

**Universidade Católica de Santos**

**Mestrado em Saúde Coletiva**

Necessidades em Saúde Mental: uma Abordagem  
Antropológica

**Thaise Macedo**

Santos  
2010

# **Universidade Católica de Santos**

## **Mestrado em Saúde Coletiva**

### **Necessidades em Saúde Mental: uma Abordagem Antropológica**

**Thaise Macedo**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Políticas e práticas de Saúde

Orientador: Prof. Dr. Denise Martin

Santos  
2010

Dados Internacionais de Catalogação  
Sistema de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos  
SIBIU

---

M141 Macedo, Thaise

Necessidades em Saúde Mental: uma Abordagem Antropológica./ Thaise Macedo; Denise Martin. – Santos: [s.n.], 2010.  
77f, 30 cm. (Dissertação de Mestrado) – Universidade Católica de Santos, Programa de Mestrado em Saúde Coletiva.

I. Macedo, Thaise. II. Necessidades em Saúde Mental: uma Abordagem Antropológica.

---

CDU614(043.3)

Thaise Macedo

Necessidades em Saúde Mental: uma Abordagem Antropológica

Dissertação de Mestrado – Universidade Católica de Santos

Banca Examinadora

---

Orientadora – Prof. Dr. Denise Martin

---

Prof. Dr. Sergio Baxter Andreoli – Universidade Católica de Santos

---

Prof. Dr. Francisca Eleodora Santos Severino - Universidade Católica de Santos

Santos

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data da aprovação

À colega “Mariazinha das Águas”

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora Prof. Dr. Denise Martin, que nos anos de convivência, muito me ensinou, contribuindo para meu amadurecimento intelectual, científico e pessoal.

Aos professores Dr. Sergio Baxter Andreoli, Dr. Eunice Nakamura e Dr. Francisca Eleodora Santos Severino pelas sugestões e observações cuidadosas que contribuíram para o desenvolvimento do estudo.

Aos familiares e profissionais que participaram do estudo pela atenção com que me receberam.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível superior (CAPES), pela concessão da bolsa de mestrado.

À FAPESP pelo financiamento do projeto “Avaliação das necessidades de pacientes com transtornos mentais graves atendidos em Centros Comunitários de Atenção Psicossocial”.

À minha família, em especial aos meus pais, pelo incentivo e apoio constantes.

## RESUMO

Este estudo buscou avaliar as necessidades de pacientes esquizofrênicos atendidos na rede municipal de assistência a saúde mental do município de Santos do ponto de vista de profissionais do serviço e familiares.

Para a avaliação das necessidades foi realizada uma pesquisa etnográfica, baseada no referencial teórico-metodológico da Antropologia. Da análise do material coletado em campo, surgiram percepções dos atores envolvidos na assistência dos pacientes psiquiátricos.

Os profissionais da unidade relataram necessidade de maior participação familiar no tratamento, assim como de recursos humanos e materiais.

A concepção dos familiares refere que há necessidade de maior cuidado ao paciente no serviço, incluindo a disponibilidade de internação. Foram recorrentes os relatos de tais atores no que diz respeito à questão do difícil convívio familiar com os pacientes.

No plano descritivo foram relatadas necessidades quanto à responsabilização do cuidado aos pacientes, ausência de recursos humanos e materiais.

No plano analítico, a análise dos dados expôs a complexidade da relação existente entre os atores envolvidos na assistência psiquiátrica. Tal complexidade pode ser verificada por meio da diferente significação dada por profissionais e familiares quanto à doença, ao tratamento medicamentoso e ao prognóstico.

Pelo que foi observado no cotidiano do serviço e na relação dos pacientes com seus familiares, verificamos que a inserção social dos pacientes se distancia do modelo proposto pelas políticas de saúde mental.

Palavras-chave: Saúde Mental, Necessidades, Antropologia.

## ABSTRACT

This study sought to assess the needs of schizophrenic patients treated in the municipal mental health assistance of Santos from the perspective of professionals and families.

For the needs assessment was conducted an ethnographic research, supported by methods of Anthropology. From the analysis of the material collected in the field, appeared perceptions of the actors involved with the care of psychiatric patients.

Professionals in the unit reported the need for greater family participation in treatment, as well as human and material resources.

The conception of the relatives states that there is a need for greater patient care service, including the availability of hospital. Were recurrent reports of such actors as regards the issue of difficult family time with patients.

Were reported in the descriptive level with regard to duty for the care of patients, lack of human and material resources.

At the analytical level, the material analysis has exposed the complexity of the relationship between the actors involved in psychiatric care. Such complexity can be verified by the different meaning given by professionals and families about the disease, drug treatment and prognosis.

Considering what was observed in the daily service and in the patients' relationship with their families, we found that the social integration of patients is far away from the model proposed by the mental health policies.

Key-words: Mental Health, Needs, Anthropology.



## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

OMS – Organização Mundial de Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial

SERP - Seção Reabilitação Profissional

SENAT - Seção Núcleo de Atenção ao Tóxico-Dependente

SELAB - Seção Lar Abrigado

HD – Hospital Dia

HI – Regime de internação

AMBESP – Ambulatório de Especialidades

PS – Pronto-Socorro

PRODESAN – Progresso e Desenvolvimento de Santos

TO – Terapia Ocupacional

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
1.1 Esquizofrenia: breve abordagem epidemiológica .....	10
1.2 Modelo de atenção ao paciente com transtornos mentais .....	11
1.3 Atenção à saúde mental no município de Santos .....	13
1.4 Avaliação de serviços de saúde e necessidades em saúde .....	14
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>19</b>
<b>3. METODOLOGIA .....</b>	<b>20</b>
3.1 O trabalho de campo .....	21
3.2 O local do estudo .....	21
3.3 Participantes do estudo .....	22
3.4 Análise dos resultados .....	22
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>24</b>
4.1. Observação Etnográfica .....	24
4.2 Entrevistas com familiares de pacientes esquizofrênicos .....	33
4.2.1 Caracterização dos familiares entrevistados .....	33
4.2.2 A concepção e o convívio com a doença mental .....	36
4.2.3 Relação com o serviço de assistência psiquiátrica .....	40
4.3 Entrevistas com profissionais do serviço de saúde mental .....	51
4.3.1 Caracterização dos profissionais de saúde entrevistados .....	52
4.3.2 Relação entre profissionais, familiares e pacientes .....	53
4.3.3 Funcionamento e relacionamento do serviço com a rede de saúde e saúde mental .....	62
<b>5. CONCLUSÕES .....</b>	<b>70</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>77</b>

## **1. INTRODUÇÃO**

Este estudo se insere no âmbito da pesquisa “Avaliação das necessidades de pacientes com transtornos mentais graves atendidos em Centros Comunitários de Atenção Psicossocial” (FAPESP - Processo nº 02006/00679-0), que tem como objetivo geral investigar as necessidades clínicas e psicossociais de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia atendidas na rede de assistência a saúde mental do município de Santos.

Para tanto, o projeto tem como proposta a avaliação das necessidades a partir de duas abordagens metodológicas: uma quantitativa, realizada a partir utilização de instrumentos e dados amostrais, e uma qualitativa, realizada por meio de técnicas do referencial metodológico da Antropologia e com o intuito de investigar o relacionamento do usuário com o sistema de saúde a partir do conceito de necessidades.

### **1.1 Esquizofrenia: breve abordagem epidemiológica**

Neste estudo a esquizofrenia será definida a partir da Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10.

Conforme a classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10, a esquizofrenia é considerada um transtorno mental grave caracterizado por distorções do pensamento, da percepção e do afeto.

Como sintomas psicopatológicos a CID 10 destaca:

eco do pensamento, inserção ou roubo do pensamento, irradiação do pensamento, percepção delirante e delírios de controle, influência ou passividade, vozes alucinatórias comentando ou discutindo sobre o paciente na terceira pessoa, perturbações do pensamento e sintomas negativos. (Organização Mundial de Saúde, 1997, p.89)

Dados da Organização Mundial de Saúde apontam que a esquizofrenia é um transtorno mental com baixa incidência, atingindo sete a cada mil habitantes, e baixa prevalência na

população, cerca de 24 milhões de pessoas, que se manifesta geralmente na faixa etária compreendida entre 15 a 35 anos (WHO, 2008).

No Brasil, estudos (Mari e Leitão, 2000; Almeida Filho *et al*, 1997) mostram que estimativas quanto à incidência e a prevalência da doença encontram-se compatíveis aos dados observados em outros países, existindo pouca variação, sendo a incidência no Brasil de 4/10000.

Embora tratável, a esquizofrenia é um transtorno de evolução crônica, que apresenta melhor prognóstico quando tratada com o aparecimento dos primeiros sintomas. É um transtorno que compromete o paciente no trabalho, na família e nas relações sociais.

A Organização Mundial de Saúde aponta que mais de 50% de pessoas diagnosticadas com esquizofrenia não recebem atenção necessária (WHO, 2008). Embora assistidos, os pacientes em tratamento e seus familiares também sofrem em função das mudanças comportamentais ocasionadas pela doença.

De tal forma, considerando que mesmo em tratamento, isto é, assistidos pelos serviços de saúde mental, a vida de familiares e pacientes é comprometida, é necessário conhecer o atendimento oferecido aos esquizofrênicos do ponto de vista dos atores envolvidos na assistência.

## **1.2 Modelo de atenção ao paciente com transtornos mentais**

Com a reforma da atenção psiquiátrica (final da década de 80 - início da década de 90) a assistência ao paciente portador de esquizofrenia passou a ser oferecida nos CAPS, Centros de Atenção Psicossocial, atuais instituições de referência para o tratamento de transtornos mentais graves.

Os CAPS detém a centralidade nas ações de saúde mental no âmbito do SUS, Sistema Único de Saúde, existindo a intenção de que tais ações sejam articuladas a outras instituições, fazendo deste um serviço comunitário com inserção no território de referência e que possa estimular a autonomia dos usuários articulando recursos existentes em outras áreas (Ministério da Saúde, 2004).

A idéia da reforma psiquiátrica ao chamar atores como, por exemplo, profissionais de outras áreas que não a saúde mental, familiares e pessoas que pertençam a rede de relações do paciente, é dividir a responsabilidade no cuidado e oferecer possibilidades de inserção social dos portadores de esquizofrenia (Amarante, 1995).

Gastos do SUS relativos a despesas hospitalares e extra hospitalares em saúde mental, nos períodos de 1997, 2001, e 2004 apontam para uma drástica redução dos gastos hospitalares e aumento considerável dos gastos extra-hospitalares em saúde mental. Em 1997 os gastos hospitalares chegavam a 93,14% ao passo que em 2004 os gastos totalizaram 63,87%. Quanto aos gastos extra-hospitalares, estes em 1997 correspondiam a 6,86%, já em 2004 estes totalizavam 36,16%. (Ministério da Saúde, 2004).

O aumento dos gastos extra-hospitalares demonstra que a organização da rede pública de saúde mental vem se adaptando ao modelo de atenção que propõe a desospitalização dos pacientes psiquiátricos.

Outra elevação observada em relação à saúde mental diz respeito a um aumento da demanda psiquiátrica (Lancman, 1997). Del-Ben e colaboradores (1999) em estudo que observou as mudanças em um serviço de emergências psiquiátricas no interior de São Paulo, concluíram que a procura por serviços em saúde mental aumentou após mudanças na política de saúde mental da região.

Do ponto de vista da Antropologia, Cardoso (1999) em pesquisa de campo realizada nos anos de 1982 e 1983 em Itamarandiba, Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, verificou um alto número de diagnósticos psiquiátricos e um elevado consumo de medicamentos psicotrópicos por parte da população local.

A autora constatou que o alto número de casos psiquiátricos verificados na região ocorria em função da forma pela qual o diagnóstico era processado na prática clínica local, que não necessariamente atestava distúrbios de natureza psiquiátrica a essa população (Cardoso, 1999).

A região de Itamarandiba sofria profundas transformações relativas ao movimento de migração de pequenos produtores agrícolas que estavam se aglomerando nos centros urbanos regionais. Os clínicos locais, frente a um complexo conjunto de causalidades físicas, sociais e espirituais (“doença dos nervos”) apresentadas pelos pacientes, passaram a diagnosticá-los baseados em categorias psiquiátricas (Cardoso, 1999).

Cardoso (1999) aponta que a assistência psiquiátrica nesta região não processava somente uma avaliação clínica, mas também acerca da cultura local dos pacientes. Conforme a autora, a prática médica local incorporou a sua esfera de competência problemas relativos à esfera social dos pacientes, como fome, migração, desemprego, conflitos familiares e sociais.

Ao dialogar com estudos que apontam que a reforma da assistência psiquiátrica encontra empecilhos ao pleno desenvolvimento dos modelos terapêuticos propostos, Cardoso (2002) atenta para o âmbito das práticas e representações sociais sobre a doença mental.

Ao abordar antropologicamente a psiquiatria e as políticas de saúde, a autora aponta que as avaliações acerca das propostas terapêuticas não desconsiderem a forma como a experiência da doença mental é construída socialmente e também por aqueles que a experimentam (Cardoso, 2002).

Baseada em seus estudos etnográficos anteriores, Cardoso (2002) aponta que o modelo de atenção psiquiátrica tal qual se organiza, desenvolve uma prática biomédica de tratamento das doenças mentais, desconsiderando a forma como os significados que um diagnóstico psiquiátrico tem para a população diagnosticada.

A assistência ao paciente com transtorno mental após a reforma psiquiátrica atribui responsabilidades a diversos atores sociais. Conhecer a forma pela qual a assistência é experimentada, vivida por estes atores, permite a avaliação de limitações e avanços das novas diretrizes.

### **1.3 Atenção à saúde mental no município de Santos**

A reforma da assistência psiquiátrica em Santos, implantada em 1989, colocou em prática a desospitalização do paciente psiquiátrico e foi considerada como modelo para estratégias e políticas no âmbito da saúde mental (Andreoli *et al*, 2004; Bellemo, 2005, Amarante, 2001).

O município de Santos, durante o ano de 1989, com o fechamento da Casa de saúde Anchieta, frente a denúncias da precariedade do atendimento oferecido aos pacientes psiquiátricos deu início a “*um processo que se tornaria uma referência nacional de políticas*

*de saúde, e acabaria tendo uma repercussão e o reconhecimento mundial, da sua “Reforma Psiquiátrica”* (Bellemo, 2005: 16).

Com a desativação do hospital psiquiátrico (Anchieta), os serviços de assistência se organizaram no modelo dos CAPS. Atualmente a rede municipal de atenção à saúde mental conta com cinco Seções Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS); uma Seção Reabilitação Profissional (SeRP); uma Seção Núcleo de Atenção ao Tóxico-Dependente (SeNAT); uma emergência psiquiátrica e uma Seção Lar Abrigado (SeLAB) (Andreoli *et al*, 2004).

Em estudo que buscou descrever a clientela atendida nos NAPS de Santos, Andreoli *et al* (2004) por meio de um censo de pacientes atendidos no período de um mês no ano de 2001, concluíram que todas as categorias de transtornos mentais são atendidas nos NAPS do município, embora as mais frequentes se remetam aos casos graves. No tocante as esquizofrenias, neste período, foram atendidos 629 pacientes.

Entre as modalidades de atendimento oferecidas nos NAPS encontram-se: hospitalidade integral; hospitalidade diurna; hospitalidade noturna; atendimentos individuais (pacientes e familiares); atendimentos grupais; abordagens extra-institucionais (passeios, interconsultas); reabilitação psicossocial e outros como, por exemplo, triagem e medicação assistida (Andreoli *et al*, 2004).

A rede municipal de assistência ao paciente psiquiátrico na cidade de Santos foi uma das pioneiras na experiência de desospitalização do paciente psiquiátrico e organização da rede de atenção no modelo dos CAPS.

#### **1.4 Avaliação de serviços de saúde e necessidades em saúde**

Visto que a esquizofrenia é um transtorno com especificidades que gera alto custo para a sociedade devido a sua cronicidade (Leitão *et al*, 2006; Shirakawa, 2000), a perda de autonomia do paciente e ao comprometimento social e dependência do paciente em relação à família ou assistência (Shirakawa, 2000; Villares, 2000), torna-se relevante o conhecimento das necessidades específicas desta população no que diz respeito à atenção a saúde.

A redução dos leitos psiquiátricos em face da nova organização assistencial baseada no modelo dos CAPS e o significativo número de pessoas usuárias de serviços de saúde mental (Leitão *et al*, 2006) permitem dizer que estudos que avaliem os impactos da nova política no cuidado ao paciente esquizofrênico são de extrema relevância ao campo da saúde pública.

Embora recente, a política de saúde mental e a nova proposta de cuidado aos pacientes esquizofrênicos foram tema de alguns estudos.

Machado *et al* (2005), em pesquisa qualitativa constata a presença de um elevado número de internações mesmo com a proposta de desospitalização. Em sua pesquisa buscam conhecer os fatores envolvidos na recusa a desospitalização considerando o ponto de vista dos pacientes internos e concluem que estes referiram que o hospital oferece proteção concreta e subjetiva, mesmo internados os pacientes citaram sensação de liberdade e os resultados também sugeriram que o modo de vida asilar foi incorporado à vida destes pacientes.

Antunes e Queiroz (2007) ao abordarem qualitativamente o cotidiano de um serviço municipal de saúde mental em Andradas, Minas Gerais, apontam que conforme a visão dos profissionais que atuam no serviço, a população encontra dificuldades em relação à responsabilidade no cuidado aos doentes, existe pouco suporte à proposta multidisciplinar e que a hegemonia do saber médico, no caso o psiquiatra, é observada em relação a população estudada.

Nunes *et al* (2008) em pesquisa etnográfica realizada em Salvador, Bahia, buscaram conhecer os significados e práticas em saúde mental utilizados por profissionais de um CAPS. Os autores identificaram a presença de três modelos de cuidado executados neste CAPS demonstrando assim tensões entre os profissionais na forma de colocar em prática a reforma psiquiátrica.

Considerando que o município de Santos é apontado como um dos pioneiros nas ações de reorganização na assistência a saúde mental, é relevante lembrar que após vinte anos de reforma psiquiátrica não houve estudo que avaliasse as conseqüências de sua implantação tanto na perspectiva dos usuários dos serviços, quanto dos profissionais que atuam no mesmo.

Em estudo que propõe a formulação de um instrumental metodológico para a pesquisa avaliativa da rede de Centros de Atenção Psicossocial, Onoko-Campos e Furtado (2006), ressaltam que a compreensão dos processos envolvidos nos novos serviços de saúde mental



carece de uma avaliação que supere os modelos clássicos e inclua a perspectiva de diversos atores envolvidos com os serviços.

A importância da avaliação dos serviços no campo da saúde pública relaciona-se a uma possibilidade de maior planejamento, controle técnico e social dos serviços e programas oferecidos aos usuários.

A avaliação dos serviços, além de possibilitar melhores estratégias de planejamento, permite também o conhecimento das necessidades existentes nos serviços e suas possíveis satisfações ou carências.

Deslandes (1997), em estudo acerca das abordagens utilizadas em pesquisas de avaliação, aponta que a pesquisa avaliativa é desprovida de métodos e técnicas próprias, e que muitas vezes a pesquisa social e as teorias e metodologias das ciências sociais são utilizadas para tal fim.

De tal forma, a pesquisa avaliativa, segundo a autora, deve considerar as distintas percepções envolvidas na assistência visto que as representações sociais e antropologia médica mostram que o processo saúde/doença envolve elementos culturais, sociais e econômicos.

