doença por não estarem prontos para lidar com suas frustrações nesses setores da vida. Eram essas as pessoas, em sua maioria, que procuravam o ambulatório de saúde mental do local onde nós realizávamos a residência em 2000. Não foi difícil descobrir que as outras pessoas que buscavam ajuda já não tinham medo da doença, elas apresentavam um rol de sintomas, quer sejam agudos ou crônicos, e alguns chegavam com histórias de dois, três anos de doença mental e já apresentando sintomas de cronicidade.

A nova cronicidade se dá apesar dos serviços extra-hospitalares. As políticas do setor foram modificadas, novos e velhos saberes foram resgatados, criados e

incorporados à prática, estamos caminhando em direção aos serviços de saúde primária, acreditando que essa é a chave para abriremos as portas da comunidade e trabalharmos o contexto dessa clientela, evitando ou amenizando os sintomas da cronificação. Então, o que está dando errado? Durante o percurso da realização desta pesquisa, encontramos algumas respostas e outras tantas perguntas, para a questão acima. Para Ayres (2004), provavelmente, enquanto persistirmos em apoiar nossa interação terapêutica na tecnologia, esquecendo que essas interações não se limitam a ela, continuaremos sem perceber e aproveitar as trocas mais amplas que se realizam a partir e em torno do sujeito de nossas práticas. Concordamos com o autor, é preciso ver além dos espaços definidos de intervenção, é necessário nos deslocarmos para esses espaços. A saúde mental é importante não só para aqueles que sofrem pelos transtornos mentais, mas não podemos vê-la como uma entidade contra a qual nada podemos fazer. O mau prognóstico que cerca os transtornos psiquiátricos não deve nos abalar, pelo contrário deve ser a mola propulsora do nosso trabalho.

A realização desta pesquisa operou importantes mudanças no nosso modo de ver a política de saúde mental. Há alguns anos, vimos acompanhando o trabalho de outras enfermeiras psiquiátricas que estão inseridas nos serviços e ouvimos em geral as mesmas queixas em relação aos seus locais de trabalho, por exemplo, em relação ao modo como são administrados os serviços, cada dia mais distantes dos sujeitos em sofrimento, em um movimento contrário ao que a reforma psiquiátrica preconizou. Os serviços em saúde mental estão em crise e isto é observado em várias cidades do país. A boa notícia é que existem algumas brechas para resolver os problemas que esses serviços vêm enfrentando e que existem pessoas comprometidas e dispostas a mudar este cenário. A má notícia é que também existem tantas outras que não se permitem à

mudança. O sucateamento desses locais se dá de forma perversa, principalmente quando observamos que os profissionais da saúde mental se burocratizaram. A tirania das 20 horas semanais de serviço gera uma política de funcionamento desses locais em horário que consideramos comercial. Cabe ao doente mental e a seus familiares necessitarem dos serviços de segunda a sexta-feira das 8:00 às 17:00 horas, fora desse período nada pode acontecer e se algo por ventura ocorrer com esta pessoa, ela deve ser encaminhada imediatamente para as urgências psiquiátricas, caso não tenha este tipo de serviço na cidade, ela também pode ir para a delegacia, ficar vagando pela cidade ou ser contida até a segunda-feira quando o serviço retoma suas atividades.

Os problemas de saúde mental afetam a sociedade em sua totalidade, não há grupos imunes ao adoecimento, embora o risco seja maior entre os pobres, sem teto, desempregados, pessoas com baixa escolaridade, vítimas de violência, imigrantes e refugiados, populações indígenas, mulheres e crianças maltratadas e idosos abandonados (OMS, 2004). Infelizmente é essa a situação em que se encontra a maioria da população mundial. Então, como podemos pensar em serviços temporários de saúde mental que trabalham ao sabor da política em sua face mais perversa, desconsiderando questões como o vínculo, tão caro à clínica psiquiátrica. A saúde mental, física e social estão intimamente interligadas, não há como trabalhar apenas os sintomas em um local determinado para isso, convocar a família para participar do tratamento sem conhecer o ambiente familiar dessas pessoas, discutir direitos humanos, estigma e discriminação sem entrar em contato com a comunidade e conhecer o que as pessoas que compõem esse cenário pensam a respeito desses temas. Assim como não há mais lugar para a clínica do “achismo”, a especialidade psiquiátrica já foi consolidada há muitos anos, devemos, pois, colocá-la em prática, caso contrário corremos o risco de trabalhar ao

sabor do vento, sem critérios nem metodologia. Acreditamos na especialidade, sem a qual não teria tido condições de realizar o gerenciamento de casos das pessoas que confiaram a nós seus infortúnios e suas dificuldades, foi o conhecimento da clínica, da psicopatologia, da psicofarmacologia, das relações interpessoais, da dinâmica de grupos da relação de ajuda, enfim entre outras ferramentas teórico-metodológicas apreendidas durante nossa formação como enfermeira psiquiátrica que nos instrumentalizaram para realizar este trabalho, sem estas competências não teríamos caminhado tão longe e incorreríamos em erros que provavelmente iriam inviabilizar a realização do mesmo.

A integração dos diferentes setores que produzem e operam sob a ótica do cuidado reduz a desabilidade, o estigma e a marginalização do doente nos serviços e na comunidade, promovendo assim o reconhecimento das potencialidades do sujeito que se mantém intactas, mesmo depois da doença; renovando as relações desgastadas pelos anos de convívio, favorecendo o estabelecimento de novas relações, novos comportamentos e formas de se ver diante do mundo. A falta de flexibilidade por parte dos profissionais de saúde se reflete na mesma proporção em relação aos serviços, sugerimos uma avaliação criteriosa dos mesmos, mas percebemos que isso mostraria que a situação ainda possa ser pior do que imaginamos. A falta de compromisso político com a saúde e em especial com a saúde mental se reflete na precariedade de investimentos financeiros destinados à saúde e em especial aos serviços de atenção em saúde mental, salvo algumas exceções, em que há interesse no bem-estar dessa população ou uma conotação política em tais ações.

Mário Pedrosa, crítico de arte do Museu de Imagens do Inconsciente, no Rio de Janeiro, dizia que **curado é aquele que encontra seu destino**. Qual é o destino que estamos propondo para a clientela com a qual trabalhamos? Durante seis meses em que

gerenciamos os casos dos sujeitos que colaboraram com esta pesquisa, em momento algum nenhum deles recebeu uma visita domiciliar por parte da equipe que os acompanhava em seus locais definidos como sendo de tratamento, a recusa dos profissionais desses serviços em realizar parcerias durante o desenvolvimento da pesquisa, apesar de afirmarem que havia um planejamento de cuidados para os pacientes, é incompreensível, considerando que o objetivo comum a nosso ver é o bem-estar do paciente.

