

ROSANGELA GOMES DA MOTA DE SOUZA

**Sufrimento e cuidado a partir de uma
Unidade Básica de Saúde, com Estratégia Saúde da Família,
no Município de São de Paulo.**

Tese apresentada à Universidade Federal
de São Paulo para obtenção do título de
Doutora em Ciências.

São Paulo
2014

ROSANGELA GOMES DA MOTA DE SOUZA

**Sufrimento e cuidado a partir de uma
Unidade Básica de Saúde, com Estratégia Saúde da Família,
no Município de São de Paulo.**

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Prof^a Dr^a Cynthia Andersen Sarti

Co-orientador: Prof^a Dra^a Régia Cristina Oliveira

São Paulo
2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.
E-MAIL: romercurio@gmail.com

Souza, Rosangela Gomes da Mota de

Sufrimento e cuidado a partir de uma Unidade Básica de Saúde, com Estratégia Saúde da Família, no Município de São de Paulo./ Rosangela Gomes da Mota de Souza. -- São Paulo, 2014.

x, 28 f.292

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Título em ingles: Suffering and care from a Basic Health Unit, with Family Health Strategy in São Paulo.

1. Atenção básica; 2. Saúde mental; 3. Sofrimento; 4.Cuidado; 5. Reforma psiquiátrica

Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina
Departamento de Medicina Preventiva

Chefe do Departamento: _____

Coordenador do curso de Pós-Graduação: _____

Rosangela Gomes da Mota de Souza
Sofrimento e cuidado a partir de uma Unidade Básica de Saúde, com
Estratégia Saúde da Família, no Município de São de Paulo.

Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo para obtenção
do título de Doutora em Ciências

Data de aprovação: ___/___/_____

Presidente da banca:
Prof^a Dr^a. Cynthia Andersen Sarti

Banca examinadora

Prof. Dr^o Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

Prof. Dr^o Mauricio Lourenção Garcia

Prof. Dr^a Carmen Lucia Montechi Valladares de Oliveira

Prof^o Dr^a Andréia de Fátima Nascimento

Dedicatória
Aos meus pais Raimunda e Agripino (*In memoriam*)

AGRADECIMENTOS

Difícil seria nomear todos que, direta e indiretamente, contribuíram para que este trabalho pudesse se concretizar.

À Cynthia Andersen Sarti por orientar esta tese pelos caminhos das ciências sociais e da saúde coletiva, desconstruindo e construindo saberes. Esse processo foi fundamental para a elaboração desta tese.

À Régia Cristina Oliveira pela co-orientação compartilhando o saber das ciências sociais e as noções de corpo. Foi imprescindível.

Ao nosso coletivo de pesquisa e as valiosas contribuições dos Seminários de Pesquisa coordenados pelas professoras Cynthia e Régia.

Aos trabalhadores da UBS Iguaçu que receberam-me generosamente, abrindo-se às reflexões da saúde mental e Saúde da Família.

Aos pacientes da UBS Iguaçu que, direta e indiretamente, fizeram parte desta história.

Aos trabalhadores do programa Saúde da Família com os quais aprendi a cuidar da saúde das pessoas, ampliando o olhar para além da saúde mental.

Aos companheiros da equipe de saúde mental do *Qualis-II*, por terem compartilhado as tantas aventuras no território de Sapopemba cuidando das pessoas em situação de sofrimento, pacientes, trabalhadores e nós mesmos.

Aos trabalhadores e usuários dos Centros de Atenção Psicossocial com os quais trabalhei e onde aprendi que a *Liberdade é Terapêutica*.

Aos diversos amigos que participaram desta jornada, em diferentes momentos, estando próximos ou à distância.

Ao meu companheiro Pedro, meus filhos Luisa, Sofia e Arthur que foram apoio constante durante a realização deste trabalho, sem os quais nada disso teria sentido.

A CAPES pelo apoio financeiro na realização desta pesquisa.

Quero falar da descoberta que o *eu* faz do *outro*. O assunto é imenso.

Tzvetan Todorov (1983) A descoberta da América: a questão do outro. São Paulo:
Editora Martins Fontes.

Título: Sofrimento e cuidado a partir de uma Unidade Básica de Saúde, com Estratégia Saúde da Família.

“Palavras Chaves”: Atenção básica, Saúde mental, Sofrimento, Cuidado e Reforma psiquiátrica.

Resumo: O problema desta pesquisa, diz respeito aos encontros e desencontros entre as noções de *sofrimento* e *cuidado*, implícitas na construção das *situações-problemas* definidas pelas equipes de Saúde da Família de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Município de São Paulo e a percepção do *sofrimento* e do *cuidado* do ponto de vista do paciente envolvido no *cuidado de saúde mental*. A abordagem metodológica utilizada neste estudo foi a qualitativa, por meio do *estudo de caso* na concepção das ciências sociais, e os procedimentos metodológicos a observação participante, estruturação de diário de campo e realização de entrevistas semiestruturadas. A pesquisa foi realizada em duas etapas: na primeira, cada equipe de Saúde da Família selecionou um *caso* que considerasse ser de *saúde mental*, resultando em seis casos analisados. Na segunda, foi realizado o *estudo de caso* de dois *casos* apresentados na primeira etapa. Ainda nesta última, foi analisado a partir da perspectiva dos profissionais, o que é *caso de saúde mental* na Estratégia Saúde da Família e identificou-se o predomínio das denominações do campo psiquiátrico. Na segunda etapa, a partir da análise da perspectiva do paciente, identificou-se que as noções de *sofrimento* e *cuidado* constituíam-se para além das categorias da *doença* do campo da biomedicina. Passados quatorze anos do início do programa de saúde mental no PSF, em particular naquela UBS, surpreendeu-se com a hegemonia da noção de *sofrimento* e *cuidado* centrado no saber biomédico, em detrimento do saber da *doença* pelo paciente.

Title: Suffering and care from a Basic Health Unit, with Family Health Strategy in São Paulo.

“Keywords”: 1. Basic attention; 2. Mental Health; 3. Suffering; 4. Care; 5. Psychiatric Reform;

Summary: The problem of this research, concerns the disagreements between the concepts of *suffering* and *care* implicit in the construction of *situations-problems* defined by the Family Health Teams of Basic Health Unit in São Paulo city, and the perception of *suffering* and *care* from the point of view of the patient involved in *mental health care*. The methodological approach used in this study was qualitative, through *case study* in the design of the social sciences; the methodological procedures performed were participant observation and structuring of a field journal, and conducting of semi-structured interviews. The survey was conducted in two stages: in the first each team of Family Health selected a *case* which they considered to be a *mental health issue*, resulting in six cases analyzed. The second *case study* was executed on two *cases* presented on the first stage. From the first step it was analyzed, as of the perspective of professionals, what is a *case of mental health* in the Family Health Strategy, and it was identified the predominance of designations in psychiatric field. In the second step, by analyzing the patient's perspective, it was identified that the notions of *suffering* and *care* were constituted beyond the categories of the field of biomedicine *disease*. Fourteen years after the onset of the mental health program in the PSF, particularly in that UBS, by the hegemony of the notion of *suffering* and *care* focused on biomedical knowledge was a surprise, rather than knowledge of the *disease* by the patient.

LISTA DE SIGLAS

ABP	<i>Associação Brasileira de Psiquiatria</i>
ABRASCO	<i>Associação Brasileira de Saúde Coletiva</i>
ACS	<i>Agente Comunitário de Saúde</i>
AE	<i>Ambulatório de Especialidades</i>
AMA	<i>Assistência Médico Ambulatorial</i>
CAPS	<i>Centro de Atenção Psicossocial</i>
CEBES	<i>Centro de Estudos Brasileiro</i>
CECCO	<i>Centro de Convivência e Cooperativa</i>
CEP	<i>Comitê de Ética e Pesquisa</i>
CEU	<i>Centro educacional unificado</i>
CDHS	<i>Centro de Defesa dos Direitos Humanos de Sapopemba</i>
CEDECA	<i>Centro de Defesa da Criança e do Adolescente</i>
CEO	<i>Centro de Especialidades Odontológicas</i>
CID	<i>Classificação Internacional de doenças</i>
CNS	<i>Conferência Nacional de Saúde</i>
CNSM	<i>Conferência Nacional de Saúde Mental</i>
CR-DST AIDS	<i>Centro de Referência em Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS</i>
DINSAM	<i>Divisão Nacional de Saúde Mental</i>
DSM	<i>Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders</i>
ESF	<i>Estratégia Saúde da Família</i>

FBH	<i>Federação Brasileira de Hospitais</i>
HD	<i>Hospital dia</i>
INPS	<i>Instituto Nacional de Previdência Social</i>
IVA	<i>Hospital Benedito Montenegro</i>
MPAS	<i>Ministério da Previdência e Assistência Social</i>
MTSM	<i>Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental</i>
NASF	<i>Núcleo de Apoio à Saúde da Família</i>
NAPS	<i>Núcleo de Apoio Psicossocial</i>
NIR	<i>Núcleo Integrado de Reabilitação</i>
NOAS	<i>Norma Operacional da Assistência à Saúde</i>
OMS	<i>Organização Mundial de Saúde</i>
ONU	<i>Organização das Nações Unidas</i>
OPS	<i>Organização Panamericana de Saúde</i>
PACS	<i>Programa de Agentes Comunitários de Saúde</i>
PAS	<i>Plano de Assistência à Saúde</i>
PES	<i>Planejamento Estratégico Situacional</i>
PMSP	<i>Prefeitura Municipal de São Paulo</i>
PSDB	<i>Partido da Social Democracia Brasileira</i>
PSF	<i>Programa de Saúde da Família</i>
PROVAB	<i>Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica</i>
PT	<i>Partido dos trabalhadores</i>

Qualis	<i>Qualidade Integral à Saúde</i>
RAAS	Registro de Ações de Atenção Psicossocial
RAPS	<i>Rede de Atenção Psicossocial</i>
REME	<i>Movimento de Renovação Médica</i>
RENILA	<i>Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial</i>
SAMU	<i>Serviço de atendimento médico à urgência</i>
SISNEP	<i>Sistema Nacional de Informação sobre Ética e Pesquisa envolvendo seres humanos</i>
SMS	<i>Secretaria Municipal de Saúde</i>
SUS	<i>Sistema Único de Saúde</i>
TC	<i>Terapia Comunitária</i>
TCLE	<i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i>
TOC	<i>Transtorno obsessivo compulsivo</i>
UBS	<i>Unidade Básica de Saúde</i>
UNICAMP	<i>Universidade Estadual de Campinas</i>

Sumário

Introdução	16
Antecedentes	16
Problema, objeto e objetivos	26
Capítulo 1 - Noções de sofrimento e de cuidado nas Conferências Nacionais de Saúde Mental	28
1ª Conferência Nacional de Saúde Mental	36
2ª Conferência Nacional de Saúde Mental	47
3ª e 4ª Conferências Nacionais de Saúde Mental	57
Capítulo 2 - Questões teórico-metodológicas: estudos de caso	69
O estudo de caso no campo da saúde	70
O estudo de caso nas ciências sociais	84
Capítulo 3 - Procedimentos Metodológicos	87
O percurso metodológico	87
O valor das evidências do trabalho de campo	89
O lugar do trabalhador-pesquisador	93
O local e o contexto da pesquisa	100
Reforma Sanitária e Atenção Básica (Estratégia de Saúde da Família)	101
Reforma Psiquiátrica e Estratégia de Saúde da Família no município de São Paulo.	108
A Unidade Básica de Saúde Iguazu	113
Memória do trabalho anterior: trabalho de campo?	123
Capítulo 4 - O que é caso de saúde mental na ESF?	131
Primeiro caso (Equipe A): <i>tentativas de suicídio e etilista crônico</i>	132
Segundo caso (Equipe B): <i>esquizofrênico e etilista</i>	144
Terceiro caso (Equipe C): <i>caso família</i>	148
Quarto caso (Equipe D): <i>louco clássico</i>	155
Quinto caso (Equipe E): <i>família de mulheres com esquizofrenia hereditária</i>	165
Sexto caso (Equipe F): <i>acumulador ou caso social?</i>	171
Capítulo 5 - Casos em análise	177
<i>Acumulador?</i>	177
A Equipe	177
O ponto de vista da ACS	179
O ponto de vista da enfermeira	197
O paciente: primeira visita com ESF	204
O entrevistado: <i>acumulador?</i>	205
Acumuladores?	222
<i>Família de mulheres</i>	235
O ponto de vista da ACS	237
O ponto de vista da enfermeira	242
O ponto de vista da equipe	245
O ponto de vista da pesquisadora	247
Considerações Finais	250
Referências Bibliográficas	258

Referências audiovisuais	278
Fonte documental	279
.	
Anexos	282
1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os profissionais	282
2. TCLE para os usuários	283
3. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo	284
4. Parecer do CEP da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)	286
5. Carta de Bauru	288
6. Rede de Atenção à Saúde Mental, proposta do CAPS em 2004	289
7. Discussão de caso: situação problema	290
8. Trabalhos apresentados em eventos	291

INTRODUÇÃO

Antecedentes

O objeto de estudo desta pesquisa são as noções de *sofrimento* e de *cuidado* tal como percebidas pelos profissionais de um serviço de Saúde da Família bem como pelas pessoas em situação de sofrimento sob os cuidados desses mesmos profissionais. Esse objeto de estudo emergiu do processo de trabalho desta pesquisadora como terapeuta ocupacional, junto às Equipes de Saúde da Família em Sapopemba, bairro situado na periferia do município de São Paulo.

O cenário no qual se constituiu a problemática desta pesquisa refere-se ao território de Sapopemba no qual a pesquisadora trabalhou de abril de 2000 a novembro de 2010. Durante esse período, estabeleceu-se uma familiaridade com a rede de serviços de saúde da região, assim como de outros atores sociais, a partir da qual emergiram as questões aqui levantadas. A compreensão da problemática desta pesquisa far-se-á, inicialmente, a partir da contextualização do Programa de Saúde da Família (PSF¹) em Sapopemba.

Começamos pela história do programa. O PSF foi iniciado a partir de 1996 no município de São Paulo por meio de uma parceria entre o governo do Estado de São Paulo, o governo Federal e duas organizações sociais sem fins lucrativos: Santa Marcelina e Fundação Zerbini (Capistrano, 1999; Bousquat, Cohn e Elias, 2006; Pinto, Tanaka e Spedo, 2009; Guedes, Santos e Di Lorenzo, 2011). Segundo o princípio de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção básica deveria ser implantada pelo gestor municipal (Brasil, 1990a; Ministério da Saúde, 2003b).

No entanto, na época da implantação do PSF no Brasil, em 1994, o então gestor do município de São Paulo, Paulo Salim Maluf, do Partido Progressista (PP), estava implantando o Programa de Atenção à Saúde (PAS), pautado num modelo de gestão municipal executado por cooperativas de trabalho. Além desse caráter de gestão privada do bem público que caracterizava esta gestão municipal, o município, à época, ainda não havia integrado a adesão ao processo de municipalização do SUS e, portanto, não recebia todos os repasses financeiros federais a que poderia ter acesso; e também

¹ Em 28 de março de 2006, por meio da publicação da portaria Nº 648/GM, foi aprovada a Política Nacional da Atenção Básica, que transformou o PSF em estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica passando então a ser denominada Estratégia Saúde da Família (ESF) (Brasil, 2006b).

não tinha sob a responsabilidade do município todos os serviços da atenção básica (Elias, 1999). Sendo assim, o então gestor municipal não manifestou interesse político em implantar o PSF sob sua responsabilidade.

O processo de municipalização da atenção básica em saúde do município de São Paulo somente seria retomado no ano de 2001, sob a gestão da prefeita Marta Suplicy (2001-2004), do Partido dos Trabalhadores (PT), quando o município assume a responsabilidade como único gestor da Atenção Básica, municipalizando as unidades básicas de saúde que ainda estavam sob a gestão do Governo do Estado (Alves Sobrinho e Capucci, 2003; Pinto, Tanaka e Spedo, 2009).

Sendo assim, foi o Governo do Estado de São Paulo, na gestão do governador Mário Covas, do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), que começou a implantação do PSF no município de São Paulo: em 1996 a partir de convênio com a Casa de Saúde Santa Marcelina inicia o PSF na região de Itaquera, bairro situado na periferia de São Paulo, projeto nomeado como *Qualis I* (Qualidade Integral à Saúde). Em 1997, em parceria com a Fundação Zerbini, foi implantada a etapa posterior nas regiões sudeste e norte do município que foi designada de *PSF Qualis II* (Caspistrano, 1999; Silva e Dalmaso, 2002; Guedes, Santos e Di Lorenzo, 2011). David Capistrano (1948-2000) foi nomeado para assumir a coordenação técnica do PSF *Qualis II* no período de fevereiro de 1998 até maio de 2000 (Lancetti, 2001).

Capistrano foi médico sanitário, especialista em Saúde Pública, Secretário de Saúde de Bauru (1984-1986) e de Santos (1989-1992), ambos municípios do Estado de São Paulo, além de Prefeito de Santos (1993-1996) (Capistrano, 1999). Amarante (2000) apontou dois momentos primordiais da participação de David Capistrano na Reforma Psiquiátrica Brasileira: o primeiro deles foi em 1987, quando era Secretário de Saúde em Bauru, articulou a realização do II Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental que marcou a retomada do movimento. Naquele encontro criou-se o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, e também se instituiu o 18 de maio como o dia Nacional da Luta Antimanicomial. O outro momento, quando foi Secretário de Saúde em Santos, diz respeito ao seu primordial papel no fechamento do primeiro hospital psiquiátrico do país, a Clínica Anchieta, e a construção dos serviços comunitários e abertos de saúde mental: os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). Além da repercussão internacional dessa experiência, ela pode ser considerada uma

referência para as discussões em torno da aprovação do projeto de “Lei Paulo Delgado” que ainda tramitava no país.^{2,3}

Capistrano (1999) propunha que as equipes do projeto *PSF Qualis II* tivessem o apoio de equipes de saúde bucal e saúde mental para melhor assistir as pessoas que viviam em grandes centros urbanos. O médico sanitário, em publicação sobre “O programa saúde da família em São Paulo”, defendia que para se alcançar a integralidade da assistência, um dos princípios do SUS, seria necessária a inclusão dos cuidados de saúde mental, pois para ele não fazia sentido persistir numa visão reducionista da saúde que separaria os problemas em biológicos, psicológicos e sociológicos.

Em maio de 1998, sob a coordenação do psicólogo argentino Antonio Lancetti (Lancetti, 2001), iniciou-se um programa de saúde mental no *Qualis II* com o principal objetivo de capacitar as equipes de saúde da família, habilitando-as a lidar com as questões de saúde mental. Este programa foi inicialmente operacionalizado por meio de uma equipe volante de saúde mental, ou seja, uma equipe sem lugar fixo, sem salas para atendimento ou agenda. Segundo Lancetti (2001) três ideias principais reforçavam esta proposição:

A primeira era a de que a trama traçada pelo Projeto e suas conexões com os recursos da comunidade deveriam ser consideradas e ativadas em primeiro lugar. A segunda era a de que qualquer processo terapêutico consiste na ressignificação do sintoma, e que, para isso era preciso criar um dispositivo articulado à rede tecida pela organização de saúde. A terceira é que a invenção, e esse foi o tesouro que extraímos de todas as experiências vividas, deve fazer parte do método (p.19).

A presença do agente comunitário de saúde (ACS) na equipe de Saúde da Família e o número delimitado de famílias para cada equipe associado à proposta do trabalho em equipe do PSF – ainda segundo Lancetti – ofereciam novas potencialidades para construção de cuidados em saúde.

² O projeto de lei proposto pelo então Deputado Paulo Delgado, tramitou por 12 anos no Congresso Nacional, dois anos na Câmara dos Deputados, oito anos no Senado Federal e ainda mais dois anos novamente na Câmara dos Deputados até ser sancionada em 6 de abril de 2001, como a Lei Federal Nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial psiquiátrico (Brasil, 2001; Delgado, 2009).

³ David Capistrano foi homenageado da Revista Saúde em Debate (no volume 24, número 56, set/dez de 2000), revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), pela sua história e atuação na saúde pública brasileira e pela participação no movimento da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica.

Segundo o autor, estas novas potencialidades estariam relacionadas ao fato do usuário ser procurado em sua moradia, priorizando o atendimento de necessidades e não apenas a demanda:

(...) nem sempre são atendidos os que mais necessitam, e mesmo pessoas em estado grave não procuram atendimento. No interstício da práxis se reforça o conceito de cidadania. As pessoas são atendidas por Direito e não por Demanda (Lancetti, 2001, p.18).

Essa aproximação do PSF com a comunidade permitia uma identificação maior da quantidade de pessoas em situação de sofrimento psíquico, um rico relato acerca destas situações, das histórias de vidas e das formas de cuidado e um acesso às pessoas diferenciado. Inicialmente foi proposto para as equipes de Saúde da Família que fossem atendidas as famílias por eles consideradas como as mais *problemáticas*.

O Programa de Saúde Mental foi iniciado principalmente por meio de duas estratégias: a participação dos profissionais de saúde mental em reuniões com as equipes de Saúde da Família, para a escolha dos casos considerados mais graves; e a realização de atividades de sensibilização por meio de sociodrama.⁴

Fazia parte da proposta de organização do trabalho do PSF realizar reuniões em equipe para discutir os processos de trabalho e de cuidados em saúde. Naquela época, os profissionais da equipe de Saúde Mental passaram a participar dessas reuniões e nelas discutir os casos mais graves escolhidos pelas equipes de saúde.

Para este processo de discussão junto às equipes de saúde, Lancetti sugeria o questionamento do senso comum de *família desestruturada*, argumentando que o objetivo da discussão e do *projeto terapêutico pedagógico* era compreender a configuração de cada grupo familiar. O psicólogo argentino difundiu, entre os profissionais das equipes de saúde da família, a noção desenvolvida por Pinchón-Rivière (1986) de que o sujeito escolhido como paciente⁵ pelo grupo familiar/comunidade/outros era, em geral, o depositário da *loucura* e, portanto, o membro *mais forte* da família (Lancetti, 2001).

⁴ O sociodrama foi criado no início do século XX por Jacob Levy Moreno a partir do Teatro Espontâneo, com o objetivo de trabalhar as relações intergrupais por meio de procedimentos sociodramáticos que enfatizam a vivência do drama, ou seja, conduz-se a dramatização de cenas pelos participantes (Nery, Costa e Conceição, 2006).

⁵ Optou-se pelo uso desse termo sempre que a situação estiver referida ao contexto da relação de cuidado entre profissional de saúde e usuário do serviço de saúde, para marcar que se trata da relação de cuidado.

A outra estratégia inicial, o sociodrama, foi realizada com os profissionais de saúde, principalmente com os ACS. Essas atividades eram conduzidas principalmente por Antonio Lancetti e consistiam na montagem de cenas de atendimento domiciliar às famílias que eles consideravam que tivessem algum problema de saúde mental. Ou seja, se propunha a encenação de uma visita domiciliar da equipe de saúde com a equipe de Saúde Mental, e posteriormente a realização de uma discussão coletiva (Lancetti, 2001).

Diversos profissionais do campo da saúde mental foram sendo incorporados a esse projeto, passando a participar da discussão das práticas e dos pressupostos teóricos de operacionalização do programa.

Assim, depois de aproximadamente quatro anos do início do Programa de Saúde Mental, mesmo sem ter havido um consenso entre todos os profissionais da equipe de saúde mental, foi adotada a organização de *técnico de referência* de saúde mental por equipe de saúde da família.

Ou seja, a *referência* era constituída por um profissional de saúde mental, uma dupla ou um trio de profissionais, que seria responsável por acompanhar o processo de trabalho junto à determinada equipe de Saúde da Família.

Assim, o(s) *técnico(s) de referência* estaria presente nas reuniões com as mesmas equipes de Saúde da Família para as quais estaria sendo referência; acompanharia os processos de discussão de caso e dos projetos terapêuticos e realizaria a maior parte dos atendimentos em conjunto com aquela equipe de saúde.

Com a proposta da equipe volante de saúde mental, foi possível conhecer, na época, todas as unidades básicas de saúde do *PSF Qualis II* da região Sudeste ⁶, bem como conhecer os casos considerados mais graves.

Quando se passou para a organização de *técnico de referência* por equipe de Saúde da Família foi possível estabelecer uma relação de singularidade e continuidade do trabalho junto às equipes e às pessoas atendidas pelo PSF.

Assim, os profissionais de saúde mental participavam das reuniões de equipe da Saúde da Família buscando construir uma reflexão coletiva sobre os processos de

⁶ Na época eram as Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Renato, UBS Parque Santa Madalena, UBS Pastoral, UBS Iguaçu e UBS Guairacá; exceto essa última, que se encontra no Parque São Lucas, as outras quatro UBS estão localizadas em Sapopemba. Todas essas UBS fazem parte da mesma Supervisão Técnica de Saúde da Prefeitura de São Paulo.

adoecimento e estabelecer uma construção conjunta das formas de cuidados para pessoas em condição de sofrimento.

A partir desse modo de operacionalizar o programa de Saúde Mental passou-se a trabalhar, cada vez mais, junto às equipes de Saúde da Família, a noção de *situação-problema*.⁷ Ou seja, ainda que os profissionais da Saúde da Família trouxessem para discutir em reunião de equipe os *casos* encaminhados de outros serviços e os pedidos de consulta psiquiátrica, insistia-se em discutir qual era a *situação-problema*.

Nestas discussões de caso buscava-se contextualizar a *situação-problema* e ampliá-la para o conhecimento do contexto familiar, comunitário e social de cada pessoa ou família apontada como portadora de algum problema mental/situação de sofrimento. Esse trabalho foi muito facilitado pela estratégia de se trabalhar com as equipes de Saúde da Família, principalmente com o ACS, buscando um *olhar* para além da queixa, pedido ou demanda.

Com o objetivo de desconstruir a consulta do especialista em saúde mental como “única resposta” de cuidado em saúde mental, continuava-se a priorizar a visita domiciliar compartilhada – entre os profissionais da Saúde Mental e Saúde da Família – como a primeira estratégia de aproximação das famílias.

Essa forma de trabalho da Saúde Mental na Saúde da Família possibilitou uma aproximação singular com as situações de sofrimento na comunidade e suas formas de cuidado. Foram acompanhados os impasses, encontros e descompassos entre as propostas de cuidado e tratamento oferecidas pelas equipes de Saúde da Família e Saúde Mental com aquelas escolhidas pelas pessoas em situação de sofrimento psíquico.

No entanto, a aproximação e efetiva participação dos profissionais de saúde mental nas equipes de Saúde da Família deram-se aos poucos e a conquista da mútua confiança foi um lento processo.

A princípio, em relação à saúde mental, era possível observar que alguns profissionais da equipe de saúde, principalmente os ACS, tinham receio de se expor e fatalmente quase todos se perguntavam “Será que eu também vou *enlouquecer* um dia?”. O imaginário e o medo da loucura emergiam em diversos momentos: no relato

⁷ A noção de *situação-problema* foi se constituindo a partir da prática e de reflexões teóricas. Foi possível regastar algumas referências sobre essa noção que será abordada no capítulo 3, na parte “Memória do trabalho anterior: trabalho de campo?”.

dos casos, durante as visitas domiciliares ou nos momentos de discussão do projeto terapêutico.

Em um dos processos de discussão coletiva sobre as percepções da loucura pelos ACS, um deles relatou que numa época de sua vida havia ficado internado numa clínica psiquiátrica. Dito isso, o ACS ao lado deu um salto da cadeira e disse: “Você?!”. Tornava-se perceptível que entrar em contato com a loucura do outro era também aproximar-se da possibilidade de enlouquecer, que podia, ou não, ser sua também; isso causava medo, distanciamento e resistências.

Ao lidar com a *loucura*, os profissionais de nível superior, em geral, apresentavam outras estratégias, tais como: encaminhar a pessoa para o psiquiatra ou psicólogo, recusar-se ativa ou passivamente a participar da discussão dos casos de saúde mental ou fazer o atendimento compartilhado com a saúde mental, mas não estabelecer vínculo afetivo com o paciente. Em algumas situações, a partir da colocação de alguns profissionais sobre suas dificuldades com pacientes da saúde mental, era possível identificar como era comum que os fatores presentes em suas histórias de vida pessoal – além da formação profissional – estivessem dificultando o acompanhamento dessas pessoas.

Numa das vezes, um dos profissionais falou da sua dificuldade em atender pessoas que faziam uso abusivo de álcool devido ao fato de, em sua história familiar, seu pai ter feito uso de álcool a vida inteira.

Outro profissional relatou sua dificuldade em compreender como uma pessoa poderia *enlouquecer*, assim como era difícil para ele compreender porque sua irmã havia tentado suicídio recentemente.

No início do Programa de Saúde da Família foram identificadas principalmente pessoas em situação de *cárcere privado*. Por exemplo, havia uma mãe que mantinha seu filho deficiente mental amarrado ao pé da cama, sendo que o pedido dela para a Equipe de Saúde Mental era a prescrição dos calmantes que haviam acabado antes do tempo de uma nova receita. A queixa era de que sem os remédios ele ficava nervoso e a agredia fisicamente. Na reunião de equipe, o ACS informou que ela tinha outro filho – proprietário da casa onde moravam mãe e filho deficiente – que era "assaltante de banco" e mantinha no quintal da casa alguns cachorros *pit bull*.

Logo, compreender-se-ia que a privação de liberdade do rapaz deficiente mental era a garantia da permanência na casa, não apenas dele mesmo, como também de sua mãe. Naquela casa, somente foi possível entrar porque a ACS mantinha um bom vínculo com o dono da casa – o "assaltante de banco".

Cárcere privado era a forma como os profissionais de saúde envolvidos na situação, dentre os quais eu me incluía, nomeavam aquela *situação-problema*, que era mais complexa do que a privação de liberdade do rapaz deficiente. Porém, mesmo essa reflexão não auxiliava a equipe a encontrar uma solução para tal *situação-problema*. Responder com a avaliação do médico psiquiatra e a prescrição de medicamentos também não resolveriam a situação.

A ausência de agendamentos por especialidade fazia a equipe se debruçar sobre a *situação-problema* e não simplesmente responder aos encaminhamentos e/ou pedidos de atendimentos de psiquiatria, psicologia e outros.

Geralmente, o ACS trazia para a discussão do caso elementos da história de vida das pessoas, da religiosidade, fatos do cotidiano, as conexões estabelecidas na comunidade e os possíveis entraves para a abordagem do problema.

Nesse processo de discussão das *situações-problema* o que mais chamava a atenção era o fato de identificar que, muitas vezes, as explicações e saídas encontradas pelas famílias para as *situações-problema* de saúde mental e/ou psiquiátricas não eram legitimadas ou moralmente aceitas pelas equipes de Saúde da Família. Às vezes, os profissionais expunham suas opiniões e ficavam divididos quanto às formas de cuidado ou quanto ao encaminhamento do caso.

Assim como na *situação-problema* relatada, havia outros casos em que o *cárcere privado* não era compreendido como um problema, mas como uma solução encontrada frente à dificuldade em lidar com o familiar louco, drogado ou deficiente mental. Ao conhecer as histórias destas famílias, percebeu-se que a mesma solução – encarcerar ou amarrar o familiar – não era resultado exatamente da mesma dificuldade ou *situação-problema*. Ou seja, havia diferentes trajetórias e explicações para que as famílias chegassem a tal solução.

O sentimento de indignação por parte dos profissionais das equipes de Saúde da Família era quase unânime e a solução pretendida também: comunicar algum órgão superior tal como a polícia, o Conselho Tutelar, a Vara da Infância ou do Idoso. Às

vezes, nesse ponto da discussão, o ACS intervinha, pois uma denúncia poderia colocar em risco sua vida, evidenciando o lugar particular ocupado por este profissional no modelo de atendimento da ESF (Cohn e Nakamura, 2005).

Inúmeras foram as situações que obrigaram as equipes de saúde a fazer um movimento reflexivo no sentido de compreender porque o outro havia escolhido esse ou aquele caminho e juntos encontrar alguma alternativa. Caso contrário, as situações se manteriam inalteradas. Além disso, era necessário construir um diálogo entre os próprios profissionais da equipe de saúde, ou seja, o movimento na direção ao outro iniciava-se dentro da própria equipe de saúde.

Numa outra situação, a equipe de Saúde Mental foi chamada para atender uma família de catadores de lixo. O incômodo, ou seja, a *situação-problema* escolhida pela equipe de Saúde da Família era o lixo acumulado no quintal, a proliferação de ratos e a reclamação dos vizinhos.

De fato, durante as diversas visitas domiciliares, encontrou-se “lixo” acumulado no quintal. Na realidade, isso era o objeto de trabalho da família, eles eram catadores de papelão. Na casa, foram encontrados diversos móveis, roupas, objetos recebidos de doações, animais – cachorros, gatos, tartaruga, patos, galinhas, passarinhos – e sete pessoas que ali residiam.

Dos residentes, três irmãos haviam morado no Hospital Psiquiátrico do Juquery por aproximadamente 15 anos. Um deles, naquele momento, vivia isolado no fundo da casa, separado por um quintal com um cachorro bravo. Outro irmão vivia acamado, totalmente dependente da mãe, já idosa. Esta última, quando três de seus filhos estavam institucionalizados no Juquery, morou nas ruas com a quarta filha que tinha dois filhos pequenos; todos moradores da casa. O irmão que morava nos fundos era privado da convivência familiar, fazia anos que não tomava banho e quase não trocava de roupas.

Inicialmente para a família não havia nenhum problema ou incômodo que os mobilizasse na busca de alguma ajuda da equipe de Saúde da Família, muito menos da equipe de Saúde Mental. Porém, entre a ausência de queixas relacionadas a saúde para a família e o problema do lixo para a equipe de saúde, houve um processo de mediação realizado pela equipe de Saúde Mental, no sentido de encontrar uma forma dialogada de identificação dos *problemas* e de suas possíveis soluções. Na instauração desse processo

envolveram-se profissionais da equipe de Saúde da Família, Saúde Mental e da equipe de *Reabilitação*.⁸

Assim, para o contexto de elaboração desta pesquisa, passou-se a questionar: para além da questão de saúde pública do “lixo”, quem eram aquelas pessoas? Quais suas histórias de vida? O que para os diferentes atores dessa história era considerado como *problema* ou *sofrimento* que necessitasse de algum tipo de intervenção? Por que a equipe de saúde elegeu como problema prioritário o lixo em detrimento de outras questões? Por que a família não considerava os ratos como problema? O que se considera lixo e o que o diferencia do produto de seu trabalho de catadores?

Por algum motivo, nesse caso em particular, o ACS também concordava com a equipe de saúde e com os vizinhos: para eles, o problema era o lixo. Apesar de conhecer bem as outras famílias, o ACS parecia pouco conhecer essa. Representariam aquelas pessoas os loucos da rua? Mary Douglas (1966), em seu estudo clássico sobre a relatividade das noções de pureza, impureza, limpeza e sujeira, afirmou que “Tal como a conhecemos, a impureza é essencialmente desordem” (p.6). Significar algo como *lixo*, ou dar outro significado e função para *algo* que foi colocado no *lixo* aponta para os múltiplos modos possíveis de lidar com esses objetos. Afinal, aquela família seria percebida apenas como *acumuladoras de lixo* e fonte de *problemas*?

Frequentemente se percebia o quanto era difícil para a equipe de Saúde da Família, entender como o outro compreendia o seu problema e as saídas por ele encontradas. Seria esta uma atitude etnocêntrica?⁹ O exercício da alteridade e do estranhamento foi aos poucos tomando conta de minha prática profissional, tanto no que dizia respeito ao contato com os pacientes, como no trabalho conjunto com os profissionais da Saúde da Família e da Saúde Mental, fazendo emergir o quanto as definições de *problemas* estavam permeadas de julgamentos de ordem moral.

Mesmo não havendo consenso entre as pessoas envolvidas nas *situações-problema*, era geralmente na ambiguidade e nas situações conflituosas entre os

⁸ A partir do ano 2000 o PSF - *Qualis II*, região sudeste, passou a contar com o apoio da equipe de atenção à pessoa com deficiência, composta por fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais. No cotidiano de trabalho era nomeada como equipe de *reabilitação* (Kretzer e Rocha, 2008).

⁹ “Etnocentrismo é uma visão do mundo com a qual tomamos nosso próprio grupo como centro de tudo, e os demais grupos são pensados e sentidos pelos nossos valores, nossos modelos, nossas definições do que é a existência. No plano intelectual pode ser visto como a dificuldade de pensarmos a diferença; no plano afetivo, como sentimentos de estranheza, medo, hostilidade etc” (Rocha, 2006, p.7).

diferentes atores desses processos que os diálogos se construíam e os projetos terapêuticos de cuidado eram produzidos.

Problema de pesquisa, objeto e objetivos

Sempre que a equipe de Saúde Mental era acionada pela equipe de Saúde da Família é porque havia uma *situação-problema*. Havia um incômodo para alguém.

Nas situações mencionadas anteriormente o que fica transparente é o descompasso na definição do que constitui um problema para as pessoas e a falta de acordo no momento de propor ou legitimar os modos de cuidado daquele(s) em situação de sofrimento.

Nesse trabalho foi possível perceber que, em geral, profissionais, familiares e a própria pessoa posta no centro da *situação-problema* nem sempre se davam conta de que a “situação” era construída como tal, e principalmente, de que havia diferentes construções/explicações para o mesmo problema.

Às vezes, a multiplicidade de explicações era constatada no conflito e/ou no confronto de opiniões, quase sempre inconciliáveis àquela altura. Outra problemática no conflito/confronto de opiniões dizia respeito às terapêuticas ou formas de cuidado. Aparentemente havia várias maneiras de legitimação ou não das formas de cuidado.