Minayo (1991) ao pensar abordagens antropológicas no tocante a avaliação de programas de saúde, atenta para o fato destas possibilitarem a apreensão da realidade de forma concomitante a apreensão de um processo social mais abrangente.

Conforme a autora as condições de saúde não podem ser pensadas, e, portanto, avaliadas, de forma isolada, sem considerar o contexto político e cultural no qual se inserem. Assim, aponta que *“é necessário pensar suas condições de saúde do ponto de vista individual ou coletivo como subordinados às formas como estão organizados no Brasil o sistema de saúde e o sistema socioeconômico.”* (Minayo, 1991: 235).

Esperidião e Trad (2006) desenvolveram uma análise crítica da produção científica sobre a temática da satisfação de usuários de serviços de saúde, apontando que existem inconsistências teóricas relevantes nos estudos de satisfação de usuários.

Na análise de 56 artigos publicados em revistas indexadas pelo MEDLINE e Web of Science no período de 1970 a 2005 (Esperidião e Trad, 2006) os autores apontam que as teorias e conceitos apresentados nos estudos são fruto, em sua maioria, de referências teóricas

do campo do marketing e da psicologia social. Apresentam ainda que tais referências não são sempre aplicáveis ao campo da saúde e atentam para o fato de ser desprezada a noção de necessidade.

As autoras propõem que se busque um consenso no que diz respeito à validação do conceito de satisfação de usuários e que a avaliação de satisfação de usuários em saúde seja valorizada.

Em estudo que buscou analisar a produção científica brasileira no que concerne as necessidades de saúde, no período de 1990 a 2004, Campos e Bataieiro (2007) concluíram que de 73 publicações selecionadas na base de dados online LILACS, 90,4% não abordavam o conceito de necessidades, apontando que o termo foi utilizado no senso comum.

Ainda considerando este estudo, os autores revelam que são praticamente inexistentes as publicações que tomavam a perspectiva da Saúde Coletiva, sendo que os artigos definiam necessidades comuns a todos os indivíduos, considerando-os de forma homogênea e abstrata.

Cowley e Houston (2004) criticam a utilização de instrumentais epidemiológicos para avaliar as necessidades de saúde da população e apontam a importância dos estudos etnográficos na abordagem das necessidades de saúde da população afirmando que tais estudos possibilitariam uma aproximação com a mesma e poderiam revelar necessidades não imediatamente visíveis, como a dos grupos mais vulneráveis.

Heller (1986) propõe uma teoria das necessidades no qual estas são determinadas a partir de um caráter social. Conforme a autora, tais necessidades dizem respeito ao

*desejo consciente, aspiração, intenção dirigida em todo momento para um certo objeto a que motiva a ação como tal. O objeto em questão é um produto social independente do fato de que se trate de mercadoria, de um modo de vida ou de 'outro homem. (Heller, 1986: 170).*

O conceito de necessidades desenvolvido por Heller (1986), ao apontar que as necessidades são formadas e, conseqüentemente diferenciadas segundo valores e que, portanto, devem ser avaliadas de forma social e cultural servem de referencial teórico para os objetivos deste estudo.

A partir da possibilidade de avaliar qualitativamente um serviço ou programa de saúde partindo de valores, crenças e ideologias dos atores envolvidos, este estudo tem como objeto

as necessidades dos pacientes esquizofrênicos conforme o ponto de vista dos familiares e profissionais envolvidos na assistência a saúde destes indivíduos.

## **2. OBJETIVOS**

O objetivo geral do presente estudo foi avaliar as necessidades dos pacientes esquizofrênicos do ponto de vista dos familiares e dos profissionais do serviço.

Como objetivo específico o estudo buscou investigar o relacionamento do usuário com o sistema de saúde a partir do conceito de necessidade.

### 3. METODOLOGIA

A metodologia empregada neste estudo foi a pesquisa etnográfica, oriunda do referencial teórico-metodológico da Antropologia.

Nesta perspectiva de abordagem é privilegiada a análise de microprocessos em profundidade, as unidades sociais são tidas como totalidades e existe uma flexibilidade no que diz respeito às técnicas de coleta de dados, adequando-as conforme a realidade a ser apreendida.

No campo da Saúde Coletiva esta abordagem encontra-se no campo da pesquisa qualitativa. De acordo com Duarte (1998) convencionou-se chamar tal metodologia de qualitativa “... *em reconhecimento ao privilégio concedido ao controle do sentido, da significação, da dimensão valorativa ou qualitativa dos fenômenos observados e da atitude cognoscitiva do observador- que constitui certamente a essência do espírito antropológico*” (Duarte, 1998: 10).

A pesquisa de campo etnográfica, de acordo com Oliveira (1996) é balizada por três momentos: o “*olhar*”, o “*ouvir*” e o “*escrever*”.

O primeiro momento diz respeito ao arcabouço teórico obtido pelo pesquisador no que concerne o tema de sua pesquisa, assim, o “*olhar*” do pesquisador é disciplinado, ou ainda, nas palavras do autor, “*sensibilizado pela teoria disponível*” (Oliveira, 1996: 16).

O segundo momento, o “*ouvir*”, é aquele no qual, o antropólogo por meio de conversas com os membros do grupo estudado busca obter explicações nativas acerca da realidade do grupo.

O último momento da pesquisa de campo etnográfica trata do “*escrever*”, momento em que o pesquisador já está fora do campo e busca organizar sistematicamente os dados coletados por meio de um “*processo de textualização dos fenômenos socioculturais observados ‘estando lá’*” (Oliveira, 1996: 23).

Vale ressaltar que a pesquisa de campo antropológica não consiste apenas em um procedimento de coleta de dados, mas esta envolve implicações teóricas específicas que

exigem do pesquisador capacidade integrativa e analítica que resultam da formação teórica em pesquisa (Peirano, 1992; Oliveira, 1996).

### **3.1 O trabalho de campo**

Como técnicas foram empregadas a pesquisa de campo etnográfica e entrevistas em profundidade.

A pesquisa de campo buscou, por meio da observação etnográfica, conhecer o serviço de saúde mental. A observação do serviço ocorreu no período de março a agosto de 2007. Foi elaborado um roteiro com questões a serem observadas. Tais questões incluíam a observações referentes à estrutura física do local, aos recursos humanos envolvidos na assistência, aos pacientes atendidos no serviço, à área de captação deste e à rotina do mesmo.

As entrevistas em profundidade seguiram um roteiro semi-estruturado e foram aplicadas a profissionais do serviço e familiares de pacientes atendidos.

Para o primeiro grupo as entrevistas buscavam contemplar questões como formação profissional, tempo de serviço, rotina do serviço, admissão dos pacientes no serviço, tratamento oferecido, relacionamento entre profissionais e clientela, relacionamento entre serviços de saúde e limites da prática profissional.

No tocante ao grupo dos familiares as entrevistas buscaram apreender dados concernentes à moradia do paciente, às relações familiares, ao comportamento do paciente antes e depois do diagnóstico, aos itinerários terapêuticos, a compreensão da doença, ao tratamento e a relação do paciente com outros serviços de saúde.

### **3.2 O local do estudo**

O serviço de atenção à saúde mental escolhido para o presente estudo foi o Núcleo de Atenção Psicossocial I, NAPS I, situado na região noroeste do município de Santos.

A escolha de tal serviço municipal de atenção a saúde mental deve-se ao fato da região noroeste de Santos ser considerada uma região peculiar da cidade que apresenta características distintas dos bairros nos quais se encontram os outros serviços de atenção a saúde mental da cidade.

A zona noroeste do município de Santos é uma região que apresenta bairros tipicamente residenciais, sendo uma área da cidade em que praticamente não houve processo de verticalização. Pequenos comércios servem a população local e verificam-se problemas habitacionais como a formação de habitações em áreas alagadas, como diques e palafitas (InvestSantos, 2008).

### **3.3 Participantes do estudo**

Participaram da pesquisa doze profissionais do serviço de saúde mental, incluindo profissionais que exerciam cargos técnicos, administrativos e outros (limpeza) e onze familiares de pacientes atendidos no serviço.

Os critérios para a inclusão dos profissionais envolviam tempo de serviço e proximidades com o tratamento e acompanhamento de pacientes considerados graves.

No tocante aos familiares participantes, o critério de inclusão era baseado na utilização do serviço para o tratamento do paciente e no diagnóstico, que deveria encontrar-se no grupo F20 conforme a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10.

Todos os participantes receberam informações sobre o estudo e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Vale ainda ressaltar que o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Santos, UNISANTOS.

### **3.4 Análise dos resultados**

O conteúdo empírico extraído a partir da observação etnográfica do serviço foi registrado em um diário de campo.

Tais anotações possibilitaram a adição de questões ao roteiro semi-estruturado da entrevista aplicada tanto a profissionais quanto familiares e posteriormente permitiram uma maior compreensão do referencial nativo indicativo da assistência a saúde mental oferecida.

As entrevistas semi-estruturadas foram gravadas e transcritas e contaram com duração média de uma a duas horas de conversa.

Após leitura exaustiva das transcrições, as entrevistas foram categorizadas segundo temas que emergiram do discurso dos próprios participantes.

A partir desta categorização geral, temas recorrentes no discurso dos entrevistados foram agrupados e submetidos à análise conforme os objetivos do estudo.



## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1. Observação Etnográfica

A observação etnográfica do cotidiano do serviço ocorreu nos meses de março e abril de 2007 e buscou caracterizar o funcionamento do serviço de assistência a pacientes com transtornos mentais graves da cidade de Santos situado na zona noroeste, NAPS I.

#### Local do Estudo

O NAPS I situa-se na Rua Agamenon Magalhães, sem número, no bairro do Jardim Castelo e faz parte do complexo hospitalar da Zona Noroeste que é composto pelo Ambulatório de Especialidades (AMBESP) e o Hospital da Zona Noroeste. De acordo com a área de captação prevista<sup>1</sup> atende os bairros Jardim Santa Maria, Jardim Castelo, Vila São Jorge, Jardim Rádio Clube, Jardim Bom Retiro, Morro da Penha, Areia Branca, Jardim São Manoel, Jardim Piratininga, Caneleira, Saboó, Morro Boa Vista e Alemoa.

A Zona Noroeste é uma região peculiar da cidade, na qual os moradores ainda colocam cadeiras na calçada no fim da tarde para prostrar, e onde os laços de bairro, vizinhança e conseqüentemente solidariedade, parecem ser bem fortes<sup>2</sup>.

No entanto, observamos que a concepção local acerca do NAPS I, gira em torno da idéia de “lugar de loucos”, de “gente com problema na cabeça”, tal impressão pode ser constatada a partir de conversas com pessoas na padaria da esquina, e com pacientes com transtornos leves que fazem tratamento também no NAPS I e se referem ao local como tal.

---

<sup>1</sup> Ao longo de conversas com funcionários que fazem parte da equipe do NAPS I, estes comentaram a existência de pacientes atendidos no núcleo e que residem em São Vicente, cidade vizinha.

<sup>2</sup> A exemplo é possível citar o caso da irmã de um paciente (Dona U.) que compra cigarros e faz feira para a vizinha de 81 anos que faz tratamento de depressão no NAPS I. A mesma vizinha contou que certa vez brigou com uma moça que pede comida na região do Jardim Castelo porque esta havia ofendido sua amiga e vizinha U.

## Estrutura Física

Como parte do complexo hospitalar da Zona Noroeste, assim como as outras duas construções, o NAPS I tem dois andares e suas instalações se dividem em um área de 549,7 metros quadrados. No térreo existem três consultórios, onde a equipe de médicos realiza o atendimento aos usuários do serviço; cinco banheiros, sendo três destinados ao uso de pacientes e dois ao uso de funcionários; uma sala de medicação que também faz as vezes de consultório; uma sala que acomoda os funcionários da parte administrativa; uma sala de grupos e reunião que também abriga a Oficina Terapêutica onde reúnem-se terapeutas ocupacionais, acompanhantes terapêuticos e estagiários para discutir as atividades desenvolvidas; um refeitório que é utilizado para servir as refeições (café da manhã, almoço, lanche e jantar) aos pacientes em regime de internação e Hospital Dia (HD) e também funciona como espaço para o desenvolvimento de atividades com os pacientes de HD; uma cozinha que recebe as refeições dos pacientes em regime de internação e HD, e que também serve como espaço para os funcionários que compõem a equipe realizarem suas refeições; uma mini-copa que funciona para guardar utensílios da cozinha como copos plásticos, garrafas, talheres entre outros e também é utilizada como passagem para o fumódromo, visto que tem ligação com a área externa do complexo; e um depósito de material de limpeza que, além de funcionar como depósito, serve também como local de descanso aos funcionários da limpeza. No primeiro andar existe a Farmácia que distribui os medicamentos para os usuários do serviço que não estão em HD, ou seja, usuários com transtornos leves ou graves que fazem uso de medicação prescrita pelos médicos do serviço; uma sala que funciona como rouparia onde ficam lençóis e fronhas para os pacientes que utilizam os leitos; dois banheiros, sendo um destinado ao uso de funcionários e outro destinado ao uso de pacientes, vale ressaltar que o banheiro dos pacientes funciona também como uma espécie de fumódromo dos mesmos; um quarto para descanso que é geralmente utilizado por auxiliares de enfermagem que trabalham no turno da noite; um salão de TV, que além de funcionar como sala de TV serve também como espaço para as atividades desenvolvidas com os pacientes de HD e como espaço para estes descansarem<sup>3</sup>; um posto de enfermagem no qual enfermeiros e auxiliares de enfermagem prestam assistência aos pacientes tanto de HD como de internação, sendo que é neste espaço que são liberadas as medicações para pacientes internados e de HD; um anexo do posto de enfermagem que costuma abrigar estagiários; e dois quartos no qual se instalam os

---

<sup>3</sup> Durante a observação foi freqüente deparar com pacientes que cochilam e dormem sentados no salão de TV.

pacientes internados, um dos quartos acomoda homens e o outro acomoda mulheres, ambos possuem banheiro com chuveiros, e três leitos cada<sup>4</sup>.

### Recursos Humanos

A equipe de funcionários do NAPS I é composta por três psiquiatras; um enfermeiro; dois acompanhantes terapêuticos; um assistente social; dois terapeutas ocupacionais (TO); um operador social<sup>5</sup>; três psicólogos; um farmacêutico; um técnico e quinze auxiliares de enfermagem; um atendente; uma chefia administrativa; uma chefia técnica; um assistente técnico-administrativo; e quatro funcionários<sup>6</sup> da Prodesan que são encarregados da limpeza.

Ao término na pesquisa, a equipe contava com apenas um psiquiatra.

### Funcionamento e Demanda

Apenas no sistema intensivo, ou seja, naquele em que o paciente fica internado, o NAPS I funciona 24 horas. No caso de pacientes que tem prescrição de HD e de pacientes que passam em consulta e retiram medicação, o núcleo funciona de segunda a sexta-feira das 8 às 18 horas.

A maior parte dos usuários que frequenta o serviço ao longo do dia são casos considerados leves. Geralmente esses usuários passam por consulta, que é feita

---

<sup>4</sup> Em função de uma denúncia que ocorreu em meados de abril os quartos agora contam com cadeiras reclináveis que também acomodam os pacientes.

<sup>5</sup> Não foi possível o contato com o operador social visto que esta está de licença há cerca de um ano, no entanto, em conversa com a responsável pela chefia técnica esta indicou que a função do operador social se assimila a do acompanhante terapêutico.

<sup>6</sup> Os funcionários da limpeza são os mesmos sendo que estes se dividem em dois para os turnos da manhã e da tarde. Conforme o observado, um dos funcionários da limpeza (B.) além de desenvolver sua função, também auxilia na contenção de pacientes.

individualmente ou na companhia de familiares, e dura em média 10 minutos, e pegam a medicação prescrita<sup>7</sup> para cerca de um ou dois meses.

De acordo com a responsável pela chefia técnica, dos 3731 prontuários existentes, mais de 1500 correspondem à pacientes com transtorno mental grave.

Como dito anteriormente, os dados que aqui se encontram visam contemplar a rotina da assistência oferecida à pacientes com transtornos mentais graves. No entanto, é inevitável comentar o atendimento a pacientes com transtornos leves visto que estes usuários se cruzam e acabam por atribuir diferentes usos e pontos de vista do núcleo frente à comunidade da Zona Noroeste.

É comum entre pacientes que fazem uso do NAPS I para casos leves, o comentário de que “se sentem mal” por estarem em um ambiente “de loucos”. Por outro lado, também observamos que pacientes de HD fazem intervenções na sala de espera e por vezes assustam aqueles que aguardam atendimento.

### Rotina semanal do NAPS I

Diariamente de segunda a sexta-feira, o núcleo abre para atendimento aos usuários do sistema de assistência a saúde mental das 8 às 18 horas.

Às 8 horas é servido o café da manhã para os pacientes tanto da internação como de HD, no caso daqueles não apenas o café da manhã, mas geralmente todas as refeições são servidas nos quartos com a ajuda dos auxiliares de enfermagem, estagiários e enfermeira. No caso dos pacientes de HD, estes chegam, alguns acompanhados por familiares, outros sozinhos<sup>8</sup>, e fazem a refeição no refeitório. Alguns pacientes de HD que apresentam dificuldades motoras também recebem ajuda dos auxiliares. Após o café da manhã alguns pacientes tomam medicação e vão embora<sup>9</sup>, outros tomam medicação e permanecem no núcleo.

---

<sup>7</sup> É curioso notar que a farmacêutica pergunta se os pacientes trouxeram uma “sacolinha” para armazenar a medicação que será distribuída, e que não vem em pouca quantidade.

<sup>8</sup> Alguns pacientes chegam de bicicleta e não hesitam em guardar a bicicleta no corredor do próprio NAPS I. Conforme o observado, a equipe tenta convencer o paciente a guardar a bicicleta na área externa, mas não obtém muito sucesso.

<sup>9</sup> Alguns dos pacientes que se retiram após o café da manhã costumam retornar para o lanche e para tomar a medicação da tarde.

De acordo com o dia da semana e época do mês<sup>10</sup> ocorrem atividades matinais na segunda e na terça-feira sob a responsabilidade da técnica C. e equipes sazonais de estagiários do curso de enfermagem da UNISANTOS.

Dentre as atividades desenvolvidas que foram passíveis de observação encontram-se o bingo, almoço de Páscoa e atividades de artes com colas coloridas e sulfite.

Mesmo com a impossibilidade de observar todas as atividades, em conversa com a técnica C. foi possível descobrir que vários passeios externos foram realizados. Tais passeios levam cerca de doze pacientes para locais como praia, Lagoa da Saudade<sup>11</sup> e Horto Municipal. C. apontou algumas dificuldades com relação aos passeios visto que depende de carros da prefeitura para levar os pacientes aos locais<sup>12</sup>, e também da colaboração do tempo<sup>13</sup>.

Nos dias em que a equipe de estagiários de enfermagem não está presente, quarta, quinta e sexta-feira e nos períodos em que as turmas de estagiários são trocadas, os pacientes que permanecem no NAPS I no período da manhã, após tomarem a medicação se recolhem geralmente nas acomodações do 1º andar. É freqüente a presença de pacientes fumando cigarros no banheiro, sentados nos bancos do atendimento da farmácia e no salão de TV. É comum, não apenas nos intervalos da manhã, mas também da tarde, a presença de pacientes sonolentos que além de cochilar também dormem sentados no salão de TV.

Ao meio-dia é servido o almoço e os pacientes são chamados pelos auxiliares de enfermagem e funcionários da equipe, embora grande parte já aguarde ansiosamente a refeição ser servida.

