



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

DANIELA MACHADO DE ODRIÓZOLA

MODELOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL:
TENSIONAMENTOS E VIVÊNCIAS

CAMPINAS
2016

DANIELA MACHADO DE ODRIUZOLA

MODELOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL:
TENSIONAMENTOS E VIVÊNCIAS

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva: Política e Gestão em Saúde na área Política, Gestão e Planejamento

ORIENTADOR: PROF. DR. RUBENS BEDRIKOW

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA DANIELA MACHADO DE ODRIUZOLA E ORIENTADA PELO PROF. DR. RUBENS BEDRIKOW

CAMPINAS

2016

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

Odriozola, Daniela Machado de, 1987-

Od6m Modelos de atenção em saúde mental : tensionamentos e vivências /
Daniela Machado de Odriozola. – Campinas, SP : [s.n.], 2016.

Orientador: Rubens Bedrikow.

Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas,
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde mental. 2. Serviços de saúde mental. 3. Assistência à saúde mental.
I. Bedrikow, Rubens, 1962-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Attention models of mental health : tensions and experience

Palavras-chave em inglês:

Mental health

Mental health services

Mental health assistance

Área de concentração: Política, Gestão e Planejamento

Titulação: Mestra em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

Banca examinadora:

Rubens Bedrikow [Orientador]

Thiago Lavras Trapé

Diene Monique Carlos

Data de defesa: 25-02-2016

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

DANIELA MACHADO DE ODRIUZOLA

ORIENTADOR: RUBENS BEDRIKOW

MEMBROS:

- 1. PROF. DR. RUBENS BEDRIKOW**
- 2. PROF. DR. THIAGO LAVRAS TRAPÉ**
- 3. PROF. DR. DIENE MONIQUE CARLOS**

Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde Coletiva:

Políticas e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: 25/02/2016

Resumo

Tendo em vista o tensionamento entre os modelos de atenção em saúde mental já descrito na literatura, este estudo visa olhar para a vivência deste tensionamento por usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), no contexto de uma cidade com tradição na assistência em saúde mental hospitalar. Trata-se de um estudo qualitativo, onde a técnica do grupo focal foi aplicada num grupo de 15 pessoas, com faixas etárias diversas. Os dados foram analisados a partir da análise de conteúdo. O tensionamento entre os modelos é vivenciado pelas pessoas onde a internação, ligada ao modelo asilar, aparece como espaço de contenção da crise e como forma de tratamento para dependência química; e o modelo de atenção psicossocial, através do dispositivo Caps, é visto como espaço para continuidade do tratamento.

Palavras-chave: saúde mental, serviços de saúde mental, assistência em saúde mental

Abstract

Given the tension between models of mental health care described in the literature, this study aims to look at the experience of this tension by users of the Unified Health System (SUS) in the context of a city with tradition in mental health care hospital. It is a qualitative study, where the focus group technique was applied to a group of 15 people, with different age groups. Data were analyzed using content analysis. The tension between the models is experienced by people where the comittal, liked to the asylum model, appears as a containment space of the crisis and as a treatment for dependency and the psychosocial care model by Caps device, it is seen as a space for continuity of care.

Key-words: mental health, mental health services, mental health assistance.

Sumário

1. Introdução 08

Mestrado Profissional 09

Psiquiatria e o novo conceito de saúde mental 10

Movimentos sociais 12

Hegemonia do paradigma biomédico 14

Outros modelos de atenção em Saúde 16

Outra forma de entender saúde mental – a atenção psicossocial 17

Tensionamento 18

Discutindo rede de saúde mental 20

2. Campo da pesquisa 23

Itapira 23

Rede de Saúde Mental em Itapira 23

Instituto Bairral de Psiquiatria – primórdios 25

Clínica Santa Fé – Comunidade Terapêutica 26

Clínica de Repouso Itapira – Clínica Cristália 27

3. Construção da Pesquisa 28

Objetivos 28

Metodologia 29

Grupo focal e análise dos dados 28

4. Pré-análise: desenvolvimento da pesquisa 32

5. Tratamento dos resultados e discussão 35

6. Conclusão 55

Referências Bibliográficas 59

Anexo 1 64

Anexo 2 65

Anexo 3 66

Anexo 4 68

Anexo 5 69

1. Introdução

Este estudo é a expressão de interesses e angústias. Objetiva-se analisar o tensionamento entre os modelos de atenção na saúde mental a partir do olhar de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), sob a óptica da atenção psicossocial, no contexto de uma cidade com tradição na assistência em saúde mental hospitalar.

É necessário ressaltar que a pesquisadora é psicóloga em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS- II) na cidade de Mogi Guaçu, estado de São Paulo. Movida por seu cotidiano de trabalho, ingressou no Programa de Mestrado Profissional, que, no nome profissional, traz em seu bojo a ideia de um diálogo próximo às práticas de trabalho do SUS.

A pesquisa é realizada em Itapira, localizada no interior do estado de São Paulo. A cidade possui estigma ligado à loucura devido a sua relação com a história da psiquiatria hospitalar no país. Há clínicas e hospitais psiquiátricos que atendem tanto no setor particular quanto no SUS, pessoas vindas de vários Estados. Apesar da expansão de novas estratégias em saúde mental a regiões de grande tradição hospitalar, como é o caso de Itapira, este processo ainda está em construção, tratando-se de uma transição de um modelo centrado nos hospitais psiquiátricos para um modelo de atenção psicossocial.

Há o interesse, nesta pesquisa, em conhecer os diferentes aspectos relacionados ao tensionamento entre modelos de atenção em saúde mental a partir da vivência dos usuários. Dessa maneira, o tema abordado em Itapira pode influenciar discussões sobre esses modelos em outros municípios que também abriguem hospitais psiquiátricos.

As discussões iniciadas nesta pesquisa podem contribuir para o planejamento de novas políticas municipais em saúde mental. Pode-se ter, em longo prazo, benefícios direto aos usuários. O produto desta pesquisa pode ser utilizado também por trabalhadores e gestores para reflexões sobre processos os de trabalho.

Considerando que não há um saber único em saúde mental, diferentes olhares podem contribuir para que seja realizado o cuidado. Espera-se que este estudo possa suscitar debates o suficiente para estimular novas pesquisas.

Mestrado Profissional

O Mestrado Profissional tem como proposta o diálogo entre trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) e a universidade. Isto, ao discutir o que é sistema público de saúde, sua finalidade e as práticas profissionais que o permeiam.

Discorro este item em primeira pessoa para evidenciar ao leitor que esta dissertação se relaciona com minhas experiências profissionais. Ao longo do texto, volto a escrever em terceira pessoa por uma questão de preferência.

A pesquisa está contextualizada na cidade de Itapira (SP). Como psicóloga, integro a equipe do Caps - II na vizinha Mogi Guaçu, há cinco anos. O tema permitiu intercâmbio entre as articulações teóricas e a minha vivência profissional. Assim, outros sentidos surgiram. Ainda estou percorrendo esse caminho. Vejo que as dificuldades com a prática, no dia a dia, ainda estão presentes. Contudo, pude ver possibilidades para a construção de novos arranjos que, até então, não se pareciam como possibilidades. Trata-se de arranjos pequenos, em outras palavras, de micropolítica. Política no cotidiano dos processos de saúde. As leis orientam as ações, mas, para que as leis ganhem materialidade, outros arranjos são necessários.

Tais arranjos acontecem entre as pessoas, trabalhadores, gestores e usuários, entre o interesse, o pensar e o fazer coletivo. Deve haver assim uma articulação entre a demanda dos usuários e a equipe de profissionais em torno do que pode ser oferecido para se produzir o cuidado.

Em relação às equipes, fala-se muito na construção de uma rede para o fortalecimento dos projetos em comum. Rede, para mim, ganhou novo sentido, como os arranjos dessa micropolítica, os acordos entre equipes e pactuações. A escuta atenta ao outro profissional, assim como a escuta perante o usuário no momento do acolhimento. Não se trata de um mero direcionamento, pois o sentido é outro. Ouvir, apropriar-se, acolher o outro profissional, e, juntos, refletir sobre a oferta do cuidado.

O Mestrado Profissional para mim cumpriu uma dupla finalidade, um espaço para reflexão tanto sobre os objetivos desta pesquisa quanto sobre minhas práticas profissionais. Como um e outro se mesclam em mim, agora em ambos vislumbro diferentes perspectivas.

Psiquiatria e o novo conceito de saúde mental

A Psiquiatria caracterizou-se como campo da medicina ao final do século XVIII, trazendo em seu bojo ideia de cura (1). Com Pinel, no século XIX, houve uma mudança na maneira de entender a loucura. A partir deste período, restringiu-se a loucura ao cuidado médico. À psiquiatria. Buscava-se a cura através do isolamento asilar e do tratamento moral (2). O manicômio passou a ser instrumento central no tratamento. Essa concepção se tornou preponderante ao longo do tempo na Europa e também no Brasil. No país, o primeiro manicômio foi criado no Rio de Janeiro em 1852 (3). Por mais de um século, essa forma de tratamento manteve-se como principal (4). O asilamento por meio da internação em colônias agrícolas se tornou hegemônico no Brasil, até a década de 90 (4). O trabalho nas colônias era tido como parte do tratamento. Contudo, as colônias se mostraram semelhantes aos manicômios tradicionais (2).

Com a modernidade surgiu o conceito de saúde mental, que se transformou no novo objeto da psiquiatria. Há uma crise no cerne da psiquiatria sobre qual seria seu objeto central de estudo, a doença ou a saúde mental. Crise que se tornou mais expressiva a partir da segunda guerra mundial, porém já dava indícios com o surgimento da psiquiatria fenomenológica na Europa e com a psiquiatria behaviorista nos Estados Unidos. A ideia de cura se funde à de reeducação social (1). A psicanálise é utilizada como instrumento para favorecer este processo de adaptação social. Neste momento, fez-se crítica à psiquiatria tradicional, asilar, como mantenedora de doentes crônicos (1).

Neste contexto, Amarante expõe experiências que se diferenciaram da psiquiatria clássica, mas que ainda conservaram o núcleo da instituição asilar: Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional, e Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva. Menciona ainda a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática como experiências antimanicomiais (2).

Na década de 40, surgiu na Inglaterra a denominação Comunidade Terapêutica, a partir dos trabalhos de Bion e Rickman. Trata-se de uma forma diferente de entender as relações entre médicos e pacientes em uma instituição psiquiátrica (5).

A Comunidade Terapêutica busca diferenciar-se do modelo da psiquiatria tradicional, principalmente ao propor o questionamento das relações de autoridade dentro da instituição (45). É um aspecto que poderia levar mudanças concretas e simbólicas ao cotidiano das instituições. Entretanto, a proposta não obteve êxito em romper este paradigma. Nos lugares onde a Comunidade Terapêutica ganhou espaço não houve o questionamento das relações de poder, o médico manteve-se como autoridade (5).

A Psicoterapia Institucional caracterizou-se pela inserção de outras correntes teóricas e pela criação de espaços terapêuticos e inovadores na própria instituição (2).

Já a Psiquiatria de Setor trouxe ênfase ao trabalho em equipe, com outros profissionais além de médicos. O hospital seria dividido em setores de acordo com as regiões da localidade, a mesma equipe atenderia no hospital e na comunidade (2).

Na década de 60, houve o desenvolvimento dos conceitos de prevenção primária, secundária e terciária de Caplan. A Psiquiatria Preventivista surgiu neste período, baseada na prevenção primária, tendo como foco principal ações na comunidade. A saúde mental como novo objeto de estudo da psiquiatria, estaria aliada à promoção de saúde mental. Isto é, a Psiquiatria Preventivista seria uma tentativa de se prevenir o adoecimento psíquico. Segundo Alves e Guljor (4), a psiquiatria comunitária/preventiva americana apesar de levantar outro aspecto quanto à assistência, não se mostrou em oposição quanto à lógica manicomial. A Psiquiatria Comunitária Brasileira origina-se a partir deste modelo americano. Segundo Birman e Costa (1), esta seria uma “forma abusiva de psiquiatrização da vida social, com o nome de promoção de saúde mental, já que a doença ou sua ameaça torna-se caracterizada como desadaptação social” (1). Contudo, os autores (1) colocam que a Psiquiatria Comunitária trouxe um importante tema a ser debatido, o planejamento assistencial em saúde.

O objeto da Psiquiatria transforma-se. De cura da doença, pretende-se prevenir a sua possibilidade, mesmo que inexista uma fundamentação teórica. Prevenir é promover saúde, identificada como promoção do ajustamento social (1).

A Antipsiquiatria surgiu na Inglaterra, na década de 50, questiona a

patologia ligada ao indivíduo voltando-se para a relação entre as pessoas (2).

Já a Psiquiatria Democrática iniciou com Basaglia na Itália, década de 60, com as experiências de Gorizia e Trieste. Hospitais foram fechados e serviços substitutivos na comunidade foram criados (2). Estas experiências estimularam os movimentos antimanicomiais no Brasil.

Críticas à concepção asilar evidenciaram: violência, privação da liberdade e desrespeito aos direitos humanos. Movimentos em diferentes países surgiram (3) com a finalidade de questionar esta forma de tratamento.

Movimentos sociais

No Brasil, durante o período da ditadura militar, houve aumento do número de leitos em hospitais psiquiátricos privados conveniados com o setor público (6). A partir da década de 70 deu-se início à chamada “ambulotorização”, expansão de ambulatórios com a mesma lógica manicomial (4). Ainda na mesma década surgiram no país: Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) (3).

Na década de 80, movimentos sociais com a participação de trabalhadores da saúde mental, além de usuários e familiares ganharam maior expressão - com ênfase para o Movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). No Congresso dos trabalhadores de Bauru, em 1987, o lema, originário do movimento italiano, ganhou repercussão:

O desejo de 'uma sociedade sem manicômios', constituído neste contexto, aponta para a necessidade do envolvimento da sociedade na discussão e encaminhamento de questões relacionadas à doença mental e à assistência psiquiátrica (6).

Neste período, surgiram duas experiências marcantes na atenção psicossocial no Brasil, nas cidades de São Paulo e Santos. A primeira data de 1987, com a criação do primeiro Caps, denominado “Luiz da Rocha Cerqueira”, onde houve a influência da teoria psicanalítica e de propostas de uso racional de medicamentos e de inclusão social. Em Santos, ocorreu a criação de uma rede

organizada por núcleos de atenção psicossocial (Naps) após a intervenção municipal na Casa de Saúde Anchieta, devido às denúncias de maus-tratos e abandono. O funcionamento do Naps era de vinte quatro horas por dia (6). A experiência de Santos com uma rede ampla no território pode fertilizar as discussões acerca da desinstitucionalização.