No caso da família que acumulava lixo, a forma de cuidado legitimada pela equipe de saúde e pelos vizinhos seria uma faxina coletiva. No entanto, para a família o lixo não era considerado problema, e, portanto, essa não era a solução. Em relação ao modo como a mãe cuidava do filho acamado, esse fato era interpretado pela equipe de modo negativo, pois havia dúvidas sobre a necessidade ou não, do ponto de vista da saúde, desses cuidados. No entanto, do ponto de vista da mãe ela estava fazendo o que era possível para o filho.

No outro caso citado anteriormente, em que a família esperava a receita para o calmante, essa era a forma de cuidado esperada e legitimada pela família. A situação de violação de direitos, da liberdade de ir e vir do rapaz, que ficava amarrado ao pé da cama, não era visto como problema. Se era considerado como um *problema*, certamente não era o prioritário para a família, nem foi aquele para o qual a mãe solicitou ajuda aos profissionais da UBS.

Poderíamos, assim, dizer que o fracasso de algumas propostas de cuidado/terapêutica que não teriam a eficácia esperada, nem, portanto, a “cura” aguardada, dá-se porque tanto o que é definido como problema, quanto sua terapêutica, não fazem parte do universo simbólico daqueles que, em particular, estão sob cuidado.

Seria o conteúdo explicativo do universo simbólico do familiar/paciente tão distinto daquele do profissional de saúde a ponto de serem divergentes? Quais seriam os pontos de congruência e/ou divergência? Aonde reside a dificuldade de comunicação?

Com base nessas indagações, emergiu o problema desta pesquisa, que diz respeito aos encontros e desencontros entre as noções de *sofrimento* e *cuidado* implícitas na construção das *situações-problema* definidas pelas equipes de Saúde da Família de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Município de São Paulo e a percepção do sofrimento e do cuidado do ponto de vista do paciente envolvido no cuidado em saúde mental.

O objeto de estudo desta pesquisa diz respeito àquilo que emerge no (des)encontro entre cuidadores, sejam os profissionais da saúde da família ou outros, com um sujeito em situação de sofrimento quando da emergência do que definem como uma *situação-problema*.

Assim, as noções de *sofrimento e cuidado* serão consideradas no contexto da construção da *situação-problema*, bem como nas relações de cuidado.

O objetivo passa a ser a compreensão de como o *problema* se constituiu enquanto problema-demanda de saúde mental/psiquiátrica/psicológica por todos os atores envolvidos: os profissionais da Saúde da Família, o sujeito identificado no “centro” da *situação-problema* e os outros atores (da comunidade, de outros serviços de saúde, de outras instituições). Nesse processo, ao buscar compreender o modo de construção da *situação-problema*, o objetivo é também compreender que formas de cuidado correspondentes lhe são propostas.

CAPÍTULO 1

NOÇÕES DE SOFRIMENTO E CUIDADO NAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL

Na publicação do relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), ocorrida no Brasil, em julho de 2010, consta a aprovação da proposta de adotar em todo o texto a nomenclatura “pessoa em sofrimento psíquico” (Ministério da Saúde, 2010, p.144).

A conferência de saúde mental anterior havia ocorrido em 2001. Usuários, familiares e trabalhadores cobravam do poder público a realização de uma nova conferência. Neste sentido, em 30 de setembro de 2009 usuários e profissionais atuantes no Movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira realizaram a “Marcha dos usuários à Brasília por uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial” (Ministério da Saúde, 2010, p.8). Esta marcha reuniu no dia 10 de outubro em Brasília cerca de 2300 pessoas, as quais obtiveram o compromisso do Governo Federal de realizar a IV CNSM antes do término daquela gestão.¹⁰ Assim, essa conferência foi realizada num contexto marcado pela mobilização dos usuários, familiares e trabalhadores.

A partir da identificação da (re) emergência da categoria *pessoa em sofrimento psíquico* nesta última conferência, procedeu-se a um levantamento de quais categorias haviam sido utilizadas nas CNSM anteriores para denominar o indivíduo em situação de *sofrimento*. Pela relação intrínseca que se estabelece entre a nomeação da *doença*, a *terapêutica* e o *local de tratamento* (Laplantine, 2004), procedeu-se, também, ao levantamento das denominações das terapêuticas e dos modos de nomeação dos lugares de tratamento nos relatórios das CNSM realizadas até então.

Até 2010 foram realizadas quatro conferências, respectivamente em 1987, 1992, 2001 e 2010. Tendo sido encontrada uma multiplicidade de categorias relativas ao *adoecimento/sofrimento*, às *terapêuticas* e *locais de tratamento*.¹¹

Nos relatórios encontraram-se as seguintes nomeações para se referir ao indivíduo que será objeto da assistência da política de saúde mental: *alcoólico*, *cliente*,

¹⁰ Dados obtidos no blog da RENILA (Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial) Fonte: <<http://blogdarenila.blogspot.com/>> Acesso em: 05 abr. 2011.

¹¹ Todos os documentos referentes às 1ª, 2ª, 3ª e 4ª CSNM utilizados neste capítulo estão referenciados na fonte documental, nas referências bibliográficas. Os relatórios podem ser acessados por meio do site do Ministério da Saúde, na área específica de saúde mental: <<http://portal.saude.gov.br>>.

deficiente, delinquente, desordeiro, doente mental, doente crônico, egresso de hospital psiquiátrico, enfermo, indivíduo, insano, internos de estabelecimentos psiquiátricos, louco, marginal, neurótico, oligofrênico, paciente, paciente psiquiátrico, paciente da psiquiatria, paranóico, pessoa, pessoas com algum hand-cap, pessoas que estão psicóticas/deprimidas/alcoolizadas, pessoas com enfermidade mental, pessoas portadores de sofrimento psíquico, pessoas portadoras de transtornos mentais, pessoas com a experiência de transtornos mentais, portadores de sofrimento mental, portadores de distúrbios mentais, população internada cronificada, psicopata, psicótico, usuário e sujeito usuário (Ministério da Saúde, 1988; Ministério da Saúde, 1992; Ministério da Saúde, 1994, Ministério da Saúde, 2002b, Ministério da Saúde, 2010).

Em relação à condição, estado de adoecimento ou de saúde do indivíduo foram encontrados os seguintes termos nos relatórios: *adoecimento mental, afecções somáticas, alcoolismo, alienação psíquica e social, desordens psíquicas, desarranjos mentais, doença organocerebral, doença mental, doenças psicossomáticas, dor psíquica, dor mental, distúrbios mentais-psicossociais-psicossomáticos, distúrbios psiquiátricos, enfermidade, enfermidade mental, epilepsia, estados patológicos, esquizofrenias, existência-sofrimento, loucura, neuroses, oligofrenias, oligofrenia mesogênica, perturbação, psicoses, psicose maníaco-depressiva, quadros psicóticos, retardo mental, sanidade mental, sofrimento mental, sofrimento psíquico, tabagismo, tensão psíquica, toxicodependências, transtornos, transtornos mentais, transtorno neurótico e saúde mental* (Ministério da Saúde, 1988; Ministério da Saúde, 1992; Ministério da Saúde, 1994, Ministério da Saúde, 2002b, Ministério da Saúde, 2010).

Há ainda as noções que se referem às modalidades de cuidado ou lugares de tratamento: *acompanhamento médico, acompanhamento terapêutico, ambulatório de especialidades/saúde mental, anti-psiquiatria, asilo, assistência psicológica, associações de usuários e familiares, atenção em saúde mental, atenção integral em saúde mental, atenção psicossocial, atenção psiquiátrica, atividades de lazer, atividades grupais de socialização, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde, atividades comunitárias, assistência psiquiátrica, casa de saúde, centro de convivência, centros de atenção psicossocial, núcleos de atenção psicossocial, cooperativa de trabalho, cuidado e assistência em saúde mental, emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral, entrevistas de anamnese com pacientes, estruturas intermediárias, familiares ou responsáveis, expressão e inserção social,*

grupo de orientação, grupo operativo, oficinas terapêuticas, orientação familiar, higiene do trabalho, higiene mental, hospital-dia, hospital parcial, hospitais psiquiátricos, hospício, hospital colônia, hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, internação psiquiátrica, inserção da saúde mental nas ações de saúde em hospital geral, laboratórios de produção de vida e saúde, lares protegidos, legislação sanitária e psiquiátrica, leitos psiquiátricos, manicômio, manicômio judiciário, múltiplos âmbitos de intervenção (educativo, assistencial e de reabilitação), programa de ressocialização, moradia protegida, pensão protegida, psicocirurgia, projetos de trabalho, projetos de lazer, projetos culturais, psicodiagnóstico, psicofármacos, psicofarmacoterapia, psicologia médica, psicoterapia (grupala e, ou familiar), psicoterapia breve, psiquiatriação, psiquiatria social, psiquiatria comunitária, reabilitação, rede substitutiva e serviços abertos, reforma psiquiátrica, serviços psiquiátricos, socioterapia, serviços territoriais 24horas, substâncias psicotrópicas, tendência hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica, técnicas médico-psicológicas, tratamento psiquiátrico, tratamentos invasivos e irreversíveis, unidade psiquiátrica ou enfermaria psiquiátrica/unidade psiquiátrica em hospital geral, urgência psiquiátrica, utilização de técnicas de observação e ou de aplicação de testes ou instrumentos de avaliação psicológica com elaboração de laudo e visita domiciliar (Ministério da Saúde, 1988; Ministério da Saúde, 1992; Ministério da Saúde, 1994, Ministério da Saúde, 2002b, Ministério da Saúde, 2010).

As categorias que emergiram para qualificar, de um modo ou de outro, o sofrimento, as terapêuticas e locais de tratamento, se analisadas em seu contexto histórico e no conjunto de suas referências simbólicas, poderão nos indicar algumas relações internas e externas daquele modo de construção específico e de legitimação das noções em torno do sofrimento e do cuidado.

A princípio, para que possamos contextualizar e analisar a (re) emergência da categoria *pessoa em situação de sofrimento* será apresentado como surgiram as Conferências de Saúde no Brasil, e em particular como se constituíram as CNSM.

As Conferências de Saúde e Educação foram instituídas no Brasil por meio da Lei Nº 378, de 13 de janeiro de 1937, que deveriam ser realizadas por meio do então

Ministério da Saúde e Educação (Brasil, 1937).¹² O objetivo das conferências, expresso nessa Lei, era o de ser um instrumento de conhecimento das atividades de educação e saúde no país, bem como orientar a execução dos serviços locais. A princípio participariam das conferências as autoridades administrativas do Ministério da Saúde e Educação e representantes dos governos das unidades federativas do país (Escorel e Moreira, 2012).

Em 1941 e 1950 ocorreram as 1ª e 2ª Conferências Nacionais de Saúde (CNS) organizadas no âmbito do Ministério da Educação e da Saúde. Em 1963, após a criação do Ministério da Saúde, ocorre a 3ª CNS com o diferencial da participação de representantes de movimentos democráticos. As conferências que ocorreram no período de 1966 até 1980, ou seja, da 4ª até 7ª CNS – que ocorreram respectivamente em 1966, 1975, 1977 e 1980 – coincidiram com o período da Ditadura Militar, marcado por intensa repressão do Estado e, portanto, com participação restrita da sociedade (Zambenedetti, 2008).

A 8ª CNS aconteceu em 1986 no contexto da abertura democrática, representando um marco histórico para a saúde pública do Brasil, com ampla participação popular, inclusive de representantes dos movimentos sociais, dentre eles, integrantes do Movimento da Reforma Sanitária (Paim, 1997; Teixeira, 1998; Cohn, 2008; Paim, 2008; Cohn, 2009; Teixeira, 2009).

No bojo destes acontecimentos estava em curso o processo da Reforma Psiquiátrica que se iniciou no final da década de 1970 e foi marcado principalmente pela criação, em 1978, do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) (Amarante, 1995b; Yassui, 2010).

No processo da reforma psiquiátrica estavam também envolvidos Núcleos Estaduais de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES)¹³, Comissões de Saúde Mental dos Sindicatos dos Médicos, Movimento de Renovação Médica (REME), Rede de Alternativas à Psiquiatria, Sociedade de Psicossíntese, Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a Federação Brasileira de Hospitais (FBH),

¹² O Ministério da Saúde foi criado por meio da Lei Nº1920 de 25/07/1953, separando-se então do Ministério da Educação. Até então a saúde era um departamento dentro do Ministério da Educação (Brasil, 1953).

¹³ CEBES, Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, nasceu em 1976, em São Paulo, a partir de um grupo de sanitaristas que objetivavam produzir e organizar o pensamento e as práticas no campo da saúde pública. Criaram também a Revista Saúde em Debate (Amarante, 1997).

a indústria farmacêutica, as universidades e o Estado (principalmente o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência Social e Assistência Social – MPAS). Estes atores, uns mais, outros menos, apoiando ou não, tiveram atuação expressiva no movimento da Reforma Psiquiátrica (Amarante, 1995b).

Na análise de Amarante (1995b), o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) teve papel fundamental no projeto da Reforma Psiquiátrica brasileira. Assim, inicialmente eram os trabalhadores da área da saúde e/ou saúde mental que participavam do processo da Reforma Psiquiátrica, que, aos poucos, foi-se ampliando para a participação de outros segmentos da sociedade. O objetivo do MTSM era:

(...) constituir-se em espaço de luta não institucional, em *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (Amarante, 1995b, p.52).

Ainda segundo Amarante (1997; 2008) foi principalmente após a realização em 1979 do “I Simpósio de Saúde da Câmara dos Deputados” que o movimento da Reforma Psiquiátrica extrapolou o campo exclusivo da comunidade técnica ampliando o debate para outras entidades civis e sendo noticiado na grande imprensa.

Nesse mesmo simpósio, foi apresentado pelo MTSM um diagnóstico crítico sobre o modelo assistencial psiquiátrico vigente no país e o CEBES apresentou a proposta do Sistema Único de Saúde que iria inspirar a temática da saúde na formulação da Constituição Federal Brasileira de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080 de 19/09/1990) (Brasil, 1990a).

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que ocorreu em 1987, transcorreu nesse contexto de abertura à participação dos movimentos sociais e de membros da sociedade em geral. O cidadão, antes denominado *paciente*, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1988) passa a ser nomeado como *usuário* (Amarante, 2008) – entende-se *usuário do serviço de saúde*, que passou a participar das conferências de saúde na qualidade de *delegado* representante desse segmento.

Em 1990, com a publicação da Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro, foi formalizada e garantida a participação de representantes de vários segmentos sociais nas Conferências de Saúde:

A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação de vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde dos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde (§ 1º do Art. 1º da Lei 8142). (Brasil, 1990b).

Em 1992, com a publicação da Resolução Nº 33 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1992a), a representação dos vários segmentos deveria respeitar a seguinte proporção: 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde (aqueles diretamente envolvidos no cuidado) e 25% de representantes de prestadores de serviços públicos e privados (gestores). Cada segmento realizaria uma votação para escolher seus representantes tanto para as conferências quanto para outros dispositivos de controle social instituídos pelo SUS. Tem-se tornado cada vez mais complexa a participação de representantes nas conferências para atender ao princípio de representação, pois entre os três segmentos tem havido disputas internas para garantir a participação nos diferentes dispositivos de controle social, inclusive nas conferências de saúde (Lacaz e Flório, 2009).

Como apontam Escorel e Moreira (2012), há que se refletir sobre o inegável avanço de oportunidade democrática de participação popular no processo de constituição do SUS, sem desconsiderar, no entanto, os efeitos da instrumentalização política dos usuários e de outros segmentos neste processo, introduzindo interesses alheios às questões dão direito à saúde como forma de proteção social.

Para organizar a representação, a partir da convocação nacional de uma Conferência de Saúde, devem acontecer etapas precedentes no nível municipal e estadual (Brasil, 1990b; Ministério da Saúde, 2003b). Em todas as etapas participam representantes dos três segmentos – usuários, trabalhadores e gestores – os quais são nomeados *delegados* da conferência e são eleitos em cada uma das etapas. No entanto, nem sempre todas as instâncias federativas tem cumprido o previsto em lei – convocar e realizar as etapas municipais e estaduais das conferências. Em 2010, por exemplo, quando da convocação da 4ª CNSM pelo Governo Federal, o Estado de São Paulo, na gestão de Geraldo Alckmin (PSDB), recusou-se a convocar a etapa estadual da conferência, com base em veto ocorrido em reunião do Conselho Estadual de Saúde. Diante deste fato, as representações municipais não teriam como enviar seus

representantes à Conferência Nacional, que supunha a eleição dos delegados na etapa estadual. A alternativa encontrada pelos municípios que realizaram a etapa municipal foi realizar uma plenária estadual que ocorreu em São Bernardo do Campo, instância que foi legitimada na Conferência Nacional de Saúde Mental permitindo a representação de municípios de São Paulo (São Bernardo do Campo, 2010; Cruz, 2010).

Desde a 1ª CNSM até a última, realizada em 2010, houve a participação de representantes dos usuários e de diversos outros segmentos da sociedade. As participações de outros representantes da sociedade – que não os gestores públicos e os profissionais da saúde – cresceram gradativamente a cada conferência realizada. Veja no quadro abaixo:

Tabela No. 1 - Conferências nacionais de saúde mental (CNSM)

CNSM e ano de realização	Nº de delegados ¹⁴	Nº total de participantes	Segmentos da sociedade que tiveram representantes nas CNSM segundo o registro dos relatórios finais:
I CNSM 1987	176	1500 ¹⁵	Gestores, profissionais, entidades religiosas, instituições privadas, associações de usuários, instituições de ensino e demais segmentos da sociedade (Ministério da Saúde, 1988).
II CNSM 1992	500	1085	Usuários e sociedade civil, familiares, conselhos da área da saúde, governo, e prestadores de serviço e entidades da sociedade civil (Ministério da Saúde, 1994).
III CNSM 2001	1480	1700	Usuários de Saúde Mental e familiares, e representantes de órgãos públicos, entidades de Direitos Humanos, organizações patronais, Conselhos de Profissionais relacionados à área, entidades e organizações da sociedade civil (Ministério da Saúde, 2002b).
IV CNSM 2010	1200	1502	Usuários, trabalhadores, gestores do campo da saúde, representantes intersetoriais (direitos humanos, assistência social, educação, cultura, justiça, trabalho, esporte e outros) (Ministério da Saúde, 2010).

Os relatórios finais das CNSM expressam a multiplicidade de participações, que foi crescendo e se diversificando com o passar dos anos.

Nas etapas municipais e estaduais, mobilizou-se um número ainda maior de pessoas: segundo os relatórios finais da 2ª CNSM participaram cerca de 20.000 pessoas nas três etapas (municipal, estadual e federal) (Ministério da Saúde, 1994); da 3ª CNSM participaram 30.000 pessoas na etapa municipal e cerca de 20.000 na etapa estadual

¹⁴ O modo de contabilizar o número de participantes de cada CNSM mudou ao longo dos anos. Por exemplo, no relatório final da 1ª CNSM registra-se o número de *delegados* e não está discriminado o número de participantes de outras categorias, como por exemplo, a de observadores. A partir da 2ª CNSM o número de participantes é discriminado pelas categorias de *delegados*, *observadores* e *convidados*.

¹⁵ No relatório final da 1ª CNSM não consta o número total de participantes. A referência a este número total é feita por Amarante (2008, p.741).

(Ministério da Saúde, 2002b); da 4ª CNSM nas três etapas participaram cerca de 46.000 pessoas (Ministério da Saúde, 2010).

Em relação à quantidade de folhas e ao conteúdo dos relatórios finais das CNSM, eles foram crescendo e se diversificando com o passar dos anos. Foram incluídos como documentos nos relatórios, desde o próprio relatório final da conferência, até textos produzidos pelo Ministério da Saúde, artigos publicados em revistas científicas, relatórios de oficinas, pronunciamentos, documentos internacionais e textos produzidos para a própria conferência e utilizados como “textos de apoio”.

Assim, as Conferências de Saúde Mental têm sido consideradas espaços fundamentais para a construção de políticas de Estado, com participação popular e dos trabalhadores (Ministério da Saúde, 2010; Vasconcelos, 2010). Portanto, é nesse contexto de participação múltipla, mas, também de disputas, que surge a proposta da adoção da nomenclatura “*pessoa em sofrimento psíquico*” na 4ª CNSM.

Justamente porque se trata de um contexto de participação de diversos atores sociais, este não é um contexto pacífico. Ao contrário, é um campo de tensões e disputas entre diferentes atores e instituições, que às vezes encontram consensos parciais e, na maioria das vezes, seguem operando a partir de lógicas de compreensão do *sofrimento* e das formas de *cuidado* muito diferenciadas. Essas lógicas de compreensão do sofrimento serão certamente diferenciadas, pois perpassam as acepções acerca do sofrimento e do cuidado que dizem respeito aos diversos usuários dos serviços, familiares, gestores, trabalhadores e representantes dos diversos setores da sociedade que participaram das conferências. Trata-se de um “caldo cultural” complexo que foi se compondo com elementos, por exemplo, do saber popular, científico, da militância política, das gestões, entre outros interesses.

A análise da emergência da categoria *pessoa em sofrimento psíquico*, e de outras que constam nos relatórios das CNSM, foi um dos disparadores da problematização das práticas de saúde nesta tese. Portanto, os relatórios foram tratados como fonte documental, registro de um processo certamente muito mais complexo que, porém, tem seu valor de enunciado e memória social.

Como foi explicitado anteriormente, reafirmamos que, menos do que analisar o processo da reforma psiquiátrica, optou-se pela análise da emergência das noções subjacentes às formas de denominações do indivíduo que será alvo das ações de saúde

mental, das formas de denominação dos tipos e locais de tratamento, como meio de contribuição à compreensão das noções de sofrimento e cuidado e os pressupostos teóricos que as fundamentam.

1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987)

O relatório da 1ª CNSM (Ministério da Saúde, 1992) encontra-se divulgado principalmente de duas formas: está incluído no documento para a realização da 2ª CNSM; e também é possível encontrá-lo em separado, sendo referido como “Relatório Final”, no qual se inclui o seguinte anexo: “Proposta de política de saúde mental da Nova República” (Ministério da Saúde, 1988).

A 1ª CNSM (1986) foi marcada pela denúncia do *modelo manicomial* vigente à época (Vasconcelos, 2010) tendo acontecido num “clima de claro embate” (Amarante, 1997, p.169). Na época o Ministério da Saúde encaminhou a proposta de realizar uma conferência nos moldes de um congresso, não democrático e não participativo.¹⁶ A proposta foi rejeitada pelo então Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), pois sua aceitação significaria um retrocesso em relação às conquistas efetivadas na 8ª CNS (1986), na qual, como já mencionado, houve ampla participação dos profissionais de saúde e da população em geral.

No campo da saúde mental, esse embate tinha fortes precedentes dos movimentos da Psiquiatria Democrática Italiana e da Antipsiquiatria, que tiveram uma influência decisiva junto aos trabalhadores de saúde mental do Brasil. Em 1978, havia ocorrido o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, do qual participaram expoentes dos movimentos acima mencionados, dentre eles, Franco Basaglia, Felix Guatarri, Robert Castel e Erwing Goffman (Amarante, 1995b).

Em janeiro de 1986 Franco Rotelli – então secretário-geral da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria e também diretor do Serviço de Saúde Mental da cidade italiana de Trieste – participou de um dos encontros do MTSM. A partir desses e outros eventos tornou-se cada vez mais presente no campo teórico-conceitual e prático da saúde mental no Brasil a influência da tradição basagliana que questionava o

¹⁶ Ressaltando que em 1986, início da abertura democrática, ainda não havia sido publicada a nova Constituição do Brasil, não havia sido criado o SUS, o que aconteceu em 1990. Portanto, a participação dos trabalhadores e da população nas conferências ainda não estava garantido institucionalmente.

saber psiquiátrico, principalmente a utilização deste conhecimento como instrumento de controle social (Amarante, 1994).

Franco Basaglia nasceu em 1924 na cidade de Veneza, na Itália. Formou-se médico pela Faculdade de Medicina de Pádua, militou na Resistência Italiana e, ainda estudante, foi preso e libertado ao final da Segunda Guerra Mundial. Dentre os psiquiatras italianos, destacou-se como intelectual e estudioso de Husserl, Binswanger, Heidegger, Merleau-Ponty e Sartre. Após doze anos, abandonou a vida acadêmica e, em 1961, assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia onde deu início às experiências de transformação do aparato psiquiátrico (Barros, 1994; Amarante, 1996). Assim, Basaglia atuou tanto no campo teórico quanto no campo prático, inspirando muitos militantes da reforma psiquiátrica no Brasil.

É no contexto dessas influências, e no clima de tensão da então recente abertura democrática, que o temário da 1ª CNSM apresentou a questão da *saúde mental*, ou *doença mental*, claramente atrelada à discussão política e social, como se observa no quadro abaixo (Ministério da Saúde, 1992, p.11):

Sumário do relatório final da 1ª CNSM

Tema I: Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental.
Tema II: Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental.
A – Princípios gerais.
B – Princípios básicos.
C – Reformulação do modelo assistencial em saúde mental e consequente reorganização dos serviços.
D – Política de recursos humanos.
Tema III: Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.
A – Recomendações à Constituinte.
B – Reformulação da legislação ordinária.
Anexo: Proposta de política de saúde mental da Nova República.

No relatório da 1ª CNSM a discussão da *doença mental* (Ministério da Saúde, 1992a) foi associada à discussão da saúde em geral, e ao mesmo tempo, foi atrelada a uma forte crítica ao modelo político econômico do Brasil. O adoecimento e o grave perfil de morbidade do país foram apontados como consequências do capitalismo, que se caracterizava por um “modelo econômico altamente concentrador” (idem, p.14) que produziu um intenso movimento migratório para a periferia dos grandes centros

urbanos, ocasionando um excedente de mão de obra e a consequente precariedade das condições materiais de vida.

Assim, afirmava-se que esses aspectos da conjuntura social e política do Brasil deveriam ser levados em consideração na elaboração e execução de uma política de saúde, inclusive de saúde mental.

Nesse sentido, a saúde mental foi situada no “bojo da luta de classes” (Ministério da Saúde, 1992, p.15), tendo um papel de classificação e exclusão dos incapacitados para a produção. Os trabalhadores de *saúde mental*, dentro deste sistema, eram considerados como “instrumentos de dominação do povo brasileiro” (idem, p.15). O papel do Estado foi fortemente criticado:

É mister combater a postura ambígua do Estado no campo das políticas sociais e resgatar para a saúde sua concepção revolucionária, baseada na luta pela igualdade de direitos e no exercício real da participação popular, combatendo a psiquiatrização do social, a miséria social e institucional e eliminando o paternalismo e a alienação das ações governamentais e privadas no campo da saúde (Ministério da Saúde, 1992, p.16).

Aos trabalhadores de saúde mental cabia o papel de:

(...) romper com o ciclo vicioso, onde se ganha mal e se trabalha mal, combatendo a violência nas instituições e unindo esforços com a sociedade civil para uma libertação institucional, lutando por melhores condições de salário e de trabalho associadas às melhorias das condições institucionais e de vida (idem, p.15).

O papel dos técnicos de saúde mental, ou do conhecimento *técnico-científico da psiquiatria clássica*, não se daria apenas pela pura aplicação de técnicas, mas nele estaria implicado também o papel político e ideológico. Este era um dos argumentos de Franco Basaglia apresentado, por exemplo, no seu texto “O homem no Pelourinho” (1974):

A primeira vez que entrei numa prisão eu era estudante de medicina e entrei como preso político. Era a hora em que esvaziavam os penicos das celas e minha impressão foi a de entrar numa enorme sala de anatomia onde a vida tinha o aspecto e o odor da morte. A prisão parecia uma estrumeira impregnada de um fedor infernal onde alguns homens com latas

sobre os ombros desfilavam em direção aos esgotos, para verter seu conteúdo. O pessoal que cumpria essa tarefa compunha-se de detentos privilegiados que podiam sair das celas, o que punha em evidência como nas prisões existia uma estratificação social sobre a qual se fundamentava um tipo de vida completamente autônomo: a vida da segregação. O homem e a prisão eram, em realidade, o carcereiro e o encarcerado e um e outro haviam perdido toda a qualidade humana, adquirindo a marca da instituição. Depois de alguns anos entrei numa outra instituição fechada: o manicômio. Desta vez não como internado e sim como diretor. Estava no grupo dos carcereiros (...) (Basaglia, 1974. p.1).

De fato, observa-se uma relação estreita entre os regimes de governo e as propostas assistenciais de saúde mental. Em São Paulo, o hospital psiquiátrico do Juquery, criado em 1901, a princípio tinha 800 leitos; em 1965 chegou a ter 14.393 internos; em 2008 ainda havia 682 pessoas moradoras (Lancman, 1995; Nicácio, s/d). Na década de 1950, o Hospital do Juquery passou por várias denúncias por meio da imprensa, que alertavam sobre os seguintes problemas: superlotação, desvios de verba, maus tratos aos pacientes, etc. Era o despontar de uma situação que iria piorar ainda mais com o crescimento urbano desordenado, a ditadura e a exclusão social decorrente dos problemas sociais (Lacman, 1995). A superlotação na década de 1970 coincidiu com o período da ditadura militar no Brasil. Houve, assim, muitos presos políticos que foram “internados” no Juquery, ora por medida de "proteção", ora como forma de punição (Lopes, 1998). Isso evidencia a arbitrariedade na definição daquilo que pode ser qualificado como doença e seu respectivo tratamento, ou o uso que pode ser feito do aparato psiquiátrico.

Ainda em relação ao uso do saber psiquiátrico, na perspectiva do Estado e dos administradores do hospital, naquela época a internação em hospital psiquiátrico era uma *solução*, e não um *problema*. Por exemplo, Pacheco e Silva, médico psiquiatra fundador do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e que também foi diretor do Juquery no período de 1923 a 1937, num artigo publicado na revista “Problemas Brasileiros”, em 1975, alertava a sociedade para a gravidade dos problemas considerados de saúde mental, a serem enfrentados por meio da internação psiquiátrica:

(...) o aumento crescente da criminalidade, o grande número de menores abandonados e delinquentes, a expansão das toxicomanias, a prostituição, que medra sem peias, a mendicância generalizada e as migrações internas (Pacheco e Silva, 1975, p.13).

Ao apontar estes como "graves problemas", defendia o fato de ter sido criado o Manicômio Judiciário do Juquery; lamentava a superlotação, e propunha tratamento psiquiátrico para as "patologias sociais" decorrentes da urbanização e liberação dos costumes.

A arbitrariedade em definir o que seja doença mental foi relatada em diversos livros e filmes. No Brasil, em particular, ficou conhecido o filme "Bicho de sete cabeças" de Laís Bodanzky, de 2000, inspirado no livro autobiográfico de Austragésilo Carrano Bueno, intitulado "Canto dos malditos". Trata-se da história de um jovem de classe média, que tinha conflitos de relacionamentos com os pais, até que um dia o pai resolveu interná-lo num manicômio ao descobrir um cigarro de "maconha" no casaco do filho. Suas internações se iniciaram em 1974, e se alternaram entre as cidades de Curitiba e Rio de Janeiro, sendo que depois Carrano, como ficou conhecido, passou a participar da luta anti-manicomial. Seu livro, publicado em 2001, chegou a ser retirado de circulação por medida judicial, pois profissionais que trabalharam nos hospitais psiquiátricos onde esteve internado, os quais são citados em seu livro, moveram processo contra o autor (Mendonça, 2002; Folha de São Paulo, 2003).

Retornando ao relatório da 1ª CNSM, o indivíduo a ser alvo da política de saúde mental foi apresentado como fazendo parte de uma sociedade que tinha um modo de produção pautado no capitalismo, que produzia desigualdades sociais e *adoecimento*, numa perspectiva do adoecimento bastante diversa daquela defendida por Pacheco e Silva. Para este último o social estava referido à pobreza como produtor de mazelas que deveriam ser extirpadas, enquanto que nessa outra perspectiva, o social era identificado principalmente com o sistema econômico capitalista que produzia adoecimento, sendo o pobre uma de suas vítimas.

Ainda nessa perspectiva do social, o indivíduo que poderia adoecer foi definido em categorias que expressam sua pertinência a um coletivo. Trata-se da definição do indivíduo a partir de sua condição social, oprimida no caso dos doentes mentais, conforme texto abaixo:

Esta *população rural*, expropriada de suas terras, migra para as grandes cidades em busca de melhores condições de vida e de trabalho. Esse *fluxo migratório*, que interessa ao modelo econômico adotado, liberou um *imenso contingente humano* de força de trabalho, gerando um vasto *exército de reserva*, determinando uma *grande demanda* na procura de emprego, barateando, assim, o valor da mão-de-obra e aumentando, ainda mais, o lucro (a taxa de mais valia) das classes dominantes, proprietárias do capital e dos meios de produção, agravando, em consequência, as condições de subemprego, desemprego e baixa remuneração da maioria da *classe trabalhadora*. Esta situação determinou, por sua vez, a precariedade das condições materiais de vida da maioria da *população brasileira* (...). (Ministério da Saúde, 1988, p.11, grifos nossos).

Esse caráter de denúncia da instituição psiquiátrica como instrumento de controle social e disciplinamento, a afirmação da relação entre adoecimento e condições sociais de vida, produzidas pelo sistema econômico e político da época, estavam presentes tanto na Reforma Sanitária, quanto na Reforma Psiquiátrica, e havia claramente uma concepção de saúde e doença subjacente a essas propostas em ambos os processos de reforma (Berlinguer, Teixeira e Campos, 1988; Amarante, 1997).

Por um lado, no interior da Reforma Sanitária, processava-se a discussão sobre as concepções de saúde que haviam sido formuladas no universo acadêmico na década de 1970, nos departamentos de medicina preventiva e nas escolas de saúde pública. Emergiam discussões em torno de um novo modo de compreender a saúde-doença, reconhecendo que o fenômeno da saúde e da doença resultaria de processos de reprodução social, ou seja, determinados social e historicamente (Paim, 2008).

Por outro lado, no interior da Reforma Psiquiátrica, também se constituía uma crítica do objeto "doença mental" que havia sido constituído pela psiquiatria clássica. Essa discussão se dava principalmente por meio da influência basagliana, mas também pela discussão de outros autores. Propunha-se uma reconstrução do objeto *doença mental*, compreendido como fruto de uma construção sócio-cultural cercada de aparatos científicos, legislativo, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder (Rotelli, 1990; Amarante, 1994).

Nesse processo de reconstrução do objeto *doença mental* se propunha outra compreensão acerca do *sofrimento*. A *doença mental* deveria, então, ser compreendida

como uma situação existencial de um sujeito, portanto, em situação de *existência-sofrimento* na relação com o seu contexto social (Dell'Acqua e Mezzina, 1991). Ou seja, o indivíduo não seria a *esquizofrenia* descrita nos livros de psiquiatria; ou, o indivíduo não seria a *depressão*. Essas categorias diagnósticas, e suas terapêuticas, seriam construídas socialmente e vistas como expressão da ideologia dominante na sociedade capitalista.

De outro lado, ao mesmo tempo em que no relatório da 1ª CNSM há o forte questionamento da psiquiatrização e medicalização dos problemas sociais (Ministério da Saúde, 1985), no documento que aparece como anexo da mesma conferência é possível identificar igualmente a influência e o extensivo uso de classificações psiquiátricas e termos epidemiológicos, explicitando as tensões no campo, na acepção de Bourdieu (2004), da saúde mental. Tratava-se de influências relativas ao campo psiquiátrico, em sua pretensão de se validar como ciência, com a produção de instrumentos diagnósticos e recursos terapêuticos, principalmente pelo arsenal medicamentoso.

Evidenciando essa influência do campo psiquiátrico na 1ª CNSM, no anexo elaborado pela Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), são amplamente utilizados os seguintes termos: *doença mental, neurose, doença psicossomática, psicose secundária a afecção somática, toxicodependência, oligofrenia mesogênica, esquizofrenia, psicose maníaco-depressiva, transtorno neurótico, retardo mental e epilepsia*. A utilização das categorias psiquiátricas foi reafirmada como necessária, inclusive, para se implantar um sistema de informação que utilizasse códigos e linguagem universais.

É preciso lembrar que a inclusão do referido anexo nos anais do relatório da 1ª CNSM indica que, de fato, havia um embate entre o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) e a política de saúde oficial, visto que o documento foi produzido no contexto de uma política pública num momento de impacto relativo da participação ou influência política dos trabalhadores de saúde e saúde mental, bem como dos usuários.¹⁷ Há registros de que o MTSM se opunha às propostas da DINSAM, que considerava prioritário o uso de terapêuticas biológicas, refletindo,

¹⁷ Embora tenha sido incluído como anexo do relatório da 1ª CNSM, o texto é datado de julho de 1985.

portanto, a centralidade da assistência médica psiquiátrica nessas políticas (Amarante, 1995b).

Apesar da proposição de neutralidade científica, o documento anexo ao relatório da 1ª CNSM estava permeado de intenções ideológicas ao relativizar o papel político dos profissionais de saúde mental:

Se, por um lado, no estudo das correlações entre condições gerais de vida e saúde mental, somos levados a concordar que as melhores medidas de higiene mental seriam "casa, comida, trabalho, educação, lazer, liberdade e amor à nossa população", por outro lado reconhecemos que a obtenção destas condições é tarefa da sociedade brasileira organizada. Cabe-nos, como profissionais em saúde mental, uma função bem mais modesta, porém importante e com uma dupla dimensão (Ministério da Saúde, 1985, p.38).

Nos dias atuais, as categorias psiquiátricas ainda são a referência utilizada tanto no sistema de informação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) quanto na obtenção de benefícios sociais.¹⁸ Não há outra classificação sendo utilizada do ponto de vista oficial.¹⁹ Isso reflete o viés psiquiátrico classificatório, com seu modo de conceber o adoecimento mental que ainda persiste como elemento integrante da lógica dos serviços substitutivos ao modelo manicomial.