A rotina após o almoço também varia de acordo com o dia da semana, as quartas e sextas-feiras existem atividades desenvolvidas por uma equipe de estagiárias do curso de Terapia Ocupacional da UNIMONTE sob a supervisão de uma TO que faz parte da equipe de funcionários do NAPS I.

---

<sup>10</sup> Os estagiários do curso de enfermagem da UNISANTOS realizam atividades sob supervisão da técnica C. mês sim mês não.

<sup>11</sup> A Lagoa da saudade é uma área de lazer que fica no Morro da Nova Cintra. Neste local é possível pescar e fazer piqueniques.

<sup>12</sup> A exemplo é possível citar o passeio à Lagoa da Saudade, no qual o transporte dos pacientes foi feito em cinco carros que pertenciam à técnica e aos estagiários.

<sup>13</sup> É freqüente o cancelamento de passeios e caminhadas por conta do mau tempo ou do calor excessivo, segundo a terapeuta ocupacional D. “não é adequados levá-los debaixo de sol muito forte”.

Dentre as atividades observadas que são desenvolvidas pela turma de estagiárias de TO encontram-se atividades com música, oficina de artes e artesanato, o “jornal do NAPS” e bazar.

De forma diferente da equipe de estagiários de enfermagem, as estagiárias de TO, além de realizarem atividades recreativas com os pacientes de HD, também ficam responsáveis por acompanhar mais de perto um número específico de pacientes (tanto HD como internação). Tal acompanhamento, além de conversas com os pacientes consiste em chamá-los para as atividades em grupo, visto que nos prontuários são muitas as prescrições de atividade grupal embora para as mesmas apareçam no máximo cerca de vinte pacientes.

Também nas sextas-feiras, no fim da tarde após o lanche, acontecem aulas de dança de salão ministradas por um professor de dança. As aulas são dadas no refeitório e contam exclusivamente com a presença de pacientes mulheres. A atividade conta também com a presença de algumas estagiárias de TO (cerca de cinco) que fazem par com as pacientes. De acordo com as pacientes que participam das aulas, esta é a atividade de que mais gostam, no entanto, conforme o observado, o número de pacientes mulheres participantes das aulas é menor do que aquele observado nas outras atividades<sup>14</sup>.

Além das atividades de TO e aulas de dança, nas tardes que não correspondem aos dias citados acima, os pacientes ficam ociosos e geralmente se instalam no salão de TV antes e após o lanche que é servido às 15 horas.

Os pacientes de HD que vão para o NAPS sozinhos geralmente vão embora após a refeição das 15 horas e de recolherem a medicação restante para o dia.

Dentre os pacientes que permanecem no NAPS, um número bem reduzido se comparado ao observado no início do dia, grande parte fica no salão de TV ou salinha de espera da farmácia, tomam a medicação da tarde e aguardam os familiares para buscá-los, o que ocorre geralmente das 17:30 às 18:30. Contrariamente aos períodos anteriores do dia, neste os pacientes não se encontram sonolentos.

Em uma primeira visita ao NAPS I (17/01) feita com o intuito de apresentar e falar a respeito da pesquisa, a responsável pela chefia técnica administrativa foi muito receptiva e deixou os pesquisadores a vontade para andar pela área do núcleo, conversar com

---

<sup>14</sup> Em conversa com uma paciente, esta comentou que não participa das aulas de dança porque é Testemunha de Jeová e que, portanto é descabido ficar “dançando por aí”.

funcionários da equipe e pacientes e ainda me passou as atividades previstas para o ano de 2007 (anexo 1). No entanto, a observação etnográfica começou de fato em fevereiro, após o carnaval, período em que chegaram mais funcionários para compor a equipe, que anteriormente contava apenas com um médico.

Já em março, com a equipe nova em atividade, retomamos o campo e, ao longo de dois meses foi possível perceber que grande parte das atividades previstas para este ano não haviam começado ou foram interrompidas. Dentre as atividades previstas, ocorreram de fato o grupo de família, o momento musical, e a oficina de escultura na areia<sup>15</sup>.

### Hora da medicação

O horário da medicação para os pacientes de HD é geralmente após as três refeições e a medicação no caso dos pacientes internados é variável. Como os pacientes de HD circulam livremente pelos dois andares do núcleo, os auxiliares de enfermagem que estão de plantão costumam medicar primeiro os pacientes que se encontram no primeiro andar e posteriormente se dividem para medicar os pacientes que se encontram dispersos na rua<sup>16</sup> ou no térreo.

A medicação no geral é bem aceita pelos pacientes embora existam casos em que os próprios auxiliares de enfermagem dizem beirar a “perda de paciência”. Tal “perda de paciência” pode ser exemplificada pela atitude dos auxiliares frente ao caso de uma paciente (Dona R.) que freqüentemente foge da medicação da tarde, eles dizem alto e bom som que ela está muito “manhosa”, que “quer chamar a atenção e se continuar assim vai terminar amarrada no quarto”.

---

<sup>15</sup> As duas últimas atividades citadas não foram passíveis de observação, no entanto, a responsável pela chefia técnica nos mostrou as fotos de tais atividades.

<sup>16</sup> Embora as portas do NAPS I estejam sempre abertas, a saída de pacientes de HD não é bem vista pela equipe de funcionários. No entanto, é comum observar “passeios” de pacientes que estão de HD e até mesmo internados. Ora saem e compram algo para comer, buscam cigarros, tomam sorvete na pracinha ou saem para “tomar a fresca” segundo uma paciente. O curioso aqui é notar que os pacientes sabem a respeito da política de saídas, que devem ter o consentimento dos funcionários, no entanto, quando são vistos na rua pedem, imploram para não comentar que os vimos.

O tom de ameaça citado acima é freqüente entre os funcionários quando se trata de pedir algo aos pacientes, mesmo que seja para estes saírem do posto de enfermagem após a tomada da medicação, quando são encontrados na rua ou insistem em entrar e sair do arquivo ou sala da administração.

## Pacientes

Entre os pacientes que freqüentam o núcleo em regime de HD, ou mesmo aqueles que estão internados e após alta tem prescrição de HD, a maioria é constituída por mulheres de uma faixa etária que se estende dos dezoito aos 64 anos<sup>17</sup>.

Durante os dois meses de observação foi possível estabelecer uma relação próxima com os pacientes (maioria mulheres), talvez pelo fato de grande parte desses ter ficado curiosa a respeito da pesquisa.

Com o passar dos dias alguns contavam estórias, verídicas ou não, e faziam perguntas. Quando falava a respeito da pesquisa e da necessidade de conversar com familiares, muitos se prontificaram em me apresentar os parentes<sup>18</sup>.

Ao longo das conversas foi possível perceber que todos os pacientes que aparecem freqüentemente todas as semanas no NAPS I moram na área de captação prevista e são poucos, dentre os que vêm sozinhos, os que se utilizam dos passes<sup>19</sup> (vale-transporte) distribuídos gratuitamente para chegar ao NAPS I.

Como freqüentam semanalmente o mesmo local, grande parte dos pacientes já se conhece a ponto de saber onde o outro mora e de criar até uma certa intimidade que é revelada por meio das conversas que levam, alguns perguntam sobre a família dos outros, em especial sobre os filhos.

---

<sup>17</sup> A faixa etária foi baseada em informações obtidas por meio do acesso aos prontuários dos pacientes mais vistos em regime de HD.

<sup>18</sup> Alguns nos faziam esperar até o horário em que os familiares vinham buscá-los e outros trouxeram os telefones de contato anotados para que pudéssemos falar com os familiares via telefone.

<sup>19</sup> Existe também uma carteirinha de passageiro especial que dá direito ao paciente entrar no ônibus gratuitamente com um acompanhante.



Os pacientes têm contato direto com todos os funcionários da equipe, no entanto, uma relação mais próxima se estabelece entre estes, os auxiliares de enfermagem, e as estagiárias de TO. Essa relação mais próxima significa mais liberdade de ambas as partes, a ponto de existirem pacientes que fazem chacota com os funcionários e vice-versa.

Os familiares são conhecidos geralmente por todos os funcionários da equipe, considerando que estão presentes nas consultas e se responsabilizam por buscar a medicação quando os pacientes não estão de HD.

### Internações

O processo de internação de pacientes dentro dos meses observados ocorreu geralmente de forma tranqüila. Quando havia vaga disponível para internação, os familiares traziam os pacientes, que após consulta e diagnóstico eram levados para o primeiro andar e acomodados nos quartos.

No entanto, foi possível observar um caso de internação que demandou um pouco mais de esforço e mobilizou grande parte da equipe. Foi o caso do paciente A., no qual a mãe queria interná-lo visto que este é muito agressivo mesmo tomando a medicação. O curioso aqui é que a mãe do paciente (Dona O.) não queria aceitar a sugestão do médico de interná-lo por alguns dias no regime intensivo, mas sim gostaria de interná-lo em “um local bonito” por um bom tempo. Após muita conversa com a responsável pela chefia administrativa, o Dr. R. e a assistente social, a mãe se convenceu em interná-lo de acordo com a prescrição do médico.

No período em que acontecia a conversa o paciente fugiu e foram acionadas a polícia e uma ambulância para dar conta da internação. No momento em que a ambulância chegou com o rapaz ocorreu mais confusão visto que a assistente social e algumas estagiárias de TO pediram ajuda para o motorista da ambulância para levar o paciente até o primeiro andar. Na época do ocorrido o elevador estava quebrado e o motorista negou-se a ajudar dizendo “que tinha muitas mulheres e era só pular em cima do paciente”, o motorista sugere ainda que elas “peçam ajuda da polícia”. Revoltadas as moças envolvidas na tentativa de subir o paciente abordam uma viatura que passa na rua e conseguem finalmente levá-lo ao primeiro andar e medicá-lo após este ser amarrado.

Vale ressaltar que o processo da internação citado acima ocorreu por volta das 17:30, horário em que costumam chegar os familiares dos pacientes de HD para buscá-los. Os familiares que estavam no salão de TV e acompanharam a internação do paciente A. diziam “não estarem surpresos” sendo que isto é uma situação pela qual já “passaram muitas vezes”.

Nos períodos de internação os pacientes podem receber visitas, mas o mais comum é que estas visitas sejam de familiares que trazem roupas, toalhas, frutas e cigarros<sup>20</sup>.

## **4.2 Entrevistas com familiares de pacientes esquizofrênicos**

A apresentação dos resultados obtidos por meio das entrevistas com os familiares de pacientes esquizofrênicos será feita na seguinte ordem: caracterização das famílias e dos pacientes; construção da noção de doença mental para os familiares entrevistados; e, como é a relação dos familiares com o serviço de assistência psiquiátrica.

As necessidades serão pensadas a partir do contexto sócio-cultural no qual os entrevistados se inserem. Assim, a contextualização dos entrevistados, tanto em termos de condições financeiras, quanto acerca da compreensão da doença dos seus familiares, é de fundamental importância para os objetivos deste estudo.

### **4.2.1 Caracterização dos familiares entrevistados**

Foram entrevistados onze familiares de pacientes, cinco mães, três irmãs, uma tia, uma “companheira”<sup>21</sup> e um pai. Dos participantes cinco eram nordestinos, quatro nascidos no litoral paulista, um no interior de São Paulo e um nascido em Portugal.

O quadro a seguir busca contextualizar os familiares entrevistados quanto à moradia, escolaridade, ocupação, religião e local de nascimento.

---

<sup>20</sup> No caso dos pacientes que estão amarrados é possível observar a solidariedade dos outros pacientes, tanto de HD como internação, que se prontificam a acender os cigarros dos que estão contidos.

<sup>21</sup> Dona S. já foi casada com o paciente e hoje se classifica como “companheira” de O., ambos residem na mesma casa, porém dormem em quartos separados.

Para maior compreensão dos resultados, faz-se necessário a contextualização dos pacientes. Para tanto, juntamente com a caracterização dos familiares, descrevemos os pacientes no que diz respeito ao início do tratamento e diagnóstico.

### FAMILIARES DE PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS ENTREVISTADOS

Nome	Parentesco	Idade	Escolaridade	Ocupação	Local de moradia	Com quem mora	Local Nascimento	Religião	Paciente	Idade	Início Tratamento	Diagnóstico
N	Pai	83 anos	Não estudou	Aposentado (trabalhou no cais)	Casa própria	Esposa e seis filhos; a paciente tem o próprio quarto dentro da casa	Pernambuco	Católica	R.	57 anos	1990	F20
O	Mãe	59 anos	8ª série	Dona de casa	Casa própria Sobrado	Esposo e três filhos; o paciente tem seu próprio quarto dentro da casa	Peruíbe	Católica	A.	32 anos	1996	F20.1
P	Irmã	48 anos	2º grau completo, curso de auxiliar de enfermagem	Auxiliar de enfermagem	Casa é herança do pai para a família	São três casas no mesmo terreno, na casa da frente mora a mãe do paciente, na do meio o irmão e na de trás a irmã com suas respectivas famílias, o quarto do paciente é separado das outras casas e ele tem seu próprio banheiro	Santos	_____	C.	53 anos	1991	F20.5
Q	Tia	41 anos	2º grau completo	Agente Comunitária de Saúde	Casa Própria	No terreno moram duas famílias, a casa da paciente é uma espécie de porãozinho que fica na frente do terreno, dentro da casa da paciente existe um banheiro.	Santos	_____	S.	45 anos	1993	F20
R	Mãe	51 anos	Não estudou	Faxineira (contrato com uma empresa terceirizada)	Casa alugada Dois quartos, sala, cozinha, área e um quarto nos fundos	Moram com ela o paciente e três netos que ela cria, tem "papel passado"; o paciente tem	Interior de São Paulo	_____	W.	30 anos	1997	F20

					da casa	um quarto separado fora da casa						
S	“Companheira”	53 anos	Ginásio completo	Dona de casa	Casa própria	O terreno tem duas casas, na casa da frente moram o paciente e sua companheira, que dormem em quartos separados e na casa dos fundos mora o filho do casal	João Pessoa	_____	O.	58 anos	1996	F20
T	Irmã	52 anos	2º grau completo	Dona de casa	Casa própria	Na casa da frente moram T, seu esposo, sua filha e sua nora, na casa dos fundos moram o paciente, sua esposa e seus dois filhos	Santos	Espírita	G.	45 anos	2003	F20
U	Irmã	59 anos	1º grau completo	Dona de casa	Casa própria Dois quartos, sala, cozinha e banheiro	Moram na casa dois filhos de U e o paciente	São Vicente	_____	N.	46 anos	1990	F25.9
V	Mãe	54 anos	Estudou em Portugal até o “terceiro ano, mas eu já falava assim, aqui era mais que um ginásio, era o dia todo, lá não era só meio período, era de manhã, à tarde e a noite”	Dona de casa	Casa própria Dois quartos, sala, cozinha e banheiro	Moram apenas a mãe e o paciente na casa	Portugal	Católica	C.	50 anos	1991	F20

X	Mãe	49 anos	3ª série	Faxineira	Casa alugada Três quartos, sala, cozinha e banheiro	Moram na casa X, a paciente e seu outro filho	Bahia	_____	A.	25 anos	1998	F20
Z	Mãe	76 anos	<i>“Estudei, mas meu estudo é de antigamente, eu era menina.”</i>	Dona de casa	Casa alugada Quarto, sala, cozinha e área de serviço	Moram apenas a mãe e a paciente na casa	Bahia	_____	V.	46 anos	2007	F20

Quanto ao período do início do tratamento vale ressaltar que este se refere ao tratamento na rede municipal de assistência a saúde mental, isto é os NAPS. No entanto, o surgimento dos primeiros sintomas, como relataram os familiares, ocorreu na adolescência, quando os pacientes tinham idades entre 14 e 20 anos, portanto, são pacientes crônicos e que viveram a fase de hospitalização.

#### 4.2.2 A concepção e o convívio com a doença mental

Para a compreensão de como se deu a construção da idéia de doença mental para os familiares entrevistados, é necessário compreender como estes perceberam mudanças no comportamento de seus parentes.

Com este intuito serão apresentados alguns aspectos pontuados pelos familiares entrevistados que indicam a construção feita por estes para a compreensão da doença de seus familiares.

O comportamento dos pacientes quando estes eram crianças para alguns familiares é classificado como “normal”. Conforme os familiares, os pacientes brincavam e tinham comportamentos que se assemelhavam ao de outras crianças.

O acesso ao lazer e a brincadeiras juntamente com outras crianças durante o período anterior ao aparecimento dos sintomas, segundo os entrevistados, é descrito como saudável e comum ao de todas as crianças.

Por outro lado, três mães relataram que, mesmo na infância, seus filhos manifestavam comportamentos diferentes daqueles observados nas outras crianças. Comportamentos como solidão, quietude e nervoso, para algumas mães distinguiam o comportamento de seus filhos daquele comportamento que era observado em outras crianças.

Em relação à adolescência e fase adulta, os familiares recordam que os pacientes chegaram a trabalhar. As atividades exercidas pelos pacientes citadas pelos familiares foram: vigilância, faxina, distribuição de jornais, serviços de eletricitista e pedreiro e office-boy (auxiliar de escritório).

A identificação do comportamento do parente relacionado a uma doença foi percebida pelos familiares por meio de mudanças de comportamento, tais como: não compartilhar a mesma realidade e regras morais vividas e exercidas por todos, ausência de pudor, ausência de higiene, manias excessivas, agressividade e apatia.

Observamos a partir dos relatos que com a doença os pacientes passaram a exercer comportamentos não esperados socialmente. Alguns comportamentos os impediam de permanecer em locais públicos, como por exemplo, igrejas.

Nos relatos, os familiares também referiram mudança de comportamento dos pacientes no que diz respeito a uma ausência de interesse destes em atividades cotidianas como banhos e hábitos de higiene. Também foi referida uma percepção quanto ao aspecto da fala, os familiares perceberam seus parentes como “calados”, “apáticos”.

*“... ela que não quer fazer nada, só quer tá debaixo do cobertor, em cima de uma cama de tanto cigarro que ela fumava, só que ela não ajuda em nada nessa vida, nois peleja, lá às vezes tá um sol de manhã e é tudo fechado e eu falo “V., fica ali no portão, toma um sol, ande”, mas ela não quer nada, eu pelejo e ela não vai, minha filha faz de tudo e ela não vai, não sai pra canto nenhum. Eu falo, quando é dia de domingo eu falo “vamo pro SESI?” eu sempre vou quando tem coisa lá, sábado teve um bingo e eu fui e ela não vai, não vai pra nada na vida e eu disse “então fique aí em cima dessa cama”, é só o que ela quer, é cama e mais nada então, não faz nada pra ajudar só para botar pra baixo, pra cima não, não faz nada, nada.” (Z, 76 anos, mãe)*

*“O dia inteirinho debaixo do lençol, você sabe que na semana passada eu comprei outro colchão, por que o colchão dela estava assim um buraco, maior do que esse*

*buraco do sofá, afundou assim a espuma, tava assim que eu pensei "Deixa eu correr lá e comprar um colchão" porque já é ruim a vida e ainda arruma um problema de coluna aí fica pior... Risos... A vai piorar não vai, e para quem, para mim e aí fui lá e comprei o colchão, se não eu não ia comprar não, mas ela fica a vida inteira na cama e eu não agüento ficar na cama, deu 6h meu corpo começa a se coçar de tanta dor nas costas... Risos... (...) Não sai, não namora, não farreia, não dança, não brinca, não ri, não solta piada, não fala uma besteira, só me responde grossa quando eu pergunto as coisas "O que que foi?" eu digo "Nada, fica fria".”(X, 49 anos, mãe)*

As manias dos pacientes também passaram a fazer parte do cotidiano destas famílias. Entre as manias citadas, a questão do paciente sair “andando por aí” é não só inesperada, como também preocupante, já que os familiares não sabem o que pode acontecer quando o paciente “anda por aí”, inclusive à noite.