Acreditamos nas parcerias, na interlocução dos saberes e das práticas das diferentes áreas envolvidas no cuidar em saúde, assim como percebemos que o diálogo é necessário, mas discordamos da ditadura das equipes, que se arvoram o direito de decidir o que é bom ou não para o doente mental e sua família. Observamos que é desnecessária essa supremacia, os próprios sujeitos que lidam diariamente com a saúde e a doença mental, se bem orientados são capazes de dar encaminhamentos para os seus problemas mais emergentes. É preciso acreditar no potencial resolutivo do paciente, da comunidade e das famílias para os problemas que surgem por conta do adoecimento. É preciso questionar qual é a proposta terapêutica dos serviços; ela é compartilhada, específica ou meramente burocrática, seguindo um modo de fazer do qual não podemos nos desvencilhar. Segundo Foucault (1991), a cura do louco está na razão do outro. A razão nos reportamos, quando mantemos o paradigma do tratamento acima do paradigma do cuidado, quando estabelecemos normas de manutenção e remissão dos sintomas para que o louco não perturbe seus familiares, seus vizinhos, amigos e a equipe dos serviços sem nos preocuparmos com os seus desejos?

Quais são os desejos dessas pessoas? O que elas realmente querem? Que espaços querem ocupar? Percebemos que as pessoas em sofrimento mental têm desejos simples

e ao mesmo tempo complexos diante de sua condição vulnerável. Essas pessoas querem poder sair de casa sem serem apontadas como sendo o louco da rua, querem trabalhar e conversar com seus familiares, produzir, estudar, manter suas vidas o mais próximo do que era antes de adoecerem, não querem ser internadas, nem serem vistas como sendo pobres coitados ou desafortunados. A realização desses desejos esbarra em fatores internos e externos. Os fatores internos estão relacionados às dificuldades dos pacientes em interagir, em manter seus papéis sociais, em perceber que são capazes de prosseguir suas vidas de forma produtiva e de se responsabilizarem pelo seu cuidado. Os fatores externos caracterizam-se pela falta de apoio da família, abandono pelo serviço que se esmera em tratar e informar, mas se esquece de cuidar e de compartilhar experiências, pelo preconceito dos familiares, vizinhos e amigos e, pela desinformação, crença de incapacidade, simulação, limitação, preguiça e desvio de caráter que cercam a figura do doente mental.

O gerenciamento de casos comprovou que o trabalho individualizado para atender às demandas dessas pessoas talvez seja um caminho viável para acolher seus desejos. Foi a partir desses desejos que planejamos, com a colaboração de vários sujeitos, nossas intervenções e percebemos que o trabalho com o sujeito em sofrimento mental deve se ater tanto na parte que se acredita doente, quanto na parte sã. Valorizar os saberes populares, as convicções, os valores pessoais, a religião somando-os ao saber técnico possibilita ao profissional da saúde mental compreender o modo de vida que esses sujeitos desejam para si, esse, segundo Ayres (2004), é o caráter do cuidado sensível. Para esse autor, estamos diante de um grande desafio na área da saúde:- a reconstrução de nossas práticas em benefício do outro. Essa reconstrução passa por três

desafios ou motivações fundamentais, aos quais nos reportamos para caracterizar nossas intervenções neste estudo.

O **voltar-se à presença do outro**, que implica no acolhimento, no vínculo onde há o encontro do saber científico com o saber prático e nesse encontro ambos se complementam; na responsabilização do profissional de saúde, do familiar e da comunidade pelo cuidado do paciente. Instrumentalizar o doente mental para o autocuidado sem pensar que ele necessita do apoio de seus pares para ocupar-se de si mesmo é uma ilusão. Sem o apoio dessas pessoas é impossível trabalhar questões como autonomia, respeito, valorização, estímulo e investimento pessoal. Os serviços não estão dando conta dessas necessidades, apesar da utilização de algumas estratégias amplamente divulgadas como sendo o carro-chefe de suas ações, tais como: visitas domiciliares e realização de grupo com os familiares e pacientes.

Após um ano da coleta de dados deste estudo, realizamos contato telefônico com os pacientes que acompanhamos e tivemos a confirmação de que não ocorreram casos de reinternação; alguns pacientes contaram novidades sobre o que estavam fazendo e nossa grande realização foi a de que todos os pacientes de primeiro contato estavam realizando o tratamento, mantendo sua rotina e não entraram em crise novamente. O contato telefônico se deu por entendermos que cabia ao paciente explicitar ou não a necessidade de agendarmos um novo contato, nesse momento apenas nos colocamos à disposição para fazê-lo caso fosse necessário, respeitando assim a sua autonomia para decidir o que gostaria de fazer.

Consideramos o apoio da comunidade e dos familiares como o ponto alto de nossas intervenções, sem a participação dessas pessoas dificilmente alcançaríamos o objetivo definido no início da pesquisa. Saber que a comunidade e a família, quando

envolvidas no processo do cuidar, se apresentam como parceiros nos mostraram que é possível trabalharmos fora dos serviços, independente da estratégia empregada. Essa posição que agora assumimos, não é uma prescrição do fechamento dos serviços extra-hospitalares, é apenas o relato de nossas impressões a respeito das posturas adotadas por alguns profissionais que fazem parte desses serviços que visitamos ao longo desse período de trabalho e, de conversas com profissionais inseridos em outros tantos.

Quando entramos em contato com as pessoas que compõem o cenário no qual o doente mental estava inserido, constatamos que a escuta ainda é a melhor solução para definirmos as ações do cuidar e **otimizar as interações**. Conversando com os membros da família e da rede social que fazem parte da vida do doente mental, foi possível descobrir como as pessoas percebem a doença mental e principalmente como elas aprenderam a lidar com ela, a partir dessa compreensão pudemos traçar planos de ação para integrar esses atores em uma rede de cuidado ampla que suporte e apóie o doente dentro ou fora da crise. Essa rede de cuidados quando consolidada é capaz de transpor as barreiras do preconceito, da idéia de improdutividade e desqualificação, reconduzindo o doente mental ao seu papel social perdido após o adoecimento. A escuta talvez seja o medicamento que ainda está para ser redescoberto, quando pensamos em saúde mental, ouvir o outro nos mostra que caminho seguir e reorienta nossas decisões quando estamos próximos a pensar que já aprendemos tudo o que era possível sobre saúde mental. Acreditamos que devemos lembrar que os problemas enfrentados pelos doentes têm suas semelhanças, quando os observamos horizontalmente, mas a forma de enfrentá-los, resolvê-los ou minimizá-los não pode ser homogênea e pontual.

É necessário expandir e **enriquecer nossos horizontes**, conhecer outras formas de pensar a saúde e a doença, atualizar e consolidar nosso conhecimento enquanto área

específica, polarizar com outros saberes, quer sejam da filosofia, da antropologia ou da sociologia; compreender e seguir rumo em direção às esferas coletivas, institucionais e estruturais de intervenção, descobrir as paisagens escondidas na comunidade, explorando suas potencialidades. Integralizar as ações, defender a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, sem perder de vista que o sujeito, quer seja, o doente, a família ou a comunidade, também deve fazer parte desses horizontes, são tarefas primordiais para termos uma visão mais ampla do cuidado da pessoa em sofrimento.