O termo *doença mental* e *saúde mental* emerge tanto no relatório da 1ª CNSM quanto no anexo. O primeiro termo é utilizado para se referir à condição de adoecimento, o segundo para designar os locais de tratamento. Conforme foi mencionado, o primeiro termo foi alvo de críticas por estar relacionado ao nascimento da psiquiatria clássica. O segundo termo surge no contexto da discussão do adoecimento

¹⁸ O sistema de informação dos CAPS era baseado no preenchimento do formulário "Autorização de procedimento de alto custo" (APAC), que foi modificado para o formulário de Registro de Ações de Atenção Psicossocial (RAAS). Embora tenha havido um inegável avanço no sentido de incluir procedimentos no formulário que se aproximem da proposta de trabalho de um CAPS, por outro lado, um dos principais critérios obrigatórios continua sendo o diagnóstico psiquiátrico por meio do CID-10 (Brasil, 2012).

¹⁹ A Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) é uma das famílias da Classificação Internacional de Doenças (CID) que no Brasil ainda não tem sido adotado pelos serviços e sistemas de saúde em nível nacional e unificado. Para avaliação do Benefício de Prestação Continuada (BPC), integrante da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) se iniciou o uso da CIF. (Ministério da Saúde, 2007b).

e é referenciado logo depois, no relatório da conferência, dentro da discussão da reorganização da assistência.

Embora o termo *saúde mental* seja amplamente utilizado, ele também foi motivo de discussão e crítica. Se por um lado o campo da *saúde mental* emerge em oposição ao reducionismo biomédico associado à categoria *doença mental* (Duarte, 1993; Duarte, 1994), por outro, o objeto *saúde mental*, surge ao mesmo tempo como parte da discussão da psiquiatria comunitária e da criação de políticas públicas sociais voltadas para os pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos (Paulin e Turato, 2004). Assim:

O início da década de 1970 se caracterizou, no Brasil, pela crescente influência de propostas que se apresentavam efetivas na Europa e principalmente nos Estados Unidos, por meio da psiquiatria comunitária. O decreto do presidente John F. Kennedy, em fevereiro de 1963, denominado *Community Mental Health Center Act*, baseava-se nos conceitos preventivistas lançados pelo professor Gerald Caplan e redirecionava os objetivos da psiquiatria. A partir de então, seria incluída como meta a redução da doença mental na comunidade, enfatizando-se a promoção de um novo objeto de ação: a saúde mental (Paulin e Turato, 2004, p.248).

Embora o termo *saúde mental* esteja presente até os dias atuais nas políticas públicas de saúde mental – inclusive denominando a área de atuação política do Ministério da Saúde responsável pela atenção às *pessoas em situação de sofrimento psíquico* – já à época da 1ª CNSM havia fortes embates dentro do movimento da Reforma Sanitária, Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) e Reforma Psiquiátrica, em relação às concepções subjacentes aos modos de nomear o adoecimento mental.

A crítica, constituída principalmente dentro do MTSM por profissionais mais alinhados às propostas de desconstrução da doença mental advindas da experiência teórico-prática de Franco Basaglia, era de questionamento de um suposto *ideal* de saúde mental objetivado nas ações preventivistas, bem como, na suposta possibilidade de intervir no surgimento das doenças mentais a partir do indivíduo, sem necessariamente questionar o contexto político e social, e, portanto, sem prever necessariamente a luta política e social pela melhoria das condições de vida da população (Amarante, 1995b). Nesse sentido, Amarante (1997) avalia que:

Por ter rompido com a racionalidade médica, o Movimento da Reforma Psiquiátrica conseguiu sair das malhas restritas das políticas oficiais, conseguiu construir situações no exterior do aparato oficial, conseguiu romper com o modelo assistencialista tradicional. Enquanto o Movimento da Reforma Sanitária continua reivindicando mais serviços, mais recursos humanos e mais tecnologias, o da Reforma Psiquiátrica quer redefini-los (idem, p.182).

No entanto, no relatório da 1ª CNSM esta ruptura com a racionalidade médica, evidenciada no forte discurso crítico à organização política e social vigente no Brasil, convive ao lado do termo *saúde mental*. Na realidade, consultando apenas o relatório da 1ª CNSM, constata-se o registro das ambiguidades e contradições na constituição do campo político de atenção à saúde mental e o conseqüente clima de tensão entre o governo e o movimento de trabalhadores.

Neste sentido, observa-se que na delimitação da atuação do campo da saúde mental presente no anexo do relatório da 1ª CNSM emerge um discurso híbrido, entre a crítica ao sistema social e a proposta de ações pedagógicas com as quais se educaria a população em risco de adoecimento ou adoecida:

Compete-nos a comunicação de conhecimento sobre quais e como os fatores ambientais, sociais, familiares, individuais e genéticos podem atuar no sentido do favorecimento à saúde mental ou, inversamente, ao adoecimento mental. O risco de sermos mentores de normas de vida diminui na medida em que a socialização destes conhecimentos é feita de forma democrática, participativa e dialética, em que se pode ensinar e aprender com o povo. Há, sem dúvida, conhecimentos a serem debatidos com a população, como por exemplo os efeitos psíquicos das intoxicações pela poluição industrial e pela agroindústria, pela auto-intoxicação por álcool, tabaco, medicamentos e outros tóxicos, pela falta de aporte proteico e vitamínico nos primeiros tempos de vida, pela fome crônica, pelo *stress* crônico do trabalho penoso e alienante, pela poluição sonora etc. Há muito o que debater sobre as demências conseqüentes a intoxicações por sais metálicos, por doenças degenerativas e infecciosas evitáveis, por conseqüência de acidentes de trabalho ou não. Há esclarecimentos a serem feitos sobre o efeito lesivo ao psiquismo da separação precoce entre mãe-filho, das creches não referenciais, da renúncia ao aleitamento materno, do

hospitalismo de crianças e de adultos (Ministério da Saúde, 1985, p.38).

No trecho acima é possível identificar também, influências do discurso associado à saúde do trabalhador, no que diz respeito às denúncias das condições insalubres de trabalho, as possibilidades de adoecimento, e conseqüente exploração do trabalhador.

Ainda, na sequencia do trecho acima citado, é colocada a necessidade de dimensionar e constatar a realidade das doenças mentais, para as quais seria necessário precisar os critérios de definição, com a finalidade de curar ou prevenir doenças. Por essa época havia acabado de ser publicado a *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* DSM III (1980), na qual foi reafirmada uma visão fisicalista dos transtornos mentais, com conseqüências decisivas para as concepções sobre o adoecimento psíquico e o tratamento, prevalecendo a visão biológica do adoecimento mental (Russo e Venâncio, 2006). A influência dessa visão médico-fisicalista é constatada pela afirmação de que a dimensão da ação em saúde mental se definiria, por seus objetivos, como sendo “essencialmente médica” (Ministério da Saúde, 1985, p.38).

Tanto a proposta tem um viés médico e psiquiátrico importante, que, neste mesmo documento anexo ao relatório da 1ª CNSM, o indivíduo que será alvo das intervenções não é denominado em nenhum momento como *usuário*. A denominação usuário figura apenas na primeira parte do relatório propriamente dito, demonstrando o campo de tensões, ambiguidades e transição.²⁰ A acepção de *usuário*, no contexto da política pública brasileira, estava relacionada ao exercício da cidadania e, foi legitimado a partir da 8ª CNS (1988).

Ao mesmo tempo, o indivíduo que seria alvo da “Proposta de política de saúde mental da nova república” é denominado de *doente mental* e *doente crônico* – além dos termos da classificação psiquiátrica que foram mencionados anteriormente.

Portanto, nessa primeira conferência, as noções relativas ao sofrimento estavam associadas às noções de saúde e doença em processo de reformulação no campo da Saúde Coletiva, associada à Reforma Sanitária, bem como ao questionamento da doença

²⁰ Mesmo considerando que o documento anexo da 1ª CNSM esteja datado de julho de 1985 ainda devemos considerar, em primeiro lugar, que a discussão da cidadania estava presente no movimento da Reforma Sanitária desde a década de 1970 e, em segundo lugar, que em algum nível e com algum objetivo, o documento foi incorporado como anexo do relatório da conferência e, portanto demarcava a disputa pela hegemonia das ações no campo de saúde mental.

mental tal como constituída pela psiquiatria clássica. O indivíduo a ser alvo da política de saúde aparece definido coletivamente em sua condição social, supondo-se que o adoecimento é produzido a partir das condições do mundo social como um todo, revelando a especificidade dessa noção de *social*.

Ou seja, a concepção do social aqui está remetida ao contexto político e econômico do capitalismo, sendo que as noções de *adoecimento/sofrimento* e as propostas de *cuidado* são pensadas e formuladas no contexto da Reforma Psiquiátrica, que na época estava politicamente associada ao movimento de oposição ao governo instituído.

Embora a crítica à noção de doença mental estivesse presente no relatório, ainda não emergira outro termo para nomear o *adoecimento* ou a pessoa em situação de *sofrimento* que se aproximasse da discussão que já estava em curso. A noção do sofrimento enquanto *doença mental* classificada pela psiquiatria também se fazia presente, tanto na nomeação do adoecimento quanto na proposta terapêutica, muito mais evidente no anexo do que no próprio relatório da 1ª CNSM.

2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992)

Nos documentos utilizados na 2ª CNSM (Ministério da Saúde, 1992) encontram-se o *Regimento Interno da II CNSM*; o relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental; a III Declaração de Caracas/OPS/OMS; o relatório final da Oficina da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) intitulado “Reforma Psiquiátrica – a questão das novas tecnologias de cuidado” (Porto Alegre/maio/1992); o texto “Elementos para uma Análise da Assistência em Saúde Mental” organizado pelo então coordenador e integrantes da área de saúde mental do Brasil; as Portarias da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde 189/91 e 224/92; o texto “Programa de Atenção em Saúde Mental” proposto pela Federação Brasileira de Hospitais; a declaração da Organização das Nações Unidas intitulado “A Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental”; dois artigos publicados na revista *Saúde e Debate*, intitulados “A Cidadania dos Doentes Mentais no Sistema de Saúde do Brasil e Reforma Psiquiátrica” e “Cidadania: o debate legislativo”; um texto de um pronunciamento realizado no Senado Federal intitulado “Saúde Mental e Cidadania” e um artigo publicado no *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* intitulado “Avaliação dos avanços recentes em legislação psiquiátrica no plano

internacional”. O relatório final da 2ª CNSM pode ser encontrado nos sítios do Ministério da Saúde constituindo um documento a parte daquele utilizado durante a conferência. (Ministério da Saúde, 1994).

Os documentos referenciados na 2ª CNSM, pela sua diversidade e principalmente pela expressão de opiniões e propostas radicalmente opostas, expressam todo o campo de tensões em torno da saúde mental daquela época. Em um contexto de intensa discussão e disputas políticas, o movimento pela Reforma Psiquiátrica se expandia e ganhava terreno. Segundo Desviat (1995):

Terminava a II Conferência Nacional de Saúde Mental. O debate final – no qual eram discutidas as emendas às conclusões apresentadas pelos delegados – havia começado às dez da manhã do dia anterior; permanecia ainda boa parte dos quinhentos delegados e dos observadores internacionais. O total de participantes – profissionais, políticos, associações de usuários e familiares de pacientes – vindos de todas as regiões deste imenso País, ultrapassava os 1.500. Aqueles momentos de júbilo colocam fim aos dias de encontro e inauguravam uma frutífera via de participação democrática para o futuro da atenção psiquiátrica brasileira e, quem sabe, da América Latina. (p.131).

A questão política, econômica e social continuou presente na 2ª CNSM e as especificidades do campo das práticas da saúde mental foram aprofundadas. Isso também se devia ao que ocorria no contexto nacional em relação às experiências de desinstitucionalização. Em 1987, foi criado na cidade de São Paulo o primeiro serviço de atenção psicossocial do país, o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira – mais conhecido como CAPS “Itapeva”. Nessa época, na cidade de Santos, já tinha início o processo de fechamento do hospital psiquiátrico e a abertura dos serviços territoriais e abertos de saúde mental; havia também a publicação de alguns dispositivos institucionais que permitiam o financiamento de serviços abertos; e a aprovação e tramitação de leis federais e estaduais a favor da reforma (Costa-Rosa, Luzio e Yasui, 2001; Amarante, 2008; Yasui, 2010).²¹

Esses avanços na construção de uma rede de serviços alternativos ao hospital psiquiátrico contribuíram para aprofundar a discussão da assistência que foi marcada

²¹ Portaria GM Nº 189/91 e Nº 224/92 que financiavam alguns dos procedimentos dos serviços abertos (Brasil, 1991; Brasil, 1992b).

pela mobilização política do modelo da desinstitucionalização de inspiração italiana e pelo início do financiamento e implantação de novos serviços substitutivos (Vasconcelos, 2010).

No relatório final da 2ª CNSM, o temário anuncia os principais temas debatidos: marcos conceituais, atenção à saúde mental e municipalização, direitos e legislação. Lembramos que essa conferência foi realizada após o Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, que ficou conhecido como *Encontro de Bauru*, considerado um marco no processo de consolidação da reforma psiquiátrica.²² O relatório foi anunciado como sendo:

O presente relatório reflete este momento de descobertas e consolida as propostas construídas ao longo de um processo vivido em cada recanto deste país, através da abertura de um amplo debate junto à população, da criação de novos serviços, da produção de conhecimento e de mudanças nas legislações nacional, estadual e municipal (Ministério da Saúde, 1994, p.5).

Na parte “marcos conceituais” são claramente anunciadas quais concepções de saúde e doença deverão embasar a proposta política de saúde mental, que compreendia *saúde e doença* de modo processual, fundamentada no direito e no exercício da cidadania. Essa noção, embora pautada num discurso que remete ao mundo social, fundamenta-se no direito individual, o que nos remete à noção de pessoa do mundo ocidental moderno, ou seja, do indivíduo pautado na individualidade, concebido pela cisão entre mente e corpo (Duarte, 2003). Talvez em reação ao individualismo próprio das sociedades modernas ocidentais, o uso do termo *saúde mental* nas práticas atuais seja tão recorrente, como uma tentativa de retomar a totalidade da experiência do indivíduo, reintegrando corpo e mente.

No relatório da 2ª CNSM emergem os termos *qualidade e modo de vida* como determinantes para compreensão do *processo saúde/doença mental*. Propunha-se romper com a concepção “compartimentalizada do sujeito com as dissociações mente/corpo, trabalho/prazer, tão frequentes na abordagem dos serviços de saúde” (Ministério da Saúde, 1994, p.6). Enfim, propunham construir:

²² Cf. a *Carta de Bauru*, em anexo No. 5.

(...) mudança no modo de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência-sofrimento, e não apenas a partir de seu diagnóstico; diversificação das referências conceituais e operacionais, indo além das fronteiras delimitadas pelas profissões clássicas em saúde mental; uma ética da autonomia e singularização que rompa com o conjunto de mecanismos institucionais e técnicos em saúde, que têm produzido, nos últimos séculos, subjetividades proscritas e prescritas (idem).

Pela primeira vez, aparece no relatório de uma CNSM, explicitamente o termo *existência-sofrimento* oriundo do processo da ação e reflexão da reforma psiquiátrica na Itália. A proposta de reconstrução do objeto *doença mental* aparece explicitada, tanto do ponto de vista teórico, quanto da proposição das práticas.

Assim, são propostos como locais ou modalidades de tratamento ou cuidado: *conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais; atenção integral em saúde mental; múltiplos âmbitos de intervenção (educativo, assistencial e de reabilitação); inserção da saúde mental nas ações gerais de saúde; processos emancipatórios e de gestão social; rede de atenção; unidades de saúde mental em hospital geral; emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral; unidades de atenção intensiva em saúde mental em regime de hospital-dia; centros de atenção psicossocial; serviços territoriais que funcionem 24 horas; pensões protegidas; lares abrigados; centros de convivência; cooperativas de trabalho; laboratórios de produção de vida e de saúde; projetos de trabalho, de lazer, culturais, associações de usuários e de familiares* (Ministério da Saúde, 1994).

Apontou-se como recurso de cuidado “*Recursos informais, família e comunidade*” propondo que deveria ser valorizada e incentivada a atenção informal em saúde mental desenvolvida por: *religiosos, grupos de auto-ajuda e organização de familiares e pais* (Ministério da Saúde, 1994).

Os locais *hospital psiquiátrico, asilo para idosos, instituições para menores, classes especiais e instituições penais* surgiram no texto como sendo necessários de revisão de suas finalidades que foram consideradas instituições com características manicomiais, e por isso deveriam passar ser *desinstitucionalizadas* (idem). Poderia se afirmar que essas instituições foram criticadas como tendo a função de controle e adestramento dos corpos por meio de instrumentos de disciplinarização na acepção apontada por Foucault (2011).

O indivíduo alvo da política pública foi nomeado como *portador de deficiência; portador de transtornos mentais, pessoa portadora de deficiência em geral ou com necessidades especiais*. Nesses exemplos, o indivíduo é portador da doença em si, que tanto pode ser alguém que porta a doença transitoriamente, ou pode ser alguém que seria confundido com a própria doença. Assim, embora nos documentos haja uma emergência crítica às acepções de doença que estigmatizam o indivíduo, há uma convivência entre categorias que ainda o coloca numa relação direta com a doença podendo ser passível de estigmatização em função dela.

De um lado, emergiu uma proposta crítica em relação à *doença mental* concebida pela psiquiatria clássica, e se propôs claramente a abordagem do indivíduo na sua condição de *existência-sofrimento*, que implicava na proposição basagliana, de colocar a doença entre parênteses (Rotelli, 1990). Amarante (1996) explicita que compreender o indivíduo a partir desse princípio seria nos ocupar do indivíduo e não de sua *doença mental* enquanto conceito psiquiátrico.

Por outro lado, o uso dos termos que identificam o sujeito à doença – como no caso do *portador de doença mental* – poderia deixá-lo mais sujeito às dinâmicas dos processos de estigmatização (Goffman, 1978).

O termo *doença mental* aparece quatro vezes no relatório final da 2ª CNSM nos seguintes contextos:

O processo saúde/*doença mental* deverá ser entendido a partir de uma perspectiva contextualizada, onde qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito, sendo de importância fundamental vincular o conceito de saúde ao exercício da cidadania, respeitando-se as diferenças e as diversidades (Ministério da Saúde, 1994, p.6, grifo nosso).

Desenvolver ações de vigilância em saúde, pelas unidades de saúde, com participação social (entidades comunitárias, de profissionais etc.), com o objetivo de compreender o processo saúde-*doença mental* e intervir sobre as condições geradoras de sofrimento, particularmente nas fábricas, escolas, creches, locais de trabalho ou outros locais determinados pela população organizada (Ministério da Saúde, 1994, p.18, grifo nosso).

É preciso estimular práticas de ensino, pesquisa e extensão que favoreçam novas atitudes dos futuros profissionais em relação à *doença mental* e que estimulem o desenvolvimento do potencial

dos indivíduos com sofrimento psíquico. Devem ser promovidas investigações epidemiológicas e sócio-antropológicas, com vistas a possibilitar modelos que respeitem as realidades locais (Ministério da Saúde, 1994, p.9, grifo nosso).

Realizar programas especiais junto às instituições penitenciárias, visando minorar o sofrimento psíquico dos encarcerados, dado que se observa o surgimento de uma crescente sintomatologia de *doença mental* após o terceiro ano de prisão (Ministério da Saúde, 1994, p.25, grifo nosso).

Nos dois primeiros trechos, o termo *doença mental* aparece no contexto de problematização do próprio termo, pois foi ressaltado como fazendo parte de um processo e não como uma entidade em si. Enquanto que nos dois trechos subsequentes o termo *doença mental*, embora utilizado de modo genérico, se refira mais diretamente ao indivíduo doente, mantendo as ambiguidades referidas anteriormente.

Diferente do relatório final da 1ª CNSM, na 2ª CNSM o termo *usuário* é amplamente utilizado principalmente no contexto da discussão dos direitos, da cidadania e dos assuntos que tratam do indivíduo fora do contexto tradicional de tratamento. Demonstra-se, assim, um deslocamento do lugar de *paciente* para outro tipo de relação que não seja tutelar.

Ao mesmo tempo em que foi ocorrendo a incorporação dos *usuários* e familiares ao processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, nas conferências, do ponto de vista dos trabalhadores da saúde, emergia uma reflexão teórica que propunha restituir ao *doente mental* o estatuto de cidadão. No modelo psiquiátrico clássico, o *louco* havia sido destituído da condição de cidadão por ser o sujeito da (des)razão (Foucault, 1999). No contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, os militantes incorporaram ao movimento social a luta pela restituição dos direitos e a instituição do *louco* como cidadão (Amarante, 1995b), que aparece de forma pungente no relatório da 2ª CNSM. Foi nesta conferência que se sugeriu a proposta de mudar o nome “Legislação *Psiquiátrica*” para “Legislação de *saúde mental*”.

Na discussão sobre os direitos trabalhistas e a saúde dos trabalhadores aparecem os seguintes termos: *sanidade física e mental; fadiga mental; tensão psíquica; alcoolista; drogaditos; portadores de transtornos mentais; sofrimento psíquico; doenças mentais; doença profissional* (Ministério da Saúde, 1994).

No capítulo específico sobre legislação e drogas emergiram os seguintes termos: *usuário; dependente de drogas; dependente de substâncias psicoativas; adoecimento psíquico (causado pelo uso das seguintes drogas: álcool, tabaco, tranquilizantes e outros)* (idem).

Foi apontado o problema da prescrição desnecessária de *medicamentos* que causam *dependência*, tais como *tranquilizantes, anorexígenos, antitussígenos e anticonvulsivantes*, e recomendou-se que houvesse restrições quanto à experimentação de *psicotrópicos* pelas instituições universitárias. Esse problema do uso abusivo de medicamentos, apontado como forma de (des)cuidado, emergiu como um paradoxo na sociedade contemporânea diante da reação inicial à “descoberta” dos primeiros psicotrópicos, que pareciam ser a solução de muitas situações de *sofrimento* no mundo contemporâneo (Russo e Venâncio 2006; Amarante e Torre, 2010).

Se, por um lado, na 2ª CNSM ficaram evidenciadas a discussão e a disposição para a mudança de concepção da *doença mental* e dos modos de cuidado, por outro, identifica-se a entrada das propostas de *saúde mental* nos diversos âmbitos da vida, numa evidente ênfase da saúde como dispositivo disciplinar: na questão da moradia daqueles que estavam morando em hospitais psiquiátricos; nas propostas de espaços de convivência e lazer; sugestão de mudanças de hábitos; e qualificação de novas situações ou questões (consumo de bebida alcoólica), antes fora da normatização da área da saúde, como problema de saúde mental.

Um dos exemplos mais claros dessa intenção normativa foi a recomendação de que nas embalagens das *bebidas alcoólicas* fosse registrada a seguinte frase: "O Ministério da Saúde adverte: *beber faz mal à saúde*", sugerindo mudança de hábito e qualificando como problema de *saúde mental* o ato de beber.

Não se está questionando que não seria necessário fazer uma mudança no cenário da assistência em saúde mental, pois foi a partir da 2ª CNSM, que essas propostas em conjunto com demais regulamentações do financiamento para hospitais psiquiátricos e outras ações que se tornou possível a mudança que se constata atualmente no cenário nacional. Em 1991 havia 85.000 leitos psiquiátricos no Brasil financiados pelo SUS, sendo que 82.549 estavam localizados em hospitais psiquiátricos (Alves, 1992); em 2002 havia 51.393 leitos psiquiátricos e em 2011 este número foi reduzido para 32.284 (Ministério da Saúde, 2012). Em relação à quantidade de serviços

comunitários de saúde mental do tipo aberto e comunitário em 1998 havia 148 deles, passando a 1742 CAPS espalhados pelo país em 2011(idem).

Antes criticamos a centralidade do hospital psiquiátrico no cuidado de pessoas em situação de sofrimento, principalmente, pelo seu claro papel de violação de direitos, e pela tutela que expropriava o sujeito da sua condição de cidadania. Justamente porque houve uma expressiva expansão da rede de serviços de saúde mental substitutivos ao modelo manicomial, que devemos nos empenhar na reflexão acerca de como eles estão se constituindo e seu papel na elaboração simbólica das formas de adoecimento e cuidado. A cronicidade destes “novos” dispositivos de saúde mental tem sido apresentada como uma questão do processo de reforma psiquiátrica, que do ponto de vista de Kinoshita (2009) tem ocorrido especialmente quando os serviços de atenção comunitária à saúde mental, do tipo CAPS, tornam-se apenas núcleos de assistência e apresentam um baixo envolvimento pelas demandas locais dos indivíduos acompanhados pelo serviço, bem como àquelas emergentes no território. Assim, ao se cronificar o serviço, também se cronificam os *pacientes*.

Retomando os documentos da 2ª CNSM, a análise acima foi realizada considerando apenas o relatório final. No entanto, em outros documentos disponibilizados para a realização da conferência, podemos encontrar o campo de tensões que, provavelmente, foi o pano de fundo de discussão da mesma. Embora esse clima de tensão tenha praticamente desaparecido dos documentos da 3ª e da 4ª CNSM, as disputas continuam presentes no cenário nacional. Passemos ao exame desses outros documentos.

Na Declaração de Caracas, sugere-se uma reorientação da assistência psiquiátrica para os contextos locais da atenção primária, embora se utilizem vários termos do campo psiquiátrico. Esta proposta estava alinhada à psiquiatria preventiva e ao modelo de reforma psiquiátrica americana. Como já foi apontado, no Brasil seguia-se até então um caminho diverso, o da reforma psiquiátrica baseada nos princípios da desinstitucionalização, como na experiência italiana de Trieste, embora a inclusão da saúde mental no contexto da atenção primária tenha se afastado desses princípios (Birman e Costa, 1994).

O documento da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO, 1992), intitulado "Reforma Psiquiátrica – a questão das novas tecnologias de cuidado" apresentou claramente a proposta de questionar algumas noções de sofrimento,

apontando que a noção de *existência-sofrimento* daria conta de explicar a condição de adoecimento de pessoas em situação de sofrimento.

No texto “Elementos para uma Análise da Assistência em Saúde Mental” organizado pelo então coordenador e integrantes da área de saúde mental do Brasil, constata-se o predomínio do termo *saúde mental*, tanto para designar o problema/adoecimento, quanto para designar os locais de tratamento e objeto de intervenção da política pública (Alves et al., 1992). Nos textos de Pitta e Dallari (1992), Rodrigues Filho (1991), Delgado (1992) e Vasconcelos (1990), que também integram o relatório da 2ª CNSM, se utiliza amplamente o termo *saúde mental*, e também o termo *doença mental*, não necessariamente com o mesmo sentido. O que se observa nesses textos é a preocupação emergente com a questão dos direitos e da cidadania da pessoa com *transtorno mental*. Nas Portarias da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde 189/91 e 224/92, também utiliza-se o termo *saúde mental*, sendo que na segunda portaria surge o termo *hospital dia*.

Na declaração da Organização das Nações Unidas intitulado “A Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental”, apesar de aparecer no título *enfermidade mental*, utiliza-se, ao longo do texto, o termo *saúde mental* e *estado psíquico, psicólogo clínico, psicocirurgia* (ONU, 1991).

Entre os documentos utilizados na 2ª CNSM, foi no documento da Federação Brasileira de Hospitais que emergiu mais claramente uma concepção ainda alinhada com a tradicional concepção de *doença mental* da psiquiatria clássica, sendo que nos outros documentos, além do novo termo *saúde mental*, o que emergiu foram termos relacionados ao campo da psicanálise.

No texto “Programa de Atenção em Saúde Mental”, proposto pela Federação Brasileira de Hospitais, define-se *doença mental* da seguinte forma:

O homem, entretanto, é um ser eminentemente social e, como uma das peculiaridades fundamentais da Doença Mental é a quebra ou perturbação, em níveis diversos, das pautas básicas de convivência e relacionamento, torna-se exigência decorrente, um enfoque multiprofissional na complementação terapêutica; eclosão da doença mental. (FBH, 1991, p.70)

Neste texto se utiliza outros termos do campo psiquiátrico: *desordens psíquicas; quadros psicóticos; paciente psicótico; quadros psiquiátricos*. Propõe que a intervenção

terapêutica seja centrada no médico psiquiatra: *intervenção terapêutica do psiquiatra; ato psiquiátrico; médico psiquiatra; hospital psiquiátrico terapêutico; intervenção do psiquiatra; atendimento psiquiátrico; hospital de psiquiatria* (FBH, 1991). Neste documento fica explicitada a posição deste ator no campo como totalmente diverso, e provavelmente, contrário à discussão e os encaminhamentos que foram dados à conferência. Apresenta a noção de sofrimento e propostas de cuidado exclusivamente dentro do campo psiquiátrico.

Assim, a Federação Brasileira de Hospitais, antes apontada como um dos integrantes do processo da Reforma Psiquiátrica, emergiu na 2ª CNSM com proposições que destoam do conjunto, ao mesmo tempo em que se opõem ao ideário alternativo que vinha sendo constituído. Amarante (1995b) aponta essa mudança de posição da FBH. Segundo o autor, a FBH teria, ao longo da década 1970, modificado sua posição no campo devido a seus interesses econômicos no modelo assistencial privado. Ou seja, com o SUS e com a Reforma Psiquiátrica, se iniciavam mudanças no financiamento, como por exemplo, o cumprimento de algumas exigências mínimas para hospitais psiquiátricos que afetariam a margem de lucro. Assim:

Em 1982, a FBH institui o seu departamento de psiquiatria, que lança um veículo de divulgação, *Psiquiatria em Revista* – que passa a cumprir o papel de defensores dos interesses da entidade no campo da assistência psiquiátrica, principalmente em resposta à co-gestão, que é a primeira política pública a ameaçar seus interesses e, posteriormente em relação às demais políticas públicas (...) (Amarante, 1995b, p.113).

No que se refere a outro ator do campo, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), esta mudou igualmente sua posição inicial favorável à reforma, permanecendo até os dias atuais em posição de enfrentamento e crítica ao modelo da Reforma Psiquiátrica Brasileira (idem). A crítica em relação à noção de doença mental e à proposta de substituição ao modelo manicomial começa a emergir com clareza. O exemplo disso é a constatação de que, no relatório final propriamente dito, desapareceu o discurso divergente da FBH (Ministério da Saúde, 1994).

A aparição, nos textos da 2ª CNSM, de termos psicanalíticos juntamente com a utilização do termo *saúde mental* e *doença mental* talvez esteja relacionada ao que Russo e Venâncio (2006) apontaram como uma convivência relativamente pacífica entre as vertentes antipsiquiátricas e psicanalíticas, certamente opostas à visão fisicalista

da psiquiatria clássica e da nova psiquiatria naquele período. O termo *sofrimento psíquico* apareceu algumas vezes no relatório, sendo que na maior parte delas foi para designar o estado de adoecimento, e em uma delas para nomear o indivíduo adoecido. Um *mal psíquico* também foi apontado como algo que pode acometer o indivíduo.

Ao longo do relatório final da 2ª CNSM a noção de *sofrimento e cuidado* aparecem relacionada ao modelo econômico, e utiliza-se claramente o termo *existência-sofrimento* como uma referência direta à compreensão italiana de desinstitucionalização como desconstrução do aparato psiquiátrico. O fato do discurso divergente não ter aparecido no relatório final, e ter sido mantido como um documento anexo, não quer dizer que o campo de tensões tenha se dissolvido; ao contrário, ele permanece presente até hoje, mais ou menos com os mesmo atores institucionais (Ministério da Saúde, 1992; Ministério da Saúde, 1992).

3ª e 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001 e 2010 respectivamente)

As 3ª e 4ª CNSM ocorreram no período no qual muitos dos defensores da Reforma Psiquiátrica estavam exercendo funções de gestão, seja na elaboração da política de saúde mental ou na sua execução. Como já foi apontado, foi nesse período que ocorreu a maior redução proporcional de leitos em hospital psiquiátrico, com a consequente abertura de serviços do tipo CAPS, bem como a execução de outros projetos ligados ao processo da reforma.

Constata-se, no relatório da 3ª CNSM, que o debate entre os que são a favor e os que são contra a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que animou as conferências anteriores, não foi expressivo nesta conferência. O cenário desta disputa, no entanto, manteve-se, mas se deslocou principalmente para as discussões acadêmicas, por meio do ensino e da pesquisa, e para os cenários municipais em que os gestores não fossem favoráveis à política de construção de serviços não hospitalares.

As 3ª e 4ª CNSM trazem relatórios finais estruturados de forma diferenciada, e em maior quantidade de páginas. Na 3ª CNSM foi publicado também um “Caderno de textos” com artigos de diferentes autores e um “Caderno informativo”. Na 4ª CNSM é possível acessar, no sítio do Ministério da Saúde, diversas notas sobre a conferência, textos de apoio e textos da tribuna livre.

As 3ª e 4ª CNSM coincidem com o período de institucionalização da reforma psiquiátrica brasileira, apontando avanços e limites daquele ideário, agora tornado prática. O movimento da Reforma Psiquiátrica instituiu-se nesse período, entre essas duas últimas conferências, inclusive dentro do Estado, sendo que os militantes tornaram-se gestores em saúde mental. A inversão no financiamento dos serviços de saúde mental, com a ampliação do financiamento dos serviços abertos e a consequente diminuição de recursos para leitos psiquiátricos, é um dos indicativos do avanço desse processo.

O clima de embate entre trabalhadores da saúde e Governo foi atenuado, ou ao menos não se trata mais daquele embate inicial. As 3ª e 4ª CNSM transcorreram num período em que a Coordenação de Saúde Mental do Brasil era quem coordenava o processo da Reforma Psiquiátrica. Ou seja, a *oposição* ao Governo, se tornou *situação*.

Nas 3ª e 4ª CNSM, por meio dos relatórios finais e outros documentos, de fato, não se constata tão abertamente o clima de embate que antes havia. Isso, não quer dizer, que as tensões deixaram de existir e que não haja, ainda, uma luta pela hegemonia da concepção e das formas de cuidado das pessoas em situação de sofrimento.

No entanto, ao menos nos documentos do Ministério da Saúde, a direção passa a ser quase única, no sentido da Reforma Psiquiátrica que se desenhou no cenário brasileiro. Anteriormente, principalmente, no relatório da 2ª CNSM, ainda se encontravam documentos que expressavam opiniões próximas à psiquiatria clássica, não alinhados com essa proposta de reforma psiquiátrica.

Essa polaridade não aparece nas 3ª e 4ª CNSM. As tensões externas ao movimento da Reforma Psiquiátrica se mantêm; enquanto que as tensões internas não dizem respeito, necessariamente, à disputa pela hegemonia da definição e denominação do *sofrimento*. Elas são de outra ordem: as novas dissensões dizem respeito às especificidades de dentro do campo da reforma psiquiátrica, envolvendo atores que foram se subdividindo dentro do próprio movimento (Vasconcelos, 2010; Pitta, 2011).

No contexto da 3ª CNSM, foi lançado o primeiro manual sobre CAPS. O sumário do relatório da 3ª CNSM é bastante abrangente e ilustra a ampliação da discussão e o fortalecimento do movimento da Reforma Psiquiátrica e das políticas públicas de saúde mental (Ministério da Saúde, 2002b):

Resumo do Sumário

- | |
|--|
| I. Reorientação do modelo assistencial em saúde mental |
| II. Recursos humanos |
| III. Financiamento |
| IV. Acessibilidade |
| V. Direitos e cidadania |
| VI. Controle social |

No relatório da 3ª CNSM, aparece pela primeira vez de forma explícita, uma discussão inicial sobre as “ações de saúde mental na Atenção Básica”. Isso se deveu porque àquela altura, em todo país, despontavam várias experiências de trabalho de saúde mental junto ao Programa de Saúde da Família (Lancetti, 2001).

A princípio, no texto do relatório sobre as ações na “Atenção Básica”, justificase sua importância pela possibilidade de que nela se dê resolutividade de cerca de 80% das necessidades de saúde da população, incluindo as questões de saúde mental, identificando-se alguma proximidade ao discurso preventivista. Outro argumento utilizado no relatório para justificar a inserção da saúde mental na Atenção Básica é a recomendação mundial da Organização Mundial de Saúde (OMS) pela ampliação dessas ações.

Em relação às situações de *sufrimento*, observa-se por vezes, no relatório da 3ª CNSM, um discurso que se aproxima do discurso psicopatológico. Ou seja, orienta-se que na Atenção Básica devem ser priorizadas as ações de cuidados primários de saúde mental, para “... os quadros clínicos e subclínicos de depressão, ansiedade e suas relações de comorbidade” (Ministério da Saúde, 2002b, p.49). Isso é congruente com aquela preocupação, expressa por alguns autores e profissionais do campo da saúde mental, em relação às propostas da psiquiatria preventiva e comunitária para a Atenção Primária.

Constata-se assim um discurso ambíguo para a Atenção Básica, pois, no mesmo relatório da III CNSM, por um lado, se propõe o exposto acima e, por outro, em relação ao PSF surge outra proposta: a incorporação da saúde mental articulada à Equipe de Saúde da Família e comunidade. É um discurso que não se apoia, pelo menos não nos mesmos termos, na psicopatologia:

Garantir a incorporação das ações de saúde mental no Programa de Saúde da Família, mediante oferta de ações mais locais por parte dos profissionais de Saúde da Família, tais como: visita domiciliar, potencialização de recursos comunitários,

atendimentos em grupo e individuais, em articulação com os profissionais de saúde mental (Ministério da Saúde, 2002b, p.50).