A agressividade também foi citada como comportamento inesperado. Familiares apontaram que eles próprios já foram vítimas dos pacientes quando eles estão em surto.

*“Ah, correr atrás das pessoas que vinham dar conselho a ele, e ele diz "Que que você tem que ver com isso?", aí as pessoas chegam perto... Já, já, ele já pintou e bordou ali... Uma vez ele pegou um garfo que quase dá na cabeça do pai, ainda bem que eu subi quando vi que ele pegou o garfo, eu subi e não deu tempo, eu puxei o braço dele, se não já pensou...” (O, 59 anos, mãe) (grifo nosso)*

Dois casos relatados pelos familiares de pacientes ilustraram que por conta de crises de agressividade, seus familiares foram presos ou contidos pela polícia. Estas situações foram caracterizadas como constrangedoras pelos familiares.

*“... Ela tava brigando, eu até falei pro médico, que ela tava brigando com todo mundo na rua, querendo bater em todo mundo, sem pagar o aluguel, deixou de pagar o aluguel, que não tem uma pessoa mais honesta do que ela, parou de pagar o aluguel e a dona da casa foi lá um dia cobrar e ela foi em cima, agarrou ela pelos cabelo e só não fez alguma coisa com ela porque a família chegou, a mudança... Disseram que ela tava numa altura tão grande que ninguém tava suportando mais ela, ela tava na delegacia detida. Que ninguém agüentava mais com ela na rua e tavam vendo até a hora de matar ela. É ela brigando com todo mundo, xingando tudo que é mulher dos maiores palavrão no meio da rua... É brigando, ela fica agressista, ela morava de aluguel e trabalhava na prefeitura e era brigando com todo mundo do trabalho.” (Z, 76 anos, mãe) (grifo nosso)*

No caso de uma das entrevistadas a alteração de comportamento trouxe a revelação de que esta havia se casado com uma pessoa que tinha problemas mentais. O trecho a seguir ilustra como esta entrevistada ficou sabendo sobre o problema de seu marido:

*“(...) é, trouxe ela (sogra) um tempo para ela vir a casa que ela comprou, para ela sair um pouquinho, e um dia, porque ele fazia bico na tapeçaria Rio de Janeiro para o pai dele, que o pai dele além de ser aposentado também trabalhava na tapeçaria e um dia ele chegou e quando ele chegou ele chegou meio atravessado eu não sei por que, que a mãe dele estava aqui comigo o pai e todo mundo, e ele meteu a mão na*

*minha cara, ele falou que a comida estava fria, mas ele chegou já tarde, era quase esse horário e eu não desconfiei de nada, aí ele falou que a comida estava fria e meteu a mão na minha cara e eu estava grávida da S., e a mãe dele, que eu fiquei quieta para não assustar ela né, que ela tava com câncer, sentindo muita dor e nisso que ele foi embora ela me chamou aqui no quarto e falou assim pra mim "O meu filho de bateu não é?" eu "Não" e ela falou "Bateu sim e quando ele chegar eu vou ter uma conversa com ele, porque isso não é um procedimento de homem" e aí eu falei "Não, deixa pra lá, deixa pra lá né" então foi quando ela foi ficando ruim, foi ficando ruim e depois ela voltou lá para casa de novo e eu fiquei aqui, ela morreu 11 de outubro e a S. nasceu 3 de novembro... Aí ela faleceu, ela não chegou a conhecer a S. (neta), ela sabia ela já sabia que é uma menina em me pediu para colocar o nome de S. entendeu, eu sei que ela faleceu e fiquei com ele eu e o pai dele, e aí foi quando descobri mesmo que ele tinha problema que era esquizofrenia né.(...)" (S, 53 anos, "companheira") (grifos nossos)*

Os comportamentos citados ilustram como se tornou o cotidiano das famílias com a chegada da doença dos pacientes.

Villares (2000) aponta que os familiares têm funções centrais na vida de pacientes esquizofrênicos. Conforme a autora, são estes que identificam inicialmente algum problema, buscam tratamento, administram prescrições médicas e articulam o cotidiano de seu familiar doente. A autora acrescenta que na convivência de familiares e pacientes esquizofrênicos, os primeiros *“aprendem a enfrentar momentos de agravamento do quadro sintomatológico e a manejar situações de inatividade, depressão, agressividade, confusão, desorganização e inadequação”* (Villares, 2002, p. 53).

A sobrecarga e a difícil convivência de familiares e pacientes esquizofrênicos são evidenciadas em diversos estudos. Estes em sua maioria apontam para a necessidade de reforçar o envolvimento de familiares com os serviços de assistência (Shirakawa, 2000; Villares, 1999).

Quanto à causa, ou aquilo que possa ter ocasionado o problema do parente, os familiares relataram muitas explicações. Por diversas vezes foram acionadas mais de uma explicação para dar conta do desencadeamento da doença.

Os depoimentos trazem atribuições múltiplas no que diz respeito ao que poderia ter provocado a doença. No entanto, observamos recorrências quanto às possíveis causas, como tentaremos demonstrar.

Entre as causas para o desencadeamento da doença, os familiares citaram: meningite, sustos sofridos pelos pacientes, mães ou pacientes haverem sofrido violência intrafamiliar,



“trabalhos” ou “macumbas” feitos por terceiros, uso de drogas, menarca, ciúme, frustrações, insegurança e perdas amorosas.

Embora os relatos mostrem diferentes perspectivas quanto ao que teria desencadeado a esquizofrenia em seus familiares, surge em grande parte do discurso a nomeação de diversos eventos ocorridos na vida do paciente que poderiam ter desencadeado a doença.

Assim, a partir de eventos que ocorreram na vida dos pacientes, como presenciar incestos, sofrer com a morte ou fim de um romance, ser alvo de macumba por parte de alguém que não lhe quer bem, ter uma opção sexual distinta da maioria das pessoas ou expectativas frustradas surgem como explicações que tentam dar conta da mudança de comportamento ocasionada pela esquizofrenia.

#### **4.2.3 Relação com o serviço de assistência psiquiátrica**

Frente aos comportamentos inesperados demonstrados pelos pacientes, os familiares além de tentar elaborar as causas daquilo que afetou seus parentes, buscaram ajuda médica.

Como citado anteriormente, a maior parte dos pacientes entrevistados viveu a fase de hospitalização, assim, a internação foi citada como forma de tratamento logo após o aparecimento dos sintomas como ilustram os trechos a seguir:

*“a primeira coisa foi internar no Anchieta né, e aí depois de lá para cá não teve mais jeito, que nem a S. fala “Se minha avó tivesse corrido na época”, que parece que eles tiveram que vender um apartamento em que eles tinham no BNH na época, que o pai dele tinha comprado para poder cuidar dele, tiveram que vender e aí o pai dele foi sábio e a mãe dele, como ele tinha esse problema, pensavam assim...”* (S, 53 anos, “companheira”)

*“não, da base só foi uma vez que só foi uma vez, e eles internaram em São Paulo, minha mãe teve até que buscar ele em São Paulo ela foi, buscou e trouxe... Aí ele ficou internado, eu não sei o que ele teve, era lá na base aérea ele teve que ficar internado e daí para frente começou a dar essa, esse problema dele.”* (T, 52 anos, irmã)

Os trechos a seguir demonstram a dificuldade de alguns familiares em conseguir internações na década de 80.

*“Foi, aí... É na capital mesmo, e certo que pra levar ela ninguém pegava ela pra levar, que ela não ia, não ia, só fazia aquilo que ela queria. Aí foi minha filha e a minha nora, essa que morava em Curitiba e falaram com os pastor, falaram com o pastor, mas mentira, é combinaram pra mentir pra ela que tinham arrumado um trabalho pra ela em Aracaju e que iam levar ela... Ah aí ela morreu de alegria, correu e arrumou a sacola e botaram ela no carro, já tava com tudo certinho na clinica e foram direto pra clinica e quando ela chegou lá não deu jeito não, xingava o pastor, xingava a irmã, xingava nora de tudo que era mau nome e aí ela ficou internada lá e com três semana meu esposo faleceu.” (Z, 76 anos, mãe)*

*“Foi só aqui e o Anchieta, tanto que foi quando a Telma (prefeita em 1989) fechou o Anchieta. Aí depois aqui não tinha nem hospital, não tinha policlínica, não tinha na Ponta, o psiquiatra era São Paulo, era São Paulo. Lá até meu marido levava lá. Começou lá e depois então fizeram o NAPS por cima da policlínica, era ali e ela também ia ali, aí depois ficou na Caneleira e depois voltou pra aqui. E isso aqui era pronto-socorro e fizeram de hospital.” (V, 74 anos, mãe)*

Muitos dos pacientes freqüentam o serviço de assistência a saúde mental desde o seu surgimento. Os trechos a seguir demonstram como uma “companheira” ficou sabendo acerca deste novo serviço de assistência a saúde mental:

*“(...)então, aí o então o Dr. falou que estava abrindo o Naps e estão segurando dois ou três meses, ele segura mesmo quando existe algum problema, era no começo de tudo, era até pequenininho o Naps que foi quando transferiram ele do Anchieta direto para o Naps e ele foi um dos que inaugurou, ele foi o primeiro que inaugurou o Naps, não esse novo agora, outro que era uma casinha, ele foi um dos primeiros a inaugurar o Naps aqui na baixada santista, que ele é paciente antigo.” (S, 53 anos, “companheira”)*

Em outros casos os familiares já conheciam a assistência oferecida nos NAPS por conta de outros familiares que também freqüentavam o serviço ou por encaminhamento via policlínica.

Observamos que para os participantes do estudo, a internação foi a primeira opção de tratamento experimentada. Como demonstramos anteriormente, para a maior parte dos familiares entrevistados o início do tratamento de seus parentes na rede municipal de assistência psiquiátrica deu-se na década de 90.

Considerando que os sintomas dos pacientes surgiram antes da época da reforma psiquiátrica na cidade, muitos destes familiares acompanharam o surgimento e as modificações sofridas na assistência a saúde mental em Santos.

Mesmo buscando ajuda psiquiátrica, os familiares citaram a busca por outras soluções como forma de tentar solucionar o problema de seus parentes.

Como possibilidades procuradas na tentativa de solucionar o problema do paciente foram citadas a igreja Católica, os centros espíritas, a igreja Universal e terapias alternativas como regressão.

É interessante observar que a busca por soluções em igrejas e centros deu-se não apenas por parte dos familiares, mas dos pacientes também, como podemos verificar no trecho a seguir:

*“É, então foi de lá que ele começou a se distanciar, assim, a procurar igreja, procurar assim... Coisa, sabe da alma dele, saber, da igreja lá, aquela que tem lá Ana Costa, como é que é?... É, a Universal. Ele ia, acho que tinha alguma coisa que ele sentia, ele ia, ele foi por muito tempo nessa igreja. Mas nós somos todos católicos... Deixava, aí quando a gente descobriu ele já tinha dado salário dele todinho, todinho pra igreja.” (O, 59 anos, mãe)*

Mais de um caminho foi buscado por alguns familiares na tentativa de compreender e amenizar o sofrimento causado pela esquizofrenia. Tais caminhos ultrapassam a explicação científica oferecida pela medicina, e são acionadas explicações mágicas na tentativa de lidar com o sofrimento.

Montero (1985) ao pensar como se define o campo de atuação da umbanda no que diz respeito à doença, parte da oposição entre doenças materiais e doenças espirituais. Segundo Montero, as fronteiras entre doenças materiais e doenças espirituais não são nítidas posto que os participantes de seu estudo costumavam buscar terreiros de umbanda após usufruir dos recursos da medicina.

No universo de seu estudo a magia, o recurso da cura mágica, surge em último caso para dar conta daquilo que não foi diagnosticado pela medicina, como no caso das doenças psiquiátricas. O pensamento mágico organiza a experiência do sofrimento, pois no terreiro é revelada uma dimensão espiritual da vida que explica a doença material e dá sentido aos comportamentos inesperados manifestados pelo doente (Montero, 1985).

Mesmo com a busca de distintas soluções e explicações para o problema que acomete os pacientes, os familiares entrevistados demonstraram que ainda não conseguiam entender a doença da qual sofrem seus parentes.

Os depoimentos a seguir mostram que os pacientes não são considerados “loucos”, e mostram também o que seria um louco para os familiares.

*“É olha eu não consigo entender porque assim a S. é uma pessoa muito inteligente, eu não consigo entender como ela ficou desse jeito, tudo que você perguntar ela sabe.(...) Loucura ela não tem porque ela não rasga dinheiro. É, louca, louca ela não é mesmo, mas que ela tem um distúrbio, isso é visível.” (Q1, tia) (grifos nossos)*

*“(...) não, ele não é louco por que o louco não sabe o que é o dinheiro, o louco não sabe o que é tomar um banho, o louco não sabe o que é nada mesmo, ele não sabe nem quem ele é na verdade e, ele tem esse problema mesmo de como se diz, de... Mas até eu, se eu passar na psiquiatria o pessoal vai dizer que eu sou doida não é, eu acho ignorância e aí eu falo brincando "O meu doidinho está em casa".” (S, 53 anos, “companheira”) (grifos nossos)*

Monteiro *et al* (2006) com o intuito de conhecer os fatores envolvidos no atraso para o início do tratamento psiquiátrico após um primeiro episódio psicótico, realizaram um estudo qualitativo com 15 familiares de pacientes atendidos no Programa Episódio Psicótico (PEP), um serviço ambulatorial do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo. Como conclusões, os autores apresentaram que fatores culturais estão intrinsecamente envolvidos com o processo de entendimento e procura de ajuda após um primeiro surto psicótico.

Um destes fatores culturais dizia respeito à construção de loucura elaborada pelos participantes do estudo, estes familiares possuíam estereótipos de loucura que não serviam para explicar o problema de seus parentes, *“eles se referiam de maneira claramente diferenciada aos ‘loucos de rua’, dificilmente comparáveis aos seus familiares doentes”* (Monteiro *et al*, 2006, p.11).

Notamos que a compreensão da doença manifestada pelos familiares transita entre interpretações científicas e mágicas, no entanto, mesmo assim, estes não conseguem compreendê-la.

A idéia de que o problema dos pacientes traz alterações de comportamento também não é muito clara para alguns familiares. O relato desta mãe demonstra que com o surgimento dos sintomas o pai do paciente achava que este “fingia” os mesmos.

*“Hoje melhorou bastante, agora ele se dão, mas no começo o meu marido não aceitava não, ele falava assim "Isso não é doença não, isso é safadeza né, deixou de trabalhar, não vai mais trabalhar e quer ficar em casa dando palpite, batendo no irmão"... Ele quase quebrou o, que meu marido tinha uma mesa de pedra e ele dobrou o irmão lá ficou em cima quase que ..”.* (O, 59 anos, mãe) (grifos nossos)

Quando interrogados sobre o que é a doença do paciente, muitos familiares, mesmo quando estes ouviram informações médicas, não conseguiam compreendê-la, como demonstram os trechos a seguir:

*“Não. Dizer pra você que eu sei o que é eu não sei. É alguma coisa que não funciona direito na cabeça dele, no cérebro dele, mas agora te dizer realmente o que que é, você está me perguntando o que que esquizofrenia? (...) Eu acho que é alguma coisa que não funciona direito na cabeça dele né, o cérebro dele, maneira de ele ver as coisas e porque muitas vezes eu também não sei o que fazer perante algumas situações da vida eu vou procurar ajuda entendeu, e ele talvez tenha a mesma coisa, ele não consegue passar por algumas coisas da vida, mas também não sabe procurar ajuda de funde acabei se entendeu, que realmente se você, quando você quer a resposta de alguma coisa e você não sabe, se você não procurar ajuda realmente acontece o que acontece, ele entra em parafuso, e com os problemas, que nem ele tem problemas, ele é meu irmão, eu poderia também entrar em depressão eu estar lá, eu entro em depressão, só que eu entro, mas estou sabendo que eu estou entrando e já estou querendo sair, entendeu.”* (T, 52 anos, irmã) (grifos nossos)

*“O que falam é que é depressão, depressão, depressão, eu também sei que é depressão é isso que você queria saber?... Não falaram nada, eu fui lá cheguei a assistir o grupo porque ela não vai no grupo...”* (X, 49 anos, mãe)

*“Que é na cabeça, que é doente mental, sei lá...Ele não sabe o que faz. O W. se você bater nele e ele chegar em casa e eu perguntar, ele fala que não. Outra hora fala que sim...É o que vem na cabeça dele.”* (R, 51 anos, mãe) (grifos nossos)

Considerando a explicação médica, alguns familiares apontaram que os pacientes sofrem de “problemas psicológicos”, “problemas na cabeça” e ainda, “depressão”.

Concepções sobre a esquizofrenia encontradas nos estudos de Villares *et al* (1999) e Mateus (2005) apontam que a doença era geralmente designada pelos familiares a partir de categorias como “problema da cabeça”, “problema dos nervos” e “problema espiritual” de forma a atribuir um problema mais ameno a seus familiares doentes.

Alguns familiares apontaram que os médicos disseram que seus familiares sofriam de esquizofrenia. No entanto, como mostram os trechos a seguir, esta explicação parece não dar conta do problema, restando ainda dúvidas nos parentes.

*“... o que dizem, o que eu escutei do médico é que um problema que não tem cura e que ele vai ter que tomar remédio a vida toda, que ele não tem cura e é tipo esquizofrenia né, é uma coisa assim, que ele vai ter de tomar remédio vida toda.”* (T, 52 anos, irmã)

*“É essa esquizofrenia, já sabem os sintomas né, porque ele tem sintoma de bater, de agredir né, ele é de botar fogo né... É os médicos falam que a pessoa já nasce com isso, só que tem que acontecer algum negócio pra desencadear...”* (O, 59 anos, mãe)

Nos depoimentos também surgiu a explicação médica quanto ao prognóstico da doença. No entanto, a idéia de que a esquizofrenia é uma doença que não tem cura e que seu tratamento a base de medicamentos deve ocorrer pelo resto da vida não é clara para os familiares.

*“então quando foi lá da última vez eu até perguntei para a doutora C. e ela disse que aquilo mesmo né, que por causa do tipo da doença ela já está ficando muito avançada então ela não vai ter assim nessa melhora né, mas também não dá para dizer que ela não vai melhorar um pouco, mas a tendência dela é sempre estar piorando como qualquer outro tipo de doença não é?” (Q, 41 anos, tia)*

*“(...) não, só chegaram a falar para mim que ele era um ano em casa e um ano no hospital, um ano em casa, se chegasse a um ano, um ano em casa e um ano no hospital e que isso ia ser até o final da vida dele, e é isso mesmo... Então o que eu te falo é isso o problema dele eu não sei explicar. (...) eles (médicos) falam que vai ser assim a vida dele até o final, que eu tenho que me conformar, que a vida dele vai ser assim até o fim (...)”.*(S, 53 anos, “companheira”)

A explicação médica foi alvo de críticas segundo alguns familiares, já que aqueles se utilizam de uma linguagem não compartilhada por estes.

*“(...) tem médicos que você pergunta alguma coisa e fica sem saber a resposta porque como você não entende de medicina eles acham que às vezes não tem explicação para te dar. Mas muitas vezes eu acho que poderia ter um pouquinho mais de, sei lá, ser mais... Bom, tem de tomar remédio a vida toda, mas por que que tem que tomar? Não tem cura?” (T, 52 anos, irmã)*

Embora a explicação médica nem sempre alcance a compreensão dos familiares, o trecho a seguir ilustra a conversa que uma mãe teve com o psiquiatra do serviço, no momento em que esta expõe as causas do problema de sua filha e o doutor a corrige, tentando demonstrar que a esquizofrenia é um problema biológico.