A estratégia do gerenciamento de casos possibilitou o envolvimento de diferentes setores e sujeitos sociais. Seus princípios possibilitam o resgate da autonomia do sujeito doente, suas etapas nortearam o pesquisador para que o mesmo não cometesse o erro de invadir a privacidade do indivíduo, ajudando o enfermeiro a colocar em prática seus conhecimentos teórico-práticos, à disposição de quem necessitava. O trabalho do enfermeiro psiquiátrico quer seja realizando consultas, ou direcionado a uma prática de prevenção e educação em saúde mental é fantástico. Utilizar o nosso conhecimento teórico em prática é um exercício que não deveria estar desvinculado da vida acadêmica. D'Antonio (2004) afirma que a pesquisa, o ensino e a clínica transformaram a enfermagem psiquiátrica nos últimos 20 anos, proporcionando um salto na qualidade dos serviços prestados que definiu que existe sim um papel para o enfermeiro nas equipes de saúde mental e que essa discussão é infrutífera, melhor seria mostrarmos o valor de nosso trabalho, utilizando nosso conhecimento para melhorar a qualidade de vida das pessoas doentes ou não. A autora afirma ainda que o “não saber o que se faz”, fez com que a enfermagem psiquiátrica se detivesse em reproduzir o modelo biomédico em suas ações, esquecendo-se de suas peculiaridades, furtando-se em estabelecer relações de compromisso com seus pacientes, enfim responsabilizando-se

por eles. Essa atitude culminou com a perpetuação do tratamento moral e com a exploração das partes consideradas doentes do indivíduo em detrimento da mobilização das partes sadias.

Consideramos que o momento atual do trabalho de enfermagem em psiquiatria e saúde mental caracteriza-se pela transição. O cuidado hospitalar ainda existe e em alguns casos se faz necessário, os serviços extra-hospitalares ainda estão em construção e apresentam dificuldades em modificar suas práticas pautadas no modelo biomédico. Outros profissionais foram incorporados às equipes e os enfermeiros em sua maioria estão desempenhando atividades burocráticas e administrativas, sem se envolver no atendimento direto à clientela, caracterizando sua prática como sendo um organizador e facilitador do trabalho dos demais membros da equipe (OLIVEIRA; ALESSI, 2003). Observamos que a enfermagem psiquiátrica trabalha tanto no campo da psiquiatria clínica quanto inserida em ações de saúde mental, entendemos que essas questões precisam ser discutidas amplamente com ponderação para tentarmos apreender como serão nossas ações no futuro. Devemos discutir o que estamos apreendendo como sendo psiquiatria e como saúde mental, em alguns momentos esta questão se assemelha com a discussão que ouvíamos há tempos sobre os conceitos de saúde pública e saúde coletiva tão esmiuçados pelos teóricos da área e que até hoje ainda se interpõem. Caso contrário, corremos o risco de comprar a idéia falaciosa de que a saúde mental é um campo de todos e de ninguém, de práticas alternativas no sentido pejorativo, onde tudo é passível de acontecer e a psiquiatria se restringe à clínica pura, farmacológica, intervencionista e desprovida de outra função.

A mudança se faz necessária, o gerenciamento de casos utilizado por nós neste estudo mostrou-se eficiente e eficaz em relação às mudanças positivas na qualidade de

vida dos sujeitos envolvidos. O gerenciamento é uma estratégia de trabalho para enfermagem psiquiátrica comunitária. De acordo com o levantamento bibliográfico que realizamos, o gerenciamento de casos já vem apresentando bons resultados em outros países, quando consideramos a prevenção da cronificação dos pacientes. Além disso, suas etapas possibilitam o diagnóstico precoce para risco de co-morbidade, que tem sido considerado um tema emergente na psiquiatria pela OMS (2001).

Face ao observado e vivenciado na prática, o gerenciamento de casos se apresenta como sendo uma estratégia viável para manter o enfermeiro psiquiátrico em um papel ativo, direcionado para a atenção aos usuários dos serviços. O gerenciamento de casos desloca o enfermeiro de um fazer tradicional voltado para atividades relacionadas ao gerenciamento da unidade de saúde num sentido estrito, mantendo a engrenagem do mesmo e promovendo as condições para a atuação dos demais profissionais. A atividade de gerenciar uma unidade de saúde provendo recursos para que outros agentes do cuidar possam estar exercendo suas atividades em si não é algo ruim, desde que o enfermeiro não centralize suas ações somente nessa atuação. O gerenciamento figura como uma das estratégias que favorece a aproximação do enfermeiro psiquiátrico com o cliente. O enfermeiro é um membro da equipe de saúde mental que deve mostrar uma atuação de acordo com suas competências, caso contrário não haverá razão do mesmo permanecer nessa equipe. O fato de não haver enfermeiros especialistas em psiquiatria nos serviços de saúde mental não deve ser aceito como um empecilho ou algo que não pode ser mudado, ao contrário, deve ser um estímulo para a busca de meios que comprovem a necessidade desse profissional, a diferença que ele faz na atenção ao paciente e a necessidade da especialização. Isso de forma alguma inviabiliza o trabalho multiprofissional, muito pelo contrário o enfermeiro psiquiátrico,

por meio da prática do gerenciamento de casos, estabelece uma ponte móvel com os setores da comunidade, fruto de seu envolvimento com os diferentes atores que a compõem.

Quando nos reportamos à área do ensino, podemos vislumbrar que a partir do gerenciamento podemos formar enfermeiros que além de dúvidas em relação à especialidade também tenham certezas do quê e como fazer, aplicando uma estratégia que nessa experiência obteve bons resultados que podem ser reproduzidos. Acreditamos na necessidade de realizarmos outras pesquisas utilizando essa estratégia e se possível em parceria com os dispositivos extra-hospitalares em saúde mental, com o objetivo de avaliarmos as relações de custo, especificando o impacto financeiro dessa estratégia em relação a outras estratégias empregadas pelos serviços, o que não foi objetivo deste estudo, mas que deve ser considerado no futuro. O que aponta que esse campo pode tornar-se uma importante linha de pesquisa para a área.