Em 1989, o deputado Paulo Delgado apresentou um projeto de lei do que seria o embrião da lei 10.216/2001. A partir da década de 90, mobilizações sociais em torno da Reforma Psiquiátrica Brasileira nos estados levaram à implantação de normas e serviços baseados nas experiências do Caps e Naps (6).

Luzio e Yasui (7) analisaram portarias da Política Nacional de Saúde Mental entre 1990 e 2006. Trouxeram para reflexão a forma como as novas políticas em saúde mental se institucionalizaram em consonância com a reforma sanitária e criação do SUS (7,3). O movimento da Reforma Psiquiátrica ganhou sustentação com a participação de familiares, usuários, trabalhadores e outras instâncias sociais, como o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA). Os autores, ao mencionarem a Lei 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica apontam a modificação marcante realizada no texto original, do deputado Paulo Delgado. Inicialmente, em 1989, a proposta era a extinção gradativa dos hospitais psiquiátricos e a conseqüente substituição por outros espaços de tratamento. Já a lei aprovada fala em redirecionamento do modelo assistencial. Para os autores, há uma aplicação da lei que se difere dos pressupostos defendidos pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica. Eles salientam que a legitimidade dos manicômios é assegurada, e, ao mesmo tempo é proposta outra abordagem assistencial, dado que nos remete ao alerta de Amarante (8) para o fato de o termo “reforma psiquiátrica” ser entendido como um rearranjo técnico do modelo assistencial. Neste aspecto, o autor menciona tentativas de humanizar o hospital psiquiátrico (8).

Devera e Costa-Rosa (9) analisam a relação das diretrizes normativas com os diferentes modelos de atenção, o preventivo-comunitário e o modelo da atenção psicossocial. Colocam que o modelo preventivo-comunitário seria complementar ao modelo hospitalar. Já a proposta do modelo da atenção psicossocial seria a de construir novos entendimentos e espaços. Na análise da Portaria 336/2002, colocam que a divisão entre os Caps (I, II e III) corrobora para a manutenção do modelo preventivo-comunitário. Ao implantar centros de atenção

que não atendam à crise, como os Caps I e II, o hospital é visto como alternativa. Apenas os Caps III poderiam ser vistos como serviços substitutivos ao modelo hospitalar; apenas estes são 24 horas.

Com as conquistas alcançadas no legislativo e a subsequente criação de novos dispositivos de saúde mental, torna-se preciso discutir a desinstitucionalização. Neste contexto, Dimenstein (10) problematiza o que pode vir a ser uma “reforma superficial ou pseudoinstitucionalização”. O processo de desospitalização e criação de novos espaços, um avanço na área, representa uma parcela deste espectro.

A autora (10) enfatiza os trabalhadores da saúde como importantes articuladores no processo de desinstitucionalização. Ademais, expõe a discussão sobre a subjetividade dos trabalhadores e suas práticas.

Um familiar de um usuário de serviço de saúde mental e também integrante da Associação Loucos por você faz críticas sobre as práticas dos profissionais de Caps (11). Relata que em determinadas situações os profissionais de Caps consideram o hospital psiquiátrico como recurso terapêutico, ainda reitera para o fato de a Reforma Psiquiátrica ser antimanicomial em sua origem. Traz para reflexão a necessidade de se pensar em alternativas para a crise diferente da internação em hospital psiquiátrico. Isto, porque, senão, mesmo que o discurso seja antimanicomial, as práticas que reproduzem não o são. Coloca também a importância de outros saberes no cuidado, como de familiares e usuários, além do saber técnico do profissional de Caps.

Hegemonia do paradigma biomédico

A partir do século XIX, a ênfase em aspectos biológicos se tornou preponderante (12). Nos dias de hoje, de acordo com Coelho (12), temos a emergência de dois paradigmas: o biomédico e o social. A incorporação da medicina nos hospitais aconteceu ao longo do tempo e das transformações sociais. Do paradigma miasmático ao infeccioso, a ênfase era em aspectos biológicos do adoecimento (12). O paradigma biomédico reflete até hoje a busca pela causa da doença alicerçada a

aspectos biológicos.

Esta relação mostra-se próxima também à biologia e à psiquiatria. Martins (13) situa a psiquiatria biológica como uma corrente de pensamento na psiquiatria, crescente a partir da década de 70, que investiga determinações biológicas em alterações psíquicas. Nesta, há o propósito de diagnósticos e tratamento. O autor evidencia o DSM III, na década de 80, como um marco. Houve uma aproximação ao empirismo, no qual fenômenos são considerados passíveis de observação e mensuração. Por outro lado, houve distanciamento de questões sociais, da psicanálise e da valorização de histórias de vida, por exemplo. Esta psiquiatria biológica, representada pelo DSM III, alastrou-se pelo mundo. Tornou-se então uma psiquiatria biológica americana padronizada, levada a diferentes realidades. Nesta discussão Martins (13) aponta para um movimento em que o sujeito busca no outro respostas para o seu sofrimento.

Neste processo produz-se uma descontextualização do modo de subjetivação do paciente, inscrevendo-o num universo de valores de uso em que ele não é mais senhor de si mesmo, pois ele delega cada vez mais aos médicos especialistas o conhecimento de sua doença e de seus tratamentos. Desse modo, a psiquiatria biológica tem produzido uma desimplicação do sujeito em relação ao seu sofrimento. Isto é, o gene é responsável por tudo e se a dor é um produto comercial, uma mercadoria que a medicina mental e seus remédios universais vão eliminar, o sofrimento deixa de ser pensado como uma narrativa ligada a uma história singular (13).

Luzio (14) aponta o crescimento da psiquiatria biológica fortemente relacionada ao DSM III, com ênfase nos aspectos biológicos e no diagnóstico para tratamento. Ao reduzir a importância das questões sociais, privilegiando-se o aspecto biológico, a autora menciona o risco da medicalização do social: diagnosticar questões sociais como doenças.

Teixeira (15) aborda a dificuldade da biomedicina em lidar com as diferenças, com a alteridade. Haveria um tensionamento entre o aumento do acesso aos serviços de saúde e a qualidade com que estes serviços são oferecidos. Coloca que agora a questão central refere-se ao modelo de atenção.

O paradigma biomédico se estendeu para a área da saúde mental, influenciando assim o modelo de atenção hegemônico, o modelo asilar, que já se centrava no hospital e na figura do médico. Pode-se visualizar esta associação, agora, em um modelo asilar biomédico.

Outros modelos de atenção em Saúde

Por modelos de atenção pode-se entender, de acordo com Paim, como “uma espécie de lógica ou racionalidade que orienta uma dada combinação tecnológica nas práticas de saúde” (16). Trata-se da orientação que acompanha as práticas em saúde dos trabalhadores.

O Brasil, segundo Campos (17), vive atualmente um momento entre o modelo de atenção tradicional e novos modelos. O modelo de atenção tradicional segue padrões americanos, com altos custos sem oferecer atendimento integral uma fragmentação do cuidado, por meio das especialidades médicas. Neste sentido, visando atendimento baseado na integralidade da atenção e eficácia, Campos (17) propõe uma ampliação do olhar da clínica em relação às pessoas, uma clínica ampliada.

Campos (17) aponta modificações incipientes quanto ao modelo de atenção em relação à atenção básica e à saúde mental, com a estratégia saúde da família e a atenção psicossocial.

O Método Paidéia surge como ferramenta para mudança de paradigma, do paradigma tradicional, que origina o modelo de atenção tradicional, para outro aliado aos processos de produção de saúde. Este novo paradigma associa-se a modelos de atenção “voltados para reconhecer e construir esse papel ativo dos usuários na produção da própria saúde ou doença” (17). É a partir desta orientação que a presente pesquisa se originou. Já que busca evidenciar a discussão de usuários sobre modelos de atenção em saúde mental.

Todavia, para Campos (17), não há um único modelo ideal para o SUS. Cada área, de acordo com as suas particularidades regionais e populacionais, deve elaborar seu próprio modelo de atenção.

Outra forma de entender saúde mental – atenção psicossocial

O modelo de atenção tradicional em saúde mental, com a ênfase no isolamento como forma de tratamento central, traz consigo uma gama de serviços que se estruturam com base no mesmo paradigma. Estes serviços configuram-se por encaminhamentos, os quais direcionam as pessoas a outros serviços por referências e contrarreferências, de forma burocratizada, a serviços ambulatoriais, para consultas médicas e psicológicas (4). Os autores descrevem que a ruptura com o paradigma tradicional da assistência em saúde mental parte do olhar da doença para a pessoa em sofrimento (4). Amarante (2) trata que um dos aspectos centrais da atenção psicossocial é a superação do modelo asilar. A atenção psicossocial recebe influências de discussões sobre a loucura, a clínica e política.

Amarante (8) lança discussões acerca da desconstrução da doença e, conseqüentemente, da clínica. A loucura era vista como o objeto de análise. Ao se discutir a transformação do lugar social da loucura, passa-se a olhar para a pessoa que vivencia a experiência da loucura em sociedade.

Delgado fala da clínica em constante construção, e, por isso, incompleta e também imperfeita. Acontecendo em relação aos espaços onde as pessoas vivenciam seu cotidiano, no território que as envolvem. E estes espaços são diversos. Clínica no território, produzindo o cuidado. Mas o autor lembra para o fato de que território também é desamparo (18). Ambiguidade que move a clínica. A ideia de constante construção da clínica relaciona-se à loucura por esta ser inerente ao ser humano (18). Delgado traz também a dimensão política da clínica (18).

Nesta discussão, Campos (17) fala sobre a inexistência de uma única clínica e aponta a relevância do olhar aos aspectos sociais e subjetivos. Cita três variações: clínica oficial, clínica degradada e a clínica ampliada. A clínica oficial seria a clínica clínica, tradicional. A clínica degradada estaria sujeita à influência do mercado financeiro em sua prática, tornando-a segmentada. A clínica ampliada ou clínica do sujeito viria acrescentar às outras a ênfase não apenas na doença, mas no contexto social e subjetivo daquele que adoece (17). Pode-se fazer uma articulação entre a clínica ampliada e o paradigma social.

Portanto, além da atenção psicossocial como orientação legitimada por Lei, há ainda o reconhecimento pela orientação ligada à supremacia dos hospitais psiquiátricos. Estas duas orientações em coexistência geram um tensionamento vivido no cotidiano pelas pessoas, o qual se pretende conhecer neste estudo.

Tensionamento

Luzio (14), assim como outros autores (3,19) lançam luz acerca do tensionamento entre dois paradigmas. Luzio aponta o tensionamento entre a psiquiatria biológica e a atenção psicossocial. Dimenstein (3) aborda o tensionamento entre uma abordagem assistencial centrada no manicômio e outra, na atenção psicossocial. As duas autoras trazem para discussão diferentes aspectos do mesmo assunto, que está ligado ao modelo asilar biomédico. Dimenstein, ainda aponta que com a ausência de espaços que atendam a crise, hospitais psiquiátricos mantêm-se e justificam-se como necessários (3). Vê-se, assim, o fortalecimento do modelo asilar.

Sobre o assunto, Amarante distingue o que é a crise segundo o modelo asilar e segundo a atenção psicossocial. De acordo com o modelo asilar, a crise se caracteriza pelo agravamento da doença. Para a atenção psicossocial, a crise se relaciona com vários fatores, além do indivíduo (2).

Pitta (20) menciona de forma crítica a deficiência dos centros de atenção psicossocial ao lidarem com crises psicóticas e crises decorrentes do uso abusivo de drogas. No contexto atual o tema das drogas tem se tornado prioritário, principalmente em relação ao uso de crack. As comunidades terapêuticas ganharam maior espaço neste cenário. Há mais uma vez a manutenção de instituições com características asilares. Amarante (2) aponta que não há relação entre estas organizações, denominadas comunidades terapêuticas, para tratamento de álcool e drogas, com as Comunidades Terapêuticas que surgiram na década de 40. Entre outros aspectos, as Comunidades Terapêuticas problematizavam as relações hierárquicas na instituição.

Em relação às drogas, a Reforma Psiquiátrica Brasileira reafirma a redução de danos e ações intersetoriais pela rede de dispositivos do território (6). Pitta (20) aponta que o funcionamento destes serviços em tempo integral, articulados com a assistência de hospitais gerais, além da distribuição descentralizada dos mesmos nos territórios poderia compor este cenário de forma mais eficaz.

Há uma nova forma de entender e organizar os dispositivos de saúde mental, isto principalmente com o respaldo da Lei da Reforma Psiquiátrica. Antes desta nova organização, historicamente os ambulatórios de saúde mental se apresentavam como serviços externos ao hospital, centrados no saber especializado. De acordo com Severo e Dimenstein (19), os ambulatórios estavam submetidos à mesma lógica dos hospitais psiquiátricos. A partir de uma pesquisa qualitativa realizada na cidade de Natal (RN), as autoras discutem o ambulatório de saúde mental como analisador da política de atenção psicossocial. Evidenciam ainda o tensionamento entre os dois paradigmas coexistentes. Apontam o fato dos três hospitais psiquiátricos da cidade manterem-se como referência em assistência devido à rede de atenção psicossocial se mostrar insuficiente, em quantidade e diversidade. Ao mesmo tempo, apontam experiências que se aproximam da atenção psicossocial.

O presente estudo pretende dar continuidade a esta discussão iniciada por Severo e Dimenstein (19) e verificar como se apresenta a assistência em saúde mental em uma cidade que, assim como Natal, também abriga hospitais psiquiátricos.

Diversos estudos já trouxeram discussões na área da atenção psicossocial a partir do olhar de trabalhadores. Onocko-Campos (21), traz o enfoque ao trabalhador da saúde e sua prática para articular o Planejamento em Saúde com a clínica. Já Merhy (22) discute o tensionamento do encontro no cotidiano do trabalho em saúde e também da possibilidade de reinvenção a partir do trabalho vivo em ato.

Ferro (22) traz o olhar de quem trabalhou em um hospital psiquiátrico. Discute o papel de trabalhadores de saúde em hospitais psiquiátricos sob a perspectiva da reforma psiquiátrica. Aponta que, se não houver uma discussão sobre o sentido da desinstitucionalização, há o risco de se repetir a lógica manicomial em

espaços extra-hospitalares. Coloca a importância do tema acerca da desinstitucionalização das práticas pode ser levantado tanto nos serviços substitutivos quanto nos hospitais psiquiátricos.

Vários aspectos se entrelaçam nesta discussão. Com isso, o tensionamento entre o paradigma asilar e o paradigma psicossocial é visto por Dimenstein (3) como um dos principais desafios para a política nacional de saúde mental. E neste desafio, os coletivos de trabalhadores, usuários e familiares podem contribuir na problematização deste tensionamento e construção de uma rede de atenção.