*“Mas o doutor E. mesmo perguntou quando começou isso e eu falei “começou dum mau casamento que ela teve” e ele falou “ah, mas não foi isso não”. Ele disse “casamento na tira o juízo de ninguém não”, mas eu fui pensar e é, se fosse isso não tinha mulher no mundo que não seja doida. Toda mulher é doida né, porque é o que mais existe né. Ele disse que alguma pessoas já traz esse problema, já nasce com esse problema, ele falou pra mim isso “não vá nessa de mal casamento não dona Z. é porque essas pessoas quando eles chega nessa altura é que já nasce com o problema”... Agora, ela era um pouco perturbada quando era pequena.(...) Foi. Quer dizer que eu, eu , eu até que concordo com doutor E., se for assim toda mulher é doida.” ( Z, 76 anos, mãe)*

Os depoimentos mostrados acima demonstram que mesmo com os pacientes em tratamento, os familiares ainda encontram dificuldades para compreender a esquizofrenia. Os parentes parecem entender que esquizofrenia é apenas um nome, um rótulo, atribuído pelos

médicos e que não dá conta da demanda por resposta destes familiares. A impossibilidade de visualizar a doença fortalece a incompreensão tanto do diagnóstico quanto do prognóstico.

Embora os pacientes sejam bem conhecidos nas suas respectivas comunidades, os familiares relataram que muitos dos vizinhos têm medo dos pacientes, como observamos no trecho a seguir:

*“(...) é todo mundo, é bom dia, é boa tarde e ainda mais do jeito que ela tá porque ela não pára, ela zanza o morro todo e todo mundo fala com ela. Eu acho que sim, entendeu, mas eu não sei, sei que as pessoas às vezes tem um pouco de medo dela né, dela agredir né, porque tem esse mito de que a pessoa tem problema psicológico é acham que a pessoa vai agredir. Tem algumas pessoas que têm medo, a gente sabe que tem medo, gente sabe que tem medo porque eles chegam pra gente é comenta, mas até a gente fala que ela nunca chegou de agredir, nunca foi de agredir ninguém essas coisas e que pode ficar tranquilo, ela bate na casa de um e aí pede café, pede comida, pede água entendeu, mas tem gente que fica mais receosa.” (Q, 41 anos, tia)*

O sentimento de pena também foi citado. Segundo os familiares, os vizinhos teriam pena dos pacientes e também dos familiares que acompanham estes como mostram as falas a seguir:

*“Sim, ela gosta muito de mim, ela diz “ai dona V. é um amor, não atrapalha ninguém, não dá preocupação a ninguém”, ela tem pena de mim quando vê ela tirando a minha paciência, ela fica com tanta dó e ela também, coitada, ela tem um marido que é paralítico... Paralítico, paralítico de derrame.” (Z, 76 anos, mãe)*

*“Os vizinhos mais chegados ali da rua mesmo, todo mundo tem dó dele né.” (O, 59 anos, mãe)*

Foram citados também casos em que foram oferecidas bebidas alcoólicas aos pacientes por membros da comunidade e casos em que algumas pessoas se aproximam dos pacientes por interesse.

Outra questão suscitada pelos familiares é o fato de que quando precisam de ajuda em situações de surto dos pacientes, a ambulância e a polícia são fatos curiosos no bairro e que chamam a atenção dos vizinhos.

A fala a seguir mostra o comportamento dos vizinhos nestas situações:

*“(...) não, ninguém falava nada todo mundo saia para a rua para olhar né, para ver o que era. (...)...é e é só isso sabe, pessoal, as pessoas todo mundo saía para fora para olhar né, claro polícia e ambulância é a festa né então, mas sem comentários, o único que falou foi o senhor A. mas depois ele pediu desculpa para o meu marido na hora né "Não E., desculpa eu não sabia" porque ele bebia o senhor A. bebia ele é do AA, hoje ele se cuida no AA, então ele achava que o N. bebia que fazia né, porque era*



*assim "O porque não sei o que é..." ele ficava né, assim daquele jeito e ele achava que era a bebida... Risos..." (U, 59 anos, irmã)*

Além das situações em que os vizinhos observaram a retirada dos pacientes em viaturas e ambulâncias, foram citados casos em que os pacientes arranjaram confusão com os vizinhos.

A partir destas falas procuramos evidenciar como a noção de doença mental e o convívio cotidiano com ela é complexa não apenas para os familiares dos pacientes, mas também para a comunidade na qual estes se inserem.

No tocante a relação dos familiares com o serviço de saúde mental, constatamos que alguns não sabem o que se passa neste ambiente. Outros citaram que no serviço os pacientes fazem atividades e tomam medicação.

*"(...) hora ela comenta muito que ela faz aquelas oficinas, às vezes ela chega com fuxico, com uma caixa que ela faz, que ela fez na lá né, teve outro dia que ela chegou pedindo dinheiro para comprar, que eu acho que eles devem ter feito esses trabalhos e a ter alguma exposição, alguma coisa e aí ela falou "A tia, é pra mim comprar uma caixinha" e, aí eu dei o dinheiro ela comprou, e aí ela chega às vezes com as caixinhas feitas, ela diz também que tem os passeios, agora a pouco tempo acho que teve festa junina." (Q, 41 anos, tia)*

As atividades oferecidas pelo serviço aos pacientes foram classificadas como "brincadeira", como demonstra o trecho a seguir:

*"Ele foi no horto a primeira vez, depois teve aquela brincadeirinha aqui, aí ontem eles foram pra Nova Cintra e só. Durante doze anos foi a primeira coisa que eu vi o meu filho fazer, é tanto que eu to feliz, nunca, eu sempre falava todo mundo sai só o meu que não por ele ser desse jeito, se você fala " vamos W." ele "não, não vou não", então não insiste, não vai não vai e ele ficava sempre aqui, quer dizer que só põe coisa a mais na cabeça porque se ele sai ele se distrai um pouco. Que nem, fim de semana às vezes eu saio com ele, tem a carteirinha dele, eu saio, uma volta de ônibus, desço com ele, às vezes se tem dinheiro pago um refrigerante, uma pizza, uma coisa... Quer dizer que tudo isso ajuda né, agora só dentro de uma casa, ali fechado não tem como." (R, 51 anos, mãe) (grifo nosso)*

Outro aspecto comentado que concerne à relação do paciente com o serviço refere-se à possibilidade dos pacientes terem uma ocupação, um emprego, como observamos no seguinte trecho:

*"Não, não consegui. Ainda tem? Então ele tentou até que ele tocava violão e tudo né, mas não deram chance para ele não e aí ele não, eu não sei se ele chegou, mas acho que chegou que ele também trabalhou lá no lixo limpo, na separação que também acho que foi pelo Naps, acho que tinha gente de lá é aí ele trabalhou, mas*



*também depois não foi mais, ele também trabalhou em caixa-d'água, em limpeza de caixa-d'água que eles tinham uma equipe deles aí.” (U, 59 anos, irmã)*

A compreensão do tratamento, em especial a administração de medicamentos é confusa para estes familiares. O relato a seguir demonstra tal incompreensão e como, por conta desta a medicação é alterada.

*“Dormiu, pois ela acordou, parece que ela sente quando eu saio ali da sala, aí eu falei “vou desligar tudo porque eu já vou dormir”, que eu gosto de acordar cedo, cinco horas da manhã, então eu dou assim mais tarde assim que é pra ela dormir até mais tarde, aí ela vai, toma e dali a pouquinho não precisa nem mandar, ela já vai dormir.” (V, 74 anos, mãe) (grifos nossos)*

O serviço foi alvo de críticas para alguns familiares, uma das principais queixas dizia respeito ao livre acesso dos pacientes a rua, como demonstra o relato desta mãe:

*“Aí o que que precisa? É de segurança no hospital não é? Me diz, como é que eu saio de casa, me levanto tão cedo nessa idade, todo mundo tem ó de mim quando vê minha situação, do cuidado que eu dou a ela, de sair num frio desse, boto minha mão na água fria logo cedo pra cuidar dela, pra fazer tudo pra ela, e eu trago ela aqui e pra ela... Que se ela fosse uma pessoa capaz de andar sozinha eu não vinha trazer ela, eu mandava ela vim sozinha, não precisava de ter esse trabalho de manhã e de tarde, de manhã e de tarde... Pois ela chega atrás de mim, eu deixo ela aqui oito hora e é nove hora, nove e meia e ela tá em casa, como é que pode? Se for pra ela vim sozinha, então ela tá internada pra quê? Tá aqui no hospital fazendo o quê? Ela é quem manda, aí eu, eu até já pensei em procurar a secretaria de saúde, mas também eu não quero fazer isso com o hospital, eu to pedindo ajuda, eu já falei pra elas aí, não, que tem que ter uma ordem aqui dentro, e eu acho que é só ela que tá fazendo esse tipo de coisa, que eu não vejo paciente nenhum fazendo esse tipo de coisa não. Agora ela sai daqui e vai pedir cigarro pro povo na rua e fica fazendo o que ela quer. Sai daqui dizendo que o dente tá doendo e aí chega em casa entra debaixo do cobertor e aí pronto, acabou, sarou.” (Z, 72 anos, mãe) (grifos nossos)*

No entanto, a queixa mais recorrente diz respeito à dificuldade que os familiares encontram em conseguir internação.

*“Olha não teve jeito, para mim levar ia ter que chamar a polícia, mas ela falou pra minha prima e porque eu falei para ela, ela falou várias vezes para ela que me matava, ela falou que me matava e não é bom duvidar se, se ela falou que me matava então... Porque se levasse, tudo bem se levasse e ela ficasse lá internada para fazer tratamento tudo bem, mas eles levam e na mesma hora eles mandam de volta, quer dizer, eles não conseguem nenhum progresso... (...)Eles não conseguem nenhum progresso nenhum para o paciente ir lá tomar o medicamento sozinho, porque ela sabe ir pra a cidade ela sabe ir pra qualquer lugar.” (X, 49 anos, mãe) (grifos nossos)*

*“... Aí quando foi agora em junho, no dia antes do aniversário dele, ele foi, ele foi eu falei “Ah, a não vai se internar meu filho”, ele queria se internar, queria se internar, aí a gente veio aqui e pediu pro Naps, o Naps não conseguiu vaga, nem ambulância, não conseguiu nada pra gente né, não conseguiu a gente veio e pediu, esperamos uns*

*quinze dias aí, e ele cada vez mais piorando... Ele estava pedindo, pediu várias vezes aqui, pediu, pediu lá no PS, mas a gente telefonava e não saiu à vaga, não saiu à vaga... E aí depois tinha chegado, antes uma semana do Bairral... Há uma semana, e pediu para ser internado, e aí eu acho que eles também nem acreditam né, nem, nem... Aí eu sei que ele falou assim ó "Se vocês não me levarem eu vou acabar com a minha vida e vou acabar com a vida de alguém", e lá de cima, e ele tentou pular e eu segurei ele, puxei ele pela camisa." (O, 59 anos, mãe) (grifos nossos)*

*"tratam ele direitinho porque tudo o pessoal de lá, tratam direitinho também, do mesmo jeito. Eu ia pedir na ouvidoria para aquele médico, que é até o diretor do NAPS, é o Dr. H. então a minha sobrinha é amiga da mulher dele tá vendo, que é a sobrinha dele verdadeira e aí eu ia pedir para ver se pelo menos faziam alguma lei, não é verdade, porque sábado, domingo e feriado quando a gente precisar de um socorro não só para ele, as outras que pedirem, por todos que quando precisasse de um socorro assim em um sábado ou domingo que pelo amor de Deus socorressem, porque às vezes vai para o pronto-socorro aí no pronto-socorro fica e aí se o paciente melhora vem pra casa e aí quando chega no outro dia o paciente entra em crise, porque ele fica bom porque está medicado aí chega em casa, vem pra casa e a gente tem que pedir a polícia e ambulância e levar ele novamente, às vezes podendo passar lá pra dentro já, porque antigamente era assim, antigamente chegava, já tinha um médico e já internava e a gente vinha embora, então facilitava para mim... É na época antiga, mas agora não agora está mais difícil para a gente, tá bem difícil pra gente pedir socorro, então você fica na expectativa, tem muitas vezes na saída que vou chorando porque eu sei que vou ter que implorar, eu pedia, eu falava para S. que eu não agüentava mais, eu não entrava mais esse sofrimento meu Deus." (S, 53 anos, "companheira") (grifos nossos)*

Como muitos familiares experimentaram a assistência a saúde mental oferecida antes da reforma psiquiátrica, muitos vêm a internação como melhor alternativa para o tratamento de seus parentes.

A vontade de internar os pacientes foi manifestada por vários familiares, como demonstram os trechos a seguir:

*"... A vontade é de deixar ele num lugar ir lá visitar, eu peço isso sabe, porque eu e o pai dele já estamos com uma certa idade, doente, eu vivo doente, agora inclusive, com isso que aconteceu na minha casa, já fui em duas semanas no hospital por causa de pneumonia, meu marido e minha outra filha também, antes deles eu também estive bem mal, e depois é de preocupação também né, preocupação com ele lá né, preocupação com outros aqui, eu cuido também de 3 netinhos por causa que deixaram tudo para eu criar eles, ajudava minha filha a pagar o aluguel também, agora não porque ela trabalha né." (O, 59 anos, mãe) (grifos nossos)*

Machado *et al* (2005), com o objetivo de analisar os fatores envolvidos na recusa a desospitalização de pacientes internados com diagnóstico de esquizofrenia, realizaram uma pesquisa qualitativa na qual foram entrevistados seis pacientes internos do setor de crônicos de um hospital psiquiátrico público localizado no interior de São Paulo. Os autores apontaram

que os pacientes entrevistados referiram sensação de liberdade e proteção, ainda que internados e que o modo de vida asilar foi incorporado pelos pacientes.

No tocante à circulação dos pacientes esquizofrênicos em outros serviços de saúde, notamos que a questão da contra-referência ocorre de maneira eventual, ora os pacientes são encaminhados pelo serviço, ora os próprios pacientes ou familiares buscam o auxílio de outras especialidades médicas.

Os trechos abaixo demonstram a eventualidade da contra-referência nas consultas a outros serviços da rede pública de saúde.

*“olha, não nessa última consulta agora, na outra eu fui e eu conversei com o médico e perguntei como é que era feito para ele passar por um clínico, se ele mesmo encaminharia, que eu acho que seria o mais rápido e, porque é um médico, qualquer setor aqui da policlínica que a gente vá, com o médico encaminhando é mais rápido entendeu, mas aí eu perguntei para ele se era melhor, ou vai na policlínica e marca ele falou "Não há necessidade disso", e o G. teve uma história de hepatite, então nós queremos ver sobre isso entendeu, saber se ele curou-se mesmo da hepatite, se tem alguma coisa, porque existe hepatite que fica não é, permanece não é, acho que a C não é, hepatite C, eu não tenho certeza... Não estou dizendo que é essa, mas ele teve uma hepatite e a gente não sabe, mas não era bom saber? Então a gente quer saber e aí ele falou que não, que não precisava, só que aí eu mesmo falei com a minha cunhada "Vai e marca para ele um clínico geral" porque agora ele só está indo terça, quinta e sexta entendeu, então não vai fazer mal nenhum e ele também está precisando de um oftalmologista, e é difícil de marcar um oftalmo aqui, mas é melhor marcar e esperar do que não ir nunca não é, porque ele está precisando entendeu, agora não sei se falasse com o médico se seria mais fácil de ele ir, eu acho que seria porque ele é uma pessoa que já está em tratamento né, seria bem mais fácil porque ele já está ali do lado, ele está semi-internado, não é que seja uma prioridade mas ele está com a vista péssima, eu sei que é muita coisa né, mas é necessário, se faz necessário.”* (T, 52 anos, irmã) (grifos nossos)

*“Não, elas não me deram papel não, eu já tenho conhecimento lá eu falei com elas, agora a dentista me pediu autorização e o doutor E. eu vim aqui e ele me deu.”* (Z, 76 anos, mãe)

Os pacientes do NAPS não são bem vistos nos outros serviços de saúde. Os familiares citaram casos em que notaram preconceito contra os pacientes nos outros serviços de saúde.

*“Uma vez a gente veio aqui no PS, no PS e o rapaz no PS falou assim "O rapaz, você tem um Naps aí que te cuida e você vem encher o saco aqui", tirou ele por aquilo, eu acho que ele não deveria ter feito isso. Né, não precisava disso. É, não sei, já era um senhor mais ou menos, mais aí ele pegou e fez passar um vexame né "Oh, você fica aí enchendo o saco, vai procurar o teu Naps, tua médica", e ele "Não, mas eu só quero tomar uma injeção, que não sei o que..." e ele "Não você não tem injeção aqui" e levou ele até o portão ali fora e pôs ele para fora, "E a senhora também"... Expulsou,*

*mas eu não posso dizer o nome que eu não sei, levou até a porta mesmo da rua e falou assim...(faz sinal de quem pega pelo pescoço)...” (O, 59 anos, mãe) (grifos nossos)*

*“é, falaram "Você é do NAPS, não sei por que está aqui" e ele disse "Ah eu vim no médico". Mas aí aconteceu tudo isso eu não sei, sei lá o que aconteceu porque eu não vi, sei que ele disse "A mana, eu fui, mas a médica nem me atendeu direito, que não sei o que" e aí eu falei "então tá bom, fazer o que? Mas por que que você..." e aí ele veio me falar e aí eu disse "Então, se eu tivesse ido contigo não iam fazer isso". (U, 59 anos, irmã) (grifos nossos)*

Podemos observar que o relacionamento dos pacientes esquizofrênicos com o sistema de saúde é restrito. Os relatos acima mostram que os pacientes esquizofrênicos, por serem pacientes psiquiátricos, na maioria das vezes não são bem-vindos em outros serviços, mesmo com encaminhamento do NAPS.

Assim, a partir a descrição dos resultados apresentados pelos familiares ficou claro que existe uma incompreensão geral acerca da doença (familiares e comunidade), embora reconheçam que existe a necessidade do cuidado ao paciente por parte do serviço.

A tarefa de identificação das necessidades dos pacientes esquizofrênicos torna-se complexa considerando que nem os familiares conseguem entender o que ocorre com os pacientes.

A internação é vista pelos familiares como uma possível forma de alívio do sofrimento, tanto destes, quanto dos pacientes, contrariando as diretrizes da política de desospitalização.

### **4.3 Entrevistas com profissionais do serviço de saúde mental**

A apresentação dos resultados referente às entrevistas com os profissionais que trabalham no serviço busca contextualizar os entrevistados no que diz respeito à formação, especialização, tempo no serviço de saúde mental, bem como suas funções no serviço.