É sugerida a criação de equipes volantes de saúde:

Criar equipes volantes de saúde mental, capacitadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica, que funcionem como referência às equipes do PSF e das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com a necessidade epidemiológica de cada localidade ou para cada grupo de cinco equipes (idem).

A partir do incremento e ampliação da Saúde da Família, intensifica-se a discussão acerca das ações de saúde na atenção primária. Constata-se que o discurso sobre as intervenções oscila entre uma proposta preventivista e algo que se aproxime dos Princípios da Reforma Psiquiátrica. A proposta preventivista foi alvo de críticas desse movimento, principalmente pelo risco do controle social *capilar* e pela possibilidade de uma disseminação das formas de cuidado e explicações do sofrimento na perspectiva exclusiva da psiquiatria.

A ambiguidade desse discurso em relação às propostas de saúde mental para a Atenção Básica talvez apontasse para as dificuldades de diálogo entre as diferentes experiências que ocorriam no país (Lancetti, 2001; Campos e Domitti, 2007). Nessas propostas de saúde mental na Atenção Básica ainda há que se refletir que noção de *sujeito*, *sofrimento* e *cuidado* estão implícitos naquelas propostas, pois havia uma disputa de campos concorrentes, do ponto de vista científico (Bourdieu, 2004), pois ainda não havia clareza política de qual modelo seria adotado nas políticas públicas de saúde mental.

Esse processo se intensificava na medida em que avançava a implantação de equipes de Saúde da Família pelo país. Posteriormente, seria o modelo de apoio matricial, e não das equipes volantes, que viria a ser adotado como proposta da Política Nacional de Saúde Mental para a Atenção Básica (Brasil, 2008). Tal modelo foi elaborado em Campinas, a partir da experiência prática, quanto da produção no campo acadêmico, especialmente na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), sendo apropriado nas políticas públicas de saúde em conjunto com as propostas do HumanizaSUS (Ministério da Saúde, 2004a).

A 3ª CNSM (2010) foi marcada pela expansão e consolidação da rede de atenção psicossocial e ampliação inicial da agenda política para novos problemas a serem enfrentados no campo da saúde mental. Neste sentido, a 4ª CNSM foi uma conferência intersetorial, que ampliou o debate para além do campo da saúde, e apresentou o seguinte temário (Vasconcelos, 2010):

Eixo I Políticas Sociais e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais
 Eixo II Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais
 Eixo III Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial

Como já foi apontado, a 4ª CNSM também foi marcada pela mobilização dos usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental para que ela ocorresse. Na Reforma Psiquiátrica continua a ser bastante expressiva a participação de usuários e familiares neste movimento social (Vasconcelos, 2010). A existência de diversas associações de usuários e familiares de serviços de saúde mental no país ²³, bem como o funcionamento de empreendimentos de economia solidária para usuários dos serviços de saúde mental ²⁴, demonstra a expressiva participação dos usuários e familiares nesse movimento social para além dos trabalhadores e gestores governamentais.

Novamente, esse aspecto da multiplicidade, por si só, fala da complexidade e das tensões, que envolvem diferentes atores, em diferentes cenários e que dizem respeito ao embate pela hegemonia da denominação do *sofrimento*.

No relatório das 3ª e 4ª CNSM, o termo predominante para se referir ao sofrimento são: *sofrimento*, *sofrimento psíquico* e *sofrimento mental*.

A denominação proposta na 4ª CNSM remete à noção da “pessoa *em* sofrimento” a qual poderia ser compreendida também como “pessoa *em [estado]* de sofrimento”, remetendo a algo dinâmico. Não se utiliza, por exemplo, “pessoa *portadora* de sofrimento”, ou seja, como se a pessoa portasse “algo” quase que estranho

²³ A primeira associação de familiares que se tem registro no Brasil foi fundada no final da década de 1970 e chamava-se “Sociedade de Serviços Gerais para a Integração pelo Trabalho” (SONSITRA) (Almeida, Dimenstein e Severo, 2010). Vasconcelos (2009) na sua pesquisa sobre “Perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil, seus desafios e propostas” conseguiu incluir 107 dispositivos associativos em todo país que se apresentaram como associações de usuários e familiares.

²⁴ Da parceria entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Nacional de Economia Solidária, e Ministério do Trabalho e Emprego, surgiu a política de incentivo técnico e financeiro para as iniciativas de inclusão social pelo trabalho. No período de 2005 a 2010 registraram-se 640 empreendimentos relativos às iniciativas de geração de trabalho e renda para pessoas vinculadas a tratamentos em serviços de saúde mental (Ministério da Saúde, 2012).

a ela; como se ela não estivesse vivendo algo. Essa última proposição, que esteve bastante presente nos relatórios anteriores a esta conferência, se aproxima de uma concepção ontológica da doença.

No ocidente sempre conviveram duas grandes representações acerca da noção de doença: o modelo relacional e o modelo ontológico, sendo que esse último seria a representação hegemônica em nossa sociedade atual (Laplantine, 2004), que no caso dos *transtornos mentais*, a psiquiatria biológica seria sua expressão mais próxima, embora não seja exclusiva. O modelo ontológico teria se formado gradativamente a partir de uma das correntes da medicina hipocrática, baseado numa concepção da doença como algo estranho ao indivíduo, que causaria a doença. Essa aceção se desenvolveu com mais força a partir do dualismo cartesiano, que separou a alma do corpo, com as explorações da anatomia patológica e as descobertas da microbiologia com Pasteur, que permitiram confirmar a existência do “intruso” no corpo biológico, que causava a doença (idem).

No modelo ontológico é possível identificar o desenvolvimento de três abordagens: a medicina das espécies (classificatória), a medicina das lesões (anátomo-patológica) e a medicina das especificidades (bacteriologia) (Laplantine, 2004). Nas três abordagens o que fica em evidência, ou mesmo fixada no indivíduo, é a doença, porém como algo estranho, que deve ser extirpado ou eliminado de alguma maneira. As terapêuticas surgem dessa lógica.

É nesse sentido que a denominação “pessoa portadora de sofrimento”, amplamente utilizada na 3ª CNSM, remete à ideia de “algo” – a doença – fixado no sujeito; quase um estigma (Goffman, 1978). Alguém que porta algo pode ser interpretado também como alguém que carrega aquilo para sempre, ao menos, por um tempo prolongado, como se a doença tivesse uma existência autônoma, mas ao mesmo tempo estranho ao indivíduo, que novamente se aproxima à aceção ontológica da doença (Laplantine, 2004).

Assim, é significativa a proposta de mudança para a “pessoa em sofrimento psíquico”.

Essa sugestão de transitoriedade nos remete à Saraceno (2001) que propõe que o processo de reabilitação psicossocial de usuários de serviços de saúde mental ocorra no

deslocamento da identidade de *louco* para a identidade de “cidadão”. Ou seja, ele sugere mobilidade; possibilidade de troca de “identidades”.

Com proposição do termo “pessoa em sofrimento psíquico”, desloca-se a discussão para a possibilidade do próprio agente do cuidado, instituído como profissional de saúde mental – seja o especialista, pesquisador, cidadão em geral – ser essa pessoa em sofrimento. Ou seja, não é um discurso exclusivamente sobre o *outro*; ele abre a possibilidade de implicar o próprio agente discursivo “do” sofrimento “no” sofrimento.²⁵

A proposição dessa designação deveria introduzir uma discussão acerca das categorias utilizadas e legitimadas pela sociedade em geral e pelos sistemas públicos de saúde mental, em particular, para designar o sofrimento. Já foi mencionado, por exemplo, que o sistema de informação dos serviços de saúde mental no Brasil ainda se utiliza, exclusivamente, das categorias da CID (Classificação Internacional de Doença).

Na 4ª CNSM, supõe-se que a denominação “pessoa em sofrimento psíquico” foi aprovada com a participação de pessoas que sofrem ou que utilizam os serviços de *saúde mental*. Constata-se, então, a incorporação, em algum nível, de uma formulação do campo psicológico – e não apenas psiquiátrico – para qualificar o seu *sofrimento*, de forma que parece recuperar a proposição inicial basagliana de um sujeito em situação de *existência-sofrimento* em relação a um corpo social.

Duarte (1994) já alertava para a necessária reflexão acerca de certas categorias que sustentam o senso comum, inclusive academicamente. É preciso (re)lembrar que as categorias são construções sociais. No seu trabalho etnográfico com trabalhadores de classes populares, Duarte identificou a emergência da “categoria dos nervos”. E, a partir da análise dessa forma de representação, faz uma discussão sobre a noção de uma perturbação *físico-moral* subjacente à categoria dos nervos. Conclui que essa noção desafia a concepção moderna de pessoa do mundo ocidental que se cindiu em corpo e mente (Duarte, 1986; Mauss, 2003 [1938]).

Esta perspectiva analítica de Duarte é uma contribuição importante para a reflexão sobre os modos de significação do sofrimento sem a pretensão de universalizá-

²⁵ Barbieri (2014), ao discutir a implicação do pesquisador ou do profissional em sua prática, seja de pesquisa ou clínica, propõe uma redefinição à chamada clínica ou psicanálise “ampliada” para psicanálise “implicada”, ao entender que estes atores se encontram implicados na relação com o outro. O cuidado, assim como a situação de pesquisa, é considerado a partir de seu aspecto relacional.

lo. Ao contrário, o autor reafirma a perspectiva de que dentro de uma mesma sociedade – seja nas sociedades tribais ou nas modernas – não é possível descrevê-las linearmente ou partir de uma única categoria. Em todas elas encontram-se “combinações e tensões entre sua estrutura hierárquica fundamental e a presença de disposições individualizantes” (Duarte, 2003, p.175).

O termo “pessoa em sofrimento psíquico”, em si, destaca o “etéreo” e não remete ao corpo biológico. Dessa maneira, parece guardar maior relação com a psicologia em sua vertente psicanalítica do que com a visão fisicalista, biologizante da psiquiatria (Russo e Venâncio, 2006). Estaria esta última perdendo terreno na busca pela hegemonia da significação do sofrimento? E porque, na nossa sociedade, estaria um termo mais próximo da psicologia ganhando terreno, quando no plano da DSM acentua-se a concepção fisicalista?

No entanto, a análise do termo em si não é suficiente para compreendê-lo. Precisaríamos retomar a discussão exposta e acumulada pelos atores da Reforma Psiquiátrica, que consideravam o *sujeito em sofrimento e em relação com seu mundo social*; ou seja, a noção de *existência-sofrimento*. E, para uma análise mais aprofundada, tratar-se-ia de extrapolar a análise dos relatórios das CNSM e dirigir o olhar para as percepções e vivências dos sujeitos envolvidos nesses processos.

Assim, a perspectiva aqui apresentada, das “noções de sofrimento e cuidado nas conferências nacionais de saúde mental”, serviu ao exercício de um modo de compreensão da construção das noções de *sofrimento e cuidado*. Analisar a construção dos modos de nomear a pessoa em *situação de sofrimento*, por meio das CNSM, foi uma maneira de se aproximar, em parte, daquilo que foi encontrado como material empírico nesta pesquisa.

Além disso, foi possível explicitar um modo de compreender as práticas dos profissionais, gestores, militantes, das pessoas em sofrimento/usuários dos serviços de saúde mental, em torno das formas de nomeação do *sofrimento*. Essas *práticas* estão implicadas em algum referencial teórico, visão de mundo, modos de viver e conceber as coisas. Os relatórios das CNSM, como base das políticas públicas, trazem condensadas as concepções, e proposições de ações dos diferentes atores, em diferentes momentos históricos.

Nesse sentido, a proposição aprovada na 4ª CNSM, do termo “pessoa em sofrimento psíquico” está muito mais próxima de abrir o campo de significações que pretendemos investigar do que fechá-la em patologias ou termos estigmatizantes. Entretanto, pode-se observar que, embora a Reforma Psiquiátrica tenha avançado no país, o debate e a luta pela hegemonia dos modos de legitimar o sofrimento e o cuidado se mantém.

Por ocasião da mudança da Coordenação Nacional de Saúde Mental no Brasil, em janeiro de 2011, o então presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) encaminhou ao Ministro da Saúde uma carta cujo conteúdo reitera a posição crítica desta associação em relação à Reforma Psiquiátrica, antes mencionada:

Carta aberta ao Ministro da Saúde. QUI, 27 DE JANEIRO DE 2011. Caro Sr. Ministro da Saúde Alexandre Padilha, A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) recebeu com satisfação a nomeação de Vossa Excelência para o cargo de Ministro de Estado da Saúde. Não só pelo seu passado médico sanitário como também pela defesa da Medicina como um todo e com o início das recentes mudanças em órgãos fundamentais como a FUNASA e a ANVISA, que contam com nosso integral apoio. Acreditamos inclusive que esta atitude de mudança deva atingir a Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Essa medida se concretizada, pode dar início à recuperação do sistema de assistência em saúde mental no Brasil. Para seu conhecimento, há cerca de 20 anos a estrutura de atendimento em saúde mental vem sendo sistematicamente desmontada no país por grupos de interesses diversos. Nos últimos dez anos o número de leitos psiquiátricos privados mais que duplicou, e o número de leitos públicos diminuiu de 120 mil para 36 mil; e isso ocorre ao mesmo tempo em que assistimos à escalada do crack, à judicialização da saúde e ao aumento de moradores de rua com transtorno psiquiátrico. Outro dado assustador é o crescimento da população carcerária com doença mental, cerca de 12%, sendo em números absolutos próximo de cerca de 60 mil desassistidos no sistema prisional, muitos que são doentes que cometeram pequenos delitos por ser moradores de rua, serem explorados por traficantes etc. Estamos transformando as prisões em novos manicômios. Fora isso, temos a crescente necessidade de ferramentas terapêuticas para o tratamento dos portadores de transtornos alimentares, transtornos bipolares, transtornos de déficit de atenção e hiperatividade, transtornos de ansiedade, transtornos

depressivos, dependentes químicos e outros que não têm alternativa real de tratamento na rede pública. Existe hoje um quadro grave de desassistência na área de saúde mental no Brasil. Saímos de um modelo Hospitalocêntrico falido e entramos em um modelo Capscêntrico sem eficiência provada. Este cenário, em grande parte, foi construído a partir do afastamento dos psiquiatras do planejamento das políticas públicas, de planejamento e de atendimento. Não temos nada na área de promoção da saúde, prevenção da doença e assistência escalonada 1^a, 2^a, 3^a implantado de forma resolutiva. Defendemos um modelo em rede que seja efetivo, com comprovada eficácia, eficiência e efetividade. Veja as Diretrizes aprovadas em resolução pelo CFM em Julho de 2010. A Associação Brasileira de Psiquiatria há tempos tem alertado para a condução equivocada da saúde mental no país e sempre foi ignorada pela Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Confiamos na capacidade e na disposição do Ministério da Saúde em reverter esse quadro alarmante. Desde já nos colocamos à disposição para auxiliar nessa tarefa tão árdua como necessária, desde a análise conjunta da equipe ideal, a indicação daqueles que atenderiam ao interesse público, sem conflitos de interesse, com a participação do CFM/AMB/FENAM. A ABP e os Psiquiatras Brasileiros estão à disposição de Vossa Excelência para contribuir neste trabalho conjunto, de forma voluntária. Desde já, Com meus sinceros agradecimentos, Antônio Geraldo da Silva Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria (Silva, 2011).

Apesar da carta do presidente da ABP, o psiquiatra indicado como novo coordenador de saúde mental, Roberto Tykanori Kinoshita (gestão 2011-2014), tem uma história de comprometimento com o ideário da Reforma Psiquiátrica, tendo participado ativamente do processo de fechamento do hospital psiquiátrico em Santos e também da abertura dos primeiros serviços territoriais nesse mesmo município.

Torna-se importante ressaltar, assim, que a proposta de desinstitucionalização continua a ser adotada nas políticas públicas em saúde mental no Brasil e sua defesa pelos atores do campo da saúde mental tem tido significativa expressão política, principalmente após a expansão dos serviços abertos, ao menos, a partir da 3^a CNSM.

A noção de desinstitucionalização foi utilizada pela primeira vez nos Estados Unidos da América (EUA) para designar o conjunto de medidas de desospitalização dos pacientes psiquiátricos e reinserção na comunidade. Nos EUA, esse projeto nasceu

dentro da psiquiatria preventiva e comunitária, criticando o modelo centrado no hospital, mas sem questionar o paradigma psiquiátrico de apreensão do *sofrimento* (Amarante, 1996; Barros, 1990).

Na análise de Amarante (1996) haveria três acepções de desinstitucionalização: a primeira delas seria a desinstitucionalização como desospitalização, a segunda como desassistência e a terceira como desconstrução.

A desinstitucionalização como desospitalização seria o estabelecimento de medidas de desinternação, como realizado nos EUA sem, no entanto desmontar o hospital psiquiátrico. Este último continua a fazer parte do sistema de cuidados, sendo alvo apenas de medidas racionalizadoras e de humanização. Este modelo, no qual se propunha um grande investimento na atenção psiquiátrica preventiva e comunitária, foi alvo de intensas críticas por intensificar uma patologização e normalização das condições sociais por meio de estratégias cada vez mais capilares. Acabou por fornecer “novas tecnologias e referências para a inscrição do sofrimento psíquico e do mal-estar-social no rol das patologias” (Amarante, 1996, p.19).

Amarante (1996) identificou outra tendência nomeada de “desinstitucionalização como desassistência” na qual se alinham aqueles contrários ao processo da Reforma Psiquiátrica, que opinam que na desinstitucionalização os pacientes, ao saírem dos hospitais psiquiátricos, não teriam onde continuar seu tratamento e seguiriam em abandono total.

Por último, a "desinstitucionalização como desconstrução" é a proposta na qual se inspirou a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Nesta vertente, o objetivo seria a desconstrução do saber psiquiátrico como instrumento de controle social, caracterizada por uma crítica epistemológica ao saber médico psiquiátrico (Amarante, 1996). Assim, neste processo, o objetivo é o enfrentamento do manicômio, real e imaginário, buscando criar condições efetivas para sua desmontagem e para a criação de novos dispositivos de cuidado (Barros, 1990). O novo dispositivo – provisoriamente denominado por Basaglia de dispositivo da desinstitucionalização – tem como objetivo romper com os paradigmas que fundaram a psiquiatria clássica (Amarante, 1994) e a nova psiquiatria preventiva e comunitária (Birman e Costa, 1994).

Nos novos dispositivos, a relação proposta entre *cuidadores* – ou operadores de saúde, como se nomeou no processo italiano – e *usuários* deve se dar com base numa relação contratual e não mais numa relação de tutela e custódia (Barros, 1990).

CAPÍTULO 2

QUESTÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS: ESTUDOS DE CASO

Dado o problema e o objeto desta pesquisa, a abordagem metodológica utilizada foi a qualitativa. Escolheu-se o método do *estudo de caso* na concepção das ciências sociais (Becker, 1997) como referencial para esta investigação.

Logo no início do trabalho de campo, percebeu-se, a partir da escuta dos *casos* escolhidos pelas equipes de Saúde da Família, que os interlocutores dessa pesquisa tinham uma ideia de *caso* distinta daquela que caracteriza a abordagem das ciências sociais. Desse modo, optamos por iniciar a discussão metodológica pela diferenciação entre o estudo de caso nas ciências sociais e o estudo de caso no campo da saúde.

Ao iniciar o trabalho de campo foi apresentada aos profissionais da UBS a proposta da pesquisa e a metodologia que seria utilizada: *estudo de caso*. As equipes de Saúde da Família, por sua vez, compreenderam que se tratava de *discussão de caso*, instrumento utilizado no dia a dia de seu trabalho. Portanto, algo que lhes era familiar. A estratégia de *discussão de caso* também havia sido utilizada pelos profissionais da antiga equipe de saúde mental no trabalho conjunto com as equipes de Saúde da Família. Atualmente o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) também realiza *discussão de caso* com as equipes, indicando o quão frequente e habitual é tal estratégia no campo da saúde.

Dessa maneira, a partir do início do trabalho de campo percebeu-se que se iria lidar com diversas formas de uso daquilo que se estava nomeando *caso*. Essas diferentes formas de conceber o *caso* apontavam as diferentes perspectivas de olhar para o sujeito e de conceber a doença com consequências decisivas para as propostas terapêuticas. No cenário da UBS, havia então diferentes perspectivas: estudo de caso; discussão de caso clínico; discussão de caso em saúde mental e discussão de caso com a equipe multiprofissional que envolve os diferentes profissionais do NASF (tais como fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo e assistente social).

Sendo assim, tornou-se relevante para esta tese situar a perspectiva do estudo de *caso* do ponto de vista da saúde e da ciência sociais. A relevância dessa discussão, além de situar a metodologia escolhida nesta pesquisa e apontar a discussão dos resultados, está em evidenciar, desde o início do trabalho de campo, e por um caminho

imprevisto, a questão sobre o modo de olhar o *sofrimento* e suas formas de *adoecimento* nestas diferentes abordagens. Sendo assim, será discutida a perspectiva do estudo de caso clínico no campo da saúde, em particular na estratégia Saúde da Família, para posteriormente apresentar a perspectiva de estudo de caso utilizada nesta pesquisa.

A complexidade e o campo de divergências existentes em torno da *discussão de caso em saúde mental* não é um assunto novo.²⁶ Nesta investigação, embora se tenha solicitado aos profissionais que relatassem um *caso de saúde mental*, o que se colocou em questão não foi o método de estudo de caso em saúde mental, mas sim o que os profissionais levaram em consideração ao nomear uma ou outra *situação-problema de saúde mental*, que pudesse revelar as aceções acerca do *sofrimento* e do *cuidado*.

O estudo de caso no campo da saúde

A escolha da metodologia utilizada nesta pesquisa deu-se, em parte, a partir da reflexão sobre um dos instrumentos de trabalho da equipe de Saúde da Família: a *discussão de caso*.

Capozzolo (2003), a respeito do trabalho do médico em unidades do PSF do *Qualis*, constatou que os profissionais referiam de forma positiva tanto o trabalho em equipe, quanto a realização das reuniões para *discussão de caso*. A autora relata que esse era um espaço no qual acontecia uma articulação e integração entre os saberes e práticas dos profissionais. Além disso, também constatou, por meio dos relatos dos profissionais, quais seriam suas atribuições:

Em resumo, pelos depoimentos recolhidos, observamos que os profissionais concebiam que os agentes comunitários, de nível cultural e condições de vida semelhantes à população, seriam os mais aptos a ver e trazer “a realidade” do paciente; seriam os “olhos” e os “ouvidos” da equipe. Já ao enfermeiro caberia uma abordagem integral do paciente, considerando, em suas orientações, os aspectos sociais e emocionais. E o médico, em razão de sua falta de tempo, direcionaria o seu olhar e sua escuta ao problema específico, à queixa do paciente. Na reunião de

²⁶ Ver: Viganò, Carlo. A construção do caso clínico em saúde mental. **Revista Curinga**, Minas Gerais. 13: 39-48, set/1999. / Melgaço, Paula. A clínica na saúde mental: o caso clínico e a construção de redes. **CliniCAPS**, v. 4, n.11, 2010./ Figueiredo, Ana Cristina. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. **Rev. Lantinoam. Psicopat. Fund.** VII. I, 75-86. Mar/2004.

equipe seria feita a “síntese” dos diversos “olhares” e “escutas” dos casos levados para discussão. Chama a atenção que os outros profissionais tenham atribuído ao médico o papel tradicional do atendimento da queixa do paciente, não referindo como atribuição dele considerar aspectos subjetivos e sociais, realizar uma abordagem mais ampla dos casos, talvez porque, na operacionalização do trabalho, como veremos, fosse a maneira como realmente ocorria; ou seja, com a predominância do atendimento voltado para as queixas expressas (Capozzolo, 2003, p.215).

Ainda segundo essa autora, durante o acompanhamento das reuniões de equipe, constatava-se que na maior parte das vezes eram os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que agregavam *outros problemas* ou *questões de saúde* para a discussão do caso. Esses outros problemas diziam respeito a situações sociais, famílias em situações difíceis, sendo que esses problemas eram compreendidos pelo médico como fora da área de atuação da saúde, pois o trabalho do médico ficava mais direcionado às queixas expressas (Capozzolo, 2003).

Aquilo que Capozzolo (2003) refere como *integração* da equipe aponta para um dos modos de estabelecimento das relações de trabalho dos profissionais na equipe, que no caso situado de dava a partir dos diferentes saberes *naturalmente* atribuídos.

A reunião de equipe com as discussões de caso é um momento primordial de observação desses modos de relação entre os diferentes saberes: do ACS, do campo da enfermagem e da medicina. Mas, será preciso desvendar um pouco mais alguns dos aspectos dessa *naturalidade* de atribuição de saber e tarefa que transparecem, principalmente, nessas reuniões.

No caso do ACS, o principal critério de inserção nas equipes de saúde da família é sua identidade com a comunidade que ele irá acompanhar. De modo geral não se exige nenhuma qualificação específica ou experiência anterior no campo da saúde. No entanto os desdobramentos da entrada dos ACS na equipe de Saúde da Família são diversos (Silva e Dalmaso, 2002; Scott, 2005).

Em estudo realizado com ACS em regiões do município de São Paulo, Santo André e Diadema (Cohn et al, 2005), identificou-se a expectativa de profissionalização no campo da saúde por parte desses profissionais. Scott (2005) também identificou dilemas na formação técnica dos ACS ou na manutenção da identidade com a

comunidade. O autor argumenta que o fato da comunidade não poder mais indicar o ACS, como era na época do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), mudando no PSF para realização de processo seletivo técnico, seguido de capacitações, aponta para um importante deslocamento:

(...) muda-se a esfera de poder de onde operam os moradores das comunidades na representação dos seus interesses na busca da satisfação das suas demandas de saúde (p.78).

Ou seja, vai se tornando cada vez mais indefinido o grau de importância do saber do ACS, advindo da comunidade, seu laço social de pertencimento e potencial como interlocutor cultural.

Ainda no trabalho de Cohn et al. (2005), identificou-se que os ACS que não tinham sido liderança comunitária eram justamente aqueles que se subordinavam aos profissionais médicos e enfermeiros durante as reuniões de equipe, apontando mais uma vez os dilemas da relação entre o saber popular e o saber do campo biomédico. Neste caminho reflexivo, os autores ainda identificaram dilemas que permeavam a fronteira entre a esfera pública e privada da vida social nas situações vivenciadas pelos ACS, ao estabelecerem uma relação mais direta com as famílias por meio das visitas domiciliares a partir de um lugar ambíguo de pertencer à comunidade e de ser ao mesmo tempo membro da equipe da saúde.

Esse dilema entre o público e o privado, mais uma vez, também aponta para as questões da relação entre o saber popular e o saber advindo do campo biomédico.

Algumas dessas contradições e ambiguidades, no que diz respeito ao lugar do ACS na composição da equipe de saúde e, portanto, na discussão do *caso*, também foram observadas quando da atuação no antigo *PSF-Qualis*. Numa das situações discutiu-se o caso de uma mulher que havia solicitado atendimento porque estaria deprimida; a ACS que cuidava desta mulher era sua ex-cunhada, e ao chegarmos na casa dela, a mesma solicitou que a ACS não participasse da visita, explicando depois que não queria que ela soubesse que era portadora de HIV. Por outro lado, a ACS era uma das poucas pessoas que a mulher permitia que entrasse em sua casa, abrindo as “portas” para a equipe de saúde mental. Sendo assim, os limites entre a vida privada e atuação pública do ACS em geral se guiava por caminhos imprevisíveis, tendo que serem analisados passo a passo.

Aqui se abre mais questão: na Saúde da Família se elege o núcleo familiar como a base de intervenção em saúde. Como aponta Sarti (2010), no PSF a proposta de intervir na saúde a partir do núcleo familiar se coloca no cruzamento de uma proposta biomédica, centrada no corpo e na atenção individual e, além disso, opera os cuidados a partir de um modelo idealizado de família nem sempre coincidente com a realidade vivida. Assim, quando se trata de um paciente que além de morar na comunidade tem algum laço de parentesco com o ACS como ficam as questões do segredo, da mentira e da verdade?

No trabalho conjunto com os ACS observava-se que o deslocamento do lugar de *cidadão-comum* para o lugar de profissional da saúde, na maioria das vezes se dava por meio de uma capacitação em serviço; ou seja, se aprendia seu novo ofício na medida em que se trabalhava, inclusive em relação às questões da saúde mental. Os ACS passavam a incorporar no seu discurso os termos técnicos do campo da saúde, ou seja, do campo da biomedicina, apropriando-se desse vocabulário que os distanciava de seu grupo de origem, agregando um capital simbólico de diferenciação social. Obviamente esse não era um caminho único e igual para todos, mas ao longo do tempo, muitos deles realizaram curso de auxiliar ou técnico de enfermagem ou de técnico em saúde bucal.

Observavam-se mudanças significativas: o que era *doença* passou a ser *categoria diagnóstica*, o que era *remédio* passou a ser *medicamento*, o que era *sofrimento* passou a ser *sintoma*. Isso colocava em questão aquele primeiro objetivo de se ter o ACS constituindo a equipe de saúde, principalmente pela proximidade com a comunidade. Na medida em que ele absorvia a linguagem do campo biomédico, observa-se também, ora a mesma relação hierárquica a qual o ACS se subordinava na equipe se estabelecendo entre ele e a comunidade, e ora o ACS sendo desvalorizado por ter adentrado na lógica da saúde. Nesse último caso isso ficava mais evidente quando algumas pessoas da comunidade criticavam o trabalho do ACS chamando-os de “garotos de recado” da UBS.

Sobre a relação hierárquica encontrada em algumas equipes, explicitadas principalmente na reunião de *discussão de caso*, percebia-se que a aproximação à linguagem biomédica pelo ACS era uma tentativa de aproximação aos domínios de poder do campo biomédico. Talvez, do ponto de vista do ACS, a absorção dessa linguagem técnica poderia assegurar alguma legitimidade na relação com os outros profissionais da equipe, e poderia ser uma estratégia para lidar com a hierarquia do

processo de trabalho. Em diversas situações, muitos dos ACS falavam de maneira descontraída que na atuação deles, por vezes, eles deveriam ser médicos, enfermeiros e psicólogos, a fim de conseguir atender a todas as solicitações da comunidade.

Os ACS acabam adentrando em múltiplos aspectos das vidas das pessoas, algumas vezes do lugar identitário da comunidade, e outras do lugar de profissional da saúde. E, por isso mesmo, a Estratégia Saúde da Família tem mostrado um aspecto normatizador da vida cotidiana das famílias, como apontavam Franco e Mehry (2003), alcançada pela capilaridade justamente devido à presença dos ACS (Cohn, 2009).

O acesso à linguagem biomédica a partir de uma incorporação dos códigos do campo da saúde possibilitados pela capacitação e pela prática profissional, e, ao mesmo tempo, o acesso ao mundo privado do paciente como visitantes, colocam o ACS numa discussão central acerca do direito à privacidade do usuário. Esse problema está colocado para todos os profissionais da ESF, mas é vivido de forma aguda pelos ACS. Fortes e Spinetti (2004) num estudo sobre esse assunto com ACS no Município de São Paulo constataram a preocupação tanto dos gestores, quanto dos próprios ACS em relação aos cuidados necessários para a manutenção desse direito.

Na UBS Iguazu, local onde se realizou esta pesquisa, os ACS não podem mais ter acesso aos prontuários médicos dos pacientes.²⁷ As informações coletadas pelos agentes nas visitas domiciliares devem ser registradas num documento à parte, que fica no prontuário de família, porém separado do prontuário do paciente.²⁸

Sendo assim, o dilema se mantém: se o ACS faz parte da equipe profissional porque ele não poderia ter acesso ao prontuário? Se ele não pode ter acesso ao prontuário porque ele participa da reunião de equipe onde se realiza a *discussão de caso*? Como se dá a inserção do conhecimento que os ACS têm das famílias que eles acompanham no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família?

²⁷ No SUS o documento de registro da história de tratamento do paciente é chamado “prontuário médico” e está regulamentado por pareceres do Conselho Federal de Medicina, resoluções, leis e portarias disponíveis principalmente no sítio do Departamento Nacional de Auditoria do SUS do Governo Federal (fonte: < http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/pront_m/> Acesso em: 06 ago. 2014). Na Política Nacional de Humanização há uma proposta de prontuário multidisciplinar que tem como um dos objetivos incentivar o trabalho em equipe (Ministério da Saúde, 2004c). Atualmente há uma proposta em implantação de prontuário eletrônico na Atenção Básica Fonte: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php?conteudo=infraestrutura>> Acesso em: 06 ago. 2014).

²⁸ De modo geral nas UBS com estratégia saúde da família os prontuários são organizados por família segundo o cadastro realizado pelos ACS. Coloca-se num único envelope os prontuários individuais dos pacientes daquela família. O ACS faz os relatórios de visita e os coloca no envelope único sem acessar os prontuários individuais.

Esse dilema, explicitado tanto por essa dupla inserção do ACS quanto pela hierarquia interna às equipes de saúde, é um importante sinalizador da questão de como se dão as relações no campo de conhecimento biomédico na concretude de suas práticas. Não se pretende aqui esgotar essa discussão, mas apontar que elas estão presentes, tanto no campo da produção científica quanto no campo das práticas. Assim, tornam-se pertinentes algumas questões: como se constroem as relações entre os distintos profissionais do próprio campo biomédico? E com os profissionais de outros campos, como é o caso dos profissionais da saúde mental com formação psicanalítica, por exemplo? Como se dão as relações daqueles que estão num limite borrado – entre o público e o privado – que ora estão colocados dentro do campo biomédico, ora estão subordinados a esse campo e ora estão colocados fora dele? Ainda há a questão da relação do paciente com esse campo de produção de conhecimento e práticas. Essas questões dizem respeito à própria noção de pessoa no mundo ocidental, seja para o paciente (Duarte, 2003), para os profissionais ou para os ACS, ou seja, para a sociedade como um todo.

Sendo assim, uma das questões que emergiu no processo de desenvolvimento desta tese, foi sobre o uso naturalizado do modelo de *estudo de caso clínico biomédico* nas reuniões de *discussão de caso* das equipes de Saúde da Família, bem como no processo de estabelecimento das terapêuticas e acompanhamento dos casos. Esse uso naturalizado apontava para os modos de conceber o sujeito, a saúde, o adoecimento e suas terapêuticas.

De modo geral eram os ACS que introduziam nas reuniões os aspectos do cotidiano, da vida social do paciente e outros aspectos que eram fundamentais para estabelecer o projeto terapêutico dos casos ditos *mais complexos* ou que eram nomeados como sendo de *saúde mental*. Apenas as informações sobre os sintomas ou a *história natural* do adoecimento nem sempre era suficiente para estabelecer uma estratégia de cuidado sensível às necessidades do paciente. Numa das situações discutia-se, na reunião de equipe, o caso de uma mulher que, quando entrava em *crise*, ficava *agressiva* e ameaçava as pessoas com uma faca; uma das ACS relatou a convivência que havia tido com ela na infância revelando aspectos da história de vida da paciente que fez com os outros profissionais da equipe propusessem alguma forma de cuidado diferente da proposta inicial, que até então era o de chamar a polícia. Ou seja, o relato da história de vida por uma ACS que havia tido uma vivência de proximidade com a

paciente fez com que fosse possível ter outro modo de olhar aquela situação para além da agressividade. De fato, posteriormente, foi uma situação na qual se conseguiu uma aproximação com a paciente sem a necessidade de chamar a “força” policial.

Em outra reunião, discutia-se a situação de adolescentes do sexo feminino que estava se envolvendo afetivamente com homens ligados ao tráfico de drogas: qual seria a intervenção possível pela equipe de Saúde da Família e, ou de saúde mental? A discussão era acalorada sem conseguir chegar a um consenso ou a proposta de uma ação específica. Terminada a reunião nos encaminhamos para uma visita domiciliar, e no caminho, a ACS passou a relatar uma situação de sua vida particular: sua filha mais velha, menor de idade, há certo tempo estava *namorando* por correspondência um homem que estava preso, e ela estava apenas aguardando ficar maior de idade para começar a visitá-lo na cadeia. A ACS estava desesperada e não sabia mais como lidar com a filha, que além desta situação, passava noites fora de casa, estava furtando objetos de valor de sua própria casa a fim de conseguir recursos para fazer uso de substâncias psicoativas ilícitas. Esse relato da ACS, do seu drama particular, demonstrava a complexidade de um *problema* que estava para além daquele discutido na reunião de equipe.

São inúmeros os exemplos que tínhamos a partir da atuação prática, que apontavam o desencontro entre as proposições advindas da saúde em relação aos problemas identificados na comunidade que afetavam a saúde física e mental das pessoas. Ainda nesta perspectiva, numa das equipes discutia-se o problema de mulheres com *depressão* que tinham em comum o fato de terem filhos assassinados ou presos por conta do envolvimento no tráfico de drogas. A proposta do médico de família foi que a saúde mental conduzisse um grupo terapêutico para mães de filhos *presidiários*, que foi refutada pelos ACS pelo motivo de que na comunidade esse problema não era um elemento de solidariedade e agregador entre as pessoas. Ao contrário, havia subdivisões das pessoas associadas ao tráfico ilegal de drogas fazendo com que, mesmo havendo alguns dos integrantes presos, não poderiam se misturar, nem eles e nem as pessoas ligadas a eles (tais como suas mães, irmãs, esposas, namoradas, filhos e outros). A dimensão do problema era maior do que poderia alcançar-se com os conhecimentos tradicionais da biomedicina, nem mesmo da saúde mental.