Há muito que fazer em relação à melhoria na qualidade de vida das pessoas em sofrimento psíquico. Temos a clareza de que esse é apenas um dos caminhos possíveis, mas acreditamos que os desdobramentos e implicações de nossas ações produziram mudanças não só na vida das pessoas com as quais convivemos durante seis meses, mas também na nossa vida por muito mais tempo. Hoje, quando pensamos no processo de adoecimento após esta pesquisa, visualizamos outras possibilidades de intervenção em diferentes espaços que até então, mesmo inseridos na comunidade, passavam pela questão do agendamento, do estabelecimento da hora, do lugar, ao que entendemos como sendo a institucionalização dos espaços comunitários. Observamos a mudança em nossa prática por meio das trocas de conhecimentos e afeto com as pessoas que generosamente abriram as portas de suas casas para que nós pudéssemos estar ali

aprendendo; o que antes denominava atendimento, hoje entendemos como encontro de saberes que pode ser realizado em diferentes locais, sem que haja a preocupação com o preciosismo dos cenários preestabelecidos (uma sala, uma enfermaria, um salão paroquial), todos os locais são propícios para tal encontro, até um banco de escola. Aprendemos que a pessoa em sofrimento mental não sofre 24 horas por dia, mas consegue sofrer muito mais do que isso quando é tratada como alguém doente, incapaz, estranho, como o personagem de Lima Barreto (2001) que foi capturado em seu sítio e após viajar três dias, preso e acorrentado em uma carruagem de ferro sem ventilação, água ou comida, chegou morto ao seu destino (o hospício da capital), sob o olhar perplexo de seus algozes, um delegado e um cabo da polícia que não souberam explicar ao governador porque o homem louco estava morto.

Referências

REFERÊNCIAS

ALEXANDER, J. Ação coletiva, cultura e sociedade civil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.13, n. 37, p.5-31, 1998.

AMARAL, M.A.do. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. **Revista Saúde Pública**. v. 31, n.3, p.288-295, 2000.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2^a ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 156 p.

AMARANTE, P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M. I. (org.) **Fim do século: ainda manicômios?** São Paulo: IPUSP, 1999. p. 47-56.

AMERICAN NURSES ASSOCIATION, Position Statement: Psychiatric Mental Health Nursing and Managed Care, 2001. Disponível: <http://www.nursingworld.org>. Acesso em: 03 mar 2003.

AMERICAN PSYCHIATRIC NURSES ASSOCIATION, Primary mental health care:: a model for psychiatric mental-health nursing, 2000. Disponível em: <http://www.apna.org>. Acesso em: 03 mar 2003.

ANDERSON, M. et al. Senior's mental health and home care. **The Canadian Mental Health Association (CMHA)**. January, 2002. Disponível em: <http://www.cmha.org> Acesso em: 03 jan. 2004.

ANDRADE, G.R.B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes; conectando solidariedade e saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002.

ANDREOLI, S.B. et al. Utilização dos centros de atenção psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 836-844, mai-jun., 2004.

ANTONUCCI, R. Terapias ressocializantes: o acompanhante terapêutico. In; ASSUMPÇÃO Jr.,F.B. (org.). **Psiquiatria da infância e da adolescência**. São Paulo: Santos, 1994, p.549-55.

AYRES, J.R.de C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.8, n.14, p.73-92, fev. 2004.

BARRETO, L. Como o “homem” chegou. In: AMARANTE, P. (org.) **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Eng ° Paulo de Frontim, NAU Editora, 2003. p.23-28.

BARBOSA, P.M.K. et al. Diagnósticos e intervenções de enfermagem mais frequentes em uma unidade de internação psiquiátrica em hospital geral. **Enfermagem Brasil**. Rio de Janeiro, v.2, n.6, p. 344-350, nov-dez., 2003.

BANDEIRA, M. Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. **Psicologia Teoria e Pesquisa**. v.6, n. 2, p. 171-182, 1991.

BANDEIRA, M. et al. Qualidades psicométricas no papel da escala de Habilidades de Vida Independente de pacientes psiquiátricos (ILSS-BR); fidedignidade do teste e do reteste. **Revista Psiquiatria Clínica**. V. 30, n.4, p. 121-125, 2003.

BANDEIRA, M. et al. Competência social de psicóticos; validação social de habilidades específicas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v .47, n.5, p. 217-226,1998.

BARNER, M. The difficult patient in psychiatry community. **Psychiatric Prax**, v.27, n.1, p.1-5, 2000.

BARRETO, K.D. Uma proposta de visão ética no acompanhamento terapêutico. In: Equipe de acompanhantes Terapêuticos do Instituto A casa, organizadores. **Crise e Cidade; acompanhamento terapêutico**. São Paulo: EDUC; 1997. p.241-268.

BASAGLIA, F. ONGARO, F. CASAGRANDE, D. et al. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p.11-40.

BEEBE, L.H. Community nursing support for clients with schizophrenia. **Archives of psychiatric nursing**, v. 15, n.5, p. 214-222, october, 2001.

BERGER, E. Acompanhamento terapêutico: intervenções. In: Equipe de acompanhantes Terapêuticos do Instituto A casa, (org.). **Crise e Cidade; acompanhamento terapêutico**. São Paulo: EDUC: 1997. p. 71-82.

BEZERRA Jr, B.; AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria sem Hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, 135p.

BIRMAN,J.; COSTA, J.F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: Amarante,P. (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 41-71.

BONNER,L.; BARR,W.; HOSKINS,A. Using primary care mental health registers to reduce social exclusion in patients with severe mental illness. **Journal of psychiatric and mental health nursing**, v.9, n.3, p.585-593, march, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A história de Beta**. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2002. 112p. (Série Cadernos Centro Cultural da Saúde).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Disponível em: <www.saude.es.gov.br/scripts/Ses0104_01.asp>. Acesso em: 20 mai. 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Carta dos Direitos dos usuários e familiares de serviços de saúde mental. Brasília: Série Comunicação e Educação em Saúde, 2003.

BRASIL. Informe Saúde. Saúde Mental. Cuidar sim, excluir não. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Governo Federal. Ano V – nº 107 – terceira semana de abril de 2001a, 1-2 p.

BRASIL. Comissão Organizadora da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório Final. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde, 2002, 213p.

BRASIL. Saúde Mental e Atenção Básica – O vínculo e o diálogo necessários. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS / DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. COORDENACÃO GERAL DE SAÚDE MENTAL / COORDENACÃO DE GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. Circular Conjunta, n. 01/03, de 13/11/03.

BRASIL. Informações para a Saúde. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasília: Centro de Documentação, v.10, n.6, 1989.

BRASIL. III Conferência Nacional de Saúde Mental. Cuidar sim, excluir não. Caderno de textos. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasília, dezembro, 2001. 152 p.

BRUNDTLAND, G.H. Mental health in the 21 st century, In: **Bulletin of the World Health Organization**, v.78, n.4, p.503-505,dec.2000.

BURSZTYN M. Da pobreza à miséria, da miséria á exclusão; o caso das populações de rua. In: BURSZTYN, M., (org.). **No meio da rua: nômades, excluídos e viradores**. Rio de Janeiro: Garamond, 2000. cap.1, p.27-55.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1992. 193 p.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Tradução: Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978. 235p.

COSTA-ROSA, A. **Saúde mental comunitária: Análise Dialética das práticas alternativas**. 1987. 299 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1987.