#### **4.3.1 Caracterização dos profissionais de saúde entrevistados**

Para tanto, a tabela a seguir, de forma sucinta, identifica e descreve os profissionais entrevistados nesta pesquisa:

### **PROFISSIONAIS DE SAÚDE ENTREVISTADOS<sup>22</sup>**

<b>Nome</b>	<b>Área de atuação</b>	<b>Formação</b>	<b>Área de formação</b>	<b>Tempo de atuação em Saúde Mental</b>
A	Profissional administrativo	Nível técnico	Administração	28 anos
B	Profissional da limpeza	Ensino Fundamental	-----	2 anos
C	Profissional de Saúde	Nível superior	Enfermagem	25 anos
D	Profissional de Saúde	Nível superior	Psicologia	3 anos e meio
E	Profissional administrativo	Nível técnico	Administração	10 anos
F	Profissional de Saúde	Nível superior	Medicina	4 meses
G	Profissional de Saúde	Nível técnico	Enfermagem	19 anos
H	Profissional de Saúde	Estagiário	Terapia Ocupacional	2 meses
I	Profissional de Saúde	Nível superior	Farmácia	1 ano
J	Profissional de Saúde	Nível superior	Educação Física	1 ano
L	Profissional de Saúde	Nível superior	Enfermagem	18 anos

Foram entrevistados doze profissionais que atuam no serviço de saúde mental. Entre os entrevistados, existiam aqueles que atuavam na área da saúde mental, psicólogos, enfermeiros, auxiliares; outros que atuavam na parte administrativa; e ainda outros profissionais, como auxiliares de limpeza, recepcionista, farmacêutico.

A diversidade de funções observada na seleção dos entrevistados buscou entender como os diversos atores envolvidos na assistência ao paciente psiquiátrico avaliavam o serviço e caracterizam as necessidades do paciente esquizofrênico.

No tocante às funções exercidas pelos profissionais de saúde, vale ressaltar que a triagem, ou seja, a verificação, após uma consulta, de que o caso do paciente se aplica aos

<sup>22</sup> Em respeito à privacidade dos profissionais entrevistados, quando suas falas forem expostas serão classificadas apenas quanto à área de atuação e formação.

serviços oferecidos pelo NAPS, é feita por todos os profissionais, psicólogos, enfermeiros, acompanhantes terapêuticos, todos os profissionais da área da saúde.

Algumas das funções a serem desempenhadas não são claras para todos os funcionários da equipe multidisciplinar. A seguir o depoimento de um funcionário explicita sua dúvida em relação a suas atribuições:

*“Eu ainda não tive nenhum curso, era pra ter um curso aí de aprender, de aprender de acompanhante terapêutico da prefeitura, mas ainda... Não foi feito, e ainda tinha sido marcada uma data, mas foi suspensa, então teoricamente meu conhecimento tá mais na prática estou pegando, eu tenho assimilado tenho observado bastante estes médicos novos eu tenho conversado bastante com eles.”*(Profissional de saúde, nível superior) (grifos nossos)

Em relação aos profissionais que compõem a equipe do NAPS I, observamos que funcionários de nível fundamental, extrapolam a função para a qual foram contratados, auxiliando ocasionalmente as profissionais de saúde da unidade nos casos de agressividade e necessidade de contenção de pacientes em crise.

*“Vou pra ajudar mesmo porque às vezes até o guarda-municipal chegar, não dá... E às vezes é só auxiliares mulheres no plantão, o único homem às vezes sou eu aqui na unidade”.* (Profissional da limpeza, nível fundamental)

A fala acima mostra a relação que outros profissionais, mesmo que estes que não desempenhem funções específicas nas áreas da saúde e saúde mental, estabelecem com os pacientes graves que são atendidos no serviço.

A ausência de treinamento de pessoal especializado para lidar com pacientes psiquiátricos e uma percepção de saúde centrada em noções puramente biológicas da doença foram apontados como obstáculos ao desenvolvimento da reforma psiquiátrica segundo profissionais de saúde, como mostra o estudo de Antunes e Queiróz (2007).

#### **4.3.2 Relação entre profissionais, familiares e pacientes**

A seguir será descrito como são as famílias e a clientela atendida, assim como é a relação destas com o serviço na visão dos profissionais.



A clientela foi descrita pelos profissionais como pobre e carente. Os trechos a seguir ilustram como os profissionais classificam a clientela e as famílias atendidas.

*“(...) então são pessoas que solicitam o tempo inteiro, esse pessoal ai também é um pessoal pobre e eles solicitam o dia inteiro é cesta básica, é remédio, é tudo, que você possa imaginar eles estão só solicitando e uma coisa também do pessoal aqui, o pessoal não pela doença, mas é um pessoal de a educação são muito sem educação eles não pedem, por favor, para nada, não dão obrigado para quase nada é só solicitar, é só a mim, eu quero, eu quero, eu quero, eu quero, eu preciso, eu quero, eu preciso não mais a cesta básica, não mais pega a cesta básica aqui, pega a cesta básica acumula entendeu...”*(Profissional de saúde, nível superior)

*“Olha a maioria vive na pobreza né, tem paciente aí que você vai na casa deles que você não consegue entrar, não tem nada, dá dó.”* (Profissional de saúde, nível superior)

*“Não tem com quem deixar esse paciente ou não tem como pagar uma pessoa pra cuidar desse paciente então já é um complicador a mais, outros que estão com pensão são parentes mais antigos que estão aposentados os pais estas coisas são pessoas que ganham pouco, pessoas que tem mais dificuldade de locomoção de agilidade então também eles já moram em condições precárias então existe todo um problema com estas famílias...”* (Profissional de saúde, nível superior)

Os profissionais descrevem que a maioria da clientela vive em um contexto de pobreza. A condição de precariedade também é observada em relação à alimentação. Segundo alguns profissionais, algumas famílias necessitam de cestas básicas.

*“Isso, e tem alguns que a gente libera porque assim são bastante pacientes pra almoçar, de vinte a trinta fora os internados, então aí a gente procura fazer um contrato de quem realmente tenha necessidade, às vezes é feita uma visita, a assistente social faz uma visita pra poder ver como tá a situação realmente em casa, é fornecido vale cesta básica.”* (Profissional administrativo, nível técnico)

Ainda em relação à alimentação, os profissionais relataram que o serviço é utilizado por alguns pacientes, além do atendimento e tratamento, também em função da alimentação oferecida (café da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar).

O depoimento a seguir ilustra a situação de um paciente que não tem casa, faz ‘bicos’ na rua e utiliza o serviço para realização de refeições e higiene:

*“Então, tem uns que vem sem tomar café porque não tem em casa nada. Tem uns que vivem na rua. Que nem o Í. né, ele sempre tá de mochila, ele sempre dorme na rua, ele ajuda um pessoal que tem umas barraquinhas de camelô, então ele ajuda a montar de manhã e no fim da tarde ele ajuda a desmontar, só que ele ganha acho que é um salário por mês, que ele tem cartão, ele tem um benefício que eu não sei qual é, só que ele tem um benefício, só que ele não aluga um quarto, ele não...Ele toma conta de carro, ajuda lá na barraquinha montando e desmontando e ele dorme ao relento,*

então ele come aqui no hospital mesmo, toma banho aqui, então ele necessita daqui né, ai ele teria que ser orientado também num caminho pra ele arrumar um emprego né, reciclagem do lixo, alguma...<sup>23</sup>(Profissional de limpeza, nível fundamental)(grifos nossos)

No discurso dos profissionais também foi relatada a idéia de que as condições em que vive a clientela contribuem para o desenvolvimento dos transtornos mentais.

“Aqui junta o problema psiquiátrico, junta toda uma questão social, uma pobreza mesmo entendeu, pobreza, miséria, então você ate entende às vezes quando a pessoa pira, ela pira porque tem familia pra sustentar e não tem dinheiro, então às vezes ‘pimba’, ela desliga, sai do ar porque não tem mais nada pra fazer né, isso ai é de realmente cortar o coração, você ver aquela pessoinha que vem buscar o remédio naquele frio e tá com um chinelinho porque ela não tem um sapato, e se ela não tem um sapato às vezes ela não tem nem o que comer. Então, nessa região específica, o NAPS daqui da zona noroeste tem essa, eu diria até uma comorbidade, eu sei que comorbidade não é isso, mas é, essa dificuldade financeira, social que prejudica muito a pessoa, né, desgasta mentalmente, imagina você, quem não passou por isso, às vezes perdeu um emprego e não dorme direito, começa a ter insônia porque fica preocupado.” (Profissional de saúde, nível superior) (grifos nossos)

A condição da clientela atendida no serviço é considerada inclusive na proposta de tratamento, como observamos no trecho a seguir:

“...Geralmente é pra observação né (visita domiciliar), pra ver se tá tomando o medicamento direito, às vezes até uma alternativa, a questão é social mesmo né, é a mãe que trabalha e o filho é doente e não tem com quem deixar...Então acaba passando um pouco por isso. (...)Ahã, o W. é um caso, social mesmo, de ficar aqui porque a mãe trabalha, não tem condição.”(Profissional de saúde, nível superior) (grifos nossos)

A proposta de tratamento citada no caso deste paciente sugere que o NAPS também é visto como um lugar para deixar o paciente. O profissional avalia o caso além da doença, reconhecendo que a explicação para o sofrimento extrapola a classificação médica e incorporando aspectos sociais da população atendida.

Embora os profissionais tenham caracterizado a clientela como pobre e carente, algumas ressalvas foram feitas no que diz respeito a algumas famílias que vivem com pacientes em tratamento e se utilizam do benefício ou aposentadoria recebida pelos mesmos para despesas próprias.

Os trechos a seguir ilustram a situação destes pacientes e suas famílias em relação aos benefícios recebidos:

---

<sup>23</sup> É curioso notar que o termo utilizado pelo funcionário para designar o serviço de saúde é “hospital”.



*“Eu tenho visto muitos pacientes que a família toma conta do dinheiro, mas toma muito mais conta do próprio dinheiro do benefício do que do próprio paciente, deste dinheiro que ele ganha todo não é revertido totalmente para o paciente para a alimentação para os cuidados de higiene para a moradia não é específico para o paciente, não na verdade às vezes o paciente pega muito pouco deste dinheiro é mais direcionado para a própria família que às vezes eles nem trabalham são desempregados porque se encontram muitos desempregados estão sustentando a família com o dinheiro deste benefício, temos um caso aqui que a mãe que é a tutora do indivíduo a mãe é uma senhora que já foi uma vez fazer buscar o paciente, a mãe é uma senhora que não tem condição nenhuma de se cuidar.” (Profissional de saúde, nível superior)*

Alguns familiares, como tutores do benefício recebido pelos pacientes, nem sempre repassam o recurso aos mesmos. No entanto, torna-se clara a idéia de que a clientela, a partir da demanda por cestas básicas, reconhece seus direitos e atribui o cuidado ao Estado<sup>24</sup>.

Foi ainda relatado um caso em que o irmão de um paciente paga pensões a ex-mulheres com o benefício do mesmo. O paciente é freqüentemente visto no serviço com roupas precárias, rasgadas e surradas, e pouco agasalhado em dias frios. O trecho a seguir ilustra a situação deste paciente e de sua família em relação ao benefício:

*“Aí a família ligou e falou assim o fulano teve alta, ainda não, a não porque a conta dele teve um problema vai ter que ir lá na conta, quer dizer só esta interessado, existe esse problema financeiro que é muito grave, né as famílias não estão mais querendo é muito trabalho, muita dor de cabeça, eles querem ficar longe se pudesse ficar internado o resto da vida fica, se puder ficar no Naps eterno fique aqui no Naps eterno entendeu, mas que não mexa no benefício quer dizer se ele esta aqui o benefício não é necessário porque o benefício é dele é para ele entendeu, mas ele esta aqui então, mas não.”(Profissional de saúde, nível superior) (grifos nossos)*

Observamos que, embora direitos previdenciários existam para alguns pacientes, existe também uma dificuldade da família em direcioná-los a algumas necessidades dos pacientes.

Esta idéia se torna mais clara quando observamos as falas de alguns profissionais no tocante a algumas necessidades apresentadas pelos pacientes.

*“Não tem e às vezes ficam poucos auxiliares e eles têm que dar banho no paciente, porque às vezes o paciente não quer tomar banho e não adianta trocar o lençol e deixar a roupa do mesmo jeito, ai às vezes a família não trouxe a roupa ai tem que correr atrás de uma camisa, de uma calça, de uma bermuda, tá frio tem que ter um casaco. Então, porque tem gente morrendo de frio aí na rua e a família trouxe pra*

---

<sup>24</sup> Podemos observar que para a população estudada existe uma noção de cidadania distorcida. Os familiares possuem uma noção precária de seus direitos, se aproximado mais da idéia de assistencialismo do que de direitos e deveres.

*dentro do hospital e não traz um agasalho, acha que o hospital tem o direito de dar isso tudo...*” (Profissional de saúde, nível superior)

*“Eu acho que falta trabalhar com a família trazer assim coisas íntimas do paciente, por exemplo, sabonete, pasta, porque o hospital ele não é obrigado a dar pasta de dente, sabonete entendeu, e a gente acaba trazendo de casa, eu trouxe sabonete, pasta de dente pra cá, sobrou em casa a gente traz, xampu eu já trouxe. Que a família não quer trazer, eu acho que não é bem por aí, quando você interna no hospital, o que que a pessoa pede, a pessoa fala assim, você leva roupa, você leva sua camisola, você vai fazer uma cirurgia você tem que levar, se tem alguém seu que tá há muito tempo internado aí eles pedem fralda, a família tem que fazer, é cara a fralda geriátrica. Aí você tem que pedir um familiar, um amigo pra levar sempre, alguém leva, o que tá faltando aqui na equipe nesse Naps, não digo os outros, é isso a família se responsabilizar pelo material pessoal dos pacientes porque eles não querem saber, que eu acho que um sabonete uma pasta não é pra gente dar, não é verdade, eu acho que é para a família dar, que tem pasta de dente aí de R\$ 1,50 ou R\$ 0,80, escova de dente das mais baratas não precisa ser aquela de é... Mas não trazem, eles não querem, é isso que falta que eu fico assim impressionada como que não tem uma pessoa pra chegar pra essa família e trazer, tinha que ter uma listinha, olha quantos dias internado aqui, a senhora tem que vir aqui e trazer pasta, sabonete, roupa, de manhã quando eu te eu falo, amanhã vem traz a roupa porque eu acho que a família tem pelo menos que participar disso daí, não é um sacrifício, não é o serviço que tá, não tá cobrando dinheiro não tá cobrando nada eu acho que é a família que tem que trazer.”* (Profissional de saúde, nível superior) (grifos nossos)

Os relatos acima ilustram como alguns familiares acabam por desprezar algumas necessidades essenciais do paciente, mesmo quando estes se encontram internados. Para suprir tais necessidades, observa-se que há uma responsabilização individual, em alguns casos do profissional, em outros da família, não sendo a organização do serviço responsável por essas necessidades.

No tocante à compreensão do tratamento por parte dos familiares, os profissionais relataram dificuldades de compreensão inclusive acerca da doença, como mostram os relatos a seguir:

*“E pensa mesmo, então eu acho que é muito importante estar orientando a família isso que eu te falei ele não tem consciência acha que ruindade que imagina, porque não rasgou dinheiro e não comeu merda não é louco.”* (Profissional administrativo, nível técnico) (grifos nossos)

*“Dos que eu conheço ao longo dos anos, com muita dificuldade, eu acho que esse sentimento de culpa gera em muitas famílias um sentimento de rejeição do doente, porque são poucos os conhecimentos sobre o comportamento patológico, de como lidar com esses comportamentos, porque na verdade o paciente tá alterado em função da doença e eu gosto muito do conceito de um autor que fala que a doença mental é a perda do livre arbítrio, você não está mais ali sob a sua influência, você está sob a influência de uma alteração, então se as pessoas estivessem exercendo seu livre arbítrio, por mais que eles achem que estejam e a família, a sociedade achem que*

*aquilo que ele tá fazendo aquilo porque ele quer, mas não, ele está sob influência de uma alteração, porque se estivesse bem ele não faria determinadas coisas como bater, tirar a roupa, ele não faria e nesse sentido as famílias tem muita dificuldade em entender.”* (Profissional de saúde, nível superior)

*“Sabe que é um doente, que tá louco, mas por outro lado eles exigem o comportamento de uma pessoa normal, não aceitam o comportamento.”* (Profissional administrativo, nível técnico) (grifos nossos)

Como os sintomas da esquizofrenia alteram comportamentos, a idéia de ‘fingimento’, ‘preguiça’ e ‘moleza’, segundo os profissionais, está presente no discurso dos familiares.

*“Se queixam das menores coisas, assim, primeira coisa é a perda do pragmatismo, a pessoa não consegue mais realizar atividades, que a doença afeta, principalmente a esquizofrenia, então a grande queixa, quando é mulher é esse casamento estar fadado, e a grande queixa que os maridos faziam é “ah essa mulher não serve mais pra nada, ela não quer nem fazer a comida, não quer arrumar a casa, lavar a louça, como é que eu faço? Ela não pode ficar desse jeito!”, ou seja, eles não conseguem lidar com isso. Ou acham que a pessoa ficou muito preguiçosa, não quer fazer mais nada, ou até tem essa compreensão mais não consegue conviver com isso, ele é marido e não consegue conviver, é muito sofrido.”* (Profissional de saúde, nível superior) (grifos nossos)

*“E aí você vê assim, que reclama demais da doença, lógico que deve ser difícil e é difícil, mas você vê assim a diferença diante de uma realidade como duas pessoas podem reagir né, uma tomando aquilo como um fato e não há o que fazer a não ser tentar melhorar, e outra que é sempre assim, os outros tem que fazer por ela, porque é muito difícil lidar com o problema, porque “essas meninas tão assim” e ela às vezes acha que não é um problema de saúde, que é culpa delas né “porque são moles”, entendeu, tem esses dois diferenciais aqui pra mim.”* (Profissional de saúde, nível superior) (grifos nossos)

Assim, embora compreendam que os pacientes estejam necessitando de cuidados médicos, a peculiaridade de um transtorno mental como a esquizofrenia, segundo os profissionais entrevistados, faz com que a compreensão do tratamento se torne complexa para os familiares.

Cardoso (2002) aponta que o comportamento das pessoas afetadas pela “doença dos nervos”, sob um aspecto moral é geralmente interpretado como “vagabundagem” ou “preguiça”. Assim, as pessoas afetadas estariam “fingindo” tais comportamentos na tentativa de escapar das responsabilidades e atribuições relativas à família e ao trabalho.

Ainda acerca da compreensão do tratamento, foram citadas dificuldades por parte dos familiares na compreensão do prognóstico. Os profissionais relataram que a idéia de que os

pacientes possam voltar a agir de forma considerada “normal”, “sara” está presente no discurso dos familiares.

*“Ao normal deles que eles falam né, o que é o normal para eles eu não sei exatamente, mas eles falam que pelo menos eles vão ter uma melhora né, eles não entendem, eles ficam muito decepcionados se eles ouvem que o paciente dali não vai melhorar, só tende a regredir mais, só vai piorar mais né, o que ele consegue é estabilizar aquele quadro que ele está atual melhorar não, mas isso tem muita solicitação você ouve muito esta idéia aqui, que o paciente vai melhorar ele vai voltar o que era antes, que ele vai voltar a trabalhar.”* (Profissional de saúde, nível superior)

*“É isso no início dos vinte e poucos anos deles tal que ele estudava que ele tinha trabalhado, a que ele vai voltar a estudar, voltar a trabalhar, vai ter um dia condições de morar sozinho você ouve muito isso aí.”* (Profissional de saúde, nível superior)

Foram citadas dificuldades no que diz respeito à responsabilidade no cuidado do paciente. Conforme observado no relato dos profissionais, os familiares não assumem o cuidado ao paciente, e creditam esta atribuição exclusivamente ao serviço, este funcionaria como uma “creche”, um “depósito” para os pacientes.