Discutindo rede de saúde mental

Campos (17) lembra para o fato de que o SUS, por si, é uma rede com muitas articulações. A co-gestão com os diferentes setores públicos e da sociedade deve ser buscada a fim de se analisar e elaborar projetos de intervenção em conjunto.

Teixeira (15) situa a rede tecnoassistencial como rede de conversações. A conversa seria o meio pelo qual acontece a relação entre usuários e trabalhadores. Ao centro dessa rede, estaria o acolhimento-dialogado, com a função de interligar e promover novos encontros. Com o acolhimento-dialogado, as demandas seriam conhecidas e direcionadas de forma a proporcionar cuidado ao usuário.

O apoio matricial surge com proposta para o fortalecimento da rede aos serviços de saúde. Quintas et al. (24) relataram a experiência da inserção do apoio matricial no município de Fernandópolis (SP). Apontam a participação de diferentes atores e a comunicação entre eles como importante fator na produção de saúde e constituição de uma rede.

De forma institucional, a portaria 3088/2011 (25) veio para implantar a rede de atenção psicossocial (Raps) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Com a finalidade de ampliar e articular os diferentes pontos que compõem a rede,

constituiu-se:

I . Atenção básica

- a) unidade básica de saúde;
- b) equipe de atenção básica para populações específicas
 - 1. consultório na rua;
 - 2. equipe de apoio aos serviços de atenção residencial de caráter

transitório;

c) centros de convivência.

II. Atenção psicossocial especializada

- a) Caps.

III. Atenção de urgência e emergência

- a) samu;
- b) sala de estabilização;
- c) UPA 24 horas;
- d) portas hospitalares/ pronto socorro;
- e) unidade básica de saúde.

IV. Atenção residencial de caráter transitório

- a) unidade de acolhimento
 - 1. adulto;
 - 2. infanto- juvenil;
- b) serviços de atenção em regime residencial
 - 1. comunidades terapêuticas.

V. Atenção hospitalar

- a) enfermaria especializada de hospital geral;
- b) serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

VI. Estratégias de desinstitucionalização

- a) serviços residenciais terapêuticos;

b) programa de volta para casa.

VII. Reabilitação psicossocial

a) geração de trabalho e renda/ empreendimentos solidários/ cooperativas sociais.

Para complementar a Raps, especificamente quanto às estratégias de desinstitucionalização, criou-se, com a Portaria 2840/2014, o Programa de Desinstitucionalização (26). O Programa visa ações de desinstitucionalização de pessoas em situação de longa permanência em hospital psiquiátrico e ações de inclusão social. Deverá contar com uma equipe que pode ser formada por: dois profissionais (um médico e outro profissional psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional ou enfermeiro) ou por cinco profissionais (um médico, um enfermeiro, um psicólogo, um terapeuta ocupacional e um assistente social). Entre as ações planejadas para serem desenvolvidas pela equipe, evidenciam-se aquelas junto às equipes de profissionais de hospitais psiquiátricos no sentido de possibilitar o incentivo à autonomia e à aproximação dos usuários das cidades e de suas famílias. O Programa nasce atrelado a um incentivo financeiro e poderá ser solicitado por gestores de municípios-sede de hospitais psiquiátricos ou gestores de outros municípios que queiram desenvolver tais ações (26).

Ao discutir rede, duas formas ganham contorno, uma ligada às construções políticas do cotidiano e outra com um caráter formal, institucional. Estas duas modalidades têm seu papel nas construções das práticas em saúde, no sentido de favorecer a produção do cuidado.

2. Campo da pesquisa

Itapira

A cidade possui 68.537 habitantes (27). A 159 quilômetros da capital, situa-se entre o Circuito das Águas Paulista e o sul do estado de Minas Gerais. Em relação à atividade econômica, a cidade apresenta atividade industrial e extrativismo mineral. O Índice de desenvolvimento humano municipal é de 0,762 (IDHM 2010) (28).

Rede de Saúde

A rede de saúde da cidade de Itapira é composta por 12 unidades básicas de saúde (29) (UBS), sendo que 03 são rurais e 09 são urbanas. Com a exceção de apenas uma unidade urbana todas as outras oferecem atendimento odontológico. As equipes rurais possuem Programa de Agentes Comunitários (PAC), e as equipes urbanas se configuram como Estratégia Saúde da Família (ESF). Há 01 laboratório de análises clínicas. A rede conta com 01 hospital municipal, com capacidade para 98 leitos, que abriga 01 centro radiológico. Há 01 Santa Casa, que, através de um convênio, oferece serviços inexistentes no hospital municipal. Há 01 centro de especialidades, com atendimento para as áreas: cardiologia, cirurgia geral, cirurgia vascular/angiologia, dermatologia, endocrinologia, neurologia, oftalmologia, urologia, ambulatório de saúde mental, acidentes de trabalho. No mesmo prédio situam-se o departamento de vigilância epidemiológica e zoonoses, o departamento de vigilância sanitária e a farmácia. A USF Central abriga o ambulatório de ginecologia e obstetrícia da adolescente, além de concentrar os atendimentos infantil de psicologia

e adulto de fonoaudiologia. A USF Brás Cavenaghi abriga os atendimentos infantis de fonoaudiologia.

Serviços de Saúde Mental:

- 01 ambulatório de saúde mental localizado junto ao centro de especialidades (29);

- Atendimentos infantis de psicologia centralizados em uma USF (29);

- 01 Caps AD (30);

- 03 leitos de desintoxicação no Hospital Municipal de Itapira (HMI) (30).

Há 03 serviços em convênio com o Instituto Bairral de Psiquiatria (29,30):

- 01 ambulatório de saúde mental (30);

- 04 residências terapêuticas (30);

- 01 oficina de saúde mental (30).

Programa “de volta para casa” (30).

Saúde mental em Itapira

Sobre esse tema, Antônio Eduardo Mendonça de Jesus (31) defendeu sua tese de mestrado na área de Saúde Mental pela Faculdade de Medicina da Universidade de Campinas, no ano de 1996, com o título “Um olhar sobre Itapira: a presença dos hospitais psiquiátricos e suas relações com a comunidade”. Neste estudo, o autor levantou apontamentos sobre a formação da cidade, sua produção econômica, seus aspectos religiosos (entre o catolicismo e o espiritismo), e sobre a presença dos hospitais psiquiátricos que na época compreendiam: a Clínica de Repouso de Itapira, Clínica Santa Fé e o Sanatório Américo Bairral. Jesus discorre ainda sobre a relação dos moradores da cidade com os hospitais. Menciona que havia na época uma política de saúde com orientações para o acompanhamento extra-hospitalar, contudo, ainda incipientes. Aponta que muitos pacientes hospitalizados poderiam ser beneficiados se houvesse outras formas de tratamento.

Em consonância com a presente pesquisa, Luzio & L'Abbate (32) estudaram a nova configuração da política de saúde mental e a influência da reforma psiquiátrica em municípios de pequeno e médio portes, a partir da fala de gestores,

trabalhadores da saúde mental e usuários, em torno do processo de mudança de paradigma, do asilar para a atenção psicossocial. Apontaram alguns aspectos para discussão, como o papel de gestores comprometidos com a criação de serviços substitutivos, a medicalização como recurso para a diminuição das internações e o risco de práticas relacionadas ao tratamento moral.

O presente estudo acrescenta aos anteriores o fato de trazer a discussão sobre o tensionamento entre os modelos de atenção, asilar e da atenção psicossocial, para uma cidade com história ligada à psiquiatria hospitalar, tendo em vista que já ter abrigado três hospitais psiquiátricos.

Atualmente três instituições estão presentes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, caracterizadas como hospital especializado: a Clínica Cristália Itapira, a Clínica de Repouso Santa Fé e o Instituto Américo Bairral de Psiquiatria. A Clínica de Repouso Santa Fé atende ao setor particular, com gestão municipal (33). Já a Clínica Cristália Itapira (34) e o Instituto Américo Bairral de Psiquiatria (35) atendem ao SUS, ao setor particular e aos planos de saúde privados, com gestão estadual.

Instituto Bairral de Psiquiatria – primórdios

O Instituto que já recebeu a denominação de Fundação Espírita Américo Bairral, tem sua história alicerçada ao espiritismo. Américo Firmino Machado e outras pessoas ligadas ao espiritismo fundaram em 1924 a Caixa de Assistência aos Necessitados com o propósito de oferecer assistência aos doentes mentais, que eram “abandonados ou trancafiados nas cadeias públicas, sem a mínima assistência” (36), por caridade. Após o falecimento de Américo Firmino Machado (conhecido também por Américo Bairral), Onofre e Gracinda Batista, sua filha Dalila e o esposo César Bianchi participaram da construção do hospital, que contava principalmente com a contribuição de donativos. Onofre Batista trabalhava para um jornal e para uma revista e passou a receber contribuições das cidades pela qual passava pelo país. Com isso, o hospital passou a receber solicitações de

internações de outras cidades.

A instituição passou a abrigar mais pessoas, trazidas pelas famílias ou pela polícia. Bianchi menciona a prática do abandono. Muitas pessoas eram deixadas na cidade: “Era comum embarcarem, por Estrada de Ferro, pacientes, com passagem até Itapira” (36).

A partir de 1938, a instituição passou a contar com uma diretoria e recebeu a denominação Fundação Espírita Sanatório “Américo Bairral” (36). No início, o hospital não contava com recursos financeiros próprios, nem com uma equipe especializada ou mesmo com instalações adequadas. Até mesmo as residências de colaboradores, voluntários, eram utilizadas para acolher mais pessoas encaminhadas ao hospital. Bianchi (36), em livro sobre a história do hospital, relatou ainda que muitas solicitações de internações feitas ao hospital eram postas como exigência, por cidadãos e autoridades.

Hoje o Instituto possui 511 leitos em convênio com o SUS e outros 309 leitos existentes (35) disponibilizados ao setor privado. Em convênio com a Secretaria Municipal de Saúde de Itapira atende aos serviços: ambulatório de saúde mental, residências terapêuticas e oficina terapêutica.

Clínica Santa Fé – Comunidade Terapêutica

A Clínica Santa Fé foi objeto de estudo de Mello (37) em sua tese de doutorado: “A comunidade terapêutica 'Clínica de repouso Santa Fé: uma experiência que permanece'”, no ano de 1997. A autora relata uma experiência no cuidado em saúde mental, iniciada em 1959, que se diferenciou de outras formas vigentes até o momento. O tratamento era embasado na institucionalização do paciente, entretanto, havia uma aproximação com a psicanálise e estudos sobre comunidades terapêuticas em outros países. Mello (37) menciona a importância dada às relações sociais do paciente como um dos principais aspectos que caracterizavam a forma de tratamento comunitária desenvolvida pela Clínica. Distingue-se, assim, a comunidade terapêutica da psiquiatria hospitalar tradicional,

pela ênfase dada à participação do paciente em seu próprio tratamento.

Hoje a clínica atende apenas ao setor privado, possui 86 leitos e é ligada à gestão municipal (33).

Clínica de Repouso Itapira – Clínica Cristália

A clínica iniciou suas atividades em 1969. Em associação à instituição, um laboratório foi criado para produzir medicamentos para uso na própria clínica (38). Com a produção de haloperidol, em 1976, a empresa passou a comercializar o medicamento com o Ministério da Saúde. Hoje o laboratório se tornou um pólo de produção e desenvolvimento farmacêutico (38). A clínica Cristália Itapira anunciou, no mês de Setembro de 2015, o seu fechamento para o final do mesmo ano (39). O fechamento da clínica foi justificado devido ao não aumento das diárias em relação aos leitos conveniados com o SUS, juntamente com a crise econômica enfrentada pelo país. No Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, consta que a clínica possui 160 leitos em convênio com o SUS e outros 80 leitos existentes (34).

3. Construção da Pesquisa

Objetivos

Objetivo Geral

Analisar a forma com que o tensionamento entre os modelos de atenção em saúde mental é vivenciado pelos usuários do SUS, no contexto de uma cidade com tradição na assistência em saúde mental hospitalar.

Objetivo Específico

Analisar modelos de atenção encontrados na fala de usuários do SUS.

Metodologia

Gondim (40) descreve duas formas de entendimento sobre o conhecimento: namotéica (ou quantitativa) e hermenêutica (ou qualitativa). A primeira é usualmente utilizada em pesquisa nas ciências naturais e baseia-se na sistematização de dados passíveis de serem verificados com o uso da mesma técnica, por exemplo. E a hermenêutica ou qualitativa, aproxima-se de questões culturais, sociais e dos significados de determinados temas para as pessoas (40). A metodologia a ser utilizada nesta pesquisa será qualitativa, pois o estudo é baseado em falas e percepções de usuários do SUS acerca da maneira como vivenciam o tensionamento entre os modelos de atenção em saúde mental.

Quando se fala em uma abordagem qualitativa, a autora Bardin (41) menciona a importância do contexto, quanto a características de produção da mensagem, contexto e para quem ela se articula (41). Esse tipo de metodologia também se relaciona à atribuição de sentidos feitos pelas pessoas a determinados temas (42).

Para atingir o objetivo do estudo, decidiu-se pela realização de um grupo focal com usuários do SUS. O grupo focal situa-se como uma técnica que pode favorecer esta aproximação almejada pela pesquisa, acerca dos pensamentos, percepções das pessoas. Não se trata de um grupo terapêutico em si. Objetiva-se com esta técnica que as pessoas possam conversar sobre o assunto proposto, compartilhar experiências, opiniões, desejos e inquietações. Para a análise dos dados, será realizada análise de conteúdo, por categorias.

Grupo focal e análise dos dados

Trad (43) aponta que, em sua experiência, o grupo focal pode favorecer trocas entre participantes, e maior amplitude das discussões. Coloca ainda que o número de participantes por grupo, em torno de dez pessoas se mostrou um número apropriado. A duração do grupo pode variar entre noventa e cento e dez minutos.

A seleção dos participantes deste estudo foi intencional (44) ao serem convidadas pessoas que tenham envolvimento justificado com o assunto a ser tratado pelo grupo e pudessem contribuir para a pesquisa. Trad (43) acrescenta ao falar sobre o grupo homogêneo, sobre importância da reunião de participantes com aspectos em comum, para tratar o tema em estudo.

Todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participar da pesquisa. A participação na pesquisa oferece riscos mínimos aos seus participantes. O material foi gravado e armazenado pelo prazo de seis meses, após a defesa da dissertação de Mestrado que compreende a pesquisa, até ser descartado.

Para orientar o grupo focal e guiar a discussão em torno do assunto alguns autores propõem a presença de um moderador o qual deverá informar o modo como o grupo irá operar (44,45). O moderador deve ter sua atuação pautada na orientação do grupo sem provocar inibições. Sugere-se a presença de um observador (43). O moderador deverá ser alguém que, com o conhecimento da área a ser tratada irá orientar o grupo em consonância com os objetivos do estudo. Ele poderá contar com um roteiro de questões. No presente estudo a moderadora do grupo foi a própria pesquisadora e a observadora foi Natália Benegas, assistente social integrante do Programa de Mestrado em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. O roteiro de questões da presente pesquisa foi baseado no objetivo geral e objetivos específicos.