- CORDOVIL, C. Reestruturação da assistência beneficida hospitais menores. In: Reforma Psiquiátrica, **RADIS – comunicação em saúde**, n. 19, março de 2004, 14-15p.
- CAHEN, N.I. et al. Training in community psychiatric: New opportunities. **Psychiatry Journal**, v.69, n.2, p. 107-109, 1998.
- CAMARGO, E.M.C. O acompanhante terapêutico e a clínica. In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (org.). **A rua como espaço clínico. Acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Escuta,1991, p.51-84.
- CHAN,S.; et al. A evaluation of the implementation of case management in the community psychiatric nursing services. **Journal of Advance Nursing**, v. 31, n.10, 144-156p, 2000.
- CHOR, D. et al. Medidas de rede de apoio social no Estudo Pró-Saúde; pré-teste e estudo piloto. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 887-896, jul.ago. 2001.
- CLEARY, M. The challengers of mental health care reform for contemporary mental health nursing practice: relationships, power and control. **International Journal of Mental Health Nursing**, Melbourne, Australia, v.12, p.139-147, feb., 2003.
- COBB,S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, n. 38, p.300-314, 1976.
- COPLAN, B. Principles of psychiatry community. **Community Mental Health Journal**. v.36, n.1, p.7-24, 2000.
- CORRÊA, P.; et al.. Caminhos do tempo: trabalhando no apartamento de passagem. In: Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental. In: VI ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL. V ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA, 2002, Ribeirão Preto. **Programa e resumos**. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2002. p. 158.
- DAVIDSON, L. Deinstitutionalization and community based psychiatry. Some aspects from literature. **Med Arh**, p. 53 n. 3, p.135-138,1999.

- D'ANTONIO P. Relationships, reality, and reciprocity with therapeutic environments: a historical case study. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. XVIII, n.1, p.11-16, february, 2004.
- DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 189p.
- DELEUZE, G. **“Conversações”**. **Texto: Post-scriptum sobre as sociedades de controle** Rio de Janeiro: Editora 34, 1998.34p
- DEL-BEM, C.M. et al. Políticas de saúde mental e mudanças na demanda de serviços de emergência. **Revista Saúde Pública**, v.33, n.5, p. 470-476, 1999.
- DONOGHUE, A. et al. Training case managers to deliver focused psychological strategies. **International Journal of Mental Health Nursing**, v.13, p. 33-38, 2004.
- DONNANGELO, M.C.F. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1997, 73p.
- DUARTE, L.F.; LEAL, O.F. (org.) **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998, 286p.
- EATON, W.; MERIKANGAS, K.R. Psychiatric Epidemiology: Progress and prospects in the year 2000, Baltimore, MD., **Epidemiologic Reviews**, v. 22, n.1, p.29-32, july, 2000.
- FERREIRA, A. B.de H. **Minidicionário da língua portuguesa**. 3º ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1993.577p.
- FIGUEIREDO, E. **O chapéu reclame de cigarros: contribuição para uma psicoterapia institucional**. Porto Alegre: Afrontamento, 1987.108p.
- FORTES, S et al. **Curso de capacitação em saúde mental para saúde da família – programa 2000**. Ceará, 2000, 30 p. (mimeo)
- FULGÊNIO Jr.L.P. Interpretando a história. Acompanhamento terapêutico de pacientes psicóticos no Hospital-Dia A casa. In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-

- Dia A Casa (org.). **A rua como espaço clínico. Acompanhamento terapêutico.** São Paulo: Escuta, 1991. p. 231-236.
- FREITAS, F.F.P. Subsídios para mudanças do modelo de assistência psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 93-106, jan-mar, 1998.
- GARCIA, J.E.G. Gestión de cuidado em caso de transtorno mental severo: disãno, ejecución y evaluación a los dos anos. **Index Enfermería**, v.13, n.44, p. 21-25, primavera/verão.
- GERMAIN, C.P. Ethnography: the method In: MUNHALL,P.;BOYD,C.O. **Nursng Research a qualitative perspective.** 2nd ed. New York: National league for Nursing Press, 1993. p. 237-268
- GOLDBERG, J. **Clínica da psicose: um projeto na rede pública.** 2ed. Rio de Janeiro: Te corá / Instituto Franco Basaglia, 1996.123p.
- GUATARI, F. **Caosmosis.** Buenos Aires: Manantial, 1992. p.121-144p.
- HARMS,S.; BENSON,A.The clients' experience of the community group; implications for nurse facilitators. **Journal of Psychiatric and Mental Health**, n.10, p. 49-56, 2003.
- HARVEY, K. The effect of intensive case management on the relatives of patients with severe mental illness. **Psychiatric Services**, v. 53, n. 12, p. 1580-1585, December 2002.
- HAZELTON, M. Psychiatric personnel, risk management and the new institutionalism. **Nursing Inquiry**, v. 6, n.4, p.224-230, june,1999.
- HENDERSON,S. Epidemiology of mental disorders the current agenda. **Epidemiologic Reviews**, v. 22, n.1, p.24-27, dec., 2000.
- HESLOP, L. PETERSON,C. The 'managed care' idea; implications for health service systems in Australia. **Nursing Inquiry**, v.10, n. 3, p.161-169, 2003.
- HIRDES, A. **Reabilitação psicossocial: dimensões teórico-práticas do processo.** Erechim - Rio Grande do Sul: EdiFAPES, 2001. 208p.

HIRDES, A. KANTORSKI, L.P. Sistematização do cuidado em enfermagem psiquiátrica.

Texto e Contexto Enfermagem. Florianópolis, v.9, n. 2, p. 94-105, maio/ago 2000.

HIRDES, A. Das políticas públicas para as práticas dos serviços de saúde mental. In: VII Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental. VI encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002. 69 – 87p.

HUSSAIN, A . A discussion on the role of case management within ity mental health.

Comunity Mental Health and Social Work, december, 2000, 5 p. Disponível em:

<<http://www.crecentlife.com>>. Acesso em: 24 fev. 2003.

HUSSAIN, A . A discussion on the role of case management within ity mental health.

Comunity mental Health and Social Work, december, 2000, 5 p. Disponível em:

<<http://www.crecentlife.com>>. Acesso em: 24 fev. 2003.

HUXLEY, P. Case management and care management i community care, **British Jounal of Social Work**, London, v. 23, p. 385-381,1993.

INTAGLIATA, J. Improving the quality of community care for the cronically mentally disabled: the role of case management. **Schizophrenia Bulletin**, v.8, n.3, p.655-674, mar. 1982.

JACOBSON, L. The transitions from mental hospital based to community based psychiatry, **Med Arh**, v. 53, n. 3, p.131-133, 1999.

JACKSON, W. **Methods**. Toronto, Canada: Pearson Education, 3 ed., 2003. 592 p.