*“Então, existem aqui dois grandes exemplo, uma mãe, essa que eu acabei de te contar, super preocupada, você olha assim o biótipo dela parece que ela que é a paciente do NAPS, toda destrambelhadinha, mas ela é a mãe né, mas uma pessoa extremamente participativa, presente, preocupada, ela é assim um exemplo e vem e quer conversar, quer saber, todo mundo conhece ela. E existe outro tipo de mãe que você vê que o que que ela faz, ela simplesmente vem e larga as filhas na creche. Funciona como uma creche, larga e tchau.(...) No caso dessa mãe ela acha que se as filhas fizessem força, se esforçassem elas conseguiriam né, tem outros que acham que o NAPS tem que curar a pessoa.”* (Profissional de saúde, nível superior) (grifos nossos)

*“Bom eu acho que em alguns casos a família prefere que fique aqui pra se livrar do peso de ficar em casa tomando conta, então praticamente joga ele aqui de manhã, vai lá, passa o dia.”* Porque tem muitos pacientes que, às vezes eu chego mais cedo, seis e meia, e eles já tão aqui na porta. E abre oito horas, então quer dizer, esse tempo todo eles tão na rua por quê? Se o paciente tem problema psiquiátrico a família tem que segurar ele ou trazer ele na porta do hospital entendeu, mas não, se é seis e meia da manhã e ele já tá batendo aí é porque a família mandou ele embora né, mandou pra rua, então eu penso isso.(...).” (Profissional de limpeza, nível fundamental) (grifos nossos)

*“Olha, o proposto é a manutenção desse quadro, que não fique nem melhor nem pior, que fique ali né, e que agente consiga trazer a família pra cuidar, porque dos crônicos a maior dificuldade é a família assumir, cuidar como tem que cuidar, eu acho que dos crônicos aí sim o trabalho é mais voltado ainda para a família, dando apoio a eles, senão... Depende, se for mãe, é a mãe que deixa o filho aqui e leva pra casa numa boa, depende da relação. Do tipo de vínculo, se é mãe, se é pai, se é irmão, se é marido e mulher, depende muito...E aí disso depende a colaboração também né, o tempo de dedicação, o tratamento, muitos querem depositar mesmo né, agente marca”*

um horário “olha, das oito a uma hora” ai vem buscar seis horas né, então o movimento é meio de depósito mesmo, deixar em algum lugar pra ter um sossego, um alívio, porque não é fácil pra eles também né, por outro lado.” (Profissional de saúde, nível superior) (grifos nossos)

“Olha, é pelos que eu vi acredito que muitas famílias querem que eles continuem aqui. (...) É, acontece, mas também tem aquele que, pede pelo amor de deus pro, é isso que eu acabei de falar, pede pelo amor de deus... Não, pro o psiquiatra continuar na internação “não, não, não, não, não, não dá pra levar não, não, porque eu não tenho tempo, não tenho não”, que nas reuniões que a gente vivencia é relato, relato e relato em cima de famílias que tá pedindo que continue a internação mesmo que a pessoa já tenha melhorado então tem desde...” (Profissional de saúde, estagiário) (grifos nossos)

Silva (2005) ao abordar os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental, aponta que nos CAPS do município do Rio de Janeiro os profissionais acionavam práticas em torno da noção de responsabilidade. Para a efetivação da atenção psicossocial era convocada a responsabilidade daqueles que cercavam o paciente, de forma que familiares, vizinhos e profissionais de outras áreas eram convidados a participar da assistência psiquiátrica. No entanto, em seu estudo, os atores convocados a participar da assistência apresentavam dificuldades em tomar para si o cuidado.

Em estudo qualitativo realizado em um CAPS no município de Andradas, Minas Gerais, Antunes e Queiróz (2007) analisaram as representações sociais dos profissionais de saúde envolvidos com o atendimento ao doente mental considerando as propostas preconizadas pela reforma psiquiátrica. Os profissionais que participaram deste estudo apontaram que existe resistência da população no tocante a proposta de assumir responsabilidade no tratamento e reinserção do paciente psiquiátrico, o que se aproxima dos resultados deste estudo.

Além da questão dos familiares não assumirem os cuidados em relação aos pacientes, os profissionais entrevistados também citaram que o cansaço e a falta de paciência estão presentes na relação entre familiares e pacientes.

“Muita, mas eu digo o próprio paciente seja de idade e às vezes grita, fica gritando durante a noite e chega uma hora que a pessoa não agüenta mais e é até um descanso, existe isso. Lógico que se há a necessidade de manter essa pessoa aqui por um tempo ela vai ficar, mas né, o enfoque do NAPS não é esse, ser casa de repouso, por mais que as pessoas às vezes forcem, vão atrás de medida judicial pra conseguir internar pra dizer que tá assim e tá assado, e na verdade não é, na verdade eles querem um descanso, alguns querem viajar durante um tempo e com quem vai ficar aquela pessoa né, então aqui a gente lida com isso também, a própria, digamos uma

certa rejeição dos pacientes pelos próprios familiares, isso existe.” (Profissional de saúde, nível superior) (grifos nossos)

*“Porque eles estão cansados! Porque tem paciente que, por exemplo, começou essa doença com vinte anos e hoje ele tá com cinquenta e não modificou.”* (Profissional administrativo, nível técnico)

“Precisa de internação porque eu não agüento mais, já aconteceu de os pais dele falar assim o eu quero ele, eu quero que interne porque eu estou cansado eu não agüento mais eu quero descanso.” (Profissional de saúde, nível superior) (grifo nosso)

“Não esgotado, eles falam sim que não agüenta mais que tem que mandar pro Juqueri, não sei o que, entendeu e eles vêm assim mesmo.” (Profissional de saúde, nível superior) (grifos nossos)

Os trechos acima ilustram que os profissionais do serviço reconhecem a dificuldade da convivência com um paciente com transtornos mentais.

Esta convivência difícil, por vezes, faz com que os familiares façam de tudo para internar o paciente, inclusive provocá-lo a ponto de causar um desequilíbrio.

“O que a gente observa muito é que os familiares às vezes de propósito isso acontece propositalmente não mantinham o tratamento para que o paciente entre em crise e volte para cá.(...)Certo não dá o remédio, deixam de dar remédio, provocam o paciente o paciente entra em crise vai para o pronto-socorro e do pronto-socorro volta para cá.” (Profissional de saúde, nível superior) (grifos nossos)

Como demonstramos acima, a relação do serviço com a família dos pacientes é difícil, visto que, segundo os profissionais, os familiares não assumem o cuidado aos doentes como deveriam.

#### **4.3.3 Funcionamento e relacionamento do serviço com a rede de saúde e saúde mental**

A seguir descrevemos como os profissionais entrevistados avaliam o funcionamento do serviço e como descrevem o relacionamento entre a rede de saúde mental e outros serviços de saúde.

Abordamos também as limitações da prática profissional citadas pelos entrevistados e como os mesmos imaginam o funcionamento ideal de um serviço de saúde mental.



Quanto ao funcionamento do serviço para os casos de pacientes graves, existem duas possibilidades, a internação e o Hospital Dia (HD), na qual os pacientes chegam ao serviço pela manhã e durante o dia participam de atividades e recebem medicação.

Os trechos a seguir, extraídos das entrevistas com os profissionais demonstram o que o serviço oferece em relação ao tratamento dos pacientes graves:

*“Ah, o paciente, dependendo do paciente se ele tá muito ruim ele fica internado, depois de um tempo de internação é feito, é liberado que ele vá pra casa, mas ele faz um HD né até ele ir se recuperando mais e ter condições de estar tomando essa medicação sozinho em casa com um familiar né, se não tiver ele volta e continua tomando essa medicação diariamente aqui né.”* (Profissional administrativo, nível técnico)

*“Vamos supor assim, paciente que a gente diz que está em cuidado semi-intensivo, ele vem, fica durante uma parte do dia né, tem uns que vão embora logo depois do almoço, outros vão às seis horas da tarde e vão dormir em casa e voltam no dia seguinte, ou segunda, quarta e sexta, existem vários regimes de cuidado semi-intensivo. Então esses pacientes são convidados a participar das diversas atividades que em oficinas passeios, por exemplo, toda sexta-feira tem aula de dança né, de salão, às vezes passa-se filmes, tem apresentação de músicas, tem o brechó, então eles são convidados a participar dessas outras atividades para se relacionar. A intenção é justamente ressocializar, fazê-los aptos ao convívio social o mais normalmente possível.”* (Profissional de saúde, nível superior)

A complexidade de lidar com pacientes que sofrem com transtornos mentais é mostrada em alguns depoimentos de auxiliares de enfermagem, estagiários e enfermeiros. Segundo estes, mesmo com atividades disponíveis no serviço para os pacientes, muitos não as aceitam, preferindo não fazer nada.

*“Por exemplo, eu to fazendo a atividade de jogar bola com os pacientes aqui, chama e eles não querem, eles começam a sair andando entendeu, dança, por exemplo, nós fizemos quadrilha, dança aqui tinha muitos pacientes que participavam, mas têm outros que não queria, não tinha vontade não adianta.”* (Profissional de saúde, nível superior)

Observamos que a oferta de atividades e o processo de reabilitação dos pacientes encontram obstáculos que dizem respeito à patologia e também a algumas limitações relacionadas ao que é oferecido e ao que é possível dentro do serviço.

A relação com os outros serviços de saúde mental é descrita como conflituosa. Foram citados problemas entre os serviços da própria rede de saúde mental do município.

*“Aí não cabe a nós sabe, a emergência tá vindo do PS né, então passa primeiro pelo PS, e se houver necessidade da internação e nós não tivermos vaga aqui aí o PS que procura outros locais.”* (Profissional administrativo, nível técnico)

*“Então é aquela coisa, aquela parte que eu te relatei que às vezes um serviço joga pro outro, que um joga e que o outro joga, mas isso na parte negativa.”* (Profissional de saúde, estagiário) (grifos nossos)

*“Na própria rede é horrível eu acho (referência).”* (Profissional de saúde, nível superior)

Foram citadas ainda dificuldades em relação ao tratamento dos casos de pacientes que fazem uso de drogas. Segundo os entrevistados, existe um risco em tratá-los juntamente com os casos graves e dúvidas acerca da responsabilidade do serviço frente a estes casos.

O depoimento a seguir ilustra esta questão:

*“Os pacientes que são usuários de drogas então eles já até conversam direito e a gente já sabe que eles são usuários de drogas quando eles começam a se encontrar muito aqui, a gente até evita fazer muito HD no mesmo período com estes pacientes por que eles tão sempre às vezes conversando a este respeito. É existe um problema muito difícil com o sistema da Prefeitura que trabalha específico com drogas e álcool. Porque muitos pacientes são enviados para lá, são devolvidos porque falam que são problemas de transtornos mentais, transtornos psiquiátricos. Normalmente os pacientes que a gente encaminha para lá acabam voltando, porque falam que o paciente não tem só problemas com álcool e drogas e ele tem problemas de transtorno psiquiátrico, mas qual o paciente que é usuário de drogas tem dependência química, tem dependência de álcool que não tem transtornos psíquico, eu não sei o meu conhecimento que não tenho nenhum conhecimento nesta área fica uma coisa ruim é um limite muito tênue né? É, é o ovo e a galinha né ele tinha um transtorno psíquico e usou drogas ou ele usou drogas e ficou psíquico.”* (Profissional de saúde, nível superior) (grifos nossos)

Observamos que existe uma resistência em aceitar casos de pacientes que fazem uso de drogas, não sendo clara a atribuição dos serviços em relação a estes casos.

Também conflituosa é a relação dos pacientes com o sistema de saúde. Conforme os depoimentos dos profissionais existe preconceito no atendimento a pacientes portadores de transtornos mentais.

Os trechos a seguir demonstram algumas dificuldades e a idéia de preconceito citada pelos entrevistados:

*“Olha em termos assim de AMBESP(Ambulatório de Especialidades) não tem tanta dificuldade, a dificuldade maior que assim, existe no meu ponto de vista, existe assim, acho que de uma maneira geral, os pronto-socorros têm muita discriminação com o paciente psiquiátrico, vamos dizer assim, que eles estão acostumados a lidar com,*



vamos dizer, pessoas normais com outras doenças... Isso, outra clientela e assim, aquela clientela sai dali recuperada numa boa e o psiquiátrico ele é muito de vai e vem então ele tem uma crise, melhora e depois volta, então o pessoal que não tá acostumado com a psiquiatria não tem paciência. Pelo menos até hoje assim eu só senti dificuldade maior com o PS.” (Profissional administrativo, nível técnico) (grifos nossos)

“(...) O objetivo principal do estágio é que o aluno, o profissional de saúde desfaça aquela visão tradicional que se tem da doença e do doente mental e que ele aprenda a conviver com o doente em situações de convívio mesmo, na sociedade, então nós fazemos muitos passeios pra que isso seja normal por que o que que acontece, os profissionais de saúde em geral, no serviço de saúde, pronto-socorro, hospital, eles têm verdadeiro horror de chegar perto de quem tem doença mental, então tem um descuido sobre aquela pessoa, aquele cidadão, só porque ele tem doença mental. (...) Olha, eu não sei te dizer muito bem, mas eles usam muito o Pronto-Socorro, o PS. Mas no geral, a experiência que eu tenho dos pacientes que freqüentam outros serviços de saúde, por conta de hipertensão, um ferimento, enfim, a receptividade não é boa, não é boa com os pacientes da saúde mental, e isso em qualquer lugar, eles têm um distanciamento, não gostam de receber paciente, policlínica, eu vejo e já ouvi muitos relatos de pessoas que falam “olha o paciente...”, tem policlínica que quando um paciente chega lá eles chamam a guarda-municipal, eles têm medo... Tem dificuldade de explicar, e eles não são muito bem atendidos não, a não ser aqueles que têm mais desenvoltura, por exemplo, a S., ela é bem despachada, tem iniciativa, mas os mais prejudicados...(...) Mas isso é comum e terrível, porque se o paciente manifesta algum sintoma, ele está exercitando a cidadania dele, mas parece que invalidam a pessoa “a não, ele é treze, esse aí é doido, é da saúde mental, deixa lá”...”” (Profissional de saúde, nível superior) (grifos nossos)

“Existe, a maioria das pessoas assim policlínica, pronto-socorro, eles não gostam muito de atender paciente psiquiátrico não, só a gente mesmo, não que eles não gostem, não que eles maltratam. Então num endócrino o médico faz o atendimento, faz a consulta né, consulta lá, interconsulta né, e a gente marca quando tá internado sempre leva o paciente, um auxiliar acompanha. O que eu acho, que não é preconceito não é nada, eu acho é até um sei lá não sei te explicar, eu acho que é uma coisa que eu acho que deveria ter mesmo, alguém, sabe assim, tem curso, também né a gente vamos supor um psiquiatra vai lá e fazer o curso fazer o negócio, eu não sei se tem, não tem, eu sei que quando eu levo os pacientes lá agora eles atendem bem.”” (Profissional de saúde, nível superior) (grifos nossos)

No entanto, por conta de muitos pacientes habitarem a região há muitos anos e conhecerem profissionais que atuam na rede pública de saúde, por vezes este caminho é facilitado.

“Isso acontece com certa facilidade até pelo conhecimento dos profissionais que trabalham aqui. Não pelo sistema. Eu conheço a enfermeira ali eu vou lá falo com ela um instantinho eu arrango, com as enfermeiras que trabalham aqui conhecem ela o pessoal do pronto-socorro já vai lá arruma o negócio. São pacientes antigos daqui vamos dizer assim que já estão acostumados tanto com o sistema de pronto socorro, de médico, eles vivem o tempo inteiro eles necessitam, eles necessitam estar passando

*pelos médicos de pronto socorro, policlínica, é impressionante você ver a ficha deles é...”* (Profissional de saúde, nível superior)

É possível constatar que a relação estabelecida com o Sistema Único de Saúde é dificultada por conta dos profissionais não estarem habituados ao manejo com os pacientes esquizofrênicos. Por outro lado, observamos que existem relações estabelecidas entre profissionais e pacientes que facilitam o acesso aos serviços oferecidos na rede pública, distanciando-os dos direitos e da noção de cidadania e aproximando-os de uma lógica de proximidade e familiaridade.

A dificuldade de circulação do paciente psiquiátrico no sistema de saúde também ocorre em outros serviços. Estudos apontaram a existência de pouca integração da assistência psiquiátrica aos outros serviços de saúde, inclusive de saúde mental (Nascimento e Galvanese, 2009; CREMESP, 2010).

Como limitações da prática profissional foram citadas questões como interrupção no tratamento, como por exemplo, abandono e inclusive interrupção na medicação.

*“Então tem uns que eles vêm aqui estão buscando, mas o que falta neles tanto nesta terapia dos números quanto em qualquer outra falta é continuidade que é muito difícil você pegar uma paciente que tenha continuidade na terapia, que eles começam daqui a pouco eles mudam não querem vir mais, daqui a pouco voltam, não tem continuidade no tratamento, a única necessidade deles é vir pra cá para pegar o remédio, pra tomar o remédio e até logo isso é impressionante.”* (Profissional de saúde, nível superior)

*“Se você der medicação para 1 mês eles somem e depois tem uns que abusam da medicação ou não tomam a medicação não é, vendem a medicação. É isso tem muito, muito tráfico de medicação, eles vendem. Vendem sim... Mas eles não querem tomar remédio. Não quer não quando eles tão melhores um pouco melhores eles acham que eles estão legais e talvez não precisem de medicação essa é uma conversa que você ouve bastante, a eu estou legal, estou bem eu não preciso de medicação, é difícil você embutir neles que eles estão bem por causa da medicação. Que é continuação, ele vai continuar estável por causa da medicação lógico que a medicação esta fazendo efeito que esta deixando ele bem, é isso que esta deixando ele bem, e ele acha que quando ele esta bem ele esta bom, não é bem ele fica estando bom e aí não precisa da medicação.”* (Profissional de saúde, nível superior)

O uso de substâncias não recomendadas juntamente com a medicação e a interrupção da medicação em função de crenças religiosas também surgiu como limitação para a prática profissional.

Os desagradáveis efeitos colaterais provocados pela medicação e a necessidade de tomá-la por tempo indeterminado visando o controle dos episódios psicóticos reforçam o

estigma em relação aos pacientes psiquiátricos, atestando o lugar diferente que eles ocupam na sociedade (Cardoso, 2002).

A interrupção da medicação da população atendida, segundo os profissionais é classificada como limitadora, no entanto, observamos que as concepções de familiares e profissionais não apenas quanto às doenças mentais, mas também ao tratamento, partem de universos culturais que não são necessariamente complementares. Para os familiares a medicação é significada como uma das formas possíveis, entre outras, de se buscar alívio.

A grande demanda foi citada como limitadora, pois interrompe a relação de referência entre profissionais e pacientes e não permite a concretização dos projetos terapêuticos.