Justamente pela proximidade entre ACS e comunidade, havia dentre os casos *complexos*, muitos que envolviam pessoas próximas a eles, tais como seus familiares,

amigos de infância e outros, como no caso relatado anteriormente. Ou, em algumas das situações, era o próprio ACS que necessitava de algum cuidado de saúde mental, o que tornava mais delicada ainda a questão do sigilo e da privacidade nas reuniões de equipe. Desta forma, estas questões apontam a presença de modelos naturalizados de família que estão presentes não somente para os pacientes e as famílias atendidas, como também para os próprios trabalhadores, legitimados pelas concepções do próprio programa Saúde da Família.

Sendo assim, o ACS mesmo ocupando o lugar de trabalhador da saúde, também levava consigo uma familiaridade social e afetiva, quando não uma identificação total com as famílias que acompanhavam. No caso dos outros profissionais, na maior parte das situações, havia uma distância social e afetiva entre paciente e profissional, que junto com o conhecimento técnico, parecia assegurar o devido distanciamento que permitiria garantir o direito ao sigilo e à privacidade ao paciente.

A despeito da proposta de vinculação e acompanhamento horizontal do paciente pelas equipes de Saúde da Família, o conhecimento biomédico, bastante presente nas discussões de caso e provavelmente nas práticas, parece atuar como um dos dispositivos de distanciamento entre o paciente e o profissional, e, com isso, possibilita a manutenção da privacidade, sigilo e conduta ética com os pacientes. Aparece, neste sentido, a dificuldade dos profissionais de conseguir se relacionar com o paciente com a desejada proximidade e, ao mesmo tempo, resguardar o lugar de privacidade deste paciente, configurado como um direito. Isso demonstra a complexidade presente nas propostas de horizontalidade na área da saúde, tão necessárias quanto difíceis de realizar.

A Estratégia Saúde da Família foi concebida pelo Ministério da Saúde para reorganizar a Atenção Básica e ao mesmo tempo produzir uma nova prática assistencial substitutiva ao modelo centrado no hospital e na assistência do médico. Na análise de Franco e Merhy (2003), o modelo assistencial da Saúde da Família se organiza a partir de um ideal racionalizador e opera por meio do núcleo teórico da epidemiologia e da vigilância em saúde. Segundo estes autores, mesmo sendo um modelo que identifica e critica o problema da atenção médico-centrada não consegue transformá-la apenas pela proposição da existência de uma equipe multiprofissional, pois não apresenta

instrumentos que possam romper com a habitual divisão de trabalho do campo da saúde e que se reproduz no interior das equipes de saúde.

Campos (1998) também assinala os desafios da construção do trabalho em equipe apontando algumas das contradições que se colocam nesse processo entre aquilo que se espera do trabalhador do SUS e os modelos de gestão. Embora a proposta do SUS seja de democratização das relações e ampla participação dos usuários e trabalhadores, na maioria das vezes, os processos de trabalho estão pautados numa lógica *taylorista* pela qual:

(...) coloca-se a tarefa de administrar pessoas como se elas fossem instrumentos, coisas ou recursos destituídos de vontade ou de projeto próprio. Faz parte da cultura tradicional da maioria das Escolas da Administração o objetivo explícito de disciplinar o trabalhador, quebrar-lhe o orgulho, a autonomia e a iniciativa crítica. Delegando a padrões, normas e programas a função de operar o trabalho cotidiano daqueles encarregados de executar ações. Algumas Escolas [de teoria em administração] apostaram mais em controles disciplinares para realizar este intento, bastaria-lhes a domesticação do comportamento dos trabalhadores; outras, entretanto, mais modernas e com pensamento mais estratégico, inventaram modos para modificar a subjetividade dos sujeitos, ganhar-lhes a alma. Porém, nenhuma destas correntes investe na produção de sujeitos dotados, ao mesmo tempo, de autonomia e de capacidade para contratar compromissos com outros (Campos, 1998, p. 865).

No que diz respeito ao que se espera do trabalhador do SUS e, portanto, daquele que irá compor as equipes de Saúde da Família incluindo a participação nas reuniões onde se realizam as discussões de caso, Cecílio (2007) aponta algumas reflexões sobre a gestão em saúde que agregam mais elementos para a discussão. Ele alerta sobre alguns cuidados que se devem tomar: o primeiro deles é o de não conceber o trabalhador da saúde pelas suas funções, ou seja, numa perspectiva funcionalista; o segundo seria adotar como problemática a existência do ‘trabalhador moral’, o qual faria uma adesão automática aos princípios do SUS formulados por militantes, intelectuais e gestores do campo da Reforma Sanitária.

Assim, o trabalhador da saúde, seja o médico, enfermeiro ou o ACS, não são apenas instrumentos que operam determinadas tarefas sem nenhum conhecimento *a priori*, tampouco são militantes do campo da saúde defensores dos princípios do SUS

cujas implicações provavelmente desconhecem. São sujeitos – sociais e afetivos – que irão realizar suas tarefas a partir daquilo que compreendem como certo – seja aprendido nas graduações, seja a partir da experiência trazida da comunidade. Para Franco e Merhy (2003) ainda há um grande obstáculo na proposição do programa de Saúde da Família, que seria o fato de se tratar de um modelo prescritivo, baseado em procedimentos que estão vinculados ao repasse financeiro, que não permite espaços de construção coletiva dos profissionais, transformando o trabalho naquilo que os autores nomearam de “trabalho morto”.

Sendo assim, torna-se imprescindível a discussão sobre o uso do *estudo de caso clínico* nas reuniões das equipes, considerando o peso do conhecimento biomédico nessa modalidade de estudo de caso como foi apontado acima, e sua contribuição na construção das noções de sofrimento e cuidado pelas equipes de saúde que são objetos de estudo nesta tese.

No período de formação universitária das diferentes profissões do campo da saúde, utiliza-se o estudo de *caso clínico* como um dos meios de aprendizado para o desenvolvimento do raciocínio clínico, composição diagnóstica e proposição das terapêuticas.²⁹ Após concluírem sua formação, a maioria dos profissionais incorpora em suas práticas o estudo de caso clínico, adotando-o como *modus operandi* próprio de sua profissão, concebendo-o como uma forma de aprimoramento e continuidade da abordagem da doença/adoecimento.

O método do estudo de caso é apresentado como tendo sua origem na área da medicina e da psicologia:

(...) o estudo de caso tem origem na pesquisa médica e na pesquisa psicológica, com a análise de modo detalhado de um caso individual que explica a dinâmica e a patologia de uma doença dada. Com este procedimento se supõe que se pode adquirir conhecimento do fenômeno estudado a partir da exploração intensa de um único caso. Além das áreas médica e psicológica, tornou-se uma das principais modalidades de

²⁹ O *estudo de caso* como recurso didático no período de formação universitária ou aplicado às práticas profissionais tem sido “amplamente” utilizado em diversos campos do conhecimento, tais como, nas áreas da política, ciência política e pesquisa em administração pública; estudos organizacionais e gerenciais; pesquisa de planejamento regional e municipal, como estudos de plantas, bairros ou instituições públicas; supervisão de dissertações e teses nas ciências sociais – disciplinas acadêmicas e áreas profissionais como administração empresarial, ciência administrativa e trabalho social (Yaccuzzi, 2005).

pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais (Ventura, 2007, p.384).

Medicina e psicologia, de fato, também tiveram papéis fundamentais no processo de constituição da categoria indivíduo conforme aponta Duarte (1998):

(...) os caminhos da ‘doença’ no Ocidente foram estrangidos por essas balizas: de um lado, a racionalização cientificista aplicada à natureza, em geral, e à corporalidade, em particular – tal como à defesa radical da sua integridade material –, produziram o que se chama agora Biomedicina, com todos os seus benefícios e fraquezas. De outro, a interiorização auto-responsabilizante produziu os múltiplos saberes ‘psi’, com suas eventuais propostas terapêuticas – mais ou menos antagônicas com as ambições da Biomedicina – de ocupar, por intermédio dos ‘nervos’ e do ‘cérebro’, também as perturbações morais (p.20).

As reflexões sobre as concepções subjacentes ao modo de produzir conhecimento no campo da Biomedicina são principalmente realizados no campo das ciências humanas e sociais, ou a partir delas. A proposta não é questionar a metodologia de estudo de caso clínico, mas apontar as implicações desta metodologia no que diz respeito à concepção de pessoa (Mauss, 2003 [1938]) e às noções de doença e de sofrimento.

Por exemplo, no campo da enfermagem o estudo de caso clínico é considerado como um dos métodos mais antigos de ensino, que compreende o momento de aplicar as teorias às práticas. Foi descrito pela primeira vez em 1929 por uma professora da Escola de Enfermagem da Universidade de Yale-EUA. No Brasil a primeira referência do uso desse método pela enfermagem foi descrito em 1934 e o estudo de caso era organizado da seguinte forma: história, sintomas subjetivos e objetivos, exames, diagnóstico social e médico, tratamentos médicos e de enfermagem, complicações de alta (Galdeano, Rossi e Zago, 2003). Os autores apontam o uso formal do estudo de caso nas pesquisas científicas, e o uso informal do estudo de caso clínico como metodologia de ensino na enfermagem que se relaciona com o objetivo de fundamentar cientificamente as ações da enfermagem. Embora os autores apontem a necessidade de um olhar ampliado para o paciente, incluindo os aspectos psicossociais, esta proposição de estudo de caso aborda o indivíduo, o corpo e a doença.

No campo da medicina, em relação à questão do ensino-aprendizagem, há reflexões sobre a necessidade de instaurar processos que incluam “ação-reflexão-ação – como estratégia do cotidiano ao ensinar e aprender em medicina” (Batista e Batista, 2008, p. 102). Neste sentido tem se experimentado enfoques problematizadores no ensino-aprendizagem como uma estratégia diferenciada de aproximação ao campo teórico e produção de práticas no campo médico.

Por outro lado, Rios e Schraiber (2011), ao discutirem aspectos estabelecidos na relação entre professor e aluno de medicina na graduação, apontam o uso do modelo biomédico e do recorte biológico como a referência de conteúdo do aprendizado, sendo que a supervisão direta da prática do aluno a partir do caso clínico são considerados espaços privilegiados de desenvolvimento de competências do futuro profissional. Mesmo introduzindo disciplinas de humanidades no currículo não se conseguiu modificar alguns aspectos da formação, que são analisados pelas autoras, como problemáticos do processo educacional e posteriormente das práticas. Dentre as questões as autoras apontam:

O recorte biológico associado aos recursos tecnológicos permite a redução do tempo de trabalho médico com cada paciente e, assim, o médico atende um grande número de pacientes. Alguns professores do ambulatório agem como se estivessem à frente de uma linha de produção. Os casos são atendidos e discutidos em rápida sucessão. A ‘operação limpeza’ parece um treino para o futuro, de trabalho em regime de sobrecarga e falta de tempo (p. 44).

Considerando a discussão nesta tese sobre o *caso clínico na saúde* nos cabe problematizar como se constrói o problema e objeto de intervenção da (bio)medicina e qual a lógica continua a operar na raciocínio do estudo de caso clínico.

O raciocínio clínico, desenvolvido e aplicado por meio da discussão do *caso clínico* em saúde, tem por objetivo, a partir dos sinais e sintomas, chegar a um diagnóstico. Se houver dúvidas quanto ao perfil sintomatológico levantam-se hipóteses diagnósticas e realizam-se exames ditos complementares (Almeida Filho, 1993). Ainda segundo o autor, os novos dados serão integrados às outras informações a fim de se constituir a entidade mórbida:

Nessa fabricação de conhecimento sobre um caso clínico, muitas vezes o diagnosticador tem que agir de um modo que pode ser considerado ‘intuitivo’. Geralmente, o seu roteiro de trabalho consiste, porém, em estudar os casos particulares empregando formulações gerais previamente definidas (que é a nosografia estabelecida), tratadas como se fossem leis universais. O modo de raciocínio clínico é fundamentalmente dedutivo (p. 39).

Canguilhem (1995) no seu estudo clássico sobre o *normal* e o *patológico* apontou que a medicina seria uma técnica ou uma arte situada na congruência de várias ciências que apesar de todos os esforços para elevar a medicina ao estatuto de ciência o essencial dela ainda seria a clínica e a terapêutica, isto é, “uma técnica de instauração e de restauração do normal” (p.16).

Esta clínica, compreendida como uma aplicação técnica de um conjunto de conhecimentos, se constituiu a partir do saber médico, que no ocidente se estruturou a partir dos modelos de cientificidade da visão fiscalista do homem, da saúde, da doença e das terapêuticas. No artigo de Camargo Junior (2005) a *biomedicina* é definida como sendo aquela que reflete mais adequadamente a relação entre o conhecimento produzido por disciplinas do campo da biologia e a racionalidade médica produzida no âmbito da medicina ocidental contemporânea.³⁰

Para o contexto da nossa discussão, em particular da discussão do caso clínico e sua penetração das práticas em saúde, diz respeito ao conceito contemporâneo de doença/adoecimento, suas implicações nas formas de cuidado no campo da biomedicina que se relaciona com todas as práticas em saúde, principalmente nos serviços públicos.

O discurso da biomedicina no âmbito da racionalidade médica, segundo Camargo Junior (2005), se constitui a partir de três aspectos:

(...) dirige-se à produção de discursos com validade universal, propondo modelos e leis de aplicação geral, não se ocupando de casos individuais: *caráter generalizante*; os modelos aludidos acima tendem a naturalizar as máquinas produzidas pela tecnologia humana, passando o ‘Universo’ a ser visto como uma grande gigantesca máquina, subordinada a princípios de causalidade linear traduzíveis em mecanismos: *caráter*

³⁰ O autor produziu as reflexões sobre a “biomedicina” vinculada ao “Projeto Racionalidades Médicas” coordenado pela professora Madel Luz do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro/UERJ (Camargo Junior, 2005).

mecanicista; a abordagem teórica e experimental adotada para a elucidação das ‘leis gerais’ do funcionamento da ‘máquina universal’ pressupõe o isolamento de partes, tendo como pressuposto que o funcionamento do todo é necessariamente dado pela soma das partes: *caráter analítico* (p.178-179, grifos do autor).

A partir do caráter generalizante, mecanicista e analítico é que surge a medicina do corpo, das lesões e da doença. Essa noção da doença pautada pela objetividade em detrimento da sintomatologia se constituiu, principalmente, a partir da mudança da função do hospital de lugar de reclusão para o lugar de tratamento, bem como, a partir da necessidade em relacionar doença e lesão no corpo (Canguilhem, 1995; Foucault, 2004; Camargo Junior, 2005). Será nos hospitais que se poderá reunir um grande número de pacientes que poderão ser observados, catalogados e classificados, se oferecendo como amplo campo de estudos para as descrições anatomopatológicas (Foucault, 2004). Segundo Camargo Junior (2005):

O hospital, na virada do século XVIII, não pode ser considerado ainda uma máquina de tratar, uma vez que os tratamentos eficazes ainda demorarão para ser produzidos; mas certamente já é uma máquina de pesquisa e ensino (p.180).

O objetivo da medicina passa a ser o encontro com a doença como se ela fosse um objeto com existência autônoma, identificável pelas lesões por meio de um sistema diagnóstico. Ainda segundo Camargo Junior (2005) “A própria definição de saúde, apesar dos inúmeros esforços em contrário, é assumida como a ausência de doenças” (p.181), demonstrando a centralidade da doença, inclusive até os dias atuais, no ordenamento das práticas em saúde, ou seja, da prática clínica.

No interior dessa discussão, Cunha (2007) apontou algumas das potencialidades do cuidado médico na atenção básica em contraposição a alguns aspectos negativos do cuidado em hospital geral. O autor aponta que, embora o hospital ainda seja o espaço hegemônico de formação dos médicos, o olhar e o cuidado produzidos nele apresentam limites para guiar a clínica do médico na atenção básica. Dentre eles, o modo de construção deste saber pautado na disciplinarização da vida do paciente no ambiente hospitalar, que é preparado para receber o doente num:

(...) espaço extremamente adequado aos instrumentos da Biomedicina, que cartesianamente separa o corpo da alma

(campo *psi*) e ainda o corpo em pedaços estanques (especialidades) (p. 28, grifo do autor).

A busca pela doença, pelo patológico, como uma entidade a ser observada, descrita e classificada, portanto nomeada, passa a ser uma missão primordial no campo da biomedicina, que acaba por considerar como conhecimento válido para seus procedimentos apenas àqueles advindos de algum campo científico.

Além do exposto até então, as relações entre a prática clínica, a epidemiologia e a epidemiologia clínica (Almeida Filho, 1993) bem como, a constituição do próprio objeto da epidemiologia (Ayres, 2011), relacionados ao raciocínio clínico, imprimem na construção do *caso em saúde* a proposição de um conhecimento científico verdadeiro e positivo do fenômeno da doença.

Sendo assim, retornando a questão colocada nesse trabalho inicialmente, podemos constatar que o modo de discussão de *caso clínico*, naturalizado nas práticas de saúde, se constituiu num processo histórico, relacionado intrinsecamente ao modo de concepção de doença da biomedicina do mundo ocidental.

Portanto, o *estudo de caso em saúde* privilegia “(...) um caso individual para explicar a dinâmica e patologia de uma doença em estudo” (Borba e Sarti, 2006, p.77), ao passo que o *estudo de caso em ciências sociais* se abre à perspectiva do estudo de grupos e, ou instituições, com enfoque nos processos sociais e seu modo de estruturação, que no caso desta pesquisa se circunstanciou pelo estudo das noções de *sofrimento e cuidado*.

O estudo de caso social nas ciências sociais

Segundo Becker (1997), o estudo de caso em ciências sociais foi adaptado da tradição médica pelos cientistas sociais a fim de se estudar uma organização ou uma comunidade. Sendo assim, não se trata do estudo de apenas um indivíduo, como no estudo de *caso clínico* utilizado na área médica ou psicológica. Trata-se de um tipo de estudo que se realiza em coletividades (bairros urbanos), instituições (hospitais, escolas) ou práticas coletivas (comportamento político), denominado de *estudo de caso social*. Ainda segundo o autor, na área médica e psicológica se realiza o estudo de caso de um indivíduo a fim de explicar a dinâmica da patologia de uma determinada doença, supondo a noção de indivíduo como base do método. No estudo de caso social, a noção

de indivíduo é problematizada, sendo ela mesma entendida como uma construção social.

O estudo de caso social como método de pesquisa pode contribuir para a compreensão de fenômenos sociais complexos onde se faz necessária uma investigação com a preservação das características holísticas e significativas dos eventos da vida real (Yin, 2001), e para os quais se pretende responder perguntas de pesquisa que envolve o “como” e o “porquê” de tais fenômenos. Essas perguntas em geral poderão ser compreendidas por meio da metodologia de estudo de caso porque envolvem respostas explanatórias que possam elucidar as ligações operacionais dos fenômenos, que se desenrolam ao longo do tempo (Yin, 2001).

Ainda para Becker (1997), os cientistas sociais podem realizar estudos de casos individuais, principalmente na forma de história de vida, mas neste caso o indivíduo é pensado em sua condição social. Tanto no estudo de caso social quanto no individual os cientistas sociais podem fazer uso do método de observação participante associado com outros métodos mais estruturados, tais como, entrevistas ou qualquer outra estratégia que se faça necessária ao longo da pesquisa, mesmo que não tenha sido prevista. Isso acontece, segundo o autor, porque ao se iniciar o estudo de caso, em geral, depara-se com alguns tipos de dados que não estavam previstos inicialmente nas questões colocadas e que se mostraram relevantes para elucidar o problema em estudo.

No estudo de caso social, por um lado, objetiva alcançar uma compreensão contextual do grupo em estudo e, ao mesmo tempo, procura desenvolver formulações teóricas mais abrangentes acerca das particularidades observadas. No estudo de caso é preciso se preparar, ou ir se preparando ao longo do processo de pesquisa, para uma gama variada de problemas teóricos, resultante dos aspectos descritivos que irão emergir do processo de observação dos diferentes fenômenos que envolvem o grupo estudado. O objetivo é buscar esclarecer quem são essas pessoas e as interações recorrentes no grupo, e como esse grupo se relaciona com o resto do mundo (Becker, 1997).

O estudo de caso assim colocado pode parecer uma panaceia metodológica. No entanto, Becker (1997) aponta algumas questões relativas ao processo do estudo de caso que devem ser observados: não é possível prever todos os objetivos do estudo de caso social que se irá realizar, pois seria utópico ver e descrever a relevância teórica de tudo. Essa previsão de abrangência pode preparar o pesquisador para descobertas inesperadas,

evitando que se façam suposições incorretas acerca dos fenômenos que se queira estudar. Os dados coletados poderão fornecer quais os problemas relevantes para o grupo estudado.

Na apresentação das perspectivas do estudo de caso clínico, apontou-se o embasamento biomédico daquela perspectiva e suas limitações para o aprofundamento das questões sociais.

Sendo assim, na escolha do método de estudo de caso social como abordagem nesta pesquisa se procurou ampliar o olhar para os fatores qualitativos de abordagem do objeto. No caso desta pesquisa o estudo de caso foi circunstanciado a partir da Unidade Básica de Saúde (UBS) Iguazu, bem como, a partir da escolha dos casos de saúde mental pelas equipes de Saúde da Família. Nesta escolha dos casos e do contexto de sua definição como "casos", compreende-se que estariam implícitas algumas das pistas de como os trabalhadores constroem a noção de sofrimento e cuidado.

A decisão pela coleta de “casos” de “livre escolha” das equipes de saúde da família se pautou pelo pressuposto de que, a partir do pedido de relato de um “*caso de saúde mental*”, por um lado, delimitar-se-ia o objeto de estudo, e por outro, ao deixar em aberto a “escolha”, nela poderia estar implícito o quê as equipes estariam compreendendo por *caso de saúde mental*, e implicitamente, por *adoecimento, sofrimento e cuidado*. Assim, delimitar-se-ia o objeto e ao mesmo tempo encaminhar-se-ia o recorte teórico, com base no ponto de vista das ciências sociais de que as noções são "construções" (Minayo, 2006), no caso, relativas ao adoecimento e ao cuidado.

Considerando que cada equipe de Saúde da Família se constitui numa unidade de processo de trabalho para uma população de um determinado território, bem como desenvolvem relações de trabalho mais contínuas por meio das reuniões de equipe, e pelo compartilhamento do cuidado das mesmas famílias, optou-se pela estratégia de deixar a cada equipe a escolha de um caso que seus integrantes considerassem de *saúde mental*. O próprio critério de escolha do caso – e não de outro – pelos profissionais da equipe foi, em si, um dado revelador para a pesquisa.

CAPÍTULO 3

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O percurso metodológico

Os procedimentos metodológicos foram escolhidos e realizados em consonância com o método de estudo de caso social e segundo a circunscrição do problema desta pesquisa. Os procedimentos metodológicos para a coleta de dados seguiram as seguintes estratégias: a) observação participante, com a utilização de diário de campo contendo anotações objetivas, impressões e questionamentos e b) realização de entrevistas semiestruturadas.

A observação participante é aquela realizada a partir da convivência na vida cotidiana do grupo ou organização a ser estudada. São realizadas conversas com as pessoas a fim de entrar em contato com as interpretações que elas possam ter dos fenômenos em estudo (Becker, 1997; Minayo, 2006; Castro e Blanco, 2009). Nesta pesquisa, a observação participante deu-se em diferentes momentos e lugares, com destaque para a apreensão da vida cotidiana da UBS Iguazu, seja no espaço do atendimento em saúde, tanto naqueles "não programáticos", como recepção, sala dos ACS, cozinha, entorno da UBS, bem como nos espaços programáticos, como reuniões gerais, reuniões de mini-equipe, reuniões de matriciamento, reuniões com equipe do NASF, visitas domiciliares e consultas de enfermagem; nas casas das pessoas que foram escolhidas como casos para estudo, e outras casas atendidas dentro daquela área de abrangência.

A partir da observação participante, foram sendo estruturados os diários de campo, nos quais se registravam descrições das cenas observadas pela pesquisadora – com ou sem participação direta –, percepções, hipóteses, dúvidas, indagações e questionamentos teóricos. Na maior parte das situações eram realizadas pequenas notas durante a observação; em algumas situações, durante a observação, não foi realizada anotação alguma. Ou seja, as notas do diário de campo foram realizadas conforme o momento, os atores em cena, o que a circunstância permitia ou não à pesquisadora. Logo após a saída das cenas de observação, era realizado, por escrito, um relato do observado que foi aos poucos se constituindo nos diários de campo. Para a análise, foram consideradas as notas da observação direta, as notas posteriores à observação, e a escrita do diário realizada posteriormente à observação.

Becker (1997) sugere que o trabalho de campo seja longo o suficiente para coletar dados que se repetem e que permitam eliminar as dúvidas sobre *bias* na pesquisa e que tragam uma gama variada de experiências da instituição ou grupo estudado. Dessa forma, seria constituído um grande volume de diários de campo. De todo modo, sabe-se que não é possível prevenir todos os erros ou eliminar o risco de *bias*, pois a maior parte deles se relaciona com a expectativa afetiva e social do pesquisador e constitui vieses que devem ser considerados na análise (Sarti, 1998a).

Nesta pesquisa, o trabalho de campo foi desenvolvido intermitentemente entre agosto de 2010 e junho de 2014. A coleta de dados intercalou-se com períodos de imersão, de análise de dados, produção de material escrito ³¹ e contínua revisão bibliográfica conforme as temáticas da pesquisa e as novas questões oriundas deste processo.

Além disso, a pesquisadora pôde fazer uso de diversos registros que guardou durante os anos em que trabalhou na atenção básica: são registros de reuniões com as equipes de saúde da família; reuniões da equipe de saúde mental; registros diversos onde constam detalhes sobre o cotidiano do trabalho, da sua rotina, os atendimentos, as conversas, questionamentos que puderam ser re-lidos e re-avaliados numa outra perspectiva, agora como pesquisadora.

Sendo assim, o percurso dos procedimentos metodológicos da pesquisa seguiram os seguintes passos:

- apresentação da pesquisa à pessoa responsável da unidade a fim de obter a carta de interesse no estudo;
- procedimentos de submissão aos CEP (Comitê de Ética e Pesquisa) da Prefeitura Municipal de São Paulo e da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP);
- adequação às solicitações do CEP, espera pela aprovação e liberação de realização da pesquisa;
- apresentação da pesquisa para os trabalhadores da UBS numa reunião geral, onde foram esclarecidos os procedimentos éticos e o TCLE (Termo de consentimento livre e esclarecido) (Brasil, 1996);

³¹ Alguns destes escritos foram apresentados em congressos durante o processo de desenvolvimento da pesquisa, constituindo-se em momentos profícuos para a discussão dos dados e a análise do material. Ver relação no Anexo No. 8.

- na mesma reunião e em outros momentos subsequentes, foi explicado que a pesquisadora gostaria que cada equipe escolhesse um *caso de saúde mental*;
- agendamento de participação nas reuniões das seis equipes de saúde da família, sendo que cada equipe é composta por um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e ACS.
- as equipes de saúde da família contam com o apoio da equipe de saúde bucal, esta composta por dentista e técnico de saúde bucal. O convite para participar do relato do caso estendeu-se a estes profissionais também;
- as equipes de saúde da família contam como apoio da equipe do NASF; o convite para participar do relato do caso se estendeu a estes profissionais também;
- participação nas reuniões das seis equipes de saúde da família para escuta dos casos. Estas equipes se reúnem uma vez por semana, com dia e horário definidos previamente.
- participação em diversas reuniões de trabalho da unidade: reunião mensal de matriciamento do CAPS na UBS, capacitação dos ACS (eventual), reunião com NASF (quinzenal), e reuniões de equipe da saúde da família (semanais).
- visitas às pessoas dos casos escolhidos com os profissionais da saúde da família. As visitas foram definidas conforme a disponibilidade do paciente escolhido;
- visitas às pessoas dos casos escolhidos, com a realização de entrevistas, conversas informais e observação, com ou sem a presença de profissionais da saúde da família.
- observação livre da UBS, do entorno e da comunidade. A observação permeou todo o processo de trabalho de campo e coleta de dados.

No decorrer do trabalho de campo, foram consultados os antigos registros, formais e informais, do período de trabalho na atenção básica, e os relatos que tinham o formato de diários de campo. Esse material foi revisitado, ressignificado, constituindo o que denominamos aqui a memória no processo do trabalho de campo.

Valor das evidências do trabalho de campo

Dada a proximidade da pesquisadora com o campo de estudo, e considerando os questionamentos acerca da validade ou não de dados coletados desta forma, recorreu-se à discussão, proposta por Becker (1997), sobre o valor das evidências do trabalho de campo.

Outra importante consideração do autor refere-se à observação sobre os diferentes resultados de pesquisa aprendidos sobre uma mesma instituição. Como pondera o autor, a suposição inicial é de que se o método é confiável deveria produzir os mesmos resultados. No entanto, o estudo pode ter sido realizado em tempos diferentes. Mas, ainda que tenha sido feito ao mesmo tempo, por dois pesquisadores diferentes, com metodologias diferentes, o resultado não será necessariamente o mesmo, e nem por isso será menos confiável. Becker (1997) traz um exemplo da pesquisa de laboratório em que seria improvável que as descrições dos mesmos experimentos fossem diferentes, mas as interpretações sim.

Aparentemente, a questão é semelhante, tanto para as pesquisas qualitativas quanto quantitativas: ou seja, como evitar o *erro* de somente encontrar aquilo que se quer e que se pode enxergar segundo suas próprias teorias? Ao se aplicar um questionário com alternativas do tipo “sim ou não”, se o entrevistado responde algo que não se encaixa numa nem em outra resposta, em qual porcentagem de resposta isso poderá entrar? Como realizar uma coleta de dados na qual o pesquisador consiga abrir uma escuta para aquilo que desconhece?

Num sentido mais geral, salienta Becker (1997):

Todas as pessoas que ocupam uma área geográfica dada ou um edifício específico que abriga uma dada organização realmente constituem uma grande estrutura social. Porém, a estrutura global contém unidades menores, e a diferença entre dois estudos de campo da mesma coisa pode residir na ênfase diferenciada dada a uma ou outra destas unidades menores. (Becker, 1997, p.67).

Assim, descrições diferentes de uma mesma instituição, organização ou comunidade, não são necessariamente excludentes. Resultados idênticos de pesquisas diferentes não são necessariamente um indicador de confiabilidade metodológica (idem). Um dos aspectos primordiais é explicitar de qual ponto de vista se parte, ou seja, qual é o quadro teórico de referência.

O que temos o direito de esperar é que as duas descrições sejam *compatíveis*, que as conclusões de um estudo não contradigam implícita ou explicitamente as do outro. (Becker, 1997, 68). [itálico do autor] Aproximamo-nos agora do coração do problema, o qual tem a ver com a falta de regras de

procedimentos rigorosas para guiar as atividades de coleta de dados de um pesquisador de campo (Becker, 1997, p.69).

A falta de formalização das técnicas de coleta de dados poderá dar margem a quaisquer *biases*, poderá levar o pesquisador a estudar seus próprios preconceitos, produzindo dados pervertidos pela sua influência, quem sabe inconsciente.

Segundo Becker (1997), há relatos de estudos que demonstraram o efeito de *bias* do pesquisador sobre os entrevistados, e até mesmo sobre os resultados de estudos experimentais com animais. Se em estudos mais controlados é possível ter *bias* o que dizer dos estudos nos quais se faz uso de técnicas não-formalizadas de trabalho de campo, e em que o pesquisador teria mais oportunidades de fornecer pistas aos entrevistados? No entanto, Becker (1997) pondera:

A observação de campo tem menos probabilidade, em relação aos métodos mais controlados de laboratório e entrevistas de “*surveys*”, de permitir que o pesquisador influencie com seus *biases* os resultados que obtém nas direções sugeridas por suas próprias expectativas, crenças e desejos. Quase todo pesquisador de campo acredita nesta proposição, geralmente porque ele já teve muitas vezes que sacrificar ideias e hipóteses que lhe eram caras diante dos fatos recalcitrantes nas suas notas de campo (p.70).

Às vezes o pesquisador, ao final da entrevista, faz perguntas diretas e condutoras como um modo de ainda testar se as suas hipóteses iniciais poderiam ser comprovadas, mesmo que durante o trabalho de campo tenham emergido outras evidências que poderiam contrariar suas hipóteses. É preciso, assim, esperar que as hipóteses iniciais da pesquisa possam ser confirmadas ou refutadas pelos dados coletados no trabalho de campo. Justamente porque hipóteses e teorias iniciais não são necessariamente confirmadas que os dados coletados no trabalho de campo podem ser levados a sério como evidência de pesquisa (Becker, 1997).

Becker examina ainda dois aspectos referentes à confiabilidade dos dados coletados no trabalho de campo:

Primeiro, as pessoas que o pesquisador de campo observa sentem-se, em geral, constrangidas a agir como fariam na ausência do pesquisador, pelas próprias restrições sociais cujos efeitos interessam a ele; conseqüentemente, ele tem pouca

chance, em comparação com os que utilizam outros métodos, de influenciar o que os observados fazem, pois há forças mais poderosas em operação (p.71).

A questão é que para o pesquisador que faz o trabalho de campo, o constrangimento, se ocorre, é um dos elementos da coleta de dados. Há que se explicar o conteúdo e o contexto do constrangimento e as possíveis implicações para a continuidade do trabalho de campo. É preciso também esclarecer se o objetivo da pesquisa é a observação *in natura* do entrevistado, como se fosse um objeto de pesquisa manipulável com regras de funcionamento que devem ser apenas observadas. Ou, ao contrário, se supõe que o sujeito de pesquisa é alguém capaz de interagir com o pesquisador, e que na diferença que houver entre ambos irá se expressar algo que poderá ser contemplado como dado para a pesquisa.

Segundo, o pesquisador de campo, inevitavelmente, devido à sua presença contínua, coleta muito mais dados e, num certo sentido a ser explicado, faz e tem condição de fazer mais testes de suas hipóteses do que os pesquisadores que usam métodos mais formais (Becker, 1997, p.71).

A presença contínua do pesquisador será assimilada de algum modo pelos entrevistados, ao ponto de se estabelecer uma relação de confiança. Pode-se investigar também no imaginário dos entrevistados o que representa a participação na pesquisa para que se tenha uma noção do lugar do entrevistador. Isso quando o próprio pesquisador faz o trabalho de campo, porque também há questões de quando se utiliza um grupo de pesquisadores auxiliares para realizar o trabalho de campo.

No presente trabalho, a proposta inicial era fazer a apresentação da pesquisa numa reunião geral da unidade; solicitar que cada equipe escolhesse um *caso de saúde mental* para relatar à pesquisadora, e, dentre eles, escolher alguns para fazer o aprofundamento do estudo de caso.

Ao longo da realização do trabalho de campo, deparou-se com situações inesperadas, por exemplo, em relação aos temas suscitados a partir dos casos escolhidos, ou em relação as percepções em torno da temática de estudo que foram se agregando durante o percurso da pesquisa. A seguir será apresentado o percurso do trabalho de campo que se deu de modo dinâmico e atrelado ao processo de análise, reflexão teórica e conclusões do estudo.

Para tanto, uma leitura e contextualização de como se deu a entrada da pesquisadora no campo pode ser esclarecedor do “como” se deu a realização do trabalho de campo: não há neutralidade; há intencionalidades. É do encontro que se produz os dados, que será sempre um recorte, uma leitura dos dados, interpretações e produção de conhecimento.

O lugar do trabalhador pesquisador

Os cientistas sociais ao realizarem o trabalho de campo, com base na observação participante tal como feito nesta pesquisa, entram na vida das pessoas, participam de sua rotina diária de atividades, observam os cenários e local onde isso ocorre; fazem conversas informais e formais, ou entrevistas relativamente organizadas. Eles também consultam os registros da organização, os documentos oficiais, os meios de comunicação públicos, cartas, agendas e quaisquer outros registros. Procedimentos consolidados nas ciências sociais (Laplantine 1994; Becker, 1997; Minayo, 2006; Schmidt, 2008).

Este trabalho de campo foi desenhado a partir da Unidade Básica de Saúde (UBS) Iguazu onde a pesquisadora trabalhou no período de abril de 2000 até novembro de 2008. Ainda, mantendo vínculo com esse local, no período de dezembro de 2008 a abril de 2009 esteve coordenando a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de referência para essa mesma unidade. Posteriormente, no período de maio de 2009 a novembro de 2010 esteve na coordenação do Centro de Atenção Psicossocial Adulto (CAPS) Sapopemba, que é referência para os pacientes da unidade acima referida, encerrando, por essa época, a relação direta ou indireta de trabalho com a Unidade Básica de Saúde Iguazu.

O capítulo “*Antecedentes*”, ao demonstrar como o objeto de estudo desta pesquisa foi se constituindo, e considerando o período relatado acima, revela a existência de uma considerável familiaridade com a unidade de saúde, com alguns profissionais, alguns pacientes e parte da comunidade. Foi a partir dessa familiaridade que se constituiu o objeto de pesquisa desta tese.

A partir da inserção da pesquisadora no programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da UNIFESP, da participação nas reuniões do grupo pesquisa da pós-graduação, e com o início do trabalho de campo no papel de pesquisadora, constatou-se

o adensamento das questões em torno da *familiaridade* e do necessário *estranhamento* constituintes do processo de pesquisa no campo das ciências humanas.³²

Fazendo parte do desenvolvimento da pesquisa, o trabalho de campo foi realizado no período de agosto de 2010 a junho de 2014, momento em que foram realizadas as visitas à Unidade Básica de Saúde (UBS) Iguaçu, e as visitas às casas das pessoas dos casos estudados. Na UBS, neste período, foram realizadas observações, conversas informais, consultas aos prontuários dos pacientes dos casos estudados, participações em reuniões de trabalho da UBS, entrevistas individuais e, ou em grupos com os profissionais; nas casas dos pacientes dos casos escolhidos foram realizadas observações, conversas informais, entrevistas individuais e, ou com o grupo familiar.