JONES, J. LOWE, T. The education and training needs of qualified mental health nurses working in acert adult mental health services, **Nurses Education Today**, London, v.23, n.5, p.610-619, june. 2003.

JOHNSON,B.S. **Psychiatric-mental health nursing**. J.B.Lippincott Company, Third edition 1993. 992p.

KALOUSTIAN, S.M. **Família brasileira, a base de tudo**. 3.ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 1998.

KODA, M. Y. A construção de sentidos sobre o trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial. In: AMARANTE, P (org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003. 234p.

KABEL, L. Professional competency in psychiatry community. The role of the psicologist, **Med Arh**, v. 53, n.3, p. 151-152, 1999.

KESSLER, R.C. Psychiatric epidemiology: selected recent advances and future directions. Special theme – mental health. **Bulletin of the World Health Organization**, v.78, n.4, 2000.

LAMB, G. Conceptual and methodological issues in nurse case management. **Journal of Advance Nursing**, v. 34, n.15, p.16-24, 1992.

LANCMAN, S. Instituições psiquiátricas e comunidades: um estudo de demanda em saúde mental no Estado de São Paulo, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.93-102, jan-mar. 1997.

LANCETTI, A. Saúde Mental nas entranhas da metrópole In: **SaúdeLoucura: Saúde Mental e Saúde da Família**. São Paulo, 2001. p.86-93.

LEE, d.;MACKENZIE, A .; DUDLEY-BROWN,S.& CHIN, T. Case management: a review of the definitions and practice. **Journal of Advance Nursing**, n.2, v.7, p.933-939, 1998.

LIMA, M.C.P.; BOTEAGA, N.J. Hospital-dia; para quem e para quê? **Revista brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n.4, p. 195-199, 2001.

LIBERMAN, R.P. Psychiatric rehabilitation of chonic mental patints. Washington, Dc. Inc.: **American Psychiatric Press**, 1998. 342p.

LOBOSQUE, A. M.; ABOU-YO, M. A cidade e a loucura – entrelaces In: Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. **Reescrevendo o público**. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 1992, p.234-237.

- LUDEMIR, A.B. Inserção produtiva, gênero e saúde mental, **Caderno Saúde Pública**, v.16, n. 3, p. 647-659, jul-set., 2000.
- LÜDKE, M; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.126p.
- MAIA, R.C.M, FERNANDES,A.B. O movimento antimanicomial como agente discursivo na esfera pública política, **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.17, n.48, p.101-109. fev. 2002.
- MACHADO, R. et al. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.345p.
- MANNING, S.S.; SUIRE,B. Consumers as employees in mental health: Bridges and Roadblocks, **Psychiatric Services**, v.47, n.9, p.939-943, sep. 1996.
- MARQUES, E. **Redes sociais e permeabilidade do Estado: instituições e atores políticos na produção da infra-estrutura urbana no Rio de Janeiro**. 1998. 187f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas; Unicamp, Campinas,1998.
- MARION,B et al. Have we got views for you; user involvement of case management. **The Sainsbury Centre foe Mental health Publications**, London, 1994, 123-126p.
- MARI, J.de J. O impacto da pesquisa no porvir da saúde mental. **Revista Brasileira de psiquiatria**. v.25, n.2, 68-69p.
- MARSHALL,M. Case management: a dublious practice, **British Medical Journal**, v. 32, p. 358-367, dec.,1998.
- MARSHALL, M. et al. Case management for people with severe mental disorders, **British Medical Journal**, v. 31, p. 523-524, april 1996.
- MARTINS, G. de A. Metodologias convencionais e não-convencionais e a pesquisa em administração, **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo: PPGA-FEA-USP, v.01, n. 3, 2º semestre 1994.

MAUER, S.; RESNIZKY, S. Acompanhamento terapêutico e pacientes psicóticos: manual introdutório a uma estratégia clínica. (Tradução: Waldemar Paulo Rosa).Campinas: Papirus, 1987.

MCCANN,G.et al. Understanding the needs of relatives of patients within a special hospital for mentally disordered offenders: a basis for improved services, **Journal advances Nursing**, n. 23, p. 346-352, 1996.

MCGREW, J.H. et al. Case manager's perspectives on critical ingredients of assertive community treatment and on its implementation, **Psychiatric Services**. v.54, n.3, Mach, 2003.

MECHANIC,D. Emerging issues in International Mental Halth Services Reseach, **Psychiatric services**, v.47, v.4, p.371-380, april 1996.

MERCADO, F.J. et al. **Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica. Métodos, análisis y ética**. Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Servicio Vasco de Salud Osakidetza,. Universidad Autónoma de San Luis Potosí/ Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León/ Facultad de Enfermería. Serie Medicina Social. 2002. 126p.

MERHY, E.E. **A reestruturação produtiva na saúde, a produção do cuidado e a cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2002. 169p.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 92p.

McCANN, G. et al. understanding the needs of relatives of patiens within a special hospital for mentally disordered offenders: a basis for improved services, **Journal Advanced Nursing**, v.23, n.23, p.463-481, mar. 1996.

McCARTHY, E.P.; FELDMAN, Z.T.; LEWIS, B.F. **Development and implementation of na interorganizational case management model for substance users**. Massachusetts: University of Massachusetts School of Public Health Amherst, 2003. p. 331-349.

MOREIRA, M.S.S.; CRIPPA, J.A. de S.; ZUARDI, A.W. Expectativa de desempenho social de pacientes psiquiátricos internados em hospital geral, **Revista Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 734-42, 2002.

MOTTA, A. **A ponte de madeira: a possibilidade estruturante da atividade profissional na clínica da psicose**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. 108p.

NASCIMENTO, E.P. Dos excluídos necessários aos excluídos desnecessários. In: BURSZTYN, M. (org.). **No meio da rua; nômades, excluídos e viradores**. Rio de Janeiro: Garamond, 2000. cap.2, p.56-87.

NOGUEIRA, I.B. A história de J. In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (org.). **A rua como espaço clínico. Acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Escuta, 1991. p.155-173.

NICÁCIO, F. (org.) **Produzindo uma nova instituição em saúde mental: o núcleo de atenção psicossocial da zona noroeste**. São Paulo, 1989, 132p. (mimeo)

O'CONNOR, F.W., LOVELL, D. BROWN, L. Implementing residential treatment for prison inmates with mental illness, **Archives of Psychiatric Nursing**, v. XVI, n.5, p. 232-238, october, 2002.

OMERO, M. Community based psychiatry the model, **Med Arh.**,v. 53, n.3, p. 163-165, 1999.

OLIVEIRA, A.G. ALESSI, N. A reforma psiquiátrica e processo de trabalho das equipes de saúde mental. *Revista Paulista de Enfermagem*. v. 22. n.1, p. 31- 42, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. “Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo 2001. Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança”, 2001. Disponível em: http://www.who.int/mental_health>. Acesso em: 22 de abril 2004.