Os depoimentos abaixo explicitam que a grande demanda acaba por prejudicar a prática profissional no que diz respeito ao acompanhamento dos casos de pacientes graves:

*“O limite é o quantitativo você tem uma demanda muito grande é você é que nem acho que saúde é você acaba que quando o paciente melhora um pouco, você já larga de mão porque tem que pegar outro um pouco pior.”* (Profissional de saúde, nível superior) (grifos nossos)

*“Você acaba vendo o outro que esta pior entendeu aquele que melhorou um pouquinho saiu aqui do atendimento, saiu daqui da unidade você acaba esquecendo porque teoricamente ele esta bom ainda sai daqui do atendimento ele não esta precisando mais, quando ele retornar ao serviço ele vai estar precisando ai você começa a dar atenção de novo para ele você não tem como pegar aqui uma ficha e separar aqui esta ficha este paciente aqui.”* (Profissional de saúde, nível superior) (grifos nossos)

*“Então, quando tinha quarenta todo mundo tinha referencia, agora que tem quatro mil não tem como ter referência, então você tem que escolher... Agora, por exemplo, o paciente que tá de HD e HI tem que ter referencia, não tem jeito... E mesmo assim às vezes não tem. Mas o ideal é isso que todos pudessem ser acompanhados né, a regionalização já diz isso, perto, o mais próximo possível, ou seja, um laço estreito, afetivo né, social, seria tudo isso, e hoje agente não faz desse modo, não porque não queira né... Risos... Mas não tem possibilidade.”* (Profissional de saúde, nível superior) (grifos nossos)

A ausência de recursos materiais foi citada como limitadora. O trecho abaixo demonstra como o tratamento é dificultado por conta da pouca disponibilidade de veículos para o NAPS:

*“Aquele paciente que o cara é referência ele sumiu você não tem como, veículo aqui tem veículo uma vez por... por mês para fazer uma visita o que é uma coisa completamente sem nexos nenhum né, você vai escolher entre os 1.300 pacientes ou 1.400 que você tem aí você vai escolher três pacientes por mês para fazer uma visita é*

*uma coisa que não dá para você fazer, é atendimento de quem está precisando, quem bater na sua porta você está socorrendo.”* (Profissional de saúde, nível superior)

O número reduzido de profissionais que atuam no NAPS também surgiu como limitador da prática profissional.

Os trechos a seguir demonstram as dificuldades da equipe por conta do número pequeno de profissionais:

*“Você tá usando uma sala que era pra um médico tá dando consulta, mas como não tem ninguém. Então, e mais profissionais trabalhando, principalmente auxiliares, às vezes tem dois no plantão e tá cheio de paciente pra dar medicação, trocar as camas, pra dar banho porque tem paciente que não toma banho sozinho, se tá todo mundo lá em cima, se ninguém fugiu, às vezes pra tomar café, jantar tem que ter um auxiliar acompanhando, quer dizer, se o paciente só pode comer no leito aí fica um lá no leito e um olhando aqui em baixo e quem tá olhando eles pra lá e pra cá? Porque é difícil, o paciente acaba de comer e já quer subir pra ver televisão ou quer dormir automaticamente, então até esperar os outros todos comer também os auxiliares também ficam numa situação complicada.”* (Profissional de limpeza, nível fundamental)

*“A terapia aqui é uma terapia que ajuda, mas eu acho que por falta de espaço, falta de profissionais, falta de tempo é uma atividade terapêutica não progride muito assim, e aqui o que eu acho que segura mais é o tratamento medicamentoso mesmo.”* (Profissional de saúde, nível superior) (grifos nossos)

*“Acho que a falta de pessoas pra trabalhar, a equipe reduzida acaba por não conseguir oferecer para as famílias um atendimento necessário. Eu já passei por vários NAPS, já estagiei no NAPS I, NAPS II, NAPS III, só não estagiei no NAPS IV e V, e eu acho que é a falta mesmo de pessoas para trabalhar, porque quem está lá, a equipe técnica, são pessoas que realmente gostam, gostam do que fazem e da saúde mental, até gostam, mas acontece um desgaste pelo excesso de paciente, um desgaste que também eu vejo e já passei por isso, um desgaste do gestor, essa falta de resposta às necessidades, do que você precisa. Por exemplo, você quer desenvolver um programa tal e aí não tem apoio do financeiro, em vários programas que eu trabalhei eu tirava do meu bolso ou então pedia pra comunidade. Eu tinha um grupo de Ikebana e eu comprava material, esponja, papel, e as flores eu pedia na floricultura e eles davam as flores.”* (Profissional de saúde, nível superior) (grifos nossos)

*“Eu acho que faltam funcionários. É, mas eu acho que falta gente pra trabalhar, principalmente na área da enfermagem, falta bastante, tá faltando gente, a gente tá se desdobrando muito, cê vê a gente tem poucos funcionários aqui. Não, não, eu acho que aqui nós somos muito poucos pra muita gente, apesar da gente se esforçar muito, eu acho que falta sim material humano.”* (Profissional de saúde, nível superior) (grifos nossos)

Assim, no que diz respeito às limitações da prática profissional surgiram dificuldades relacionadas à ausência de recursos humanos e materiais para lidar com a grande demanda atendida pelo serviço.

A insuficiência do quadro de pessoal aparece em diversos estudos que consideram a perspectiva dos trabalhadores em saúde mental (Luzio e L'Abbate, 2006; Antunes e Queiróz, (2007); Nunes *et al*, 2008). Um estudo realizado pelo CREMESP que avaliou os CAPS do estado de São Paulo entre 2008 e 2009 apontou que a principal dificuldade encontrada nos serviços visitados relacionava-se a insuficiência do quadro de pessoal, em quase 70% das vezes as equipes dos CAPS estavam incompletas (CREMESP, 2010).

Os profissionais entrevistados foram questionados acerca do funcionamento de um serviço de saúde mental de forma idealizada. Neste tópico surgiram questões como a ampliação da rede de atendimento e a humanização do tratamento.

Os trechos abaixo ilustram como os profissionais classificam um serviço de saúde mental de forma idealizada:

*“(...) É assim, é condição digna de sobrevivência, de vida pra todas as pessoas né, acho que assim você diminuiria muito a gravidade de certas doenças, lógico que vão falar “a não mas se você for lá pra Bélgica, pra Dinamarca tem casos e tem de tudo”, sim tudo bem, compreendo, mas se um dia a gente chegasse a esse patamar e você me fizesse essa pergunta ai eu te diria, mas como eu to nessa realidade e vejo que a pobreza, a miséria, a falta de recursos ela é tão prejudicial... Então a gente vai ter que fazer um pedido pra SABESP e dizer assim “venho por meio deste requerer que se adicione na água fluoxetina durante o dia e a partir das seis horas da tarde diazepam”, para as pessoas conseguirem dormir, porque vai ser assim, a gente tá caminhando pra isso, então eu vejo assim, um serviço ideal seria ter medicação pra todo mundo sim, mas não vai ter medicação pra todo mundo se continuar do jeito que tá né, mas por que as pessoas estão ficando depressivas, aí entraria em any questões aí, falta de sentido de vida, falta de muitas coisas, mas então, na minha utopia se você pudesse proporcionar as pessoas uma melhor auto-estima né, ela ser capaz de estudar, de trabalhar, de desenvolver uma atividade, de ser remunerada, de conseguir colocar os filhos numa escola, de ter plano de saúde, sabe, não é utopia não, isso aí é a pura verdade, ou você faz isso ou as pessoas vão se deprimindo cada vez mais, vão vivendo amontoadas ai, jogadas nos cantos com os ratos e as baratas, e quem não ficaria doente numa situação dessas? Né, quem, quem não ficaria deprimido, quem não começaria a ter problema de sono? Então, lógico nos serviços eu poderia dizer algo menos utópico, factível que é a humanização nos serviços, principalmente na saúde mental né, a humanização eu acho assim (...).” (Profissional de saúde, nível superior)*

*“(...) Mas o ideal seria que cada um tivesse um projeto terapêutico né, ai não se fala em melhora, se fala em reabilitação né, cada um ter o seu projeto para ver o que dentro desse projeto de vida tá acontecendo ou não.(...) Ah, material, espaço físico é muito bom, mas às vezes deixa a desejar quando tem muita gente. Podia tá acontecendo mais coisas mais vezes, né mais tempo assim, mais coisas ao mesmo tempo.(...)De forma idealizada?...Ai, que todos os casos fossem discutidos, que todos os casos fossem acompanhados, que agente pensasse realmente na reabilitação do paciente, não é a SERPE (Seção Reabilitação Profissional)fazer reabilitação, aqui*

*também que se faz né, que a rede funcionasse como rede de fato né, atendendo as demandas conforme elas forem assim, chegando, se entendendo. Que mais? Que cada paciente tivesse um projeto terapêutico e que alguém acompanhasse esse projeto né...” (Profissional de saúde, nível superior)*

*“Eu acho que primeiramente você tratando a pessoa e não tratando a doença dela, você olhando pra ela, que é que nem aquela história você vai no médico, você nem senta, ele nem olha na cara e anota tudo e tchau, primeira coisa é quebrar isso, ai depois você insere todos os equipamentos, suprimentos que a medicina pode ter e a ciência, mas aquela coisa, não adianta você ter uma mega estrutura se as pessoas que você coloca ali pra trabalhar não dão a mínima pra você, lógico a primeira coisa é tratar a pessoa como ser humano mesmo ai depois você pensa, você pode tá no meio do mato e atendendo a pessoa muito bem...” (Profissional de saúde, estagiário)*

A idéia de humanização e aumento dos recursos humanos é mostrada novamente, o que corrobora com os argumentos citados anteriormente em relação às limitações existentes na prática profissional.

## **5. CONCLUSÕES**

Esta pesquisa partiu da idéia de analisar as necessidades existentes na assistência à saúde mental na perspectiva de familiares e profissionais envolvidos na assistência.

No plano descritivo, as necessidades apresentaram questões como responsabilização acerca do cuidado, ausência de recursos humanos e materiais.

No entanto, a análise dos dados expõe a complexidade da relação existente entre os atores envolvidos na assistência psiquiátrica. Tal complexidade pode ser verificada por meio da elaboração que as famílias têm acerca da doença e o modelo de tratamento realizado.



Observamos que mesmo em tratamento há mais de dez anos, os familiares apresentam muita dificuldade na compreensão da esquizofrenia. Em suas falas referem à possibilidade de simulação dos comportamentos por parte dos pacientes.

Vimos que para os familiares é difícil creditar os efeitos observados em seus parentes doentes (classificados pelos profissionais como sintomas) como aspectos exclusivamente biológicos. O reconhecimento do problema de seus parentes enquanto doença, a esquizofrenia, não exclui outras possibilidades de significação.

Cardoso (2002) baseada em estudo etnográfico realizado na periferia de São Paulo aponta que pacientes psiquiátricos são classificados de forma negativa por seus familiares. São vistos como membros não trabalhadores da família, que perturbam o cotidiano e tencionam as relações familiares.

A relação dos familiares com o serviço de assistência também é complicada, posto que o tratamento medicamentoso e o prognóstico não são compreendidos da mesma forma por familiares e profissionais.

O contexto de pobreza no qual vive a população atendida pelo serviço é considerado pelos profissionais como facilitador para o surgimento de transtornos mentais.

A pouca participação familiar no tratamento e a ausência de responsabilidade sobre o cuidado do paciente foram citadas como limitadoras da prática profissional, juntamente a questões como ausência de recursos humanos suficientes para dar conta da demanda que chega ao serviço.

A partir das concepções dos participantes envolvidos neste estudo, percebemos que diferentes vozes se cruzam na assistência ao paciente esquizofrênico, na maioria das vezes em planos muito diferentes. Observamos que o modelo biomédico, para os familiares, é uma das possíveis respostas para a elaboração do sofrimento dos pacientes.

Pelo que foi observado no cotidiano do serviço e na relação dos pacientes com seus familiares, verificamos que a inserção social dos pacientes se distancia do modelo proposto pelas políticas de saúde mental.

Considerando que se o serviço funcionasse de maneira ideal, tal qual descreveram os profissionais, ainda nos questionamos acerca da inserção social destes pacientes.

Partindo da noção de que os transtornos mentais são também construções sociais, a inserção do paciente esquizofrênico na sociedade esbarra em questões culturais.

Em estudo etnográfico realizado na periferia de São Paulo, Cardoso (2002) verificou que alguns aspectos da política de saúde mental, como por exemplo, o fato dos pacientes psiquiátricos receberem benefícios previdenciários e terem a possibilidade de controlar os episódios psicóticos por meio da medicação, reforçava a percepção de diferença existente em relação aos mesmos.

Segundo a autora:

[...] deslocar os aspectos morais contidos na percepção social sobre os comportamentos manifestos desses pacientes e os seus significados na dinâmica das relações familiares, para uma esfera de cuidados profissionais que os trata como sintomas pontuais a serem medicamente controlados dentro de um quadro sindrômico, para supostamente permitir a permanência e/ou reintegração desses pacientes na sociedade mais ampla, não seja suficiente para dar conta da experiência tanto subjetiva quanto social do sofrimento psíquico que requereria justamente a reelaboração narrativa e contextual para se expressar; ou seja, o domínio das representações e práticas coletivas que a regulam. (Cardoso, 2002, p.110-111)

Cardoso (2002) contribui para pensarmos a possibilidade de inserção social dos pacientes esquizofrênicos, na medida em que seus estudos apontam que a prevalência do modelo biomédico no tratamento oferecido na rede de saúde mental, desconsidera experiências subjetivas e sociais das manifestações mórbidas, assinalando que é necessário um conhecimento das representações e práticas culturais que determinam tais manifestações.

O cotidiano da assistência psiquiátrica observado neste estudo mostrou que o cuidado apresenta limitações na perspectiva de familiares e profissionais. As falas demonstraram que o cuidado umas vezes recai sobre os profissionais, outras vezes sobre os familiares.

Uma outra possibilidade de analisar estas limitações diz respeito à atuação do Estado dentro do modelo neoliberal (Paulani, 2006). Ao reduzir as funções do Estado a uma esfera de



atuação mínima, as práticas neoliberais trazem consigo “o espírito do cada um por si, do individualismo exacerbado” (Paulani, 2006: 97).

No contexto do cuidado, a responsabilidade tomada em relação aos pacientes esquizofrênicos, ocorria também por conta dos profissionais se preocuparem com questões não compatíveis às suas esferas de atuação, como por exemplo, a distribuição de cestas básicas e providenciar de material de higiene. Tais responsabilidades, tomadas de forma individual, também foram observadas quanto às atribuições dos profissionais. Vimos que profissionais de nível fundamental auxiliavam a contenção de pacientes.

As iniciativas tomadas em relação ao cuidado, no contexto deste estudo, eram insuficientes para responder as necessidades dos pacientes, distanciando-se inclusive da proposta da política de saúde mental. De forma que não é possível responsabilizar nem os familiares, nem os profissionais.

As divergências nas concepções do cuidado não podem ser compreendidas somente na descrição dos dados obtidos. Uma análise mais densa revela que há outros planos de entendimento acerca destas limitações. Por um lado, uma perspectiva diz respeito às limitações do Estado, e a outra diz respeito à construção cultural da nossa sociedade sobre a loucura. Tais abordagens mereceriam uma análise mais profunda, o que escaparia aos objetivos deste estudo.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, set. 1995.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica do Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, maio/ago. 2001.

ALMEIDA-FILHO, N. et al. Brazilian Multicentric study of Psychiatric Morbidity: Methodological features and Prevalence Estimates . *The British Journal of Psychiatry, The Royal College of Psychiatrists*, v. 171, n. 12, december 1997.

ANDREOLI, Sérgio Baxter et al. Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, jun. 2004.

ANTUNES, Sônia Marina Martins de Oliveira; QUEIROZ, Marcos de Souza. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, jan. 2007.

Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo. Coordenação Institucional de Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2010.

BELLEMO, Ana Isabel Sobral. Santos: Uma Década de História sem Manicômio (1989-2001). Dissertação de Mestrado (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Católica de Santos, 2005.

CAMPOS, Célia Maria Sivalli; BATAIERO, Marcel Oliveira. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 23, dez. 2007.

CARDOSO, M. 1999. Médicos e clientela: sobre a assistência psiquiátrica à comunidade. São Carlos: FAPESP/ EdUFSCar.

CARDOSO, M. Psiquiatria e Antropologia: notas sobre um debate inconcluso. **ILHA**, Florianópolis, v.4, n.1, jul. 2002.

COWLEY, S. and HOUSTON, A. Contradictory agendas in health visitor needs assesment. A discussion paper of its use for prioritizing, targeting and promoting health. *Primary Health Care Research and Development*; n. 5, p 240-254, 2004.

DESLANDES, Suely Ferreira. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, jan. 1997.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**./organizadores: Luiz Fernando Dias Duarte e Ondina Fachel Leal. – Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

ESPERIDIAO, Monique Azevedo; TRAD, Leny Alves Bomfim. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, jun. 2006.

HELLER, A., 1986. *Teoría de las Necesidades en Marx*. Barcelona: Península.

INVESTSANTOS, <http://www.investsantos.com.br/bairros/bairroabairro.html> (acesso em 20/08/08).

LANCMAN, Selma. Instituições psiquiátricas e comunidades: um estudo de demanda em saúde mental no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, jan. 1997.

LEITAO, Raquel Jales et al . Cost of schizophrenia: direct costs and use of resources in the State of São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, abr. 2006.

MACHADO, Vanessa; MANCO, Amábilé Rodrigues Xavier; SANTOS, Manoel Antônio dos. A recusa à desospitalização psiquiátrica: um estudo qualitativo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, out. 2005.

MARI, Jair J; LEITAO, Raquel J. A epidemiologia da esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, 2010.

MATEUS, Mário Dinis; SANTOS, José Quirino dos; MARI, Jair de Jesus. Popular conceptions of schizophrenia in Cape Verde, Africa. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 27, n. 2, jun. 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 3, jun. 1991.

MONTERO, P. 1985. Da doença a desordem: as práticas mágico-terapêuticas na umbanda. Rio de Janeiro: Graal.

MONTEIRO, Vera B M, Santos, José Quirino dos and Martin, Denise. Patients' relatives delayed help seeking after a first psychotic episode. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 28, n. 2, June 2006.

NASCIMENTO, Andréia de Fátima; GALVANESE, Ana Tereza Costa. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 2010.

NUNES, Mônica et al . A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, jan. 2008.

OLIVEIRA, R. C. O. (1996). O trabalho do antropólogo: Olhar, ouvir, escrever. **Revista de Antropologia**, São Paulo, USP, 39(1), 13–37.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, maio 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (1997). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Referência rápida* (Trad. G. Baldisserotto). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.

PAULANI, L. M. O projeto Neoliberal para a sociedade Brasileira: sua dinâmica e seus impasses. In: Júlio C. F. Lima; Lúcia M. W. Neves. (Org.). *Fundamentos da Educação Escolar no Brasil Contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2006.

PEIRANO, Mariza. (1995), *A favor da etnografia*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará.

Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

SHIRAKAWA, Itiro. Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, 2010.

VILLARES, Cecília C.; REDKO, Cristina P.; MARI, Jair J. Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, n. 1, mar. 1999 .

VILLARES, Cecília C. Adaptação transcultural de intervenções psicossociais na esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. [http://www.who.int/mental\\_health/en/](http://www.who.int/mental_health/en/) (acesso 24/08/2008).

## **ANEXO**

### Atividades do NAPS I

- Grupo de medicação
- Grupo de família
- Calendário de Palestras (a ser estruturado)
- Grupo de estudo (semanal 4<sup>af</sup> 9h)
- Rede família (mensal 4<sup>af</sup>)
- Oficina brechó (stands de venda, reverter dinheiro p/ outras atividades)
- EVA (folhas coloridas e flexíveis de borracha geralmente utilizadas para artesanato)
- Cinema
- Slides (tema é escolhido e discutido c/ pacientes)
- Teatro do oprimido (4<sup>af</sup> 14h)

- Esporte como higiene mental (atividades físicas no Clube M. Nascimento)
- Enfeites natalinos (início em setembro-produção distribuída e vendida nas diferentes feiras de final de ano)
- Reciclagem (Brinquedos para doação)
- Caminhada
- Momento musical (convidam músicos-quinzenal 5ªf 10h)
- Chá de Cultura (convidam escultores, músicos...)
- Grupo de mulheres
- Escultura na Areia (parceria com SECULT, conseguiram 5 vagas, tem 3 pacientes que fazem a oficina e ganharam os kits-5ªf 9h na arena no canal 6) - Grupo de sala de espera (palestras para pacientes que aguardam atendimento)