Os dados do grupo focal foram analisados com base na análise de conteúdo, instrumento relacionado à análise das comunicações (41). Na análise de conteúdo inferências são levantadas e articuladas à luz da teoria, assim como os aspectos sócio-históricos que envolvem a elaboração do conteúdo. A validação do material pode acontecer de duas formas, pautada na teoria e externa, quando o material é exposto aos pares (46).

A análise de conteúdo, segundo Bardin (41) trata de:

conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (41).

Realizou-se a análise de conteúdo, por categorias, temas. A análise dos temas relaciona núcleos de sentido (indicadores) em relação aos objetivos do estudo (41). Já a análise de conteúdo tem como característica principal a inferência, dedução lógica de elementos após a descrição de aspectos do texto.

Três fases compreendem a análise (41): pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A fase de pré-análise é composta pela categorização dos temas e enumeração. A categorização consiste na classificação dos elementos do texto que possuam ligação. Entre os aspectos que podem ser enumerados tem-se: a presença de elementos no texto, ordem, coocorrência, associação, equivalência e oposição (41).

Inicialmente será apresentada a pré-análise, discussão sobre o desenvolvimento da pesquisa e grupo com usuários. Em seguida, optou-se por reunir análise de resultados e discussão.

4. Pré-análise: desenvolvimento da pesquisa

A pesquisa passou por algumas transformações ao se aproximar de seu campo. Inicialmente o objetivo geral propunha a participação dos atores envolvidos com a saúde mental do município de Itapira verificar quais são as suas perspectivas sobre a assistência em saúde mental para a cidade.

Considerando este objetivo geral, pretendia-se utilizar a técnica do grupo focal em dois grupos de quinze pessoas envolvidas com o tema. Um grupo deveria ser composto por representantes da gestão pública local, representantes dos serviços de saúde mental do município (coordenadoria Caps Ad, ambulatório de saúde mental em convênio com o SUS, ambulatório de saúde mental, coordenadoria das residências terapêuticas), do conselho municipal de saúde e o outro por usuários do SUS. O número de quinze pessoas por grupo foi estabelecido como uma forma para administrar possíveis ausências sem prejuízo ao objetivo.

Com o desenvolvimento da pesquisa, estreitou-se o enfoque do estudo. Visto que, se antes a ideia central era olhar para as perspectivas da assistência em saúde mental a partir dos atores envolvidos com o tema, observou-se com a realização do grupo com usuários que as discussões por si se mostraram férteis e correlacionadas com o debate encontrado na literatura sobre tensionamento entre modelos de atenção.

Portanto, não foi realizado o grupo com representantes da gestão pública local e trabalhadores dos serviços de saúde mental. O objetivo o estudo foi redefinido para: analisar o tensionamento entre os modelos de atenção em saúde mental sobre a óptica dos usuários do SUS, no contexto de uma cidade com tradição na assistência em saúde mental hospitalar.

Grupo com usuários – 28.08.15

Para a realização do grupo focal com usuários foi realizado contato com dois intermediários, os quais convidaram algumas pessoas que assim como eles integram o mesmo conselho de bairro. O primeiro local que havia sido pensado para a realização do grupo, o salão da igreja do bairro estava em reforma. Outro espaço foi articulado, salão de uma igreja de um bairro vizinho. O dia e local foram marcados. O grupo foi agendado para acontecer à tarde devido à disponibilidade da instituição. No mesmo dia, algumas pessoas que integram o conselho de bairro estavam mobilizadas na organização de um evento festivo que aconteceria à noite. Outras pessoas, assim como os próprios intermediários não poderiam comparecer porque estariam em horário de trabalho. Por fim, o grupo foi cancelado devido a não confirmação da presença pelos convidados.

Com a dificuldade encontrada em reunir as pessoas para participar da pesquisa, pensou-se em conjunto com a observadora em convidar algumas pessoas que trabalham em uma associação de coleta seletiva de materiais reciclados. O nome da associação não será citado com a intenção de preservar os participantes da pesquisa. Foi realizado contato com uma diretora e com o psicólogo da associação, que demonstraram disponibilidade em contribuir com o estudo. A pesquisadora foi convidada a participar de uma reunião semanal com as pessoas que integram a associação, para explicitar o objetivo da pesquisa e assim convidá-las a participar. Ao final da reunião, que aconteceu no dia 18.08.15, doze pessoas demonstraram interesse em participar da pesquisa, foi lido com elas o TCLE. Todas as pessoas interessadas eram mulheres, duas não aceitaram participar. Dez pessoas assinaram o TCLE. Combinamos que o grupo aconteceria ao final do horário de trabalho, de modo a não prejudicá-las. Houve sugestão do psicólogo da instituição em combinar o horário do grupo com um café da tarde. Como adendo, tem-se que os trabalhadores e funcionários estavam vivendo um momento diferente na associação, devido ao término do financiamento de um projeto que trouxe melhorias para condições de trabalho.

No dia combinado para acontecer o grupo, 28.08.15, algumas pessoas que iriam participar da pesquisa estavam no mesmo horário em uma palestra no

SENAC sobre descarte de medicamentos. Outras pessoas que estavam na associação foram convidadas para participar da pesquisa (isto porque não se sabia se as pessoas que estavam na palestra retornariam a tempo). Sete pessoas se interessaram e assinaram o TCLE. Logo em seguida à leitura e assinatura do TCLE pelos novos participantes, aqueles que haviam ido à palestra no SENAC retornaram à associação, com exceção de duas pessoas. As pessoas que chegaram da palestra e haviam assinado o TCLE previamente se integraram ao grupo que já estava reunido. O grupo aconteceu composto por quinze pessoas. Destas eram doze mulheres e três homens, com idades variadas.

Neste dia o caminhão que faz a coleta dos materiais nos bairros estava atrasado, isto porque o motorista do caminhão estava ausente e havia sido substituído (e o substituto não estava habituado com o percurso). Ao total, três percursos de coletas eram esperados para aquele dia da semana, uma sexta-feira, e até o momento combinado para a pesquisa o motorista não havia trazido a segunda coleta. Há uma escala entre os trabalhadores para descarregar o material. O caminhão chegou no momento em que o grupo estava prestes a começar, já com as quinze pessoas à sala. As pessoas que estavam escaladas saíram da sala naquele momento.

Foi oferecido um lanche para as pessoas que ficaram na sala, antes do início do grupo, visto que era final de tarde e a maioria havia terminado o seu horário de trabalho naquele momento. Entretanto, observou-se que as pessoas preferiram aguardar os colegas que haviam saído para descarregar o caminhão. Quando as pessoas retornaram o lanche foi novamente oferecido. Contudo, as pessoas preferiram aguardar o encerramento do grupo para se servirem.

Antes do início do grupo a moderadora e observadora se apresentaram psicóloga e assistente social, residentes em Itapira, ambas integrantes de programas de pós-graduação na Unicamp. A finalidade da pesquisa foi abordada.

Os resultados do grupo foram analisados e discutidos no próximo item, tratamento dos resultados e discussão.

5. Tratamento dos resultados e discussão

I- Saúde e doença mental

No início, a moderadora colocou que seria discutido o tema saúde mental, especificamente iria-se tratar da assistência em saúde mental, quanto aos serviços. Sobre o assunto, apontou o binômio saúde e doença mental e levou esta questão ao grupo. Primeiramente, um usuário trouxe a sua definição sobre saúde mental.

“Saúde mental é pensar, refletir as coisas, tudo”.

Em seguida, uma usuária disse que não havia conseguido entender nada do que o colega havia dito. Em seguida, outros usuários trouxeram o seu entendimento sobre doença mental.

“Quando está com a cabeça confusa”

“Ou gera algum tipo de doença mais séria”

“Estou falando no geral, o que eu entendo. Algum problema de cabeça.”

“Quando tem problema na cabeça”.

“Acho que deve envolver mais coisas, mas aí eu não sei.”

“Acho que cada um age de um jeito, na doença mental. Um é agressivo, outro é mais quieto, mais calmo, cada um age de um jeito.”

“A saúde mental é tipo... tem aqueles que é bipolar, tem uns que é mais quieto, tem uns que é mais agressivo, tem uns que agem para chamar atenção. Pra mim é isso daí.”

A observadora notou discussões paralelas e troca de olhares. Registrou a saída de duas pessoas.

Observou-se que houve tentativa maior do grupo em trazer referências sobre a doença mental em relação a apenas uma referência sobre saúde mental. Saúde mental aparece como um termo de difícil conceituação surgiu apenas uma fala na tentativa de explicitá-lo. A *cabeça* surge como a localização da doença mental. Já o conceito de saúde mental se mostra mais abstrato, *Saúde mental é pensar, refletir as coisas, tudo*.

A fala *Acho que deve envolver mais coisas, mas aí eu não sei*, traz abertura para outros fatores relacionados ao tema, que não estejam exclusivamente

relacionados com o problema na cabeça. Outros fatores são considerados na produção do adoecimento mental, contudo, desconhecidos.

Ainda nesta discussão aparece o reconhecimento da singularidade na doença mental, *cada um é de um jeito*. Outra fala reflete conhecimento quanto ao diagnóstico psicopatológico ao mencionar a nomenclatura da área, *bipolar* (transtorno afetivo bipolar) (48).

Outro subtema encontrado a partir do texto, *vício*, traz a preocupação quando uma pessoa não deseja interromper o uso de bebida alcoólica.

“Quando tem uma pessoa envolvido em vício, e não para, o que tem que fazer?”

“Tem. Porque a cabeça da gente fala, todo mundo fala, dá conselho, e não escuta.”

“A pessoa que bebe, tem problema de vício a coisa aumenta da pessoa.”

“É o psicológico”.

“Já é uma doença”.

“Já é uma doença”.

A primeira fala formulada como uma pergunta nos remete o quanto estas questões mobilizaram o grupo. Infere-se que o vício traga incômodo e por isso busca-se por respostas. Em seguida, *Já é uma doença* traz a associação entre vício e doença. A reafirmação da mesma frase aparece como uma explicação plausível para o grupo. Associado a esta relação, entre vício e doença, Laranjeira (49) menciona a dependência química como uma doença crônica, situa que o tratamento abrange várias etapas. Demarca que o biológico influencia nos aspectos psicológicos, que assim influenciam o biológico novamente.

O vício como doença mental aparece acompanhado pela noção de cura. Em relação ao vício, surgem diferentes sentidos. Observou-se dois posicionamentos: um em que a pessoa, viciada, aparece como alguém que precisa de ajuda e outros devem ajudá-la, outro em que é depositada na própria pessoa expectativas para a sua melhora.

“Mas tem cura, né. É só a pessoa querer se tratar. Se a pessoa colocar na cabeça, não, não não consigo. É o psicológico. A pessoa tem que pensar ao contrário, que consegue.”

“A pessoa que é um viciado ela não tem força pra se ajudar.”

“Não é um viciado que fala, é um dependente químico. Ele consome então já é uma doença. Já é uma doença. Porque toda doença existe um tratamento. Se existe tratamento pra uma cura, existe tratamento para o vício também.”

“Vai da pessoa, e se a pessoa não quiser se tratar, vai fazer o quê? Então.”

“Por isso que tem os psicólogos, psiquiatras.”

O termo dependente químico é utilizado para substituir a palavra viciado. Esta “correção” denota a influência do discurso biomédico vigente (13).

O saber técnico de psicólogos e psiquiatras surge como alternativa frente a recusa pelo tratamento. *Por isso que tem os psicólogos, psiquiatras.* Esta fala insere a permissão concedida para o saber técnico, biomédico, agir em situações em que a pessoa não quer se tratar. A partir desta licença concedida, tem-se abertura para o tratamento involuntário. Quando a pessoa não quer fazer algo por si, se tratar, outros devem fazê-la aceitar o tratamento, psicólogos e psiquiatras. Soma-se à esta fala o apontamento de Laranjeira (49) onde expõe que o tratamento não precisa ser voluntário para acontecer.

A fala abaixo menciona três situações, uma em que a pessoa deseja ajuda, outra em que a pessoa não deseja, quer manter o uso de drogas, e outra em que ainda mesmo em uso de drogas mantém o seu trabalho, o seu cotidiano.

“Existe tratamento. Muitas pessoas procuram ajuda. Muita pessoas são curadas. Só que tem pessoas que só quer ficar naquela vida. Mas tem pessoas que não, pode beber, pode usar droga, mas vai trabalhar, tem o seu dia a dia.”

A capacidade para o trabalho pode ser vista como reguladora entre vício compatível com a vida em sociedade, produtiva, e o vício não compatível com a produção para o mercado. Este vício não compatível com a produção estaria mais próximo de uma caracterização associada à doença, dependência química, onde a pessoa é vista como aquela que precisa de ajuda. Sobre o assunto, Ferraz et al (50) discutem as estratégias do Estado frente às políticas de enfrentamento ao uso de drogas. Os autores argumentam que o consumo de drogas por pessoas que estejam invisíveis para a sociedade exprima uma forma de serem vistas, inseridas assim na sociedade de consumo, como consumidoras de drogas e ligadas ao adoecimento.

Os autores entendem que a política de atenção a usuários de crack deveria ter cunho mais social do que médico.

Durante a discussão, uma pessoa disse como se sente irritada em determinadas situações. Após alguns murmúrios surgiu uma fala em tom de brincadeira: “Pode internar já”. Seguiram-se murmúrios e risos. Fala-se sobre a internação psiquiátrica pela primeira vez no grupo, em tom de brincadeira acompanhada por risos a ideia de que já seria necessária uma internação. A alteridade culturalmente foi lidada com a segregação, e a brincadeira reflete esta forma de lidar com o outro - com base no viés do paradigma asilar. Jesus (31) ao discorrer sobre a proximidade das pessoas com os hospitais psiquiátricos de Itapira fala sobre a criação de uma representação simbólica sobre a cultura asilar na cidade.

“Eu sou meio quieto sabe. Sou um cara calminho, calminho (risos altos de todos).”

“Quando fala alto comigo assim”.

“Assim eu tô calmo, certo, pessoa olha pra mim me irrita, dependendo da hora.”

“É verdade.”

“Tal do sangue que sobe na cabeça”.

“Pode internar já.”

Murmúrios e risos.

Mais uma vez é feita referência à *cabeça*, agora relacionada por dedução à irritabilidade, *Tal do sangue que sobe na cabeça*.

Neste momento, um questionamento emergiu: “Mas a doença mental ela nasce com a pessoa?”