O marco inicial do trabalho de campo se deu em agosto de 2010 quando foi realizada uma visita à UBS Iguaçu a fim de apresentar a proposta de pesquisa para a responsável (*gerente*)³³ pela unidade àquela época. A gerente e a pesquisadora, anteriormente, havia desenvolvido um trabalho em conjunto, naquela mesma UBS. Assim, esse encontro, como outros, foi marcado pelo *reencontro*.

Foi apresentado o projeto, a proposta de realizar um estudo qualitativo sobre as noções de sofrimento e cuidado, que teria por orientadora uma antropóloga. Nesse primeiro contato, o interesse da *gerente* pela pesquisa foi imediato, chegando a afirmar que naquela unidade somente um “antropólogo” poderia entender melhor aquele contexto. A referência à necessidade de um antropólogo para compreender a população atendida por aquela unidade seria feita mais de uma vez por outros profissionais durante o trabalho de campo.

O antropólogo, no imaginário social, é aquele que estuda as sociedades ditas primitivas (Laplantine, 1994). Ou seja, é aquele que estuda alguém que tem costumes, hábitos muito diferentes dos *nossos*. A referência ao antropólogo, muito provavelmente,

³² A orientadora desta tese desenvolveu periodicamente Seminários de Pesquisa com o grupo de orientandos, dos quais a pesquisadora participou durante todo o desenvolvimento do doutorado. A realização de três disciplinas no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNIFESP também foi fundamental no processo de aproximação da perspectiva das ciências humanas em relação aos fenômenos da saúde e da doença; foram elas: “*O normal e o patológico: o pensamento de Georges Canguilhem*”, ministrada por Cynthia Andersen Sarti e Régia Cristina de Oliveira; “*Dor, sofrimento e cultura*” ministrada por Cynthia Andersen Sarti e Melvina Araújo; “*A constituição do campo da saúde coletiva*”, coordenada por Luiz Carlos de Oliveira Cecílio.

³³ A denominação utilizada para designar o responsável pela unidade de saúde é variável. No município de São Paulo a denominação mais corrente é gerente. No entanto, conforme o vínculo empregatício, se contratação direta pelo município, ou se por meio de Organização Social de Saúde, a denominação nos contratos de trabalho variam.

pode ter sido uma referência a esta *distância social* entre os pacientes e os trabalhadores.

Naquele momento ainda havia outro elemento de complexidade do lugar de profissional-pesquisador: a pesquisadora ocupava a função de responsável (*gerente*) de uma unidade de saúde mental de referência para aquela unidade de saúde, o CAPS Adulto Sapopemba. Durante a conversa entre as duas *gerentes*, os assuntos se misturaram: ora era a questão da proposta da pesquisa, ora a relação entre a UBS com o CAPS.

A partir da declaração por escrito do interesse em receber a pesquisa na unidade de saúde, iniciou-se o processo de organização da documentação necessária à submissão dos Comitês de Ética e Pesquisa (CEP) da Prefeitura Municipal de São Paulo e da Universidade Federal de São Paulo. Esse processo se desenrolou no período de agosto de 2010 até quase final de fevereiro de 2011, quando então os pareceres de ambos os comitês foram favoráveis à realização da pesquisa. Em agosto de 2011 foi realizada a qualificação do projeto.

O processo de qualificação do projeto foi um momento importante de elaboração da literatura do campo das ciências humanas acerca da experiência da dor e do adoecimento, a partir do qual se passou a questionar algumas das categorias naturalizadas no cotidiano profissional da saúde, principalmente aquele de pertencimento da pesquisadora. Naquele momento, houve a proposta de mudança do objeto de estudo de “sofrimento psíquico” para “a noção de sofrimento”.

A partir de agosto de 2011 foram retomados os contatos com a UBS a fim de iniciar o trabalho de campo propriamente dito. Foram realizados diversos contatos, que coincidiram com a mudança da gerência da unidade de saúde e em outubro de 2011 agendou-se a apresentação da pesquisa numa reunião geral, na qual estariam presentes quase todos os profissionais da unidade. Essa reunião, da qual a pesquisadora participou, e na qual realizou a apresentação oficial da pesquisa, coincidiu com a primeira reunião do novo responsável (*gerente*) pela unidade com os profissionais.

Essa retomada do trabalho de campo foi marcada novamente por *reencontros* com diversos profissionais com os quais a pesquisadora havia anteriormente trabalhado. Foram frequentes as referências, tanto diretas como indiretas, ao período em que a pesquisadora havia sido profissional de saúde naquela unidade. Nesse, e em outros dias

de trabalho de campo, diversos profissionais e pacientes, perguntavam várias vezes à pesquisadora: “Você voltou?”; “Vai trabalhar aqui de novo?”. Essas perguntas pareciam, ao mesmo tempo, traduzir a expectativa dos profissionais em relação à pesquisadora, bem como, davam algumas pistas do necessário processo de transição do lugar de profissional da equipe de saúde mental para o lugar de pesquisadora.

A familiaridade estava por todos os lados: nesses *reencontros* também foi bastante comum, até os últimos dias, que os profissionais relatassem à pesquisadora fatos de sua vida pessoal, como num reencontro de “velhos amigos”; a pesquisadora também dava notícias de sua vida pessoal. As principais notícias eram sobre filhos, casamentos, separações, notícias dos antigos profissionais da equipe volante ou da equipe de reabilitação, notícias dos profissionais da equipe de saúde que não estavam mais na UBS. Foi constante o pedido de auxílio dos profissionais em relação aos casos de saúde mental como se a pesquisadora ainda compusesse aquela equipe de trabalho. A tentativa de se manter nesse lugar familiar de técnica de saúde mental era constante e intensa; havia um forte sentimento de saudade daquele trabalho.

Essa identificação, e reconhecimento da pesquisadora com alguém do campo da saúde mental era constantemente evidenciado pelas perguntas que lhe eram direcionadas: dúvidas sobre casos que estavam acompanhando; pedidos de indicação de local para fazer estágio; pedidos de indicação de profissionais do campo da saúde mental para atendimento particular, ou mesmo, indagações sobre temas relacionado ao sofrimento psíquico, campo da saúde mental e, ou psiquiatria. Todos esses elementos evidenciavam a *familiaridade* da pesquisadora com o lugar do profissional presente no trabalho de campo.

Como proceder à mudança, ou transição, para o lugar de pesquisadora? O desafio estava colocado, pois além desses elementos que emergiam do contato com o campo – ou seja, uma *familiaridade* bastante presente - o problema e o objeto de estudo havia também ali se constituído. Terreno pantanoso; como se movimentar? Aos poucos foi se compreendendo que o processo de pesquisa estava sendo dado: identificando a familiaridade, abria-se caminho ao estranhamento, para daí então se produzir algum conhecimento (Velho, 1978).

Além dessas questões, outra se insinuava: os procedimentos metodológicos propostos para o estudo de caso social pareciam se assemelhar aos instrumentos e recursos terapêuticos apreendidos no percurso de terapeuta ocupacional da atual

pesquisadora. Na terapia ocupacional, o *cotidiano* é um dos elementos primordiais no estabelecimento dos processos de cuidado com o paciente (Castro, Lima e Brunello, 2001); esse cotidiano é abordado a partir do sujeito em seu contexto social e cultural. Outro aspecto da atuação dessa categoria profissional é o *fazer junto com o outro* – no caso, o paciente – o que implica necessariamente um olhar para o modo de fazer e de estar no mundo desse outro. Num dado momento tudo parecia cinza, principalmente quando os profissionais e os pacientes pediam o retorno da pesquisadora ao lugar de profissional.

Assim, questionava-se: como se posicionar no campo de pesquisa tendo advindo dele como trabalhadora? Como preparar o olhar? Sarti (1998a), ao refletir sobre o uso de técnicas etnográficas a serem utilizadas num trabalho de campo com crianças e adolescentes em situação de rua afirma que esse trabalho envolve sempre uma relação entre dois sujeitos, constituindo-se em uma forma de comunicação. Comunicar-se é colocar-se a partir de uma linguagem que nos remete à constituição individual de cada pessoa que reflete nossa visão de mundo. Assim, estar em contato com o outro nesse espaço de interação é se aproximar do modo como esse outro constitui seu próprio mundo, social e afetivamente.

Era preciso olhar, e a seguinte pergunta se colocava: como olhar?

Olhar o outro e também se olhar. Nesse processo, Sarti (1998a) sintetiza o que Da Matta (1978) colocou como necessário ao trabalho do etnólogo, o duplo movimento de estranhamento e familiaridade, num trabalho artesanal e paciente:

(...) transformar em ‘estranho’ aquilo que nós é ‘familiar’, ou seja, nossos procedimentos habituais, nossos costumes e nossos valores; e transformar em ‘familiar’, em algo inteligível e aceitável para nossos códigos culturais, aquilo que parecia ‘estranho’ à primeira vista. (p.9).

Nesse encontro, em que não há pressa, é preciso colocar-se no lugar do outro, e isso somente será possível se nos estranharmos em relação a nós mesmos, ao que somos, ao que acreditamos e fazemos, para transformar “o que aparece como natural em cultural” (idem, p. 10).

Posteriormente, identificou-se que o processo de estranhamento se iniciou com a mudança de responsável (*gerente*) pela unidade, tendo como momento marcante a

reunião geral na qual a pesquisadora apresentou a proposta da pesquisa para os profissionais da unidade.

O ambiente onde aconteceu a reunião era *familiar*: a mesma sala de reunião geral na qual a pesquisadora havia estado inúmeras vezes; outro ponto de familiaridade era o reencontro com várias profissionais com os quais havia trabalhado anteriormente. Havia vários profissionais desconhecidos, mas até aquele momento isto não era uma interferência.

Até que a reunião fosse iniciada a pesquisadora tinha uma expectativa positiva em relação ao anúncio da pesquisa; finalmente iria poder começar o trabalho de campo. No entanto, no desenrolar da reunião algo aconteceu. A princípio, o conteúdo discutido foi semelhante ao encontrado em outras que a pesquisadora já havia participando quando trabalhou no PSF: necessidade do cumprimento das “metas de atendimento”; discussão sobre as metas de cobertura, por exemplo, da realização de exames de prevenção de câncer em mulheres; a relação da comunidade com a UBS, etc.

A princípio, o que parecia incomodar a pesquisadora era o estilo formal e diretivo do novo gerente, ou seja, diferente da relação de proximidade que havia com a gerente anterior. Mas, o incomodo geral, ainda que incompreendido, era um sinal importante. Assim, foram registradas várias páginas de diário de campo do dia desta reunião, que posteriormente, lidas, relidas e analisadas, pareciam revelar o que havia acontecido ali: o incomodo da pesquisadora foi justamente a mudança que estava oficializada de antiga trabalhadora de saúde mental para pesquisadora. Na realidade, o estranhamento era consigo.

Esse estranhamento colocava a pesquisadora, mais ainda, diante de novas questões: de questionar a sensação de “verdade” do (re)vivido naquela reunião, e em outros momentos que se sucederam. Como lidar com os *entraves* que deveriam ser atravessados para que se instaurasse o necessário distanciamento para que a atividade de pesquisa se desenvolvesse? Sim, essa seria a questão metodológica e um dos passos dos procedimentos: atravessar os entraves.

Posteriormente, no processo de elaboração e análise dos dados, a pesquisadora deu-se conta de que aquele momento e, posteriormente, as elaborações, foram marcos de um sentimento de não pertencimento àquela realidade que, de fato, não era mais a

mesma de antes. O movimento de distanciamento levou a um misto de familiaridade e estranhamento que permaneceu nesse processo, ora alternando-se, ora imbricando-se.

Nesse sentido, a partir de algumas reflexões sobre o lugar do pesquisador no campo da antropologia e das ciências sociais, foi possível construir um olhar crítico em relação ao lugar privilegiado da pesquisadora nesse campo. Admite-se que se faça necessária uma distância mínima entre o pesquisador e seu objeto de estudo para alcançar condições de objetividade no processo de produção de conhecimento (Velho, 1978). A instauração dessa distância mínima ocorre de modo diferenciado quando se trata de uma pesquisa de campo numa sociedade tribal, ou quando se trata de uma pesquisa dentro da nossa própria sociedade.

Esse processo de tornar estranho o que nos é familiar é muito complexo. Trata-se de um processo permanente de deslocamentos de percepções. Além das questões acima, Duarte (1998) aponta para as dificuldades de se estudar as noções de uma cultura na qual se está imerso. Sendo assim, a ‘relativização’ e ‘desnaturalização’ das nossas práticas habituais (Sarti, 1998a) implica uma distância em relação ao vivido anteriormente, em algum momento creditado como “verdade”, como visão de mundo.

A sensação de familiaridade foi acompanhada, quase sempre e de maneira cada vez mais aguda, pela sensação de estranhamento; no entanto, após este processo, mesmo não sendo possível voltar a ser o que se era antes (idem), familiaridade e estranhamento alternavam-se repetidamente.

Foi necessário passar por vários momentos de encontro, (re) encontro para ir se estabelecendo um processo de conhecer o campo da pesquisa. Assim, foi necessário lidar com um grupo de trabalhadores e ex-pacientes que atribuíam à pesquisadora uma credibilidade referida à experiência anterior. Isso poderia ser considerado como um fator de *bias*, e como tal foi tratada essa informação e conduzida à reflexão e às tentativas de elaboração desse processo.

Retomando Becker (1977) o autor entende que no campo da pesquisa pode se estabelecer algum tipo de relação, hierárquica ou não, de credibilidade ou não, de confiança ou não. Ele aponta que o mais importante é mapear essas relações e buscar interpretar o que elas podem apontar como dados coletados no campo no que diz respeito ao funcionamento do grupo e da temática em estudo. Na presente pesquisa, o que se constatou foi que os profissionais que tinham uma relação anterior com a

pesquisadora revelaram diversos aspectos do trabalho e opiniões sobre o tema estudado; mas, o mesmo também aconteceu com outros profissionais com os quais a pesquisadora não havia estabelecido relação anterior de trabalho. Houve a recusa de uma trabalhadora que não quis participar da pesquisa e tampouco se justificou.

Identificada estas singularidades do campo, deu-se continuidade da realização de diários de campo detalhados, contendo as descrições das cenas, das situações vivenciadas, reflexões, impressões, afetos, paisagens, lembranças, etc. Pois, essa característica do campo de pesquisa - num campo *familiar* - deu ao trabalho de investigação um lugar particular, implicando um distanciamento necessário para estranhar o familiar e para transformar o estranhado em conhecimento. O que num primeiro momento parecia entrave facilitou e tornou possível a entrada no campo e permitiu à pesquisadora uma aproximação singular com situações complexas de sofrimento e com os sujeitos e questões que estudou.

O local e o contexto da pesquisa

“Vocês são do INPS?” Essa foi uma pergunta de uma paciente acompanhada pelo Programa de Saúde da Família quando realizávamos uma visita domiciliar. As visitas domiciliares eram compulsórias. Embora nomeadas de “visitas” os profissionais da saúde da família não haviam sido convidados (Franco e Merhy, 2003). Apesar da “ausência” do convite, as “lições” sobre cidadania, direito universal à saúde e outros temas transbordavam naquele cotidiano. Aquela senhora que nos perguntou se éramos do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) provavelmente apreendeu a partir de sua história de vida e cotidiano que a saúde seria um privilégio de quem tivesse “carteira profissional assinada”. Os outros, inclusive ela, se recebessem alguma assistência de saúde provavelmente seria por força de algum “milagre” e, portanto uma caridade por parte de quem o fizesse. Assim, naquela região periférica do município de São Paulo, na maioria das casas éramos muito bem recebidos pelos moradores atendidos pelo Programa de Saúde da Família (PSF).

A distância que separa o INPS do PSF nos remete à necessária reflexão sobre o tempo das transformações sociais e simbólicas das políticas em saúde, suas práticas e produção dos modos de cuidado para os diferentes atores desse processo. Remete à questão de que as pessoas – nomeadas de *sujeitos*, *cidadãos*, *usuários* dos serviços de

saúde ou *atores* sociais – constroem representações e práticas sobre saúde, adoecimento, cuidado e políticas públicas.

O local onde esta pesquisa foi realizada, a Unidade Básica de Saúde (UBS) Iguaçu, localizada em Sapopemba, bairro periférico do município de São Paulo, tem uma expressiva aceitação da estratégia saúde da família. Este local está sendo considerado como espaço humano constituído como fato histórico e, nesta perspectiva, constitutivamente social; um lugar que compreende uma realidade espacial na qual se desenvolve uma sociedade, que constituiu “(...) um sistema indissociável de objetos, naturais ou fabricados, e de sistemas de ações, deliberadas ou não” (Santos, 2005, p.146).

Este local no qual foi realizada esta pesquisa e por onde transitaram a pesquisadora e os sujeitos da investigação, será contextualizado, a seguir, no nível macro, intermediário e no nível particular do território da UBS.

A Reforma Sanitária e Atenção Básica (Estratégia Saúde da Família)

Antes da Constituição Brasileira de 1988 a saúde não era um direito universal (Brasil, 1988). A assistência pública de saúde era ofertada aos cidadãos que estavam inseridos no mercado formal de trabalho e, portanto, tinham “carteira assinada”. Aqueles que não se inseriam na relação de contribuição previdenciária com a Previdência Social, ou com as caixas de pensões, contavam com a assistência em saúde de instituições de caridade ou filantrópicas, principalmente as Santas Casas de Misericórdia. Apenas a inserção formal no mercado de trabalho garantia a assistência pública em saúde para os brasileiros.

O antigo Instituto Nacional de Previdência Social, INPS, comprava serviços médicos privados individuais para atender aos trabalhadores contribuintes, prestando a assistência à saúde por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (Pugin e Nascimento, 1999; Cohn, 2008). Alguns trabalhadores de alguns segmentos realizavam contribuições, também obrigatórias, para as “caixas de pensões” que viabilizam atendimentos exclusivamente aos empregados vinculados a elas (Pugin e Nascimento, 1999).

Nesta época, cabia ao Ministério da Saúde o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária, tais como vacinação e controle de doenças endêmicas, que eram

desenvolvidas de modo universal sem que houvesse distinção entre população previdenciária e não-previdenciária (Souza, 2002).

Dessa forma, o modelo assistencial oferecido, tanto para o cidadão com vínculo previdenciário quanto para o cidadão que estivesse fora do mercado formal de trabalho, era baseado principalmente numa assistência médico-hospitalar (idem).

O processo da Reforma Sanitária brasileira foi fundamental para que se conquistasse o direito universal à saúde na Constituição Brasileira de 1988 e para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990. Com isso, teve início uma profunda mudança no modelo assistencial referenciada por uma concepção de saúde e doença compreendidas como socialmente determinados (Teixeira, 2009; Cohn, 2009). Assim, propunha-se uma reflexão sobre a saúde ou doença como fato social, político e econômico, e a consequente mudança dos modelos assistenciais e das práticas de saúde (Paim, 2008). A assistência à saúde passou a ser elaborada num contexto de proteção social, gradualmente atrelada a outras políticas de Estado (Teixeira, 2009).

Dentro deste contexto, e para dar início às necessárias mudanças na assistência à saúde e dar concretude ao direito universal à saúde, em 1990 por meio da Lei No. 8080 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS). Posteriormente foram publicadas várias portarias de regulamentação da implantação do SUS, sendo que uma das últimas foi publicada em 2011, sob o nº. 7508, dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa com o objetivo de regulamentar a Lei nº. 8080.

O SUS foi proposto como um modelo de saúde que deve ser organizado de forma descentralizada, regionalizada, hierarquizada e integrada, tendo por princípios e diretrizes a universalização, a equidade, a integralidade e a gestão democrática, princípios que foram adotados pela Atenção Básica e pela Saúde da Família (Souza, 2002).

A partir de 1991, tiveram início as primeiras experiências do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) nas regiões mais pobres do país. Em 1993, foi idealizado o Programa de Saúde da Família (PSF), que foi oficializado em 1994 tendo o início de sua expansão nacional em 1995 (Silva e Dalmaso, 2002).

Nessa época, iniciava-se a implantação do PSF em grandes centros urbanos. Até então, as experiências anteriores haviam sido em áreas rurais com baixa densidade

demográfica e problemas de saúde relacionados à alta taxa de mortalidade materno-infantil (Silva e Dalmaso, 2002). Segundo Capistrano (1999), a implantação da Saúde da Família em grandes centros urbanos, até então, estava sendo realizada apenas em Niterói (RJ).

Em 1994, o Ministério da Saúde resolveu adotar a Saúde da Família como o ordenador da rede de assistência à saúde (Andrade, Barreto e Bezerra, 2006). Além disso, essa expansão também se relacionava com a agenda da Reforma Sanitária do Banco Mundial, cuja prioridade seria a expansão da cobertura de serviços básicos de saúde (Lima, 1996).

Segundo o Ministério da Saúde, o PSF deveria ser operacionalizado a partir dos seguintes princípios: atenção centrada na família, na vigilância à saúde e no trabalho da equipe multiprofissional (Santana e Carmagnani, 2001). Ainda, segundo a proposta do Ministério da Saúde, com o PSF deveria se estabelecer:

(...) uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Tal relação, baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade, associada à não aceitação do refúgio da assistência no positivismo biológico, requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe. Assim, fazem-se necessárias mudanças profissionais significativas nas abordagens individual, da família e da comunidade, para que ocorra, de fato, a efetiva implantação de um novo modelo de atenção à saúde. (Ministério da Saúde, 2000, p.9).

Em 28 de março de 2006 por meio da publicação da portaria No. 648/GM foi aprovada a Política Nacional da Atenção Básica, o que transformou o PSF em estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica passando então a ser denominada Estratégia Saúde da Família (ESF) (Brasil, 2006b; Ministério da Saúde, 2007a).

A ESF é operacionalizada a partir de Unidade Básica de Saúde na qual são alocadas as equipes de Saúde da Família, cada uma delas compostas por um médico de família, um enfermeiro, um ou dois técnicos de enfermagem e cinco a seis ACS. Cada UBS com ESF tem uma área geograficamente delimitada sob sua responsabilidade, chamada de área adscrita. Essa área é subdividida entre as equipes de Saúde da Família,

que realizam nova divisão, resultando numa microárea sob a responsabilidade de um ACS (Ministério da Saúde, 2000).

A princípio, o PSF/ESF foi fortemente criticado como um “programa pobre” para “pobres” devido à associação com a agenda do Banco Mundial que propunha uma cobertura universal de saúde para a população, porém com um pacote mínimo. Tais orientações do Banco Mundial estavam dirigidas aos países em desenvolvimento, aos de renda média, às ex-economias socialistas (Lima, 1996; Capistrano, 1999). Posteriormente, as críticas passaram a ser sobre o modelo assistencial, os limites e potencialidades da ESF (Santana e Carmagnani, 2001; Franco e Merhy, 2003; Bousquat, Cohn e Elias, 2006).

Em relação aos limites do modelo assistencial, em particular, Capistrano (1999) defendia que o PSF/ESF em grandes centros urbanos deveria contar com equipes de apoio, a exemplo do que se implantou no projeto *Qualis II* em São Paulo, com profissionais de saúde bucal, saúde mental e saúde da pessoa com deficiência.

A partir de 1998, no Brasil, foram sendo desenvolvidas diversas experiências de inclusão de equipe de Saúde Mental na Saúde da Família: Camaragibe (PE), Cabo do Santo Agostinho (PE), Vale do Jequitinhonha (MG), Sobral (CE) e Quixadá (CE). Posteriormente, após 2001, o Ministério da Saúde registrou outras experiências em Campina Grande (PB), Campinas (SP), Recife (PE), Aracaju (SE), Betim (MG), João Pessoa (PB) (Tófoli e Sandra, 2001; Lancetti, 2001; Ministério da Saúde, 2001a; Ministério da Saúde, 2005; Ministério da Saúde, 2007c).³⁴

Em março de 2001 o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas Públicas de Saúde e a Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria de Assistência a Saúde realizaram uma oficina de trabalho onde foram apresentadas as experiências de articulação de Saúde Mental e Saúde da Família que estavam em curso (Ministério da Saúde, 2001a). Naquele mesmo ano, na III Conferência Nacional de Saúde Mental, o assunto também foi debatido (Ministério da Saúde, 2001c; Ministério da Saúde, 2002b). Nos anos seguintes, 2002 e 2003, o Ministério da Saúde promoveu novos debates acerca do assunto (Ministério da Saúde, 2002a; Ministério da Saúde, 2003a).

³⁴ Em 2001 a experiência da equipe volante de saúde mental do *Qualis II* foi premiada como “Experiência exitosa” na III Conferência Nacional de Saúde Mental (Souza, 2001).

Nesse período, o debate estava centrado menos no modelo de como se daria a articulação entre Saúde Mental e Saúde da Família; e mais se seria mesmo necessário ter equipes de Saúde Mental no PSF/ESF.

Em 2004, o Ministério da Saúde (2004d), no primeiro manual sobre CAPS, publicou um anexo intitulado: “Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários”, que propunha “apoio matricial de saúde mental na Atenção Básica”. Justificou-se tal proposta a partir de dados epidemiológicos de transtornos mentais na sociedade, pelo fato de boa parte das pessoas com transtorno mental leve estarem sendo atendidas pela Atenção Básica, e porque as equipes de Saúde da Família não conseguiriam dar conta, sozinhas, dessa tarefa.

A responsabilidade pelos casos de saúde mental deveria ser compartilhada entre as equipes de Saúde da Família e de saúde mental, e tal proposta excluía a lógica do ‘simples’ encaminhamento. No mesmo documento foi apresentada uma definição de apoio matricial como sendo:

um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da Atenção Básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos. (Ministério da Saúde, 2004d, p.80).

Em janeiro de 2008 foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família com o objetivo:

(...) de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. (Brasil, 2008, p.1).

Na portaria ministerial, que criou o NASF, estão especificadas quais categorias profissionais podem ser incluídas na equipe de apoio matricial, sendo que a escolha será feita pelo gestor local, segundo as especificidades de cada território da ESF. As categorias profissionais podem ser escolhidas dentre as seguintes: médico acupunturista;

assistente social; profissional da educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; e terapeuta ocupacional.

Em paralelo a esse processo de expansão da ESF e do surgimento de diferentes experiências de saúde mental na Saúde da Família, desenvolviam-se em Campinas experiências de saúde mental na Atenção Básica e eram elaboradas, principalmente a partir das ideias de Gastão de Campos Wagner, o embasamento teórico da proposta do matriciamento. O autor parte da problematização dos modos de produção do cuidado em saúde, afirmando que se deveria romper com a lógica taylorista, sendo que para a realização do matriciamento, deveria ser organizado um novo modo de arranjo do trabalho que levasse em consideração as lógicas intersubjetivas que envolvem o trabalhador e o usuário do serviço, construindo modos de cogestão do cuidado. Assim, para realização do apoio matricial, o autor propõe que se defina a lógica de trabalho, que implicaria em mudanças no estilo de gestão do serviço, nas relações de trabalho e produção de saúde (Campos, 1998, 1999, 2000a, 2000b, 2007 e 2010).

Na proposta de Campos (1999), haveria a equipe de referência do caso, que poderia ser uma equipe de saúde da Atenção Básica, ou uma equipe que se organiza em torno de um caso, que se responsabiliza pelo acompanhamento longitudinal do usuário. E haveria os profissionais apoiadores que faziam o apoio matricial. Para o autor:

O apoiador matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde pelo caso. O apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores (Campos, 2007, p.401).

Desenvolveu-se também uma distinção entre o apoiador matricial e o apoiador institucional, sendo que essa última seria uma função de apoio, porém desempenhada junto às unidades de saúde de determinado território para acompanhar o desenvolvimento das ações de apoio matricial da equipe de matriciamento (Campos, 2003; Cunha e Campos, 2011).

A proposta do matriciamento, bem como seus objetivos intrínsecos, tais como a constituição de equipe de referência, o desenvolvimento da clínica ampliada,

constituição do projeto terapêutico singular, a implantação do prontuário transdisciplinar, bem como o próprio apoio matricial foram incorporados à proposta da Política Nacional de Humanização do SUS, HumanizaSUS (Ministério da Saúde, 2004a; Ministério da Saúde, 2004b; Ministério da Saúde, 2004c).

Em julho de 2012 havia 1783 NASF implantados no país.³⁵ Desde o início de implantação do NASF o Ministério da Saúde tem publicado materiais sobre a saúde mental na atenção básica (Chiaverini, 2011; Ministério da Saúde, 2013).

Em relação à articulação, entre saúde mental e atenção básica, os autores Athié, Fortes e Delgado (2013) realizaram uma revisão crítica da bibliografia sobre matriciamento em saúde mental na Atenção Primária em artigos publicados no Brasil, no período de 2000 a 2010, e analisaram três perspectivas: articulação do ponto de vista dos especialistas de saúde mental; a articulação do ponto de vista da atenção primária (não especialista saúde mental), e a visão a partir da relação entre especialistas e não especialistas. Os autores encontraram uma diferença de perspectiva nos estudos quando se trata da análise dos especialistas de saúde mental, ou quando os estudos foram realizados a partir da perspectiva da Atenção Primária. No primeiro caso, dos especialistas em saúde mental, os enfoques dos estudos foram os aspectos políticos, históricos, dos recursos estruturais e humanos da rede, e de avaliação; no segundo caso, os estudos foram focados na compreensão dos aspectos clínicos, de diagnóstico e tratamento, e capacitação para os profissionais. No terceiro grupo dos artigos analisados foram estudos descritivos do cenário de relação entre matriciador e matriciado em contextos locais. A revisão dos artigos aponta a diferença de perspectiva entre os atores, sendo que os aspectos da Reforma Psiquiátrica ainda estão distantes da realidade da Atenção Primária e, nesta última, parece prevalecer a perspectiva focada na clínica, no diagnóstico e na terapêutica farmacológica.

As discussões sobre as potencialidades e limites do NASF permanecem, bem como a análise da inserção de equipes de Saúde Mental apoiando equipes de Saúde da Família (Figueiredo, 2006; Franco, 2006; Nascimento, 2007; Coimbra, 2007; Sousa, 2007; Cunha e Campos, 2011; Silva, 2012a).

³⁵ Fonte: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/07/cresce-o-numero-de-equipes-que-atuam-na-atencao-basica-de-saude>> Acesso em: 20 ago. 2014.

A Reforma Psiquiátrica e Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo

Conforme mencionado, o PSF teve início em São Paulo a partir de 1995 sob a gestão do Governo do Estado em parceria com organizações sociais sem fins lucrativos. Mas foi somente em 2001, na gestão de Marta Suplicy (2001-2004), que o município de São Paulo assumiu a ESF como ordenador da atenção básica, desencadeando o processo de municipalização de toda rede de serviços que deveria estar sob a responsabilidade do município. Sendo assim, neste período, deu-se a municipalização das unidades do *Qualis I e II*, que estavam sob a gestão do governo do Estado e passaram, então, para a gestão do governo municipal. Naquela época, para a ampliação da ESF no município deu-se continuidade ao modelo de convênio com organizações sociais sem fins lucrativos, que assumiam responsabilidades que poderiam ir desde a contratação de profissionais até atividades de capacitação, treinamento, coordenação e supervisão das equipes de saúde da família (Bousquat, Cohn e Elias, 2006).

Segundo informação disponível no site da Prefeitura Municipal de São Paulo, em 2010 havia 1196 equipes de Saúde da Família em 256 UBS, o que resultava numa cobertura de 43,3% do território (Secretária Municipal de Saúde, s/d).

Desde aquela época, até os dias atuais, a expansão dos serviços de saúde no município de São Paulo tem seguido a lógica do estabelecimento de parcerias com organizações sociais sem fins lucrativos. A partir da aprovação da Lei Municipal No. 14.132, em 24 de janeiro de 2006, essas entidades precisam cumprir os critérios determinados nessa lei, para se qualificarem como “Organizações Sociais de Saúde” (OSS), podendo, então, estabelecer convênios com a Prefeitura Municipal de São Paulo (São Paulo, 2006).

Em relação à saúde mental, segundo Pitta-Hoissel (1984) em 1967 teve início a primeira experiência de introdução de atenção psiquiátrica em três Centros de Saúde do município de São Paulo. Em 1972, Luiz da Rocha Cerqueira, estando na Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo, estabeleceu convênio com o Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo e com a Faculdade de Enfermagem, com o objetivo de desenvolver modelos de atenção e formação de pessoal. Em 1984, a autora apontou que havia 19 centros de saúde - nossa atual UBS - na grande São Paulo que ofertavam alguma ação de saúde mental, com a presença de profissionais médicos psiquiatras, assistentes sociais e psicólogos. No município de São Paulo, havia também 18 postos de saúde com a presença de um psicólogo em cada unidade.

Sendo assim, foi no período de 1982 até aproximadamente 1986, por meio do Governo do Estado na gestão de Franco Montoro (1983-1986) que se retomou a implantação de serviços de saúde mental extra-hospitalares a partir da constituição dos ambulatórios e equipes de saúde mental em Centros de Saúde (Goldberg, 1996a; Goldberg, 1996b; Antunes, 1998).

Em setembro de 1986 foi iniciado o projeto do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira. Inaugurado em março de 1987, este serviço foi considerado o primeiro CAPS do país. Em relação a essa experiência, embora haja críticas - sendo uma delas o fato de ter se mantido como uma estrutura intermediária, entre a comunidade e o hospital psiquiátrico- foi a primeira tentativa de atenção à crise, num modelo aberto e comunitário de saúde mental, com intenções de substituição ao modelo manicomial, no contexto do município de São Paulo (Goldberg, 1996a; Aranha e Silva, 1997; Campos, 2000). Ana Maria Fernandes Pitta foi uma das articuladoras do projeto e sugeriu o nome CAPS. Naquele mesmo ano, ela havia estado em Manágua, Nicarágua, onde conheceu em plena revolução os centros comunitários de saúde mental chamados CAPS, que ofertavam cuidados às pessoas com problemas psiquiátricos por meio de líderes comunitários e profissionais (Pitta e Goldberg, 1996). Na época, essa experiência recebia apoio e infraestrutura da Cooperação Internacional Italiana, em especial de Benedetto Saraceno (Matias, 2006).

No nível municipal, a primeira tentativa de organização de uma rede de saúde mental ocorreu a partir de 1989, na gestão da prefeita Luiza Erundina (1989-1992), na época do Partido dos Trabalhadores (PT). Nesse período, foi implantada uma rede de cuidados em saúde mental composta pelos Hospitais-Dia (HD), Emergência de Saúde Mental em Prontos Socorros Gerais, Enfermarias Psiquiátricas em Hospitais Gerais Públicos, Centros de Convivência (CECCO), Centros de Referência de Saúde do Trabalhador e equipes multidisciplinares de saúde mental ³⁶ nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Em 1992, por exemplo, havia 129 equipes multidisciplinares em saúde mental nas UBS (Scarcelli, 1998; Lopes, 1999; Vieira, Vicentin e Fernandes, 1999).

A proposta era construir uma rede de cuidados em saúde mental que pudesse substituir a internação psiquiátrica oferecendo cuidados em todos os momentos que o paciente necessitasse, ou seja, desde o momento de crise – com a possibilidade de

³⁶ Desde 1989, estas ficaram conhecidas como “mini-equipes”.

internação breve na enfermaria ou frequência diária no HD – até a sua melhora e inserção no CECCO, seguimento nas UBS ou nos Ambulatórios de Saúde Mental.

A partir de 1995, com a implantação do PAS (Plano Assistencial à Saúde) no município, houve mudanças cruciais na proposta anterior, que resultou na descontinuidade da construção da rede de saúde mental. Os serviços de saúde mental sofreram um verdadeiro desmonte, pois os profissionais que não aderiram ao PAS (1995-2000) foram transferidos para outros equipamentos, ou mesmo para outras secretarias municipais. A construção da rede de saúde mental, como na proposta anterior, não foi colocada como possibilidade para a política pública de saúde mental (Oliver, 1998; Elias, 1999).

Em 2001, na gestão da prefeita Marta Suplicy (2001-2004), embora o PAS tenha sido extinto, e a expansão da ESF foi estabelecida como prioridade, e não foi apresentada proposta de construção de rede de saúde mental. Nesse sentido, havia uma crítica em relação ao único CAPS da cidade que não poderia se constituir como uma política pública, nem numa rede de atenção psicossocial para pessoas em situação de sofrimento (Schmidt, 2007).

Desde 2002 o Ministério Público Federal iniciou uma ação pública citando o Estado de São Paulo e o Município de São Paulo em relação à constatação da insuficiente rede de atendimento e tratamento em saúde mental. Os argumentos do Ministério Público foram pautados na Lei No. 10.216 que reordenou a assistência em saúde mental priorizando a atenção comunitária e tratando a internação em regime fechado como última opção, bem como, apresentou um levantamento detalhado dos serviços que havia no município. O processo tramitou ao longo dos anos, sendo que em 23 de maio de 2008, o Ministério Público determinou, a princípio, que fossem implantados, no prazo de 90 dias, 09 serviços residenciais terapêuticos, e 12 CAPS (Ministério Público, 2008).

Foi também neste período que a partir de julho de 2008 teve início o processo de implantação das equipes de NASF no município de São Paulo (Secretaria Municipal de Saúde, 2009). Em novembro de 2008 foram implantados cerca de 86 equipes de NASF no município por meio de parcerias com diversas Organizações Sociais de Saúde (OSS).

De fato, no período de 2005 a 2012 (José Serra e Gilberto Kassab), observou-se um crescimento no número de CAPS e de residências terapêuticas. Em 2004 havia 40

CAPS e até 2013 o número dobrou para 80 CAPS (Ministério Público, 2008; Secretaria Municipal de Saúde, ³⁷ s/d). Em abril de 2012 a Secretaria Municipal de Saúde publicou um documento intitulado “Instrumento normativo para monitoramento técnico administrativo e financeiro dos serviços de saúde mental no município de São Paulo” que tinha por finalidade apresentar quais eram as diretrizes técnicas de implantação dos serviços de saúde e, os instrumentos gerenciais para os gestores das OSS (Secretaria Municipal de Saúde, 2012).