BRASIL. Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e direciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07 abr. 2001. Seção 1, p.51.

ORGANIZACION MONDIALE DE LA SANTÉ. Guide des Politiques e des Services de Santé Mentale. La situation de la santé mentale. 2004. Disponível em: http://www.who.int/mental_health>. Acesso em: 03 de jan. 2005.

ORGANIZACION MONDIALE DE LA SANTÉ. Politiques de Santé Mentale. Pourquoi d'un projet axé sur la politique de santé mentale? Disponível em: http://www.who.int/mental_health>. Acesso em: 03 de jan. 2005.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE./ MINISTÉRIO DA SAÚDE/ UNIVERSIDADE DE HAVARD/ UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Levantamento do Departamento de Atenção Básica, apresentado em Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Primária, abril de 2002, 87p.

ORGANIZACION PAN-AMERICANA DE SALUD MENTAL. Salud mental para todos en América Latina y e caribe: bases epidemiológicas para la acción. Boletín de la oficina sanitaria Pan-Americana, n. 107, p,196-219, 1989.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Caracas. Conferência Regional sobre Reestruturação da Atenção Psiquiátrica no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde, 1992. 5p.

_____. Temas de salud mental em la comunidad. Chile: Paltex, n. 9, 1992. 150p.

PEIRANO, M. **A favor da etnografia**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995. 132p.

PEIXOTO, G. Algumas considerações (com um pouco de história familiar) sobre a relação entre loucura, a ética e a política, no âmbito da saúde mental. In: AMARANTE, P. (org.)

Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003. p. 67-72.

PEREIRA, A .; OLIVEIRA, J.C.; COSTEIRA, A. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: a experiência de Sobral – Ceará. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Cadernos de texto de apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2001. 121p.

PEREIRA, A.C.; SEI, M. B.; KODATO, S. Acompanhamento terapêutico de um caso de esquizofrenia: representação traumática e sedução. In: VI ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL. V ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA, 2002, Ribeirão Preto. **Programa e resumos**. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2002. p. 158.

PESSOTI, I. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995. 348p.

PINTO, J.C.S.G. A abordagem aos transtornos mentais graves na Atenção Básica. In: **Oficina de Capacitação de Supervisores em Saúde mental para o Programa de Saúde da família, I**. 2002. Rio de Janeiro, Itaipava: Anais da Reunião do Pólo de Capacitação em Saúde da família do Estado do Rio de Janeiro, 2002. p.12-20.

PITTA, A. M. F. **Sobre uma política de saúde mental**. 1984. 161 f. Dissertação. (Mestrado em Psiquiatria) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1984.

PORTOCARRERO, V.M. **O Dispositivo da Saúde Mental: uma Metamorfose na Psiquiatria Brasileira**. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1990.

PORTO, M.; SERENO, D. Sobre acompanhamento terapêutico. In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (org.). **A rua como espaço clínico. Acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Escuta, 1991. p.23-42.

POWELL, S.K. **Nursing case management**. USA: Lippincott, 1996. 178p.

RABELO, M.C.; ALVES, P.C.; SOUZA, I.M. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 212 p.

REIS, F. W. Cidadania, mercado e sociedade civil. In: _____. **Mercado e utopia**. São Paulo: Edusp, 2000. p. 23-35.

RESENDE, H. Política de saúde no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.A (org.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1987. p. 45-53.

REINALDO, A.M.S. Gerenciamento de casos como instrumento do cuidar para uma equipe do Programa de Saúde da Família. In: **Projeto de Extensão do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde das Faculdades Federais Integradas de Diamantina**, Minas Gerais, 2004, 20p.

_____. **O itinerário terapêutico em saúde mental por meio da história oral de vida de um paciente psiquiátrico**. 2003, 135 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

_____. Pensão Protegida Olímpia Mochel: casa nova, dificuldades antigas. **Relatório de estágio supervisionado apresentado à disciplina de Psiquiatria do Departamento de Enfermagem**. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão – UFMA. 1998, 20p.

_____. O atendimento às companheiras de pacientes psiquiátricos que apresentaram sintomas psicóticos após alta dos mesmos: relato de experiência. **Sessão clínica da enfermaria de psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto**. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2000, 10 p.

_____.; WETZEL, C. A inserção da família em saúde mental: conflitos e parcerias, In: CONGRESSO INTERNACIONAL PESQUISANDO A FAMÍLIA, 2002, Florianópolis. **Anais do Congresso Internacional Pesquisando a Família. Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Família**, Laboratório de Estudo

Interdisciplinar em Família e Saúde, Departamento de Enfermagem – Universidade Federal de Santa Catarina, 24 a 26 de abril de 2002, p. 32.

_____.; WETZEL, C. A família no processo de trabalho e saúde mental: espaço de trocas e contratos, In: CONGRESSO INTERNACIONAL PESQUISANDO A FAMÍLIA, 2002, Florianópolis. **Anais do Congresso Internacional Pesquisando a Família. Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Família**, Laboratório de Estudo Interdisciplinar em Família e Saúde, Departamento de Enfermagem – Universidade Federal de Santa Catarina, 24 a 26 de abril de 2002, p.23.

ROCHA, I. **Cidadania: outros olhares. Humanização do tratamento psiquiátrico no Brasil: a importância da Lei 10.216, de Paulo Delgado**, Minas Gerais, 2001.10p.

RODRIGUES, C. R.; FIGUEIREDO , M.A.de C. Concepções sobre doença mental em profissionais, usuários e seus familiares, **Estudos de Psicologia**, v. 8, n.1, p. 117-125, 2003.

ROHDE, D. Evolution of community mental health case management: consideration for clinical practice, **Archives of Psychiatric Nursing**, v.XI, n.6, p.332-339, 1997.

ROPER, J.M.;SHAPIRA,J. **Etthnography in nursing research**. Thousand Oaks: Sage, 2000. 321p.

ROUSSEAU, c. Community empowerment: the alternative resouces movement in Quebec, **Community Health Journal**, v.29, n.6, p.535-564, dec. 1993.

ROTELLI, F. et al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, M.F. (org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC, 1990. p. 27-59.

ROSA,T.M.; KIRSCHIBAUM,D.I.R.; FIGUEIROA, A .P.C.S. A enfermagem e o acompanhamento terapêutico: dilemas e possibilidades, In: VI ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL. V ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA, 2002, Ribeirão Preto. **Programa e resumos**. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2002. p.252.

ROSA,W.A .G.; LABATE,R.C. Relato de experiência de enfermeiras do PSF com pacientes em sofrimento psíquico, In: VI ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL. V ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA, 2002, Ribeirão Preto. **Programa e resumos**. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2002. p.102.

SARACENO, B.; ASIOLI, F; TOGNONI, G. Manual de Saúde Mental. São Paulo: HUCITEC, 1994. 83p.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Belo Horizonte: Te Corá, 1999. 112p.