“É o psicológico da pessoa.”

“Eu acho que não. Pode causar na pessoa depois de grande.”

“Ou já nasce com a pessoa.”

Observou-se algumas conjecturas a respeito deste questionamento. Dois caminhos surgiram, um afirmando que sim, a doença mental nasce com a pessoa e

outro no sentido de que pode acontecer enquanto adulto.

Outro questionamento surgiu, a respeito do estresse. Entende-se que há dúvidas se o estresse seria considerado uma doença mental.

“O estresse é considerado uma doença mental ou é da pessoa?”

“O estresse é considerado o que?”.

“O estresse... é sistema nervoso.”

“É sistema nervoso.”

“Eu acho que o estresse que nem ela falou o cansaço do dia a dia.”

“Eu acho que o estresse do dia a dia, o cansaço, a rotina a pessoa fica. A pessoa chega em casa, toma um banho relaxa, no outro dia tá vindo trabalhar. Pra mim não é mental, o estresse do dia a dia normal.”

Assim como com o estresse surgiram dúvidas também quanto ao “nervoso”, esquecimento e ansiedade, o quanto estariam relacionados ao adoecimento mental.

Nervoso:

“E a pessoa nervoso o que é?”

Esquecimento:

“Pessoas que tem muito esquecimento já, o quadro avançado já pra saúde mental ou não?”

“É porque tem pessoas que tem muito esquecimento. Esquece das coisas. Pessoas que tem, vamos supor, esquece direto das coisas. Dá um branco na cabeça. A pessoa é constante, tipo mal de Alzheimer. Só que a pessoa todo dia esquece alguma coisa. Já faz parte da saúde mental ou...”

Ansiedade:

“Ansiedade... é problema também?”

“Saudade?”

“Ansiedade.”

“Ansiedade...nervosismo...pra chega tudo também...”

Infere-se que questões relacionadas ao estresse, nervoso, esquecimento e ansiedade se aproximem mais do cotidiano das pessoas. E por isso, a dúvida: será que isto o que estamos conversando tem a ver comigo? Ao discorrer sobre o tema saúde e doença mental as pessoas podem ter se sentido estimuladas a refletir sobre o assunto não apenas de forma genérica e abstrata, mas de forma

estritamente subjetiva.

II- Redirecionamento da assistência em saúde mental

Nesta segunda categoria a moderadora inseriu a discussão a cerca dos espaços para tratamento em saúde mental. O primeiro espaço lembrado foi uma instituição psiquiátrica. Observou-se certa proximidade com a instituição, citada acompanhada por risos. Um usuário foi citado pelos colegas por já ter sido internado na instituição. A instituição psiquiátrica é vista de forma familiar.

“Tem muita gente vai pro Bairral (risos)”

“Mas tem gente que se faz de doente, mas não é.”

“Tem o Bairral. Tem muita gente em Itapira que é débil mental” (risos de todos).

“Você já ficou lá internado.”

A fala *Mas tem gente que se faz de doente, mas não é*, sugere que por algum motivo pessoas que não sejam consideradas doentes queiram “ser” doentes. Por que alguém iria querer se fazer de doente? Pode-se pensar em possíveis ganhos com a condição de “doente”. Mas de qualquer forma, com possível ganho secundário com o adoecimento ou não, vê-se claramente a manutenção da condição de doente alimentada pelo modelo asilar.

Em seguida um usuário trouxe a sua diferenciação entre o louco e o débil mental.

“Eu sou um cara que eu sou fraco da ideia. Porque o débil mental mesmo, não chama de louco, é débil mental, não tem cura, não existe cura. Nem Deus não cura ele. Já nasce com esse problema. Para o débil mental não existe cura, não tem cura. Da tanta raiva nele, estoura um nervinho e acabou. Antigamente mandava para o manicômio mas agora não tem mais. Não tem mais débil mental no manicômio, acabou. Tem mais preso lá que deve pra justiça o juiz tá mandando pra lá pra não morrer na cadeia. Débil mental não tem mais, morreu tudo (risos). Tinha o (...) andava com uma lata no meio dos carros, ele morreu. Débil mental mesmo não tem cura.”

“Louco mesmo não existe, existe é débil mental.”

“Chamar a pessoa de louco é crime. Ai meu Deus. É crime. Existe o débil

mental que é doente, na mente dele... acabou...”.

Nesta diferenciação entre o louco e o débil mental, apenas o débil mental existe, o louco não. O *débil mental*, termo utilizado para denominar pessoas com déficit intelectual, aparece como um conceito mais tangível do que a loucura.

A fala *Antigamente mandava para o manicômio mas agora não tem mais* denota a mudança de paradigma, não mais pela internação psiquiátrica (2). Já a colocação *Tem mais preso lá (no manicômio) que deve pra justiça o juiz tá mandando pra lá pra não morrer na cadeia* traz a ligação entre poder judiciário e internações em hospitais psiquiátricos. Coelho e Oliveira (51) discutem esta ligação, principalmente no que tange a usuários de drogas e internações compulsórias. De acordo com a Lei 10.216/01 (52), a internação compulsória é aquela em que o juiz amparado pela legislação vigente, determina uma internação em uma instituição que deva oferecer segurança ao pacientes e funcionários. Coelho e Oliveira (51) trouxeram para a discussão episódios em que usuários de crack, foram internados involuntariamente em instituições psiquiátricas no ano de 2012. Estes episódios, amplamente divulgados pela mídia reforçaram o movimento pelas internações compulsórias. As autoras criticam o fato do poder judiciário se envolver em situações onde o direito das pessoas é negado. Consideram inconstitucional a interpretação da Lei 10.216/01, utilizada para justificar as internações compulsórias de usuários de drogas, isto por não reconhecer o direito de escolha daquela pessoa. Trazem para reflexão a questão central de que o crack não deve ser encarado como um problema individual, por envolver diversos aspectos sociais, deve exigir também uma resposta de âmbito coletivo.

Quando a moderadora questionou como deveria ser o cuidado em saúde mental surgiu referência à ausência de vagas para internação psiquiátrica. Fato que nos remete ao saturamento da assistência baseada no modelo asilar.

“Como consegue enfiar a pessoa num lugar pra tratar? Se você vai pro médico o médico diz mas não tem vaga, tem que tá esperando a vaga, e essa vaga nunca sai.”

Risos. “A... confunde as coisas.”

“É difícil. Eu já tentei de tudo pra internar meu marido até hoje não consegui.”

“Falar pra você, é um azar é a bebida.”

A forma de lidar com a pessoa em sofrimento psíquico foi questionada pela moderadora. Surgiu no grupo uma forma de lidar não relacionada estritamente ao saber técnico, ao se enfatizar a paciência, comunicação, diálogo, carinho, amor.

“Com psicólogo, né.”

“Eu acho que tem que ter muita paciência pra lidar com eles, prestar muita atenção no jeito que eles estão agindo.”

“Muita comunicação, muito diálogo. Carinho, amor. O amor é tudo. A pessoa que não tem amor em si próprio, se ela já não tem amor em si como que ela vai dar para outra pessoa, ela tem que se amar primeiro, tem que ter o amor, paciência.”

“É porque não é fácil lidar com uma pessoa assim.”

O grupo foi questionado sobre qual o seria o lugar do cuidado. Casa de recuperação e a instituição psiquiátrica foram apontadas. Foi mencionada referência ao acompanhamento psicológico da rede privada e à demora para o atendimento na rede pública. Vê-se que o acompanhamento em saúde mental aparece vinculado principalmente ao psicólogo.

“Numa casa de recuperação?”

“No Bairral?”

“Acompanhamento com psicólogo. Pobre não tem condições.”

“Pagar um psicólogo é caro. Não fica barato, né. Na rede, no PPA, essas coisas assim, demora né verdade. Você marca hoje vai ser atendido daqui uns três, quatro meses. É difícil.”

“Não tem plano.”

Foram levantados questionamentos para entender o fluxo da rede de saúde mental a partir do que é conhecido pelos usuários. A moderadora questionou onde os usuários do grupo ou algum familiar recorreriam caso precisassem utilizar um serviço de saúde mental para tratamento. A inserção na rede de saúde mental apareceu vinculada à figura do médico clínico, do PPA (sigla anteriormente utilizada na cidade de Itapira para as unidades básicas de saúde - UBS), que encaminha para o psicólogo e psiquiatra. O acompanhamento ambulatorial em saúde mental aparece por meio do convênio com o ambulatório da instituição psiquiátrica.

“Se precisar de saúde mental é complicado. Você tem que ir lá e depois de não sei quando, quanto tempo ainda. É complicado.”

“Prolonga, e vai prolongando.”

“Na minha opinião muitas pessoas procuram o clínico.”

“O clínico passa para o psicólogo, psiquiatra. Depois assim vai. Da unicamp, pra não sei onde vai, e assim vai. Aí até...”

“No meu caso foi encaminhado para o AME, o médico do AME falou assim 'dona eu não posso dar encaminhamento a senhora tem que conversar lá na sua cidade mesmo com o clínico para ele te dar o encaminhamento lá'. Agora a minha filha vai ligar procurar na clínica que tem vaga pra gente conseguir pegar o laudo pra ir levar lá”.

“Mas isso tem que ter muita paciência mesmo, porque demora de três a quatro meses.”

“Aí sofre a gente.”

“Porque é muitas pessoas. É muitas pessoas precisando de vagas para a saúde mental.”

Mais uma vez surge colocação referente a vaga para internação psiquiátrica. A fala pela procura de vaga é recorrente durante o grupo.

Ainda tratando-se do fluxo na rede a moderadora questionou se o grupo conhecia outras pessoas que estão em acompanhamento na área da saúde mental.

“Eu conheço. Minha irmã faz.”

“Minha tia também está tomando remédio, passa por psiquiatra uma vez por semana. Já teve depressão. Está se curando. Tem dias que dá umas revoltas, tem problema. Mas ela está se tratando.”

“Minha irmã.”

“Ela faz no Bairral mesmo. Mas agora parece que ela não tá indo, pega remédio.”

“Minha tia vai uma vez por semana.”

O acompanhamento ambulatorial em saúde mental foi citado por meio do convênio com o Instituto Bairral (30).

O conhecimento sobre o funcionamento de serviços de saúde mental em outras cidades também foi abordado. Após alguns murmúrios uma pessoa se referiu ao estado de Pernambuco.

“No Pernambuco é assim... vai no médico pega encaminhamento o médico vai passar medicamento certinho pra tomar na hora certa. É a mesma coisa

daqui.”

Quanto à urgência na saúde mental o hospital clínico aparece como referência para encaminhamento à internação psiquiátrica.

“Do hospital é que encaminha.”

“A gente já ouviu falar alguma coisa. Parece que vai no hospital e o hospital encaminha...faz lá...”

“Psicólogo, psiquiatra.”

“No hospital, no hospital eles encaminham lá...do hospital eles veem com a assistente social, passa pela assistente social aí eles encaminham...alguma clínica algum lugar o que está sendo indicado, que a pessoa precisa do tratamento.”

Algumas pessoas falam juntas.

“A assistente social do hospital municipal entra em contato com a secretaria da saúde, pra poder pedir vaga para São João da Boa vista para poder pedir vaga no hospital psiquiátrico ou na Carlotinha, alguma coisa que seja...que faz parte da...”

Moderadora: Isso uma situação de urgência você está me falando?

“Isso. Aí eles encaixam dá um jeito. Vamos supor se tem trinta pacientes eles colocam mais um só para poder tratar o caso da urgência.”

Após o encaminhamento ao hospital clínico é realizado o pedido de vaga através da Central de regulação de vagas do Departamento Regional de Saúde (DRS XIV), de São João da Boa Vista, a qual pertence o município.

Ainda ao discutir o fluxo da rede, a moderadora levou o grupo a imaginar uma situação em que uma pessoa em tratamento em saúde mental numa outra localidade se muda para a cidade e precisa dar continuidade ao mesmo, questionou aonde ela poderia se tratar. Um dispositivo da atenção psicossocial, o Caps, foi trazido como espaço para continuidade do tratamento. O Caps foi trazido apenas como referência para dependência química porque o serviço é da modalidade Caps ad (álcool e outras drogas) (25).

“Primeiramente ela vai ter que ter um encaminhamento de lá para ela poder...”.

“Transferência”

“Da cidade que ela está. Aí na cidade ela procura um...”.

“Primeiro vai no médico, no clínico, no PPA. Aí o clínico vai examinar e vai

ver se vai precisar ...vai levar o papel do encaminhamento.”

“Aí ela tem que começar do início.”

“Manda para o Caps, perto da quadra.”

Algumas pessoas falam juntas.

“Tem o Cais.”

Para continuidade do tratamento surgiu a referência ao PPA, entendido como UBS, e em seguida ao Caps (30), e Cais (Centro de especialidades médicas) (29).

“Que já aconteceu com o meu marido.”

“O clínico do postinho fala pra ele que é pra continuar tratamento no caps.”

“O caps é só para dependente químico. Ela tá falando da saúde mental. Saúde mental geralmente seria Bairral ou AME ou unicamp.”

Ao falarmos sobre estes espaços de tratamento uma pessoa trouxe relato de sua história.

“Eu já fui internada quatro vezes.”

“É. Eu bebi vinte anos e fumei cinquenta e dois anos. Bairral não curou eu, nada me curou. Porque eu saía de lá, dava uns olé nas enfermeiras e ía pro bar e bebia. Quando saía comigo pra fazer caminhada, pegava umas par delas lá dentro pra fazer uma caminhada então eu sou muito conhecida aqui em Itapira, que eu nasci aqui entrava no bar e bebia. A única solução que eu encontrei foi com Deus. Eu bebia dia e noite sem parar. De trabalhadeira eu fiquei vagabunda. Não trabalhava mais. A minha vida era ficar o dia todo sentada numa, sentada numa mesinha assim e bebendo o dia todo. A minha família chorava, procuravam internar até que foi o dia que eu decidi que hoje eu não vou fazer mais e não fiz. Eu bebia, tinha dias de eu beber um litro e meio de pinga por dia, eu não comia um grão de arroz. Pesava trinta e quatro quilos. E fumava. O dia que tava nervosa fumava três maços de cigarro. Larguei de tudo. Hoje eu me sinto uma vitoriosa.”

“Ela sentiu o amor próprio.”

“O que importa para as pessoas é ter o amor.”

“Refúgio na bebida.”

“Muitos acham que o refúgio é a bebida, pra esquecer o que está acontecendo.”

“Pra muitos bebe fica alegre.”

“O psicólogo dizia pra mim que eu vivia do passado e que eu tinha que viver do presente. E foi indo foi indo, colocando na cabeça. Graças a Deus, tudo bem trabalhado e...”.