Em junho de 2011 foi assinado o Decreto No. 7.508 (Brasil, 2011a) regulamentando a Lei No 8.080 de 19 de setembro de 1990 que havia criado o SUS, redirecionando sua organização que deve regular a assistência à saúde na lógica de “Redes de Atenção”. Nesse decreto são especificadas quais redes devem ser constituídas, sendo que uma delas é a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A RAPS deve ser constituída numa Região de Saúde ³⁸ que deve ter os seguintes pontos de atenção psicossocial (Brasil, 2011c):

- ✓ Atenção Básica em Saúde: Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Consultório na Rua, Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, Centros de Convivência e Cultura;
- ✓ Atenção Psicossocial Estratégica: Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades;
- ✓ Atenção de Urgência e Emergência: SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde;
- ✓ Atenção Residencial de Caráter Transitório: Unidade de Acolhimento, Serviço de Atenção em Regime Residencial;
- ✓ Atenção Hospitalar: Enfermaria especializada em Hospital Geral; 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
- ✓ Estratégias de Desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos; Programa de Volta para Casa;

³⁷ Fonte: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudemental/CAPS-Enderecos_2013-08.pdf> Acesso em: 21 ago. 2014.

³⁸ Numa Região de Saúde, a região deve conter, no mínimo, ações e serviços de: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde. O município de São Paulo, sozinho, constitui uma Região de Saúde (Brasil, 2011a).

- ✓Estratégias de Reabilitação Psicossocial: Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

Com a proposta da RAPS, o CAPS, na proposta da política pública, deixa de ser o centro da rede de saúde mental (Brasil, 2011c).

O município de São Paulo apresentou no ano de 2013 o “Documento da Rede de Atenção Psicossocial”, elaborado pelo Grupo Condutor Regional de Saúde Mental, que deverá orientar a implantação da rede de saúde mental no município (Secretaria Municipal de Saúde, s/d).

Na avaliação de Schmidt (2008), no município de São Paulo, foi somente na década de 1980 - com a criação dos ambulatórios pelo Governo do Estado e da rede de saúde mental organizada pela Prefeitura Municipal - que se constatou um efetivo interesse em construir uma rede de serviços de saúde mental. No campo da produção científica, as pesquisas sobre a política de saúde mental do município de São Paulo são sobre o período anterior a 1992 (Scarcelli, 1988; Oliver, 1998; Lopes, 1999). No entanto, sobre o mesmo tema, no período posterior a 1992 foram encontradas algumas menções em pesquisas sobre a política de saúde mental do estado de São Paulo, ou sobre o apoio matricial em saúde mental (Giodarno Junior, 1989; Antunes, 1998; Mângia, 2000; Cambraia, 2004; Kretzer e Rocha, 2008).

Disso depreende-se que os estudos sobre a política pública de saúde mental no município de São Paulo são relativos ao período da gestão de Luiza Erundina (1989-1992) em que os profissionais militantes da reforma psiquiátrica eram atuantes na construção da rede. E, o período posterior, em que houve desmonte dos serviços, em que muitos profissionais “migraram” da Secretaria de Saúde para outras secretarias por não aceitaram o PAS, é justamente o período em que praticamente não há pesquisas científicas sobre o tema.

Além dos poucos estudos, alguns outros fatores, certamente poderão afetar a memória e a reflexão sobre esse período, em que a própria gestão municipal disponibilizou poucos documentos, em que fosse apresentada a proposta da política de saúde mental do município.

A Unidade Básica de Saúde Iguaçu

A UBS Iguaçu está localizada em Sapopemba, bairro periférico da zona sudeste de São Paulo com uma extensão aproximada de 13.5 km² e com uma população aproximada de 283.727 habitantes (Observatório Cidadão Nossa São Paulo, 2011). Esse bairro está localizado na área administrativa da Subprefeitura Vila Prudente-Sapopemba fazendo divisa com o município de Santo André da Grande São Paulo. Vejamos a localização de Sapopemba no mapa abaixo da grande São Paulo (*Sapopemba está aproximadamente na área marcada com uma seta*):



Figura No. 1: Mapa de São Paulo (município).

Sapopemba, atualmente, pertence à região administrativa da Supervisão de Saúde Vila Prudente-Sapopemba em conjunto com os distritos de saúde São Lucas e Vila Prudente (São Paulo, 1992). No mapa a seguir, visualiza-se a localização de Sapopemba onde constam as Subprefeituras e Distritos de saúde do Município de São Paulo (São Paulo, 2002):



Figura No. 2: Mapa de São Paulo e subprefeituras (município).

Sapopemba é um lugar com características de um bairro dormitório: baixa atividade produtiva, grande número de imóveis residenciais e uma área significativa de residências em áreas de ocupação irregular (24,11% dos domicílios em favelas). O bairro foi oficialmente fundado em 1910. Em 26 de junho de 1985, foi elevado à condição de distrito, o que permitiu a instalação de zona eleitoral e cartório de registro civil na região (Kamisaki, 2010).

Por meio do trabalho do PSF, ao adentrar os territórios foi possível conhecer alguns aspectos de sua história. Em Sapopemba conhecemos pessoas, que chegaram ao bairro na década de 1970 e engajaram-se no movimento popular por melhora na moradia, educação e saúde. Constatamos que no bairro do Parque São Lucas e Jardim Guairacá, que fica ao lado de Sapopemba, havia uma presença marcante de descendentes de imigrantes italianos e portugueses. Nos bairros do distrito de Sapopemba observava-se que a maioria da população era de migrantes de várias regiões do Brasil, que vieram para São Paulo na década de 1970. Esse movimento migratório, característico desta época, provocou ocupações regulares e irregulares. Sapopemba, como outras áreas do município, passou por um processo de crescimento não planejado, afetando as áreas de saneamento básico, educação, emprego, saúde e outras (Bonduki, 2004).³⁹

Em Sapopemba, a taxa de mortalidade por causas externas em 2009 ficou em 38,3 mortes por cem mil, sendo este um índice acima do pior nível registrado entre os distritos do município de São Paulo (Observatório Cidadão Nossa São Paulo, 2011). Esses índices já foram piores e os diversos bairros de Sapopemba eram frequentemente mostrados em reportagens na mídia como um dos locais mais violentos de São Paulo.

Em agosto de 2005, a Secretaria de Segurança Pública conduziu no Jardim Elba – bairro de Sapopemba, próximo à UBS Iguaçu – a “Operação Saturação por Tropas Especiais” (Observatório das Violências Policiais - SP, 2005). Nessa operação, os policiais da Tropa de Choque acamparam numa praça por cerca de dois meses e realizaram prisões, apreensões e intervenções no comércio de drogas ilícitas (Secretaria de Segurança Pública, 2006).

³⁹ Sobre o assunto podem ser consultados alguns estudos: BONDUKI, Nabil Georges. **Origens da habitação social no Brasil. Arquitetura moderna, lei de inquilinato e difusões da casa própria.** São Paulo, Estação Liberdade/Fapesp, 1998. / BONDUKI, Nabil Georges; ROLNIK, Raquel. **Periferias: ocupação do espaço e reprodução da força de trabalho.** São Paulo, USP, 1978./ KOWARICK, Lúcio Felix. **A espoliação urbana.** Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1980.

O modo de operação da força policial era fortemente criticado pelos moradores e por organizações sociais locais tais como o CDHS (Centro de Defesa dos Direitos Humanos de Sapopemba) e o CEDECA (Centro de Defesa da Criança e Adolescente) de Sapopemba.

A seguir, uma foto do acampamento:



Figura No. 3: Acampamento da tropa de choque no bairro do Jardim Elba em Sapopemba.
Fonte: Observatório das Violências Policiais (2005).

As consequências dessas operações policiais repercutiram também nos serviços de saúde da região, bem como nos profissionais. A pesquisadora deste projeto vivenciou algumas situações de abordagem policial. Numa delas, a equipe de Saúde da Família e a pesquisadora estavam reunidos na capela da comunidade que ficava ao lado da UBS Parque Santa Madalena quando ouviram tiros - essa UBS fica num bairro vizinho à UBS Iguaçu. Depois que todos se juntaram num canto da capela, soube-se que policiais adentraram aquele beco, em torno das três horas da tarde, atirando, à procura de criminosos. O espanto era que tudo aquilo havia acontecido justamente no horário em que as crianças estavam saindo da escola. Naquela tarde, a equipe de saúde ficou trancada na capela, aguardando liberação para sair.

Outra situação ocorreu no dia 18 de maio de 2006, uma quinta-feira pela manhã: à época da *onda de ataques do PCC* (Primeiro Comando da Capital) à cidade de São Paulo, a pesquisadora havia saído com uma ACS para fazer uma visita domiciliar. Quando estavam no portão da casa da "paciente" batendo palmas, como é o hábito local, começaram a descer rua abaixo dezenas de viaturas policiais e carros de imprensa. Os policiais passavam de carro mostrando do lado de fora da janela armas empunhadas;

começaram a chegar também helicópteros. A ACS e a pesquisadora desceram para a UBS para saber o que estava acontecendo: esse foi o único dia, durante o período em que a pesquisadora ali trabalhara, em que a UBS fechou as portas antes do meio dia. Aquela entrada da polícia na favela era uma reação aos ataques do PCC.

Depois deste dia, houve inúmeras solicitações de atendimento em saúde mental: eram pessoas que tiveram as casas *invadidas* e ficaram com medo, crianças que haviam presenciado a entrada policial na favela, entre outras situações.

No cotidiano, essas e outras situações foram vivenciadas de forma intensa na UBS: havia lugares onde o “tráfico local” proibiu a entrada do Serviço de atendimento médico à urgência (SAMU) para atender pessoas em surto psicótico, por exemplo, nos lugares onde se realizavam as consultas em saúde ao lado de pontos do tráfico etc.

Esta proximidade com a violência marcou a experiência de atendimento em saúde no território de Sapopemba, e na UBS Iguaçu.

Nessa mesma unidade, a Equipe de Saúde Mental era frequentemente chamada para atender pessoas em situações de pobreza, desemprego ou subemprego, morando em casas em situação de risco de desabamento, “sujas” ou “bagunçadas”, nas quais acabava por encontrar, na mesma unidade doméstica ou na mesma família, alguém *deprimido, psicótico, usuário de álcool, com ideação suicida*, entre outros diagnósticos.

A UBS Iguaçu iniciou suas atividades no ano de 1999 com o PSF. Ou seja, não era uma unidade de saúde que se transformou em Saúde da Família. Constituiu-se já nessa estratégia. Logo em seguida à sua implantação, contava com as equipes de apoio: saúde mental e saúde bucal. A equipe de saúde da pessoa com deficiência – ou reabilitação, como era mais conhecida no dia a dia – iniciou suas atividades de apoio em 2000 (Kretzer e Rocha, 2008).

Assim, à época, na área onde foi criada a UBS Iguaçu, como em outras áreas da região sudeste do município de São Paulo, a implantação do então Programa Saúde da Família era novidade. Segundo Capistrano (1999), o *sucesso* da implantação do PSF-*Qualis* na região de Itaquera animava os moradores a reivindicarem para sua região o mesmo tipo de programa.

Em relação a essa mobilização, uma antiga profissional da UBS Iguaçu e também antiga moradora do bairro, relatava que aquela UBS fora uma conquista alcançada por meio de uma longa luta da comunidade.

Na época, aconteceram reuniões com as lideranças comunitárias e com a população para se decidir onde seria construída a nova unidade até chegarem ao consenso de que seria ao lado da “Favela da Ilha ⁴⁰”: o muro de trás da unidade fica imediatamente ao lado dessa favela e de um curso d’água, que é ladeado por várias construções de madeira e/ou alvenaria no estilo palafita, ou seja, com as colunas de madeira e/ou alvenaria fixadas à beirada do curso. Este mesmo curso d’água, onde se despeja o esgoto doméstico, em épocas de chuva intensa, sofreu vários transbordamentos, alagando inclusive uma creche municipal localizada ao lado da UBS Iguazu. Algumas fotos do local:



Figura no. 4: Curso d’ água e moradias nas proximidades da UBS Iguazu. Créditos: fotos tiradas em 2006 por profissionais de uma das Equipes de Saúde da família da UBS Iguazu.

⁴⁰ Essa é a denominação utilizada pelos moradores do bairro, bem como pelos trabalhadores da UBS.



Figura no. 5: Curso d' água e moradias nas proximidades da UBS Iguaçú.
Créditos: fotos tiradas em 2006 por profissionais de uma das Equipes de Saúde da família da UBS Iguaçú.

Alguns profissionais, que estavam na unidade desde o início, contavam que para construir o novo prédio eles ficaram atendendo durante algum tempo num espaço alugado, em cima de uma padaria próxima ao local onde estava sendo construída a UBS. Outros profissionais lembravam deste tempo de improvisação.

Ainda sobre a construção, alguns profissionais, principalmente os ACS, relatavam que embaixo da UBS Iguaçú, à época da construção da nova unidade, havia sido enterrada uma *cabeça de boi*. Relacionavam isso ao trabalho árduo e difícil que era a tarefa de se trabalhar naquela unidade.

Relatavam, por exemplo, que assim que a unidade de saúde foi inaugurada, logo cedo a população fazia filas imensas em torno da UBS Iguaçú, com o objetivo de "passar em consulta médica". A população achava que as enfermeiras eram pediatras que haviam chegado para atender as crianças. No início, a população não queria "passar em consulta" com a enfermeira, apenas com o médico. A partir desse discurso, é possível constatar que a expectativa da população, principalmente no início das atividades da unidade, era a de conseguir consulta médica. Ou seja, cuidar da saúde ou da doença era ser atendido em consulta médica.

Em relação à demanda de saúde mental, na UBS Iguaçú, no ano de 2005 foi realizado um levantamento do número de casos de famílias cadastradas no programa de Saúde Mental. O registro dos casos era feito de maneira a discriminar o número de famílias em "atendimento direto" pelas equipes de Saúde da Família e de Saúde Mental;

o número de famílias em “discussão de caso” e em acompanhamento somente pela Equipe de Saúde da Família; o número de famílias que tiveram “alta” e o número total, conforme quadro abaixo:

Tabela No. 2 –UBS Iguaçu (2005) - Famílias Cadastradas no Programa de Saúde Mental

Equipe de Saúde da Família	Atendimento direto	Discussão de caso	Alta	Total
<i>Equipe I</i>	68	155	35	258
<i>Equipe II</i>	128	26	6	160
<i>Equipe III</i>	67	50	23	140
<i>Equipe IV</i>	65	54	15	134
	328	285	79	692

Fonte: Material sistematizado pela Equipe de Saúde Mental (2005).

À época, havia 328 famílias em acompanhamento direto, ou seja, em acompanhamento com as Equipes de Saúde Mental e Saúde da Família. Esse acompanhamento se dava por meio de consultas em conjunto, visitas domiciliares com a realização de “reunião familiar”, inserção em atividades na UBS e/ou na comunidade e articulação com os diversos atores da rede social e de suporte do paciente e de sua família.

Havia, também, nesse período, 285 famílias em discussão de caso. Nesse número estavam incluídas as situações que foram discutidas, entre Saúde Mental e Saúde da Família, e para as quais não houve nenhum atendimento com a Equipe de Saúde Mental; ou situações em que houve atendimentos e que depois não foram mais necessários. Em relação a essa última situação, o caso poderia continuar na situação de “discussão de caso”, se a equipe de Saúde da Família ainda necessitasse de algum auxílio para continuar o acompanhamento.

Os números relativos à alta, em geral, diziam respeito aos casos em que a Equipe de Saúde da Família não necessitava mais de auxílio para acompanhar as questões de saúde mental; a situação de sofrimento era transitória e houve melhora da condição geral do paciente; houve mudança de endereço; ou houve óbito. De qualquer forma, em 2005, sete anos depois de iniciado o programa de saúde mental, 692 famílias já haviam sido discutidas em conjunto pelas equipes de Saúde da Família e de Saúde Mental.

Ao longo de quase nove anos, a autora desta pesquisa atuou como técnica de referência de várias Equipes de Saúde da Família em pelo menos seis UBS da região de Sapopemba e Vila Prudente. No período de abril de 2000 até novembro de 2008 atuou como técnica de saúde mental nas UBS Iguaçu, UBS Parque Santa Madalena, UBS Vila Renato, UBS Pastoral, UBS Reunidas I, UBS Guairacá e UBS Pq. São Lucas.

Nesse período, foram realizadas diversas atividades de capacitação com os ACS, reuniões sistemáticas de *discussão de caso de saúde mental* e atendimentos conjuntos, entre profissionais da Saúde Mental e Saúde da Família. As equipes puderam contar com o programa de saúde mental até novembro de 2008, sendo, portanto um período relativamente longo, de trabalho conjunto entre a Saúde Mental e Saúde da Família. Durante esse período, quase sempre houve a participação de médico psiquiatra na equipe de saúde mental que participava das reuniões com a equipe de Saúde da Família, e no atendimento aos pacientes, em conjunto ou não com as equipes de Saúde da Família.

A UBS Iguaçu, em relação as outras UBS da região, onde também atuava a equipe de saúde mental, sempre se destacou por apresentar um grande número de pessoas em situação de sofrimento que necessitavam de cuidados em saúde mental. Além disso, havia ACS que solicitavam atendimento para si, ou para algum familiar, e eventualmente, também algum profissional de nível técnico solicitava atendimento de saúde mental.

A equipe de saúde sempre atuou em conjunto com a gerência da unidade, auxiliando no processo de trabalho institucional, principalmente quando havia situações que mobilizavam toda a unidade em relação às dificuldades das equipes de Saúde da Família no acompanhamento dos pacientes, mesmo quando não se tratava de casos de *saúde mental*.

Na tabela abaixo é possível visualizar o período em que a pesquisadora ficou na UBS Iguaçu:

Tabela No. 3 - Série histórica da equipe de saúde mental na UBS Iguazu: profissionais de referências para as equipes de saúde da família no período de 1999 até 2008 (2009).

Ano	Equipe 1	Equipe 2	Equipe 3	Equipe 4	Equipe 5	Equipe 6
1999-2002	Equipe volante	Equipe volante	Equipe volante	Equipe volante	-	-
2002	<i>Pesquisadora e Psicóloga</i>	Psiquiatra e Psicóloga	Psicóloga e <i>Pesquisadora</i>	Psicóloga e <i>Pesquisadora</i>	-	-
2003	<i>Pesquisadora</i>	Psiquiatra	Psicóloga	Psicóloga	-	-
2004	<i>Pesquisadora</i> Psiquiatra	<i>Pesquisadora</i> Psiquiatra	<i>Pesquisadora</i> Psiquiatra	<i>Pesquisadora</i> Psiquiatra	-	-
2005	<i>Pesquisadora</i> Psiquiatra	<i>Pesquisadora</i> Psiquiatra	<i>Pesquisadora</i> Psiquiatra	<i>Pesquisadora</i> Psiquiatra	<i>Pesquisadora</i> Psiquiatra	<i>Pesquisadora</i> Psiquiatra
2006	<i>Pesquisadora</i> Psiquiatra	Psiquiatra e Psicóloga	<i>Pesquisadora</i> Psiquiatra	Psiquiatra e Psicóloga	<i>Pesquisadora</i> Psiquiatra	Psiquiatra e Psicóloga
2007	<i>Pesquisadora</i> Psiquiatra	Psiquiatra e Psicóloga	<i>Pesquisadora</i> Psiquiatra	Psiquiatra e Psicóloga	<i>Pesquisadora</i> Psiquiatra	Psiquiatra e Psicóloga
2008	<i>Pesquisadora</i> Psiquiatra	Psiquiatra e Psicóloga	<i>Pesquisadora</i> Psiquiatra	Psicóloga e Psiquiatra	<i>Pesquisadora</i> Psiquiatra	Psiquiatra e Psicóloga

Fonte: Material sistematizado pela Equipe de Saúde Mental (2009).

Durante o período acima mencionado, a pesquisadora pôde trabalhar em conjunto com todas as equipes da UBS Iguazu e isso lhe permitiu fazer aproximações em quase toda a área atendida pela unidade.

Nas Equipes de Saúde da Família 5 e 6, a pesquisadora permaneceu pouco tempo como referência. Nas equipes de Saúde da Família 1 e 3, a pesquisadora permaneceu mais tempo como referência.

A implantação das Equipes de Saúde da Família 5 e 6, em 2005, aconteceu por dois motivos: um deles deve-se ao fato de haver uma parte do território entre três UBS da região que não era atendida por meio da ESF; o outro fator estava relacionado ao número excessivo de famílias acompanhadas por cada Equipe de Saúde da Família.

A ampliação de quatro para seis equipes de Saúde da Família na UBS Iguazu uniformizou o acesso à ESF naquela região e, por outro lado, permitiu, à época, que cada ACS se responsabilizasse por no máximo 200 famílias.⁴¹

⁴¹ O número máximo preconizado pelo Ministério da Saúde é de um ACS responsável por até 200 famílias. Antes da ampliação das equipes de Saúde da Família havia ACS com até 300 famílias.

Sendo assim, tanto pelo período em que a pesquisadora trabalhou nessa unidade, quanto pela expressividade da demanda de saúde mental, bem como pelas características do processo dos serviços de saúde desenvolvido nesse território, o estudo foi ali realizado.

Memória do trabalho anterior: trabalho de campo?

Ao longo do trabalho desenvolvido pela pesquisadora no PSF/ESF, foram guardados diversos registros. Não se tratava de diários de campo do ponto de vista metodológico, mas de memória escrita. Alguns dos registros estão datados e outros não, mas apesar da imprecisão de algumas datas, esses registros puderam auxiliar na reconstituição do trabalho desenvolvido naquele período. A seguir, será apresentada parte desse material que se relaciona ao trabalho desenvolvido na UBS Iguazu.

Em Sapopemba, nos idos de 1999, os serviços de saúde mental que havia na região eram: uma emergência psiquiátrica situada no Hospital Benedito Monte Negro (conhecido como Hospital IVA), um atendimento médico psiquiátrico que ficava numa UBS, atendimento de alguns profissionais de saúde mental, cerca de 3 ou 4, que ficavam no ambulatório de especialidades Sapopemba. À época, não havia CAPS, Hospital Dia de Saúde Mental, Centro de Convivência ou equipe mínima de saúde mental em qualquer das UBSs da região. Sendo assim, não trabalhávamos com critérios de inclusão/exclusão do paciente para o programa de Saúde Mental e acabávamos por acompanhar, de alguma maneira, boa parte da demanda de saúde mental apontada pela equipe de Saúde da Família.

Não havia lista de espera, nem agenda dos profissionais de saúde mental. O primeiro critério para o acompanhamento era a realização da discussão de caso que, a rigor, deveria acontecer nas reuniões de equipe, mas dependendo do caso, também ocorria em momentos informais. Assim, o trabalho era realizado a partir da demanda das equipes, segundo os casos que eles considerassem mais graves ou urgentes. Com frequência, as equipes levavam para discussão casos que não pareciam graves, principalmente depois que realizávamos os atendimentos; no entanto, compreendia-se fazer parte do trabalho da equipe de saúde mental lidar com as dificuldades dos profissionais independentemente do caso.

A frequência com que a equipe de Saúde Mental participava das reuniões das equipes de Saúde Mental era variável sendo no mínimo uma vez por mês. Além de participar dessas reuniões, os profissionais da Saúde Mental também participavam das reuniões gerais, com todos os profissionais da unidade, de reuniões do Conselho Gestor da UBS e de reuniões com a comunidade.

Fazia parte de nossas atividades participar de reuniões como o Fórum de Educação e Saúde de Sapopemba, o Fórum de Saúde Mental de Vila Prudente e Sapopemba, encontros com o Conselho Tutelar, Centros de Juventude/Espaço Gente Jovem e com o Centro de Defesa da Criança e do Adolescente (CEDECA). Dependendo de cada caso, eram também realizadas reuniões com creches e escolas, centros comunitários, instituições religiosas e outros equipamentos da rede de saúde, tais como, o Centro de Referência DST-AIDS, Hospital Municipal, ambulatório de especialidades etc. Sempre que possível, algum profissional da equipe de Saúde da Família também participava das reuniões, principalmente de discussões de caso.

Além das capacitações iniciais desenvolvidas com os ACS, como o sociodrama, foram desenvolvidas outras atividades de capacitação ao longo dos anos, com todos os profissionais das equipes. Em geral, os temas eram escolhidos a partir daquilo que a equipe de Saúde Mental considerava importante e dos pedidos das equipes de Saúde da Família. Os pedidos dos profissionais, em geral, relacionavam-se a algum caso de saúde mental que estivesse em atendimento ou a algum assunto que tivesse surgido em reunião de equipe. Às vezes, o tema surgia de um interesse em comum, entre saúde da família e saúde mental. Assim, na UBS Iguaçu, foram desenvolvidas capacitações sobre os seguintes temas: adolescência e grupalidade, desenvolvimento infantil, o lúdico e o brincar, depressão, drogas e redução de danos, atitudes básicas do ACS no trabalho com família, trabalhando com famílias, luta antimanicomial, a família que pensamos e a família que vivemos, terapia comunitária e saúde mental, violência intrafamiliar e sexual, atividade de auto cuidado, atitudes básicas em situações de emergência psiquiátrica, SUS, história da psiquiatria, o louco e a loucura, uso racional de psicofármacos e prevenção do suicídio na atenção primária.

Nessas capacitações eram utilizados diversos recursos como rodas de conversa, uso de linguagens expressivas (desenhos, colagens etc.), filmes e curta metragens, leitura de pequenos textos, slides, entre outros. Em algumas delas, trouxemos convidados para conversar sobre temas específicos.

Em 2004 foi iniciada uma discussão sobre “risco familiar”, com a proposta de implantar uma ficha de “avaliação de risco familiar”. Nas discussões realizadas com as equipes de Saúde da Família e Saúde Mental, buscava-se mapear os fatores de risco e os fatores de proteção, classificando as famílias em alto, médio e baixo risco. Recorda-se que essa discussão foi aberta devido ao grande número de pessoas e famílias que eram denominadas pelas equipes como sendo de “risco”. O objetivo do instrumento foi aprofundar a discussão, buscando elementos objetivos que pudessem auxiliar as equipes a priorizar as ações. Foi iniciado um processo que envolveu não apenas a gerência da unidade mas, todas as equipes de Saúde da Família da UBS Iguaçu e de outras do *Qualis II*.

Entre 2004 e 2005, equipes de saúde mental e reabilitação desenvolveram, em conjunto com as ACS, o projeto Brinquedoteca Iguaçu. Havia alguns anos, algumas UBS da região tinham recebido uma doação de brinquedos com o objetivo de montar brinquedotecas nas UBS. Naquele período, na região Sudeste do município, que incluía a UBS Iguaçu, havia reuniões com profissionais de diversos equipamentos da saúde, a fim de discutir a inserção de atividades lúdicas nas UBS, CAPS e setores de pediatria de hospitais gerais. Animados com essa proposta, passamos a fazer discussões com as ACS sobre a inclusão dessas ações na UBS, bem como reuniões com a comunidade. Uma terapeuta ocupacional da equipe de reabilitação teve importante papel nas discussões com a comunidade.⁴²

Os processos de discussões, tanto com a comunidade quanto com os ACS, faziam-nos compreender melhor o ponto de vista dos adultos em relação ao brincar e às crianças, o que nos auxiliou a construir a proposta da brinquedoteca em um processo coletivo que fizesse de sentido para todos. Durante aproximadamente um ano e pouco, a brinquedoteca funcionou na UBS Iguaçu, sendo que o mesmo espaço também era utilizado por profissionais da equipe de saúde mental e reabilitação (principalmente fonoaudiólogos) que realizavam o atendimento de crianças e suas famílias.

Eram constantes a demanda “escolar” e o pedido das famílias de avaliação de suas crianças “nervosas” e “agressivas”. Acabamos por desenvolver uma estratégia que consistia no seguinte: o caso era sempre levado para discutir em reunião, pois, fomos construindo com os profissionais da Saúde da Família a ideia de que, em geral, o “*problema*” não era somente a criança. O passo seguinte seria tentar compreender a

⁴² Sobre esse processo ver: Castro (2007).

situação de diferentes pontos de vista e, para tal, realizávamos uma visita domiciliar, e depois uma reunião com a escola/creche. Posteriormente, fazíamos alguns atendimentos da criança com a família na brinquedoteca e uma entrevista com os pais ou responsáveis. Dessa última etapa, os profissionais das equipes de Saúde da Família poderiam ou não participar, a depender das particularidades do caso. Tomava-se a decisão em reunião de equipe, buscando-se respeitar também o desejo da família. Esse processo era apenas para tentar compreender o caso, e, a partir daí, poderia haver desdobramentos de múltiplas ações: continuidade das visitas, atendimentos na unidade e articulação da rede.

A partir de 2003, os ACS do município de São Paulo passaram a ser capacitados como Terapeutas Comunitários, e dois ACS da UBS Iguazu foram capacitados em 2004. A Terapia Comunitária (TC) é uma estratégia grupal que tem por objetivo trabalhar a responsabilidade pelo cuidado entre os membros de uma dada comunidade. Foi desenvolvida pelo Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, sob a coordenação do médico psiquiatra Adalberto Barreto. Não é necessário ter nível superior para fazer a capacitação.⁴³ Na UBS Iguazu, durante algum tempo, profissionais da equipe de Saúde Mental acompanharam algumas rodas de terapia comunitária com os ACS.

Nos anos de 2004, 2005 e 2006 a equipe de Saúde Mental participou das atividades de avaliação e planejamento das equipes de Saúde da Família. Na época do *Qualis*, aos poucos, foi sendo sistematizada a atividade de planejamento na perspectiva do Planejamento Estratégico Situacional (PES). O PES foi idealizado por Matus, que desenvolveu um enfoque de avaliação e planejamento que passou a ser utilizado em algumas áreas, dentre elas, a saúde, principalmente a partir da década de 1970.⁴⁴ O diferencial desse método diz respeito a tratar-se de uma proposta que se distancia do planejamento normativo – realizado de modo vertical, sem a participação dos atores locais – e propor um modo de avaliar e planejar em que os atores envolvidos diretamente no problema é que conduzem o processo. Assim, na execução do PES, eram os profissionais das equipes de Saúde da Família que realizavam a avaliação do trabalho

⁴³ Fonte: <http://dab.saude.gov.br/terapia_comunitaria.php> Acesso em: 23 ago. 2014.

⁴⁴ Carlos Matus foi ministro do governo Allende, no Chile, no período de 1970-73, que ao analisar os limites das experiências de planejamento normativo, elaborou a proposta do PES. Fonte: <http://lms.ead1.com.br/upload/biblioteca/modulo_5429/5BCSTY9RH6.pdf> Acesso em: 09 set. 2014.

e escolhiam os problemas prioritários. A equipe de Saúde Mental foi sendo inserida nessa lógica de trabalho e procurou se integrar nas ações que lhe diziam respeito.

Foram realizadas diversas atividades comemorativas do Dia Nacional da Luta Antimanicomial: “A festa do esquisito”; uma grande roda de conversa numa igreja da comunidade; uma mesa redonda no CEU Rosa da China; assistiu-se ao filme “Bicho de 7 cabeças” seguido de um “bate-papo”, entre outras.

A UBS Iguçu, em relação às outras UBS da região, onde também atuava a equipe de saúde mental, sempre se destacou por apresentar um grande número de pessoas em situação de sofrimento que necessitavam de cuidados em saúde mental. Além disso, havia ACS que solicitavam atendimento para si ou para algum familiar e, eventualmente, também algum profissional de nível técnico solicitava atendimento de saúde mental.

A equipe de saúde também atuava em conjunto com a gerência da unidade, auxiliando no trabalho institucional, principalmente quando havia situações que mobilizavam todos os profissionais, como na dificuldade das equipes de Saúde da Família no acompanhamento dos pacientes, mesmo quando não se tratava de casos de *saúde mental*.

De 2001 até 2006, no programa de Saúde Mental, tivemos estagiários do curso de terapia ocupacional da Faculdade São Camilo e, no período de 2005 e 2006, estagiários, também de terapia ocupacional da Universidade Federal de São Carlos. Os estagiários eram inseridos nas atividades em geral da UBS e na lógica de trabalho do programa de Saúde Mental, sendo que a atividade de supervisão do estágio era organizada pela pesquisadora, havendo um revezamento entre os profissionais da equipe de Saúde Mental.

Ao resgatar os antigos registros deste trabalho, a pesquisadora deparou-se com uma questão relacionada de modo particular com esta pesquisa: como teria se constituído a denominação *situação-problema* para se referir aos problemas de saúde mental? Foram identificadas algumas ideias, do ponto de vista desta pesquisadora, sobre o que provavelmente levou a constituir essa denominação.

Uma dessas ideias diz respeito ao acompanhamento dos estagiários de terapia ocupacional. A proposição de Benetton (1994) de “diagnóstico situacional em terapia ocupacional” foi uma das referências teóricas do campo da terapia ocupacional

utilizadas para a discussão com os alunos, à época, A autora propunha que não se trabalhasse com classificações diagnósticas *a priori*, mas sim com uma composição da história do paciente, relatada por diferentes atores: sua família, seu médico, os profissionais das instituições por onde ele passou e, por último, e às vezes nem contemplado, o próprio paciente. A autora afirmava que, em geral, os pacientes da terapia ocupacional ficavam à margem de sua própria história, sendo necessário, conduzir um diagnóstico que contemplasse a situação e fosse dinâmico, não definitivo.

A outra contribuição foi a aproximação com o Laboratório Metuía, da Universidade Federal de São Carlos, por conta dos estagiários de terapia ocupacional desta universidade. Lá se desenvolviam discussões acerca da Terapia Ocupacional Social e das práticas em contextos de vulnerabilidade social, para além da saúde.⁴⁵

Durante o desenvolvimento do trabalho junto ao PSF/ESF, por meio da metodologia do programa de Saúde Mental, foi se desenvolvendo uma aproximação dos fenômenos do adoecimento a partir de uma perspectiva ampliada, principalmente, por meio do trabalho em rede. Num dado momento, modificou-se o modo de compreender o *caso*: o mais importante não era a “*patologia/queixa/pedido/demanda*” apresentada, e sim, as relações estabelecidas pelo paciente e sua rede.

Associou-se a essa discussão a contribuição de Saraceno (2001a, 2001b) sobre as variáveis em saúde mental. O autor argumenta que as práticas reabilitativas em saúde mental ou “psiquiátricas” que desconsideram as variáveis do contexto dos pacientes e dos serviços, quase sempre tendem ao fracasso (Saraceno, 2001a). As variáveis tradicionalmente consideradas pela psiquiatria, as *variáveis fortes*, são importantes, porém, não suficientes para informar sobre a evolução da doença e para produzir estratégias eficazes de intervenção; outras variáveis não muito consideradas têm um papel fundamental; estas seriam as *variáveis sombras* (Saraceno, 2001b).

As *variáveis fortes* ou *hard* seriam aquelas tradicionalmente utilizadas em estudos epidemiológicos, tais como, diagnóstico, idade, sexo, cor, etnia, agudeza ou cronicidade do quadro, história da enfermidade e outros. As *variáveis sombras* ou *soft* seriam aquelas relativas aos recursos individuais do paciente, do contexto do paciente, do serviço de atenção e do contexto do serviço de atenção.

⁴⁵ Fonte:< <http://www.dto.ufscar.br/laboratorios-1/laboratorio-metuia>> Acesso em: 23 ago. 2014.

Para captar todos os recursos possíveis e disponíveis nos diferentes contextos em que vive e mora o paciente, o serviço precisa ter uma forte integração externa e conseqüentemente uma alta permeabilidade aos saberes e recursos circundantes. Afirmava o autor: “O muro do manicômio a ser demolido é qualquer muro que impeça de ver (e usar) outros saberes e outros recursos” (Saraceno, 2001a, p.98).

Esses recursos, que podem ser formais ou informais, podem estar em qualquer lugar do contexto do serviço, do paciente, da família ou da comunidade. Estes espaços podem se constituir em “lugares” onde serão dadas as oportunidades de tratamento/reabilitação para o paciente. A transmutação dos “espaços” em “lugares” é um processo complexo que exige uma mudança no olhar, um desfazer-se de seus saberes precedentes, uma mudança no modo de lidar com as relações e, sobretudo, a criação da oportunidade de produção de sentido para o paciente, operador e outros. Assim, é possível produzir recursos ao invés de ocultá-los.

Os recursos de um serviço, em primeira instância, são as pessoas, com suas motivações, expectativas em relação aos pacientes ou o senso de pertinência ao projeto. Há outros relacionados aos recursos físicos e materiais que ora podem ser multiplicados, ora reduzidos.

Há muitos recursos existentes e deixados inativos - seriam os recursos escondidos, ou *hidden resource*, que não pertencem necessariamente ao sistema sanitário, sendo encontrados em abundância na comunidade na qual se encontra o serviço de saúde, e são potencialmente agregáveis e podem ao mesmo tempo gerar transformações no estilo de trabalho da equipe de saúde (Saraceno, 1993).

Na publicação do manual de CAPS de 2004 (Ministério da Saúde, 2004e) o CAPS foi considerado, e colocado no centro da rede. Porém, a partir das práticas e das reflexões teóricas, esse modelo *capscêntrico* passou a ser questionado.⁴⁶

Na prática da equipe de saúde mental do PSF, em algum momento, foi proposto que se houvesse um centro, esse deveria ser o paciente, e a *situação-problema* em que ele estaria envolvido. Seria a partir da *situação-problema* que se identificaria a rede de recursos e possibilidades de intervenção e não a partir da patologia do paciente. Fizemos também um desenho.⁴⁷

⁴⁶ Ver Anexo No. 6: Rede de Atenção à Saúde Mental, proposta do CAPS em 2004.