SANTOS, M.A.; PITIÁ, A. C. A. Acolher, acompanhar, cuidar: o acompanhamento terapêutico como estratégia de continência do sofrimento psíquico. In: VI ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL. V ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA, 2002, Ribeirão Preto. **Programa e resumos**. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2002. p.219.

SAMELE, M. et al. Patient's perceptions of intensive case management, **Psychiatric services**, v. 53, n. 11, nov. 2002.

SANFORD, F.M.S.; FARIAS,F.L.R. Cuidando da comunidade: um espaço a ser construído pelo enfermeiro psiquiátrico para reinserção do doente, In: VI ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL. V ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA, 2002, Ribeirão Preto. **Programa e resumos**. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2002. p.80.

SCATENA,M.C.M.; SCHERER, Z.A .P.; LEITE, K.F.S. Saindo do hospital psiquiátrico: o impacto da vivência “extra-muros”, In: VI ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL. V ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM

PSIQUIÁTRICA, 2002, Ribeirão Preto. **Programa e resumos**. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2002. p.90.

SÃO MATEUS, L.A. ; OLIVEIRA, M.S. Herdeiros do futuro: a atuação do enfermeiro do programa de saúde da família – PSF junto ao cliente com transtorno mental. In: VI ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL. V ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA, 2002, Ribeirão Preto. **Programa e resumos**. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2002. p.259.

SEABRA, O. et al. **Território e Sociedade**. Entrevista Milton Santos. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000.6 p.

SERENO, D. Acompanhamento terapêutico de pacientes psicóticos: uma clínica na cidade. 1996, 191p. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SIMPSON, A.; MILLER, C.; BOWERS, L. Case mangement models and the care programme approach: how to make the CPA effective and credible. **Journal of psychiatric and mental health nursing**, v. 10, p.472-483, 2003.

SOARES, S.M.S. Apresentação. In: MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 92p.

SOUZA, W.S. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p.933-939, jul-ago. 2001.

SOUZA, R. C. de et al. Projeto terapêutico na atenção em psiquiatria; a importância a inserção da família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.14, n. 3, p. 81-86, set/dez, 2001.

SUBER, R. **Clinical case management: a guide to comprehensive treatment of serious mental illness**. London: Sage, 1994. 135p.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

STAHL, D.A. Case management in subacute care, **Nursing management**, v.27, n.8, p. 20-21p.,1996.

STEIN,L.;TEST,M. Alternative to mental hospital treatment:: a conceptual model, treatment program, and clinical evaluation, **Archives General Psychiatry**, v. 37, 391-397p.1980.

STURM, B. Ethics and care; an ethnographic study of psychiatric community health nursing practice. **Archives of Psychiatric Nursing**, vol. XVIII, n. 3, p. 106-115, June, 2004:

TABLADA, H.R.C; RUIZ, X. O. **Demanda de atención Institucional y Psiquiatría Comunitaria**. Santiago de Chile: Medisan, v.6, n.4, marzo, 2002. p.11-17.

TORRES, P. **Experiências de Psiquiatra comunitária em Chile**. Universidade de Santiago de Chile. Diciembre, 2001. 130p.

TOWNSEND, M.C. **Enfermagem psiquiátrica – conceitos de cuidados**. 3º edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2000, 167 p.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 2 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003. 374p.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. SISTEMA INTEGRADO DE BIBLIOTECAS.
GRUPO DiTeses. Diretrizes para apresentação de dissertações e tese da USP: documentos eletrônicos ou impressos/ Vânia M.B. de Oliveira Furano, coord... [et al.]. – São Paulo: SIBI-USP, 2003.98p. – (Cadernos de Estudos: 9)

VOLCAN, S.M.A. et al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores; estudo transversal, **Revista Saúde Pública**, n.37, v.4, p. 440-445, 2003.

VIANNA, P.C. DE M. **A reforma Psiquiátrica e as associações de familiares: unidade e oposição.** 2002, 216 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, 2002.

VIII ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL. VII ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA. Tema: saúde mental numa sociedade em mudança. Programa e Resumos, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.(WHO). Proyecto de Política de Salud Mental. Paquete de Orientación sobre Política y Servicios. Resumen Analítico, 2001, 30p. Disponível em: http://www.who.int/mental_health>. Acesso em: 22 de abril 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.(WHO). Resolution WPR/RC52.R5: Mental Health ‘Atlas’ Project, 2001. Disponível em: <<http://www.who.int>> Acesso em: 24 fev. 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.(WHO). Promoting independence of people with disabilities due to mental disorders. A guide for rehabilitation in primary health care. SELL, H.;NAGASWAMI,V. (org.) Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Divisio of Health Promotion, Education and Communication. 1997, 80p. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health>. Acesso em: 24 jun 2003.

_____, Nations for Mental Health Supporting governments and policy-makers. World Health Organization, Genebra, 1998. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health>. Acesso em: 24 jun 2003.

_____, WHO Mental Health and human rights project. World Health Organization, Genebra, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health>. Acesso em: 3 jan 2005.

_____, Mental Health Legislation & Human Rights mental health policy and Service – Guindace Package. World Health Organization, Genebra, 2003. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health>. Acesso em: 4 jan 2005.

WEARRBACH, G.B.; DEPOY, E. Working with persons with serious mental illness: implication for social work recruitment and retention. **Community Mental Health Journal**, v.29, n.4,p.305-319, august. 1993.

WHITE, J.P. et al. The impact of managed care on nurses' workplace learning and teaching. **Nursing Inquiry**, v.7, p. 74-80, 2000.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.217p.

ZUSMAN, J.A. Mitos e manicômios, **Cadernos IPUB**, n.14. v. 3. p. 59-66, 2001.



CEP. 14048-900
RIBEIRÃO PRETO - S.P.
BRASIL

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CAMPUS UNIVERSITÁRIO - MONTE ALEGRE
FONE: 602-1000 - FAX (016) 633-1144

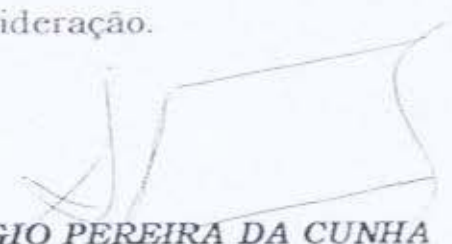
Ribeirão Preto, 03 de setembro de 2003

Ofício nº 2631/2003
CEP/SPC

Prezada Senhora:

O trabalho intitulado "**CASE MANEGED COMO PROPOSTA DE TRABALHO EM PSIQUIATRIA COMUNITÁRIA**", foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 162ª Reunião Ordinária realizada em 01/09/2003, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo HCRP nº 6990/2003.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.


PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa do HCFMRP-USP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
AMANDA MÁRCIA DOS SANTOS REINALDO
PROFª DRª MARGARITA A. VILLAR LUÍS
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP
Em mãos

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)