“As minhas irmãs nunca desistiram de mim. Procuravam eu até encontrar. Seguravam se não escapava outra vez. Ficavam em cima. Às vezes ficavam tão nervoso de ver a situação minha que falavam 'onde já se viu, perdeu a vergonha, uma situação dessa você sempre foi trabalhadeira, ficar nesse ponto'. Então chega uma hora a gente põe na cabeça.”

Neste relato de história de vida e internações psiquiátricas, a pessoa atribuiu a superação do uso de bebida alcoólica no apoio em Deus e em seus familiares. É descrita assim, outra forma de enfrentar o uso de bebida alcoólica não ligada exclusivamente ao saber médico. Neste sentido, o apoio social em grupos religiosos, em organizações não governamentais, associações comunitárias, movimentos sociais, e outros, pode ser visto como forma de suporte terapêutico e de cuidado (47).

Neste momento a moderadora mencionou o redirecionamento do modelo de assistência em saúde mental, quanto a políticas de saúde mental no Brasil. Questionou se o grupo tinha conhecimento destas mudanças.

“Então. Eu já escutei isso daí.”

Vê-se o reconhecimento tímido das mudanças mencionadas acima. Por outro lado, a fala abaixo sintetiza de forma clara o tensionamento entre os modelos de atenção vivenciados pelas pessoas.

“A pessoa que tá assim, como meu marido. Converso com ele, ele fica em dúvida, tem ora que ele fala que ele quer ir, e tem ora que ele fica 'a não sei, eu tenho que ver, acho que eu vou sim'. Daí passa um pouco de tempo que ele dá uma melhorada boa 'a não vou, vou fazer caminhada, vou andar, vou lá no Caps', aí já muda a cabeça dele e não quer ir mais. Por que, né?”

A fala trouxe a oscilação entre aceitar a internação psiquiátrica e seguir o acompanhamento no Caps. E nos remete aos avanços do modelo de atenção psicossocial, que já passou a ser reconhecido como outra forma de assistência. O tensionamento entre os modelos pode gerar sensação de inquietação no usuário e familiar por qual caminho seguir, mas pode levar também a possibilidade de escolha

pela forma de tratamento que preferir.

Outros comentários sobre o acompanhamento no Caps surgiram.

“Vai e volta.”

“Trabalho pra pessoa não ficar com a cabeça vazia.”

A seguir uma usuária se colocou e trouxe a sua experiência como familiar de uma pessoa com adoecimento mental.

“Ó. Eu penso assim. Que no sistema que eles adote no tratamento de paciente eu acredito que eles fazem que a pessoa esteja próxima da família, que é mais fácil, pra fazer o tratamento, nesse sistema. Ao meu parecer parece que eles não gostam muito de tá internando as pessoas. Quando meu marido era vivo, e ele apresentou problema, de precisar de internar, eu recorri na época foi com o Dr X. Eu fui lá pra arrumar a internação, pra internar ele, ele virou e falou pra mim 'ah isso não precisa fazer isso, ele não precisa de internação'. Só que o meu marido começou a ficar com depressão, ficou agressivo, começou a querer bater em mim em casa, começou a quebrar as coisas, passou a não se alimentar, e não se incomodava com a higiene pessoal. Quando eu consegui internar ele, ele estava com a cabeça deste tamanho (mostrou com gestos).” Risos.

Um trecho deste relato nos chama atenção *Ao meu parecer parece que eles não gostam muito de tá internando as pessoas...* Tem-se conhecimento de um movimento contrário às internações psiquiátricas. Este movimento é vivenciado, mas tido como algo que diz respeito a outros, *eles*, pode ser nomeado como o Movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). O Movimento pela RPB ganhou expressão a partir da luta de usuários, familiares e trabalhadores por mudanças na forma de assistência em saúde mental. Luta por direitos e por uma assistência antimanicomial, atingiu diferentes patamares, culturais, ideológicos e políticos. E por atingir estas diferentes áreas ganhou visibilidade em todo país. Ressonâncias desta luta podem fluir carregadas de seu sentido genuíno ou ressignificadas. A fala acima reflete o que seriam estas ressonâncias ressignificadas. Sabe-se que há um movimento contrário às internações, contudo, não há reconhecimento pelo motivo que levou a tal movimento a se constituir.

Ainda a mesma usuária continua o seu relato e aponta abaixo suas estratégias de enfrentamento do momento que viveu quando o marido adoeceu e foi internado em hospital psiquiátrico.

“Na época eu tinha cinco casas, que fazia faxina. Perdi tudo. Porque aí eu também comecei a ficar com depressão. Agora a pessoa que fica a noite no hospital tomando remédio para abaixar a pressão, e chega em casa oito horas como é que vai trabalhar? Perdi tudo as minhas casas. Aí foi aonde eu abracei esse negócio de catar reciclagem. E eu assumi o papel de marido e comecei a tomar conta da direção da casa, pagar as contas, as coisas que precisava. Aí esse rapaz me ajudou a arrumar a internação pra ele, e daí ele foi internado, ficou uns seis meses no Bairral. Deram alta pra ele, ele foi pra casa. Foi pra casa. A médica falou assim 'a senhora olha ele, que o que acontecer a senhora é responsável'. Aquilo pra mim foi a mesma coisa de pegou um trem e jogou nas minhas costas. O peso que eu senti. Aí ele foi pra casa, e eu não conseguia fazer ele parar em casa. Os medicamentos ele não queria tomar, queria beber. Às vezes ele chorava e dizia que tinha desgosto. E foi indo, foi indo assim, até internar ele de novo. Aí na segunda vez. Antes da gente casar, ele já tinha sido internado no Bairral. Os parentes não contou. E daí a médica falou pra mim 'olha dona X, o seu X está internado aqui e quando ele sair, não leva ele pra casa, porque a senhora não vai conseguir fazer com que ele pare, e usar os medicamentos, e ele não vai sarar, mesmo que ele não beba mais, e que ele tome os medicamentos, ele não vai sarar, porque ele é alcoólatra desde mocinho e como ele recaiu e voltou a beber nessa recaída...então afetou as partes...' “

“Da saúde mental...”.

“Da saúde mental... dele. E daí que ela falou que era pra mim por ele numa clínica. Ficou mais de seis anos numa clínica. Morreu. Morreu mesmo, não teve cura não.”

Algumas falas surgiram e mobilizaram o grupo, pessoas que já viveram o papel de familiar de uma pessoa em sofrimento psíquico. Falou-se sobre a responsabilidade depositada pelos profissionais sobre os familiares, quanto ao uso de medicações e manutenção do tratamento. Tal colocação pode levar o familiar a pensar que não conseguirá cuidar daquela pessoa da mesma forma com que ela era tratada na instituição e que o melhor seja uma nova institucionalização. Dimenstein (10) menciona o fenômeno da trans-institucionalização, em que pessoas internadas numa instituição são transferidas para outra instituição.

A moderadora indaga o grupo sobre o funcionamento da assistência em saúde mental na cidade de Itapira. Quanto ao questionamento, surgiu a sugestão da

criação de um centro de especialista para saúde mental, casa de recuperação, e críticas quanto a demora do encaminhamento. Sugeriu-se também a criação de outro espaço em que as *peessoas mentais* não se misturassem com as *peessoas normais*, com queixas clínicas. Observou-se a manutenção da lógica pela segregação em outros espaços além do espaço físico do hospital psiquiátrico. A inserção do tema saúde mental na atenção básica vem ao encontro destas questões, buscando problematizar esta lógica vigente.

“Eu acho que deveria abrir mais um centro de alguma coisa, que nem um Caps, pra ajudar também outras pessoas, tanto com a saúde mental e tanto com a saúde...”.

Algumas pessoas falam juntas.

“Eu acho, na minha opinião que deve abrir mais um centro de especialista para a saúde mental.”

“Eu concordo. Se abrisse um centro...casa de recuperação... o andamento...acho que o encaminhamento que às vezes demora muito, acho que devia melhorar... que é bem demorado.”

“Que só um Caps não ia dar conta para a população. Que a população está aumentando cada vez mais. Itapira está ficando grande, então precisa de mais um espaço. Um centro só pra atender pessoas mentais, não misturar pessoas clínicas com pessoas mentais. Eu acho que não deveria misturar a mental com as pessoas normal.”

III- Tensionamento

Por fim, a terceira categoria reúne indagações vividas pelo grupo. O primeiro subtema denominado de procuração de querer morrer expressa a dúvida perante situações em que a pessoa em sofrimento manifesta o desejo de morte. Ou, em outras palavras, ideação suicida. O grupo discutiu situações em que a pessoa não quer se tratar. Levantaram-se posicionamentos relacionados tanto com a vontade da pessoa em se tratar como com a necessidade de controle externo. Este controle externo pode ser entendido como controle por meio das interações involuntárias ou compulsórias, em que não depende da vontade da pessoa. Vê-se aí relação com o modelo asilar.

“Isso pode acarretar também a procuração de querer morrer. Muitos tentam se matar, outros provocam, tentam provocar a morte e as consequências vem dependendo...”

“É cabeça fraca, fazer essas coisas.”

“Tem gente que pega o problema e acha que é tão grave aquele problema e não consegue sair dele. Então ele vai infiltrando naquilo que ele acha que vai dá mais pra ele.”

“Por isso que tem que ter uma pessoa de punho forte pra ajudar essa pessoa a sair desse caminho, através da ajuda dessa pessoa essa pessoa vai conseguir, mesmo estando na bebida.”

“Porque é só Deus. No Bairral, daquelas pessoas, nem todas são doentes.”

“Não. Não é doença. Porque eu vivi ali. A última internação minha foi quatro meses e meio. A última internação que eu tive, dava para analisar as pessoas que estavam ali. Tem muitos que sofrem porque não tem mesmo punho forte e perdem a confiança com Deus, que desabou tudo. Que nem eu pensava no começo, pra mim não adianta viver mais, que acabou tudo. Mas foi engano meu.”

Somando-se ao subtema da procuração de querer morrer o grupo se questiona a respeito de situações em que as pessoas não desejam procurar tratamento.

“Mas como você vai controlar uma pessoa? Se você não controlar ela vai continuar bebendo até morrer. Não tem como a gente ficar quieto. Não tem.”

“Quando a pessoa quer ser curada... mas quando não quer. É difícil.”

“Eu acho, na minha opinião quando a pessoa quer ser ajudada...”

“Quer melhorar.”

“Ela faz da tripa coração . Mas quando a pessoa não quer. Não adianta. Um dia ela vai parar. Um dia ela vai parar. Tem que parar. Como diz aquele ditado: se não é pelo amor é pela dor.”

“A gente tem que dar uma força para a pessoa também.”

“Só que a pessoa está dando força, dando força. Que nem...”

“É um carma. Uma luta.”

“Que nem se tornou... A gente tem que ter amor próprio. Só que a gente tem que ajudar o próximo também. Eu acho importante pela saúde mental, os

parentes estar ausentes, presentes. Nada de chegar ... no caso, se chegar no caso de internação, num caso muito grave mesmo, tiver agressivo, aí sim, uma pessoa estar ali suave, não estar só assim, vai no tratamento vai embora, vai no tratamento vai embora, aí a pessoa eu acho que tem cura.”

“Eu acho que tem que ter um método mais fácil para o encaminhamento, para a pessoa se cuidar. O método de hoje é mais lento. E isso vai deixando a pessoa mais desanimada.”

“Então, porque eu conheço também pessoas que vive assim, como que se diz, ele conseguiu a aposentadoria. Então, alguém da família não precisa trabalhar e pode cuidar dele. Porque aí fica difícil. Na casa de uma família, tem uma pessoa dessa na casa não tem ninguém que ganha salário, todo mundo tem que trabalhar. Como é que a pessoa vai? Que moral que a pessoa vai ter pra oferecer pra essa pessoa que tem problema mental. Nenhuma. Esses que já tem uma ajuda da própria saúde, que alguém possa cuidar dele. Aí melhor, que a família cuida dele.”

Falou-se sobre a aposentadoria, por tempo de trabalho ou invalidez, como recurso financeiro a fim de propiciar o cuidado da pessoa em sofrimento mental pela própria família.

Quando a moderadora questionou o grupo se poderiam ser pensadas melhorias quanto a assistência em saúde mental na cidade surgiu referência à Clínica Santa Fé. O Instituto Bairral foi trazido neste momento como uma instituição que atende ao SUS. Criticou-se descaso com a Saúde e também se falou sobre a necessidade de mais psicólogos e psiquiatras.

“O que tem que ser feito?”

“A clínica Santa Fé não está mais funcionando?”. Risos.

“É. Tem uma aí que colocava as pessoas, de saúde mental, ficavam internadas lá.”

“Ela quis dizer clínica. A clínica é particular. Ela quis dizer... eu na minha opinião abrir um centro para o SUS, as pessoas que não tem condições de pagar.”

“No Bairral tem pelo SUS também.”

“É pelo SUS.”

A oferta de tratamento pelo SUS no hospital psiquiátrico foi mencionada. A internação é vista de diferentes modos.

“Não X. Abrir um centro assim a pessoa vai lá faz o tratamento, faz o dia a dia dela e volta para a família. Você entendeu? Não a pessoa ficar lá jogada numa cama de hospital. Pra mim isso daí.”

“Eu não ficava.”

“É eu sei que você não ficava.”

Algumas pessoas falam juntas.

“É o seu problema foi outro. Eu estou falando é da saúde mental.”

Algumas pessoas falam juntas.

O grupo abordou a implicação de gestores públicos nas políticas de saúde e saúde mental. Contudo, há referência sobre a necessidade de mais psicólogos e psiquiatras, além de vagas para internação psiquiátrica.

“Esse negócio aí... do tratamento da saúde mental... que nem agora... agora tá muito esquecido...”.

”Tá muito difícil por causa do poder público... porque o que for criar vai ter que mexer com o poder público. Até o pouco que a gente foi pedir ele falou que não vai dar porque a torneira secou, a torneira tá enxugada. O dinheiro das verbas... numa dessa aí ele disse que não pode fazer mais nada, que não tem verba pra mais nada. Então aí o que nós, a população... não tem jeito da população arrumar um jeito para arrumar a saúde para trabalhar em favor da saúde mental.”

“Mais psicólogo precisava ter...”.

“Psiquiatra...”

“Mais psicólogo e mais psiquiatra.”

“O que eu penso... às vezes eu penso sozinha... o governo federal e o poder público estadual e municipal eles não estão olhando para o lado desses profissionais... se eles tivessem olhado e valorizasse mais os profissionais, os profissionais certamente trabalhariam com mais afinco, com mais amor, e dava prioridade para as coisas que precisa. Isso é o que eu imagino. Porque se eles olhasse mais para o lado dessas coisas e de saúde, então não tava tendo tanta coisa que a gente anda vendo por aí.”

“Sobre saúde mesmo. Sobre saúde em geral. Não só de psiquiatria. Mas a saúde em geral. A gente vê... tá vendo um descaso danado. Porque veja bem para internar uma pessoa... quem tem uma pessoa que é doente mental na casa ele corre perigo, ele corre perigo, porque então precisa de um tratamento nem que seja

temporário, ele precisa de um tratamento. Porque e se ele decide matar a família inteira como nesses dias a gente viu por aí? Que sempre passa na televisão... falou para o delegado que matou a família inteira... Hãhã? Eu não tenho estudo mas quando eu fico quieta eu fico pensando certas coisas, fico imaginando que que a gente poderia chegar nesse pessoal e explicar a realidade das coisas pra eles...porque eles não tem uma família... porque se tivesse não tava com demais pessoas que tem problemas na família...”

“O que a Dona X quer dizer é que se precisar de uma pessoa pra internar hoje essa pessoa tem que esperar 6, 4, até 5, 6 meses pra esperar uma vaga pra internar. É isso que ela quer dizer. Não tem vaga. E muitas pessoas estão lá ocupando vaga, não tem necessidade de ficar internada.”

“Acho que o ministério público, tem que correr atrás também pra resolver porque nós temos nossos direitos. Se a gente correr atrás...”.

Emergiu no grupo relatos de situações vistas na televisão ligadas à loucura. *Que sempre passa na televisão... falou para o delegado que matou a família inteira... Hãhã?* Este é um aspecto nos remete à reflexão sobre o papel da mídia na construção social da loucura.

“Viu. Passou na televisão o cara que matou as crianças. Você viu o que aconteceu? Ele escreveu uma carta dizendo que era louco. Depois se arrependeu. Como que faz... com essas coisas? Isso que eu não aguento.”

“Complicada...”

“Por que faz isso daí...”

“É isso...”

“Deus me livre guarde.”

A relação entre profissionais e pessoas em sofrimento psíquico também foi problematizada. Discussões sobre o acolhimento relacionam-se a este assunto, onde o mesmo é visto como instrumento que permeia as práticas em saúde.

“E outra coisa que eu queria falar com você. Logo quando eu precisei levar a minha mãe no médico... que a minha mãe precisou ir no médico. Eu fiquei tão decepcionada. Eu levei a minha mãe no médico. A minha mãe foi uma pessoa que nem nunca foi em médico. Quando apareceu o problema que ela precisou ir no médico, nós fomos no médico lá. O médico parecia que tinha mais problema que a gente (outras pessoas riram). O médico gritava tanto com a minha mãe, que eu

fiquei decepcionada com aquilo. Olha eu conto até dez quando os outros ...'a dona X. vai no PPA'. Eu conto até dez. Porque o que eu vi lá, me deixou bastante lá embaixo a respeito disso aí. Porque se é pra gente procurar uma unidade de saúde pra gente ficar pior do que o estado que a gente foiah não compensa, você quer mais morrer a mingua em casa (outras pessoas riram).”

A fala *E outra coisa que eu queria falar com você* expressa de forma clara o desejo de se fazer ouvido. É preciso olhar para a forma com que acontece o cuidado, nas relações. Fala que vem ao encontro com as discussões sobre acolhimento na atenção básica (53), lugar do primeiro cuidado. É por meio do acolhimento que se estabelece o vínculo entre o usuário e o profissional de saúde. Atenção básica no nome, mas não menos importante do que a atenção especializada. O cuidado em saúde mental inicia-se na atenção básica. Se necessário o cuidado deve ser compartilhado com outra equipe de saúde (53), não transferido. Alves e Guljor (4) falam na ruptura do processo do encaminhamento, a equipe de saúde deve acompanhar a trajetória da pessoa em sofrimento mesmo quando a pessoa está recebendo assistência de uma equipe especializada.

Durante o grupo, os profissionais mais lembrados da área da saúde mental foram o psicólogo e o psiquiatra. A saúde mental inserida na atenção básica se mostra presente na vida das pessoas, contudo, o médico da UBS aparece como aquele que encaminha para o outro serviço. A atenção básica como um dispositivo da atenção psicossocial, com possibilidade de criação de novas estratégias se mostra um recurso potente que pode ser mais bem desenvolvido. Isto, a fim de promover a escuta onde se inicia o cuidado e reduzir a sensação de demora e lentidão apontadas diversas vezes pelo grupo.

Próximo ao fim do grupo a observadora registrou que houve dispersão, duas pessoas haviam saído para atender ao telefone celular. A moderadora realizou o encerramento.

6. Conclusão

De acordo com a literatura, há dois modelos de atenção no Brasil que foram constituídos sócio-historicamente. O modelo asilar e o modelo de atenção psicossocial. A partir de lutas de sociais constituiu-se a Lei 10.216/01, que possibilitou o redirecionamento do modelo de atenção. A forma de tratamento comunitária ganhou maior ênfase, contudo, os hospitais psiquiátricos ainda se mantiveram como espaços de tratamento. Tem-se assim, a coexistência de duas formas de assistência em saúde mental, ambas legitimadas pela Lei. As diferenças paradigmáticas entre os modelos de atenção geram um tensionamento, que vai para além do campo teórico e aparece no cotidiano nas práticas de saúde.

O interesse deste estudo é neste segundo aspecto. O cotidiano das práticas de saúde mental, que pode ser analisado de diversas formas: a partir do olhar de gestores, usuários, familiares e trabalhadores de serviços de saúde mental. Este estudo buscou dar luz à fala de pessoas usuárias do SUS, sem caracterizá-las previamente entre usuários de serviços de saúde mental ou familiares. Desse modo, o objetivo do estudo foi analisar como as pessoas, usuárias do SUS vivenciam o tensionamento entre modelos de atenção em saúde mental.

As regiões do país absorveram de forma assimétrica os dois modelos de atenção em saúde mental, de acordo com sua história, atores sociais e singularidades. Em algumas localidades o modelo de atenção psicossocial alcançou maiores espaços e possibilitou ampliação de discussões sobre o assunto. Em outros lugares, o modelo asilar, por meio da internação psiquiátrica como principal forma de tratamento se mostrou mais influente.

O presente estudo analisou o tensionamento entre os modelos de atenção em saúde mental, a partir do olhar dos usuários do SUS, no contexto de uma cidade com história ligada à psiquiatria asilar. A pesquisa está contextualizada na cidade de Itapira, localizada no interior do estado de São Paulo, cidade com história ligada à psiquiatria asilar e que atualmente conta com duas instituições psiquiátricas conveniadas ao SUS. O diferencial deste estudo foi abordar o tema do

tensionamento entre os modelos de atenção num contexto em que o modelo asilar exerceu maior preponderância.

Movimentos sociais participaram da luta pela conquista de direitos civis, como o direito por uma forma de tratamento pelo não abrigo. A segregação admitida como forma de tratamento levava à exclusão social. Por si, a segregação social causou diferenças e inúmeros relatos de violência, onde as pessoas não eram tratadas com respeito e dignidade. Não era conferido às pessoas dignidade de cidadãos. Esta luta representada pelos movimentos sociais é uma luta pelo direito de vida e de respeito. Luta contra uma tolerância silenciosa às violências. O paradigma asilar orientou a forma de tratamento utilizada nas instituições asilares, pela exclusão social da pessoa com um adoecimento mental, onde direitos são tolidos, ir e vir e viver o que desejar. Onde o outro deve dizer pela pessoa, fazer por ela. A capacidade de cuidar de si é subestimada. O modelo asilar não pode ser utilizado para justificar toda opressão relatada. Este modelo possibilitou a segregação, o separar para cuidar. Método proveniente das ciências naturais, em que o material deve ser separado para ser estudado.

Sobre o assunto é preciso considerar que a pessoa com um adoecimento mental, sofrimento psíquico, possui afetos, interesses, histórias de vida, motivações e desejos. A pessoa em sofrimento psíquico é a mesma que gosta de estar próxima de seus familiares, cuidar de suas plantas, conversar com os vizinhos. A partir do olhar da atenção psicossocial não há como separar e isolar apenas o que está doente, a pessoa é pessoa em contato social.

Os dois modelos tem paradigmas diferentes. Com isso, não há como haver um combinado entre os dois modelos, embora ambos influem-se mutuamente. Neste estudo, a ideia central foi discutir este tensionamento entre os modelos de atenção com o viés da atenção psicossocial, com devidas ressalvas também a este modelo. Isto porque a mudança de modelo de atenção não é apenas quanto a mudança de prédios, locais. Mas diz da forma de pensar e lidar com o sofrimento psíquico.

Na discussão dos resultados percebeu-se que a doença mental apareceu acompanhada por descrições relacionadas ao modelo biomédico. Entretanto, singularidade e o reconhecimento de outros fatores, tidos como desconhecidos,

ligados ao adoecimento também foram mencionados. Vício foi associado à doença mental e relacionado com a noção de cura. Sobre o assunto, três posicionamentos surgiram: quando a pessoa não quer se tratar, quando ela busca pelo tratamento e quando apesar do uso de drogas mantém o seu cotidiano e o trabalho. Estresse, “nervoso”, ansiedade e esquecimento apareceram como dúvida, se estariam ligados à doença mental. Isto, por serem temas próximos da vida das pessoas.

Quanto ao redirecionamento do modelo de atenção em saúde mental surgiu no grupo o reconhecimento de que há outro modelo além do hegemônico, asilar. Houve também o reconhecimento de que há um movimento contrário à internação como forma de tratamento. Este é um dado relevante do estudo, pois fala que a ideia principal chegou às pessoas, movimento contrário às internações como forma de tratamento. Contudo, o sentido atribuído ao movimento contrário à internação (antimanicomial) não apareceu no grupo.

O tensionamento entre os modelos de atenção é vivenciado pelas pessoas de forma concreta, a internação, ligada ao modelo asilar, surge como forma de contenção da crise e como forma de tratamento da dependência química. Já o modelo de atenção psicossocial, através do dispositivo Caps aparece na fala das pessoas relacionada à continuidade do tratamento. O tensionamento entre os modelos, conforme visto, pode gerar por um lado sensação de inquietação no usuário, e por outro a possibilidade de escolha pela forma de tratamento que preferir.

O modelo de atenção psicossocial oferece recursos escassos para a contenção da crise, o que mantém o hospital psiquiátrico como o lugar para o seu acolhimento. Há a necessidade da ampliação de mais dispositivos Caps III, 24 horas, e leitos em hospitais gerais. A Raps deve ser fomentada, a fim de possibilitar novas articulações entre os serviços e a rede se transforme num recurso de produção de saúde.

Este estudo ao trazer o debate sobre tensionamento entre modelos de atenção para o grupo de usuários buscou estimular o exercício do pensar a gestão. A sociedade ao entender a história e o movimento de luta antimanicomial pode contribuir para a construção de seu modelo de atenção.

Como crítica à pesquisa tem-se o fato de ter sido realizada com um grupo focal. O estudo ganhou assim caráter de fotografia feita pela pesquisadora. Por outro

lado, a partir deste, espera-se que outros estudos possam surgir sobre o assunto.

A discussão trazida pelo estudo não buscou oferecer respostas claras. Ao contrário, pôs-se a oferecer questionamentos com o intuito de fortalecer as ações em saúde. O que esteve em pauta foi a produção de conhecimento com a prática, com o dia a dia, a partir da vivência das pessoas misturadas à vivência da autora enquanto profissional de Caps.

Referências bibliográficas

1. Birman J & Costa JF. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: Amarante P (org). Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1994.
2. Amarante, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
3. Dimenstein M. La reforma psiquiátrica y el modelo de atención psicossocial en Brasil: en busca de cuidados continuados e integrados en salud mental. CS.Cali, Colombia. 2013; n II, Enero-Junio 43-72.
4. Alves DS, Guljor AP. O cuidado em Saúde Mental. In: Pinheiro R & Mattos RA (org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2008.
5. Basaglia et al. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: Amarante P (org). Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz; 1994.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília, DF: 2005 [Acesso em 15 de Nov de 2013]. Disponível em: URL: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15_anos_caracas.pdf
7. Luzio CA, Yasui S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. Psicologia em estudo. 2010; 15(1), 17-26.
8. Amarante P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau Editora. 2003.
9. Deveras D & Costa-Rosa A. Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. Revista de Psicologia da Unesp. 2007; 6 (1), 60-79.
10. Dimenstein M. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. Psicologia Ciência e Profissão. 2004; 24 (4), 112-117.
11. Ornelas C. Por uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial: desafios e impasses atuais. Caderno de saúde mental. Encontro nacional de saúde mental. Belo Horizonte, 2006. Belo Horizonte: ESP- MG. 2007; v.1, 109-114.
12. Coelho IB. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde. In:

Campos GWS & Guerrero AVP. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Editora Hucitec. 2008.

13.Martins ALB. Biopsiquiatria e Bioidentidade: política da subjetividade contemporânea. *Psicologia & Sociedade*. 2008; 20(3), 331-339.

14.Luzio. Atenção psicossocial e psiquiatria biológica:uma trajetória histórica. In: L'Abbate S, Mourão LC & Pezzato LM (org.). *Análise Institucional & Saúde Coletiva*. São Paulo:Hucitec, 2013.

15.Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R & Matos RA (org). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO.2007.

16.Paim JS. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S,Lobato LVC,Noronha JC, Carvalho AI(org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.2013.

17.Campos GWS. *Paidéia e modelo de atenção. Saúde Paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec. 2003

18. Delgado PGG. Por uma clínica da Reforma: concepção e exercício. *Caderno de saúde mental. Encontro nacional de saúde mental*. Belo Horizonte,2006. Belo Horizonte: ESP- MG. 2007; v.1, 59-65

19.Severo AKS, Dimenstein M. Ambulatório de saúde mental como analisador da política de atenção psicossocial. In: L'Abbate S, Mourão LC & Pezzato LM (org.). *Análise Institucional & Saúde Coletiva*. São Paulo:Hucitec, 2013.

20.Pitta AMF. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(2), 4579-4589.

21.Onocko-Campos, R. Clínica: a palavra negada- sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em Debate*. 2001; 25, (58), 98-111.

22.Merhy, EE. A organização não existe. A organização existe: uma conversa micropolítica do trabalho, da educação permanente e da análise institucional. In: L'Abbate S, Mourão LC & Pezzato LM (org.). *Análise Institucional & Saúde Coletiva*. São Paulo:Hucitec, 2013.

23.Ferro LF. Trabalho territorial em hospitais psiquiátricos – construindo no presente um futuro sem manicômios. *Psicologia, Ciência e Profissão*. 2009; 29

(4), 752-767.

24..Brasil.Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Cadernos HumanizaSUS. Vol. 5. Quitas ABN, Careno AAS, Yahn PIFC, Chebli SM. Política Nacional de Humanização e a articulação da rede de saúde mental- a experiência do município de Fernandópolis/SP. Brasília; 2015.

25.Brasil. Portaria n 3.088, de 23 de Dezembro de2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Acesso 03/10/15]. Disponível em URL: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

26.Brasil. Portaria n 2.840, de 29 de Dezembro de 2014. Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. [Acesso em 03/10/15]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840_29_12_2014.html

27.Ibge. Infográficos:dados gerais do município [Acesso em 30 de Julho de 2014]. Disponível em: URL: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=352260&search=||infogr%E1ficos:-dados-gerais-do-munic%EDpio>

28.Itapira. Apresentação [Acesso em 30 de Julho de 2014]. Disponível em URL: <http://www.itapira.sp.gov.br/institucional/>

29.Prefeitura Municipal de Itapira. Decreto 125, 19 de Agosto de 2014. Plano Municipal de Saúde 2014-2017.

30.Itapira. Saúde mental [Acesso em 30 de Julho de 2014]. Disponível em URL:http://www.itapira.sp.gov.br/saude/saude_mental/q

31.Jesus AEM. Um olhar sobre Itapira: a presença dos hospitais psiquiátricos e suas relações com a comunidade [Tese-Mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas. Campinas; 1996.

32.Luzio CA & L'Abbate S. A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. Ciência & Saúde Coletiva. 2009; 14 (1):105-116.

33.Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de

Saúde [Acesso em: 06 de Dezembro de 2015] Disponível em: URL: http://cnes2.datasus.gov.br/Cabecalho_Reduzido_Competencia.asp?VCod_Unidade=3522602082950

34.Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde [Acesso em: 06 de Dezembro de 2015] Disponível em: URL:http://cnes2.datasus.gov.br/Cabecalho_Reduzido_Competencia.asp?VCod_Unidade=3522602084279

35.Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde [Acesso em: 06 de Dezembro de 2015] Disponível em : URL:http://cnes2.datasus.gov.br/Cabecalho_Reduzido_Competencia.asp?VCod_Unidade=3522602085143

36.Bianchi C. A história do Sanatório “Américo Bairral”: uma contribuição para a história da psiquiatria. São Paulo, Editora Lar da Família Universal; 1984.

37.Mello TMSBP. A comunidade terapêutica “Clínica de repouso Santa Fé: uma experiência que permanece” [Tese-Doutorado].Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas. Campinas; 1997.

38.Cristália [Acesso em: 03 de Outubro de 2015] Disponível em: URL: <http://2cristalia.com.br/2015/historia.php>

39.Portal Cidade de Itapira [Acesso em 07 de Dezembro de 2015] Disponível em: URL:<http://acidadedeitapira.com.br/2015/09/22/clinica-de-reposo-itapira-ingressa-em-processo-de-fechamento/>

40.Gondim SMG. Grupos Focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. Paidéia. 2003; 12 (24): 149-161.

41.Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

42.Pope C Mays N. Métodos qualitativos na pesquisa em saúde. In: Pope C & Mays N (org.). Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. São Paulo, Artmed. 2009.

43.Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. Physis Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2009; 19 (3): 777-796.

44.Westphal MF; Bógus CM; Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana. 1996; 120(6): 472-82.

45.Furtado JP Onocko-Campos R. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2008; 24 (11): 2671-2680.

46.Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para análise de dados qualitativos no campo da saúde. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília. 2004;57(5):611-4.

47.Valla VV, Guimarães, MB, Lacerda A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde:uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: Pinheiro R & Mattos RA (org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2008.

48.DataSUS. CID 10. [Acesso em 28 de Dezembro de 2015]. Disponível em : URLL:http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f30_f39.htm

49.Laranjeira R. Tratamento da dependência de crack: as bases e os mitos. In: Laranjeira R, Ribeiro M (org.). O tratamento do usuário de crack: avaliação clínica, psicossocial, neuropsicológica e de risco, terapias psicológicas, farmacoterapia e reabilitação, ambientes de tratamento. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010.

50.Ferraz CEO, Meira SS, Anjos KF, Sena ELS, Vilela ABA, Yarid SD. Crack e internação compulsória no Brasil: intervenção do estado na autonomia dos usuários. Divulgação em saúde para Debate. Rio de Janeiro. 2013; 50: 32-38.

51.Coelho I, Oliveira MHB. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. Saúde debate.2014;38 (101), 359-67.

52.Brasil. Lei 10.216, de 06 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.[Acesso em 01/02/16]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm

53.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos de Atenção Básica, nº 34. Brasília (DF), 2013.

Anexo 1

Cronograma de atividades					
	Revisão de literatura	Pesquisa	Análise dos dados	Discussão	Conclusão
Janeiro	X				
Fevereiro	X				
Março	X				
Abril	X				
Maio	X				
Junho		X			
Julho		X			
Agosto		X			
Setembro			X		
Outubro				X	
Novembro				X	
Dezembro					X

Anexo 2

Roteiro Grupo Focal – usuários

Vocês foram convidados a participar do estudo “Perspectivas sobre a assistência em saúde mental na cidade de Itapira”. A pesquisa tem como objetivo verificar o que as pessoas envolvidas com a saúde mental do município, representantes da gestão pública local (da secretaria de saúde, coordenadoria de saúde mental, representantes dos serviços de saúde mental do município, do conselho municipal de saúde) e usuários do Sistema Único de Saúde pensam sobre como deve ser o futuro da assistência em saúde mental na cidade de Itapira (SP). Pretende-se discutir o tema a partir de alguns questionamentos. Cada participante falará por vez. Todos poderão dizer o que pensam. Pede-se para evitar discussões paralelas ao assunto central. Nenhum participante deverá dominar a discussão. Será disponibilizado papel e lápis para aqueles participantes que queiram anotar suas ideias para colocá-las ao grupo.

a) Vocês ou familiares já utilizaram serviços de assistência em saúde mental em Itapira? Quais? Como foi essa vivência?

b) Vocês conhecem pessoas que façam uso de medicações psiquiátricas?

c) Como uma pessoa que se mudou para a cidade recentemente, que já era acompanhada por serviços de saúde mental, pode dar continuidade ao seu tratamento?

d) O que compreende a assistência em saúde mental em Itapira?

e) Vocês conhecem o funcionamento da assistência em saúde mental em outros municípios?

f) Como uma pessoa, com histórico de internações psiquiátricas, deve ser tratada?

g) O que vocês conhecem sobre a Política Nacional de saúde mental?

h) Podemos relacionar a assistência em saúde mental em Itapira e a Política Nacional de saúde mental?

i) O que poderia ser pensado para trazer melhoria à assistência em saúde mental em Itapira?

j) Qual seria o futuro da assistência em saúde mental em Itapira?

Anexo 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**PERSPECTIVAS SOBRE A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NA
CIDADE DE ITAPIRA****Responsável: Daniela Machado de Odriozola****Orientador: Dr. Rubens Bedrikow****Departamento de Saúde Coletiva/ FCM/ Unicamp****Número do CAAE: 43863615.9.0000.5404**

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com a pesquisadora. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

A pesquisa tem como objetivo verificar o que as pessoas envolvidas com a saúde mental do município, representantes da gestão pública local (da secretaria de saúde, coordenação de saúde mental, representantes dos serviços de saúde mental do município, do conselho municipal de saúde) e usuários do Sistema Único de Saúde pensam sobre como deve ser futuro da assistência em saúde mental na cidade de Itapira (SP). Para isso, são objetivos específicos: verificar o que as pessoas envolvidas com a saúde mental do município pensam sobre:

- a) a assistência em saúde mental atual;
- b) a política nacional de saúde mental e
- c) como deve ser o futuro da assistência em saúde mental do município.

Ao participar do estudo você está sendo convidado a integrar um grupo de discussão, grupo focal, com outras pessoas onde o tema será tratado.

O grupo focal situa-se como uma técnica que pode favorecer a aproximação acerca de pensamentos e percepções das pessoas acerca da assistência em saúde mental no município. Não se trata de um grupo terapêutico em si. Com o grupo focal entende-se que as pessoas possam conversar sobre o assunto proposto, compartilhar experiências, opiniões, desejos e inquietações.

Esta pesquisa pode trazer benefícios à comunidade ao ser tida como instrumento no auxílio do planejamento de políticas públicas municipais na área de saúde mental.

Este grupo de discussão será realizado em local de fácil acesso para os participantes, com duração de cerca de uma hora e meia. Durante o grupo de

discussão será utilizado um gravador de áudio para garantir a recuperação das informações e para que estas possam ser analisadas posteriormente. Após sua participação nesse grupo, você e os outros participantes serão convidados para um novo encontro, em que receberão uma devolutiva sobre os resultados da pesquisa.

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores.

Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

A participação na pesquisa oferecerá riscos mínimos aos seus participantes.

Você não terá benefícios diretos ao participar da pesquisa e não haverá nenhum tipo de custo ou ressarcimento financeiro. Poderá, eventualmente, haver algum constrangimento decorrente da exposição de opiniões, assim como eventuais perdas profissionais ou pessoais pelo tempo despendido nas atividades da pesquisa.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Daniela Machado de Odriozola e-mail: danielaodriozola@gmail.com.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com a secretária do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unicamp: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 – CEP: 13083-887 –

Campinas/SP; telefones (19) 3521-8936 e fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios, riscos e incômodos que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante:

Data: ____/____/____

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu responsável legal)

Responsabilidade da Pesquisadora:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante. O material será armazenado pelo prazo de seis meses após a defesa da dissertação de Mestrado que compreende a pesquisa. A pesquisadora é quem ficará responsável pela guarda destas informações. Após o prazo estipulado o material será descartado.

(Assinatura da pesquisadora) Data: ____/____/____.

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.126.631

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perspectivas sobre a assistência em saúde mental na cidade de Itapira

Pesquisador: Daniela Machado de Odriozola

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 43863615.9.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.126.631

Data da Relatoria: 22/06/2015

Apresentação do Projeto:

A metodologia a ser utilizada nesta pesquisa será qualitativa. Considerando o objetivo da pesquisa, acerca da compreensão dos rumos da política municipal de saúde mental, será utilizada a técnica do grupo focal. Pretende-se colocar a questão que orienta esta pesquisa como disparador da discussão para dois grupos. Um grupo deverá ser composto por representantes da gestão pública local, representantes dos serviços de saúde mental do município (coordenadoria Caps Ad, ambulatório de saúde mental em convênio com o Bairral, ambulatório de saúde mental, coordenadoria das residências terapêuticas em convênio com o Bairral), do conselho municipal de saúde e o outro por usuários do Sistema Único de Saúde. O número de participantes por grupo em torno de 10 pessoas se mostrou um número

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.126.631

apropriado e a duração do grupo pode variar entre 90 e 110 minutos.

Todos os participantes deverão ter lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participar da pesquisa. O grupo será gravado. Esta informação estará contida no TCLE. No início do grupo o moderador deverá informar o modo como o grupo irá operar (27). Ele poderá contar com um roteiro de questões. Este será o enfoque desta pesquisa. Haverá duas fases (27). A primeira abarcará a realização de 2 grupos focais, um com gestores e outro com usuários. Na segunda fase os mesmos grupos acontecerão pela segunda vez. Contudo, neste momento será apresentado o material organizado a partir da primeira fase. Haverá duas fases na pesquisa. Na primeira serão realizados dois grupos, um com gestores e outro com usuários. Os dados serão transcritos e num segundo momento os dados transcritos serão apresentados para os respectivos grupos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Verificar o que os atores envolvidos com a saúde mental do município de Itapira pensam sobre como deve ser futuro da assistência em saúde mental na cidade.

Objetivo Secundário: Verificar o que os atores envolvidos com a saúde mental do município pensam sobre:

a) a assistência em saúde mental atual; b) a política nacional de saúde mental e c) como deve ser o futuro da assistência em saúde mental do município.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Esta pesquisa não oferece risco aos seus participantes.

Benefícios: Pode-se ter esta pesquisa como um instrumento no auxílio do planejamento de políticas públicas municipais na área de saúde mental.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa representa importante contribuição para a compreensão das perspectivas das políticas públicas municipal em saúde mental.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta carta de anuência para a realização da pesquisa assinada pela Secretária de Saúde do Município (Itapira). Apresenta folha de rosto assinada pelo diretor das FCM. O projeto apresenta introdução, método, riscos e benefícios, orçamento e cronograma e TCLE.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Retirar a frase do TCLE "A participação na pesquisa não oferecerá nenhum tipo de prejuízo ou risco direto para os participantes, em nenhuma fase do estudo" Não existe pesquisa que não traga algum tipo de risco, portanto deverá informar que; os riscos existem mas são mínimos.

Resposta: A alteração sugerida foi incorporada ao TCLE com a frase "A participação na pesquisa oferecerá riscos mínimos aos seus participantes".

Fornecer mais informações sobre o grupo e seu funcionamento (se é terapêutico, o que é focal, etc), o números de pessoas esperadas, quem são estas pessoas, quais assuntos e questões serão abordados, etc. Resposta: Informações sobre quem serão os participantes do grupo constam no TCLE mas sobre as informações sobre o grupo focal se resume apenas a descreve-lo como grupo de discussão. Para

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.126.631

uma decisão mais esclarecida sobre a participação no projeto de pesquisa seria necessário mais informações sobre as características deste grupo, seus limites, se é terapêutico ou não. Informações suficientes para uma decisão mais fundamentada. Estas informações se encontram no corpo do projeto mas deveriam estar também no TCLE, pelo menos aquela mais esclarecedoras.

Resposta 2: As informações atuais, contidas no TCLE sobre a questão do grupo Focal foram ampliadas, de forma a oferecer ao participante esclarecimentos necessários para sua decisão.

No TCLE informar qual o destino que será dado as gravações realizadas nas reuniões (se serão descartadas, depois de quando tempo, quem ficará responsável pela guarda destas informações, etc.) Resposta: Pendência resolvida pois no TCLE, constam informações sobre o tempo que serão armazenadas as informações (6 meses) e quem ficará responsável pela guarda do material, neste caso a pesquisadora.

Informar sobre os benefícios produzidos pela pesquisa:

Resposta: não constam no TCLE quais seriam os benefícios produzidos pela pesquisa em termos gerais, para as políticas públicas de saúde mental, etc.

Resposta: Consta no TCLE informações sobre os possíveis benefícios produzidos pela pesquisa

As adequações e recomendações citadas acima devem ser respondidas, em carta resposta (com resposta pontual a cada um dos questionamentos) anexada a Plataforma Brasil, com concomitantes correções nos respectivos documentos, apresentadas em

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.126.631

destaque (tarja amarela).

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

- O sujeito de pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de

-

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.126.631

- Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, “cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento”.

CAMPINAS, 26 de Junho de 2015

Assinado por:

**Renata Maria dos Santos
Celeghini (Coordenador)**