⁴⁷ Ver Anexo No. 7: Discussão de caso: situação problema.

Foi possível constatar por meio dos registros que essa denominação surgiu a partir de 2007, tanto nas versões dos projetos de pesquisa desta tese, quanto nos trabalhos da saúde mental na ESF. Posteriormente, o contato com as ideias desenvolvidas por Campos (1999) acerca da equipe de referência em saúde em torno de um caso, bem como aquelas desenvolvidas por Cecílio (1997) sobre modelos tecno-assistenciais, também iriam contribuir para que se pensasse numa lógica do cuidado a partir dos sujeitos e suas necessidades, e não necessariamente a partir dos serviços de saúde.

CAPÍTULO 4

O QUE É CASO DE SAÚDE MENTAL NA ESF?

Conforme previsto anteriormente nos procedimentos metodológicos foi acordado com as equipes de Saúde da Família que a pesquisadora participaria das reuniões de equipe para ouvir o relato dos casos escolhidos por cada uma das equipes. O dia e horário foi acertado conforme a disponibilidade de cada equipe.

Uma das atividades que fazem parte da organização do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família, a realização de reuniões de equipe, pode ser diária ou semanal. A pesquisadora organizou-se para ouvir o relato dos casos nos horários em que as equipes realizavam suas reuniões.

Na ocasião do agendamento das reuniões, alguns profissionais fizeram mais perguntas sobre que tipo de *caso* deveria ser levado, e esclareceu-se que poderiam escolher qualquer *caso* que considerassem de *saúde mental*. Essa estratégia metodológica foi mantida porque se pretendia analisar o que as equipes iriam trazer como *caso de saúde mental* e, a partir disso, ir construindo as pistas sobre as noções de sofrimento e cuidado.

Na primeira etapa de *estudo de caso* foram coletados seis *casos*, um de cada equipe de Saúde da Família da UBS. Cada equipe indicou qual seria o melhor dia para que a pesquisadora participasse da reunião de equipe a fim de ouvir a história.

Para a segunda etapa, de *estudo de caso*, foram escolhidos dois casos para aprofundamento, que serão apresentados em seguida aos seis casos da primeira etapa.

Assim, serão apresentados neste capítulo os casos que foram relatados pelas equipes e como se deu a escolha daqueles que foram selecionados para aprofundamento nesta pesquisa.

A seguir, estão os seis casos coletados na primeira etapa, com suas respectivas nomeações:

- Primeiro caso (Equipe A): *tentativas de suicídio e etilista crônico*
- Segundo caso (Equipe B): *esquizofrenia e etilista*
- Terceiro caso (Equipe C): *caso família*
- Quarto caso (Equipe D): *louco clássico*
- Quinto caso (Equipe E): *família de mulheres com esquizofrenia hereditária*
- Sexto caso (Equipe F): *acumulador ou caso social?*

Primeiro caso (Equipe A): tentativas de suicídio e etilista crônico

A equipe iniciou a reunião relatando que escolheram o caso devido à quantidade de *tentativas de suicídio* e a *gravidade das consequências* de cada uma delas. Afirmaram que se tratava de *tentativas de verdade*, que *não eram simulações*, e que todas as tentativas eram realizadas da mesma maneira. Ele era *etilista crônico* e *ouvira vozes*. Participaram da reunião quatro ACS, a enfermeira e uma técnica de enfermagem; o médico chegou ao final da reunião, pois estava realizando atendimentos.

Num primeiro momento, para a equipe, essa descrição pareceu ser suficiente para justificar a escolha daquele caso como sendo de *saúde mental*. Disseram que a enfermeira conhecia pouco o paciente, pois estava há pouco tempo naquela equipe, e, entre as ACS, duas delas o conheciam há mais tempo.

A primeira *tentativa de suicídio* havia acontecido em 1986 quando o homem relatado teve aproximadamente noventa por cento do corpo queimado. Ficou internado por seis meses no Hospital Geral Municipal de São Mateus⁴⁸ com uma expectativa de um por cento de sobreviver. De modo geral, quando ocorria *tentativa de suicídio* ele ficava hospitalizado durante algum tempo. Ele morava com a mãe e ela entendia que ele deveria se tratar com *psicólogo* e frequentar a igreja; ela acreditava que o problema dele seria *espiritual* e não acreditava que as *medicações* pudessem ajudá-lo.

Fazia pouco tempo que o paciente tinha estado na UBS para trocar os curativos de feridas decorrentes de sua última *tentativa de suicídio*. A enfermeira aproveitou a oportunidade para conversar, aproximar-se do paciente e lhe perguntar sobre as *tentativas de suicídio*: ela então lhe perguntou por que ele havia ateadado fogo no próprio corpo. Ele respondeu contando uma história que a enfermeira narrou para o grupo: *houve uma mulher, que trabalhou com ele e acabou acusando-o de roubar certo dinheiro; então, ele disse que colocou fogo no corpo para provar sua inocência que, segundo ele, acabou se confirmando porque depois a mesma mulher foi ao hospital pedir desculpas a ele*. Sobre outra das três *tentativas de suicídio*, ele relatou que estava no supermercado quando viu uma mulher loira que o conduziu até o setor do álcool. Ao chegar no setor, ela teria pego um vidro de álcool e deu em sua mão e *ordenou* que ele jogasse álcool nas pernas, e ateu fogo em si mesmo. Ele então, *obedeceu* às ordens, e ateu fogo em si mesmo. Após essa *tentativa de suicídio* ficou internado por dois meses

⁴⁸ Hospital municipal localizado em São Mateus, bairro vizinho à Sapopemba.

no Hospital Geral Municipal de São Mateus. A última *tentativa de suicídio*, também por atear fogo a si mesmo, havia acontecido recentemente, sendo que ele ficou internado por doze dias no Hospital Geral Municipal Benedito Montenegro.⁴⁹ Depois, esse indivíduo foi transferido para o Hospital São Paulo onde passou por uma cirurgia na qual foram realizados cinco enxertos e, após a alta, foi encaminhado para o CAPS Álcool e Drogas da região, que o encaminhou para o CAPS Adulto. Naquele momento não seguia em *tratamento* em nenhum dos CAPS, mas fazia uso das seguintes *medicações*: *risperidona*⁵⁰ e *sertralina*.⁵¹

A fim de ampliar o relato da história do paciente, levaram seu prontuário à reunião. Nele constavam diversos atendimentos da equipe de saúde e da antiga equipe de saúde mental, inclusive alguns deles que haviam sido realizados pela pesquisadora.

No prontuário, no registro de atendimento da antiga equipe de saúde mental, constava o registro de outros aspectos da história do paciente: ele havia sido casado; tinha um filho desse relacionamento que morava com a ex-mulher e o atual companheiro dela. Segundo relato da mãe do paciente, a ex-mulher teria se separado dele porque ele *não fazia nada em casa*. O paciente e seu filho mantinham um *bom relacionamento*, sendo que o filho frequentava com regularidade diária a casa do pai e se queixava ao pai de *sofrer agressões* do padrasto. Estava registrada a hipótese de que o filho teria algum *rebaixamento mental*, e fazia *tratamento* em algum *lugar*, embora não houvesse mais detalhes sobre esse assunto. Estava registrado também que o paciente não achava que tivesse algum *problema com uso de álcool*, mas a mãe relatava que ele *bebia bastante*, e quando isso acontecia, o outro filho dela o *agredia* fisicamente. No prontuário também havia anotações de que o pai e o avô do paciente também haviam sido *etilistas* e que o paciente havia tido *convulsões*.

Na reunião com essa equipe, a pesquisadora tentou explorar “o porquê” da escolha daquele *caso* como sendo de *saúde mental*. No entanto, os questionamentos pareciam não fazer sentido para os profissionais, como se o caso fosse obviamente de *saúde mental* por se tratar de *tentativas de suicídio*, *uso de álcool* e de *ouvir vozes*.

⁴⁹ Hospital municipal localizado em Sapopemba.

⁵⁰ Risperidona é um medicamento indicado no tratamento de uma ampla gama de pacientes com esquizofrenia. Fonte:< <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/anvisa/home>> Acesso em: 15 ago. 2014.

⁵¹ Cloridrato de sertralina é um medicamento indicado no tratamento de sintomas de depressão. Fonte:< <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/anvisa/home>> Acesso em: 15 ago. 2014.

Reiteraram que haviam escolhido o caso devido ao *número de tentativas de suicídio* e a *gravidade das consequências*; a equipe estava preocupada com o tratamento que poderia e deveria ser ofertado ao paciente.

A pesquisadora buscou explicar que a proposta seria fazer perguntas que poderiam parecer óbvias. Repetiram-se algumas perguntas que haviam sido realizadas no início da conversa: porque haviam escolhido aquele *caso* como sendo de *saúde mental*? Porque uma pessoa que faz *tentativa de suicídio* deveria ser um *caso de saúde mental*?

A equipe relatou que quando ele *não fazia uso de álcool* ele *ficava bem, conversava muito bem, era inteligente e simpático; um amor quando está são!*. Porém, quando *fazia uso de álcool* ele *piorava muito e chegava a convulsionar*. Consideraram que o *problema* do paciente não deveria ser *espiritual*; provavelmente, deveria ser *uma somatória de tudo o que aconteceu na vida dele*. Ao dizer isso, explicaram: devia ser devido à *separação da esposa, o problema do filho, o problema que houve no trabalho*; para a equipe tudo isso foi se acumulando e ele *não deu conta*. Uma ACS explicou que poderia ser mesmo por causa da *decepção amorosa*, pois, ela observava que às vezes ele chegava a conhecer alguém, mas quando ele *bebia a primeira vez*, e a pessoa *via o problema e, não queria mais ficar com ele*.

As ACS opinaram que ele *não seria louco*, e que o *problema dele seria o álcool*; outro profissional reafirmou que deveria ser por causa da separação, ou seja, seria um problema decorrente de uma *decepção amorosa*. Na visão da equipe, para a *comunidade*, o *problema* do paciente era o *uso do álcool*, bem como para a mãe, que achava que ele deveria se *tratar no CAPS Álcool e Drogas*.

O médico de família opinou que o paciente tinha *momentos de psicose*. Explicou que provavelmente seria *demência alcoólica*, pois o *uso prolongado de álcool poderia causar demência no alcoolista com diminuição dos sulcos e espessamento do córtex cerebral*. Os outros profissionais da equipe também concordaram que o problema seria por conta do *muito álcool que ele usou e deixou o cérebro assim*.

Analisando o relato, percebeu-se que, mesmo com a alegação de pouco conhecimento da história do paciente e, portanto, pouco vínculo com ele, a equipe apresentou o *problema de saúde mental* segundo as denominações do campo psiquiátrico, sem indício de dúvida. Ao contrário, pareciam bem seguros de que aquelas

denominações, em si, seriam suficientes para justificar a escolha do caso. Além disso, haveria mais uma prova, o fato das *tentativas* serem *verdadeiras*, e serem realizadas sempre da mesma forma.

O que chamou a atenção neste relato não foi a “gravidade do caso”, justificada em parte, pelas consequências no corpo do paciente, e as repetidas tentativas. O que intrigava era o fato de que a explicação do *problema* se dava por meio das denominações do campo da psiquiatria sem aprofundar o conteúdo delas. A certeza de que se tratava realmente de *tentativa de suicídio* poderia ser uma maneira de não tocar diretamente no assunto com o paciente, pois o *problema de saúde mental* já teria sido identificado. Atender, no contexto dos serviços de saúde, pessoas que cometeram atos de violência contra si, nomeados de *tentativa de suicídio*, colocam em cena não apenas os conhecimentos técnicos, mas mobilizam as concepções de ordem cultural, social e afetiva dos profissionais (Sarti, 2005; Machin, 2009).

No entanto, no relato desse *caso* não houve menção explícita de dificuldades em atender o paciente, nem mesmo em fazer perguntas sobre o ato autoprovocado. De qualquer modo, não havia dúvidas para a equipe, o paciente havia cometido *tentativas de suicídio*. E, a história pregressa do paciente de outras *tentativas de suicídio*, e que não poderiam ser questionadas, pois se tratavam de tentativas *verdadeiras*, pareciam ser suficientes para justificar o caso como sendo de *saúde mental*.

A certeza, talvez, tenha levado a equipe a se preocupar mais em cuidar das consequências das *tentativas de suicídio*, e buscar um modo de prevenir nova tentativa dele, do que buscar compreender o porquê ele vinha cometendo tais atos, e se de fato ele estava tentando se matar. A *doença* já havia sido encontrada, e talvez por isso não fazia sentido explorar outros sentidos que não fosse aquele naturalmente atribuído: alguém que se autoagride de forma grave, realizou uma *tentativa de suicídio*.

Segundo Machin (2009), as situações envolvendo pessoas que cometem lesões autoprovocadas, que geram atendimentos de emergência em hospital geral, costumam ser nomeadas, a priori, pelos profissionais de *tentativas de suicídio*. Devido a diversas dificuldades, nem sempre se investiga se de fato é esta a questão. Quando há história pregressa de lesão autoprovocada, a associação com *tentativa de suicídio*, então, se dá quase que automaticamente.

Sendo assim, a hipótese mais provável, no caso da *tentativa de suicídio* relacionada à acusação de roubo, era a de que o paciente se encontrava numa situação de conflito, que provavelmente estava lhe causando sofrimento. No entanto, o que prevaleceu, foi o raciocínio biomédico de causa e consequência, além do juízo de valor.

A “verificação” da existência ou não de uma doença, se deu pelo conhecimento dos antecedentes da história mórbida do paciente, bem como, pelo ajuizamento de “verdade” ou não da *intenção de se matar*. Assim, a equipe se colocava num lugar de ajuizar o valor da intencionalidade do paciente embasada pela história pregressa dele.

Ao modo do alienista ou do botânico, ou mesmo da atual nosologia psiquiátrica, identificar a entidade mórbida, parecia por si só, ser suficiente para estabelecer a terapêutica, seja ela qual fosse (Laplantine, 2004; Leal, Dahl e Serpa Júnior, 2014).

Embora a equipe tivesse certeza de que as *tentativas de suicídio* teriam sido verdadeiras, a partir da história relatada pelo paciente, o que se percebe é que ele se autoagrediu para resolver o problema de ter sido acusado de roubo por uma colega de trabalho, e não necessariamente porque quisesse morrer. Sendo assim, ele não se reconheceu como vítima, pois, não admitiu explicitamente o desejo de morrer. Ao contrário, no relato da outra situação de tentativa de suicídio, ele atribui a motivação pela agressão autoprovocada à mulher que vira no supermercado.

E se ele estivesse mentindo e suas *tentativas* não fossem verdadeiras? Será que ele não causaria a empatia que parecia comover os profissionais, a ainda cuidar dele, apesar das repetidas *tentativas de suicídio*? Para a equipe, a “verdade” ou “mentira” do paciente, era um dos critérios que estava em jogo na análise do *caso*.

Do ponto de vista da equipe, foram apontadas várias causas do suposto problema, ainda que não explicitadas em sua profundidade. Assim, o *uso do álcool* e *ouvir vozes* foram as primeiras causas apontadas, e o conteúdo explicativo em relação a elas foi dado pelo profissional médico, que apresentou uma justificativa que relacionou a doença como consequência de uma lesão anatomopatológica. Essa tese não foi questionada pela equipe, ao contrário, causou interesse e admiração.

O papel dos médicos no asilo de alienados, segundo Foucault (2011) pautava-se no exercício do poder sobre o paciente e na demonstração de conhecimento médico. Em suas palavras:

O grande médico do asilo – seja ele Leuret, Charcot ou Kraepelin – é ao mesmo tempo aquele que pode dizer a verdade da doença pelo saber que dela tem, e aquele que pode produzir a doença em sua verdade e submetê-la, na realidade, pelo poder que sua vontade exerce sobre o próprio doente (p.122).

No caso em estudo, chama a atenção o papel de espectador dos outros profissionais da equipe ao ouvir a explicação do médico sobre, afinal, o que seria a verdade inquestionável acerca da doença. Novamente, mesmo que não se conhecesse suficientemente o paciente, “conhecer” a doença parecia ser suficiente.

O paciente não reconheceu o desejo de morrer, e não considerava o uso de álcool como *problema*. Por um lado, o fato de ele não se reconhecer nesse tipo de *problema*, isso não o identificava “naturalmente” como paciente da psiquiatria. Mas, por outro lado, justamente por apresentar “ausência de crítica” em relação ao *problema do álcool* e do *risco de suicídio*, ele poderia ser atendido pela psiquiatria. A questão que aqui se coloca seria sobre a “consciência” ou não pelo paciente do seu problema nomeado como *doença* pelos profissionais da saúde.

Aquilo que é denominado de *doença*, na maioria das vezes, existe na “ciência do médico” antes de existir na “consciência do homem” (Canguilhem, 1995, p.68). A doença não deixaria de existir, ou de se manifestar de alguma maneira, porque não existe na consciência do homem, mas, a perspectiva do doente do que seja ou não doença, ou do que seja normal ou patológico, fica fora das considerações do conhecimento biomédico, principalmente das práticas de cuidado dos profissionais da saúde, que, em geral, não inclui o saber do doente. Esse saber é colocado em segundo plano, pois, o que se busca é a objetividade da doença, expresso pelos seus sintomas e sinais físicos, e se possível com a confirmação da correspondência anatomopatológica. Sobre esta busca da correspondência entre doença e lesão, Canguilhem (1995), recupera um argumento de Lériche (1879-1955) para problematizar a “doença do doente”:

Aos que identificam doença com lesão, Lériche objeta que o fato anatômico deve ser considerado, na realidade como ‘segundo e secundário: segundo, por ser produzido por um desvio originariamente funcional na vida dos tecidos; secundário por ser apenas um elemento da doença e não o elemento dominante’ (p.69).

Com isso Canguilhem (1995) aponta que a doença anatômica do médico não é a mesma doença do doente. A partir das ideias de Lériche, Canguilhem problematiza a

não validação da opinião do paciente sobre a realidade de sua doença, que em geral ocorria na aplicação da ciência dos médicos. Essa ciência, constituiu-se, em parte, por um conjunto de informações clínicas, recolhidas ao longo da prática dos médicos. Esses relatos se constituíram na cultura médica, que passava de médico para médico, e que devido ao acúmulo desse conhecimento, possibilitava ao médico se adiantar ao relato do paciente sobre sua doença. No entanto, conclui o autor, “(...) a medicina existe porque há homens que se sentem doentes, e não porque existem médicos que os informam de suas doenças” (p.69).

Se, por um lado, o argumento acima poderia ser contraposto pela afirmação de que há doenças que são produzidas pela medicina, a exemplo do “erro” de Charcot naquela época, ou a questão da patologização da vida cotidiana e a consequente medicalização do sofrimento, não podemos deixar de considerar o argumento de Canguilhem, a partir das considerações de Lériche, de que primeiro existiu o doente, antes mesmo de existir a doença e o médico (Amarante e Torre, 2010; Foucault, 2011; Serpa Júnior, s/d.). No entanto no cenário atual da biomedicina e das práticas em saúde, tende a constatar que o discurso do paciente, em geral fica em último plano (Campos, 2013).

Retornando a questão da dinâmica que se estabeleceu na reunião de equipe no momento em que médico apresentou uma explicação objetiva sobre o porquê da doença do paciente, faz-se necessário refletir em que lugar se coloca esse discurso e qual o papel dele nas proposições terapêuticas. Ao aceitar a explicação biomédica da doença, centrada na atuação da substância etílica no cérebro, também se reduz provavelmente às medicações as possibilidades de intervenção terapêutica. Nesse sentido, não seria necessário qualquer outro tipo de intervenção.

Em relação, ao primeiro caso relatado pela equipe A, não apareceu na apresentação do caso alguma questão que dissesse respeito ao ponto de vista do paciente em relação ao seu *problema*, exceto pela recuperação do registro que havia no prontuário, de que para ele o ato de ingerir álcool não era um problema. Sendo assim, reiteramos a questão sobre a fala do doente sobre a doença, seu lugar e valor nas práticas de saúde.

De qualquer forma, em meio à complexidade do caso, o caminho que a equipe encontrou para acessá-lo foi por meio do trabalho legitimado do campo da enfermagem – cuidar de corpos feridos – e, por meio dele se aproximar do paciente para estabelecer

um vínculo de confiança. O corpo pôde ser o *locus* de intervenção por meio de procedimentos técnicos, identificados ao corpo biológico, sendo possível aplicar positivamente os conhecimentos biomédicos específicos (Sarti, 2005). Assim, parece ter sido possível para os profissionais, acessá-lo em relação ao seu problema de *saúde mental*, na *oportunidade* que se criou quando ele foi realizar o curativo na UBS.

Porém, o viés pareceu permanecer, pois, tentou-se acessar o paciente no que dizia respeito ao seu “suposto” problema de *saúde mental*, e não necessariamente, pela sua condição de *sofrimento*. Onde teria se iniciado a significação, pelos profissionais de Saúde da Família, daquela experiência do paciente como *tentativas de suicídio e etilismo*?

O conhecimento acerca do paciente produzido nos outros atendimentos, inclusive naqueles de saúde mental, não foi incorporado pela equipe de Saúde da Família quando da apresentação do caso à pesquisadora. Ou seja, os profissionais alegavam certo desconhecimento do caso, mas ao mesmo tempo, o prontuário não foi valorizado como fonte de informação, o que coloca a questão recorrente no campo das práticas de saúde, da função do registro escrito no chamado “prontuário” (Pereira et al., 2008). Se, por um lado, há a naturalização do uso do prontuário, identificado pelo ato de levá-lo à reunião, por outro, há uma banalização da importância do seu conteúdo, ao não considerá-lo como fonte na história do indivíduo em sua relação com o serviço de saúde.

Identifica-se que alguns *problemas de saúde mental* foram naturalizados como importantes, porém, sem aprofundamento do conhecimento “técnico”, bem como de quais seriam as estratégias de abordagem. Identificou-se um uso impreciso dos termos psiquiátricos.

Assim, no caso do *suicídio*, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece que as tentativas de suicídio, e o suicídio em si, são um grave problema de saúde pública em todo o mundo e um fenômeno complexo:

Estima-se que um milhão de pessoas cometeram suicídio no ano de 2000 no mundo. A cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio no mundo. A cada 3 segundos uma pessoa atenta contra a própria vida. O suicídio está entre as três maiores causas de morte entre pessoas com idade entre 15-35 anos. Cada suicídio tem um sério impacto em pelo menos outras seis pessoas. O

impacto psicológico, social e financeiro do suicídio em uma família e comunidade é imensurável (OMS, 2000).

Ainda, segundo a OMS estudos em países desenvolvidos, e em desenvolvimento, revelaram dois fatores importantes relacionados ao suicídio:

Primeiro, a maioria das pessoas que cometeu suicídio tem um transtorno mental diagnosticável. Segundo, suicídio e comportamento suicida são mais frequentes em pacientes psiquiátricos. Esses são os grupos diagnósticos, em ordem decrescente de risco de: depressão (todas as formas); transtorno de personalidade (antissocial e borderline com traços de impulsividade, agressividade e frequentes alterações do humor); alcoolismo (e/ou abuso de substância em adolescentes); esquizofrenia; transtorno mental orgânico (OMS, 2000).

Tanto a OMS (2000) quanto o Ministério da Saúde do Brasil (Brasil, 2006a; Ministério da Saúde, 2013) apontam que os profissionais da Saúde da Família, são os elementos fundamentais para a abordagem desse problema. Isso é justificado principalmente porque as equipes de Saúde da Família estabelecem uma relação de continuidade do cuidado em saúde com os mesmos pacientes, e por isso, acabam por atender pessoas em situação de risco de suicídio. Ambas as instituições recomendam que as equipes de Saúde da Família estejam preparadas para acolher pessoas nessa situação de sofrimento.

O discurso da política pública, validado pela amplitude do problema, aproxima-se do discurso universal da doença, que na maior parte das vezes, não contempla as relações singulares ou as necessidades de “preparação” do profissional que irá atender as pessoas que comentaram algum ato violento contra si. De qualquer modo nas políticas públicas, esta é uma das tarefas prioritárias, da Atenção Básica. O que se questiona é quais são as condições em que se dá esse cuidado.

Outra questão que emergiu foi a oposição entre *loucura* e problema decorrente do uso de *álcool*, que apareceu na fala dos profissionais da equipe de Saúde da Família, e na fala da comunidade reproduzida pela informação dos ACS. Ou seja, não foi possível verificar diretamente se esse era o modo como a comunidade via o paciente, mas certamente era a interpretação da equipe sobre o que a comunidade considerava. No entanto, a oposição sugere uma discussão acerca da separação dos problemas relativos à *loucura*, de outros que seriam decorrentes do uso do álcool.

A *loucura* em geral é relacionada a um desvio da razão, comprometendo a vontade e a lucidez do indivíduo, que não seria o caso do paciente e, portanto, ele não seria *louco*, (Foucault, 1999; Torre e Amarante, 2001), como a própria equipe afirmou.

Em relação ao *álcool*, o problema foi assim justificado devido à quantidade de ingestão da substância e suas consequências (por exemplo, ter convulsão). Esse encadeamento objetivo de causa e consequência evidenciava o *problema do álcool*, por si só, como *problema*.

A oposição entre *loucura* e problema com uso do *álcool* evidenciava a *desrazão* na primeira, e causa e consequência no segundo. O fato do paciente não achar que o uso do álcool fosse *problema*, também poderia levar a dedução de que ele bebia por livre escolha, reafirmando sua racionalidade, e mais uma vez colocando-o em oposição à possibilidade de ser *louco*. Poderíamos apontar o uso aproximado dos termos *etilista e suicida* para denominar o problema do paciente, em oposição à denominação *etilista e louco*. Assim, o indivíduo ou seria louco, ou seria etilista. Essa oposição denota uma concepção do problema do paciente seria uma coisa, “ou” outra, parecendo não ser possível a convivência num mesmo indivíduo dos dois tipos de problema.

O uso do termo *etilista* chama atenção pelo fato de nomear o indivíduo pelo suposto nome da *doença/problema* que identifica o paciente com o nome da substância que estaria causando o problema. Etilíco é o adjetivo utilizado para identificar uma das substâncias do grupo do álcool, sendo o álcool etílico, uma substância obtida da fermentação de açúcares, que resultam em bebidas alcoólicas, dentre outras (perfumaria e álcool como combustível - etanol).⁵²

Na CID-10 os problemas relacionados ao uso de álcool são denominados de “transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas”, dentre elas o álcool (OMS, 2007). Na política pública utiliza-se o termo *alcooolismo* para se referir a esse problema (Ministério da Saúde, 2003c). Nos documentos ministeriais, principalmente naqueles mais recentes, tem se utilizado outra denominação para se referir ao problema do alcooolismo e outras drogas: a atual denominação específica que se deve instituir a Rede de Atenção Psicossocial para "pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras

⁵² Fonte: <<http://houaiss.uol.com.br/>> Acesso em: 03 ago. 2014.

drogas" (Brasil, 2011c). Nessa última denominação, observa-se a clara intenção de deslocar o foco da assistência da substância para as necessidades do indivíduo.

Mesmo assim, observa-se que a preocupação ainda recai sobre a substância, revelando a dificuldade da nossa sociedade em lidar com a questão do uso de substâncias psicoativas. Dessa forma o “alcoolismo” é considerado um sério problema de saúde pública (Cebrid, 2006), sendo que ainda são escassos os estudos sobre o tema do ponto de vista das ciências sociais no que diz respeito à compreensão dos modos e ato de beber como um ato social (Neves, 2004; Campos, 2009).⁵³

Dentre os poucos estudos no campo das ciências sociais, encontrou-se o estudo de Campos (2009) que apontou que a literatura antropológica, voltada ao estudo dos alcoólicos anônimos (AA), identificou uma teoria da doença que representa o alcoolismo em termos de uma “doença inata”, que teria uma base genética, localizada no organismo do alcoólico, e também como uma doença crônica de base orgânica e mental, que independeria da “força de vontade” do indivíduo para que se desse a superação e o controle. O autor, em seu estudo sobre alcoólicos de uma unidade de AA, identificou uma representação do alcoolismo como uma doença com representações associadas ao físico e à moral; descreveu o que se poderia chamar de uma nosografia da doença, aonde os próprios alcoólicos descrevem a doença do alcoolismo por meio de sintomas orgânicos, mas também se utilizam de termos associados às consequências de ordem moral.⁵⁴

No caso selecionado pela Equipe A, o uso da denominação *etilista* para se referir ao *problema* do uso de álcool pelo paciente aponta para uma noção que tende mais para o biológico do que para uma valoração moral do problema. Afirmaram que o problema do paciente emergia quando ele fazia uso de álcool, como se essa fosse a substância em si, causadora de todo mal. Pois, sem ela, ele ficava muito bem.

⁵³ Para a discussão sobre a dimensão social do alcoolismo ver os seguintes estudos: GOMES, B. M. R.; NASCIMENTO, L. C.; SILVA, M. A. I.; PILLON, S. C.; CAMPOS, E. A. The context of alcohol consumption among adolescents and their families. **International Journal of Adolescent Medicine and Health**, 1: 1-10, 2014; CAMPOS, E. A. de; REIS, J. G. Representações sobre o uso de álcool por mulheres em tratamento em um centro de referência da cidade de São Paulo - Brasil. **Interface. Comunicação, Saúde e Educação**, p. 243-254, 2010; CAMPOS, E. A. Porque os alcoólicos são anônimos? Anonimato e identidade no tratamento do alcoolismo. **Interface** (Botucatu. Impresso), v. 13, p. 19-30, 2009.

⁵⁴ O autor esclarece que se utiliza dos termos alcoólicos e Alcoólicos Anônimos de modo idêntico às referências dos sujeitos de sua pesquisa. Ou seja, trata-se de uma categoria nativa do campo de pesquisa específico realizada numa unidade de AA.

A relação entre adoecimento e consequências na ordem moral, presentes nas relações familiares, emergiu quando os profissionais de saúde fizeram referência à atitude de agressão do irmão para com o paciente quando esse *bebia bastante*. Assim, a agressão do irmão, além de não ter sido problematizada como uma forma de violência, também teria sido uma forma de “castigar” o paciente porque havia ingerido bebida alcoólica. Os problemas decorrentes do uso de álcool pelo paciente também foram apontados pela mãe como um dos motivos da separação conjugal entre o paciente e sua ex-mulher. A dimensão moral aparece ao relacionarem o *problema* do paciente às questões das relações familiares, sendo que a situação de violência no contexto do uso de álcool aparece naturalizada.

As questões que emergem ao se trabalhar com a família, como *locus* privilegiado de intervenção, tem sido objeto de discussão e estudo, principalmente em relação ao contexto da Saúde da Família (Scott, 2005; Sarti, 2010). Uma das questões estudadas diz respeito, à imprecisão ao se referirem à “família”, colocando em questão a noção de família com que se está trabalhando ao realizar os atendimentos aos pacientes; outra questão diz respeito à consideração da família pela identificação à casa, atomizada numa unidade (Sarti, 2010).

Essa limitação da proposta fez com que em alguns locais se propusesse uma Estratégia de Saúde da Família voltada a atender pessoas em situação de rua, que foi o caso da experiência do POP RUA desenvolvida pela Prefeitura Municipal de São Paulo (Carneiro Junior, Jesus e Crevelim, 2010). Alternativa, também desenhada nas políticas públicas no país, foi a incorporação das experiências de Consultório de/na Rua na Atenção Básica, objetivando acessar e atender pessoas em situação de rua, ou morando na rua (*idem*).

Retornando às questões do atendimento à família na ESF, Sarti (2010) ainda aponta outras questões: a assimilação e da rede parentesco por meio da abordagem familiar faz com que se tome a família, não como um mundo de relações estabelecidas pelos sujeitos que dela fazem parte, mas como unidades domésticas, tomadas a partir da casa, recortadas pelo modelo biomédico quando se propõe o atendimento por ciclos de vida (saúde da mulher, da criança).

Se, de um lado, constata-se certo empobrecimento no que diz respeito à compreensão do mundo de relações do paciente, seja entre ele e as pessoas de sua rede

parental, ou com outras pessoas, em geral a nossa própria noção de família acaba por permear nossas práticas e direcionar nosso olhar para o paciente de modo autoreferido.

No caso apresentado, o aspecto evidenciado das relações de parentesco foi o da mãe em relação ao paciente, sendo que não houve referência ao ponto de vista do paciente em relação ao que sua mãe considera *problema* para o filho, e a todas as sugestões de tratamento que ela faz. Evidenciou-se o papel da mãe preocupada e cuidadora com o filho, moralmente aceito pela equipe.

A explicação do problema do paciente na fala da mãe, relatada pela equipe e segundo os registros no prontuário, emergiu como um mosaico: ela acreditava que o *problema* do filho seria *espiritual*, e por isso ele deveria frequentar a igreja; ela também achava que o álcool poderia ser um *problema* e por isso o filho deveria ir ao CAPS, mas, a mãe não aceitava que ele tivesse que fazer uso de remédios. Sendo assim, o universo de explicações acerca do *problema* por parte da mãe, por excluir os remédios, parecia ser mais de ordem moral religiosa, do que biológica/orgânica, embora admitisse que o álcool fosse um problema.

Mesmo a equipe alegando que conhecia pouco e, mesmo, tendo-se insistido para que tentassem explicar porque alguém que tivesse feito *tentativas de suicídio* e fosse *etilista crônico* seria considerado um *caso de saúde mental*, parecia não haver possibilidade de instaurar alguma dúvida, como se, a descrição dos fatos, pudesse ser evidente por ela mesma e, justificar o caso como sendo de saúde mental: *tentativa de suicídio, etilismo crônico e ouvir vozes*.

O que mais se evidenciou no relato do primeiro caso da Equipe A foi a apresentação do caso de *saúde mental* como uma entidade autônoma, sendo que a vinculação com o paciente deu-se privilegiadamente pelo corpo. Nessa perspectiva, o paciente seria a própria *doença* e seus sintomas.

Segundo caso (Equipe B): *esquizofrenia e etilista*

A equipe apresentou um *caso* que, segundo eles, seria exemplar - o *melhor exemplo* - de um *caso de saúde mental*: um paciente com *esquizofrenia, etilista*, e que fazia uso de diversos *medicamentos psicotrópicos*. Os profissionais explicaram que se tratava de um *caso de saúde mental* porque o paciente *ouvia vozes*; porque fez várias *tentativas de suicídio*, e a equipe estava preocupada com esse último problema, pois ele

morava no último andar de um sobrado de quatro andares. Ele era casado, morava com a esposa e um filho adolescente; a única pessoa que trabalhava na casa era a esposa; o paciente cuidava das atividades domésticas. A esposa responsabilizava-se pelo cuidado com as medicações, retirava as novas receitas na UBS, e deixava as medicações separadas numa mesa quando saía para o trabalho. O filho também não ficava em casa, ou seja, o paciente passava a maior parte do tempo sozinho.

Além de morar num lugar que representava risco, pois o paciente relatava que queria se jogar do sobrado onde morava, ele quase não saía de casa. Assim, ele estava sendo atendido pela equipe por meio de visitas domiciliares, e nos poucos atendimentos quando comparecia à unidade.

Numa das consultas na UBS com a enfermeira e o psiquiatra, em que o paciente estava acompanhado da esposa, ele negou que ouvisse vozes ou que tivesse algum problema mental. Durante o atendimento, a esposa fazia sinais, sem que o paciente pudesse ver, querendo dizer que aquilo que ele dizia não seria verdadeiro.

O paciente havia sido acompanhado pela pesquisadora por aproximadamente oito anos quando trabalhava na UBS. A equipe relatou que não conheciam bem o caso, pois tanto a ACS dessa família quanto a enfermeira estavam trabalhando recentemente naquela equipe. Mesmo assim, repetiram-se as perguntas realizadas no início da reunião: porque haviam escolhido aquele caso como sendo de saúde mental?

O interesse da equipe se voltou para a questão do uso de álcool pelo paciente e a questão da esquizofrenia. Sem responder à questão do porquê da escolha do caso, os integrantes da equipe passaram a fazer indagações para eles mesmos: como alguém poderia ficar daquela maneira? Seria defeito do cérebro ou problema genético? Haveria uma prova científica?

A equipe passou então a relatar outro caso para o qual fizeram um pedido de ajuda: havia um adolescente, vizinho da ACS responsável por ele e sua família, que segundo a equipe estaria em *crise*, pois ele havia sido levado ao pronto socorro psiquiátrico e ao CAPS. Mas, não houve melhora. A própria família do adolescente pedia ajuda para a ACS a qualquer hora do dia ou da noite, e ela se questionava se deveria atendê-los ou não, fora de seu horário normal de trabalho. O pedido de ajuda não foi apresentado de maneira muito clara, mas parecia que a equipe não entendia

porque o adolescente não melhorava da crise. No entanto, ficou colocada a angústia dos profissionais e o sentimento de impotência frente àquela situação.

O sentimento de impotência e a preocupação em relação ao caso escolhido, inicialmente, como sendo de saúde mental voltaram à cena da reunião: a equipe não compreendia como ele não apresentava melhora apesar de tomar os medicamentos corretamente. Alguns opinaram que para ele melhorar o mesmo deveria participar de algum grupo de artesanato ou terapia; ou que a família deveria levá-lo para passear. Uma ACS questionou se a religião não poderia ajudá-lo, ou seja, se a causa do problema não seria espiritual.

O restante da reunião foi abundante em relatos de casos que consideravam como sendo de saúde mental: uma das ACS relatou que sua mãe estivera internada num hospital psiquiátrico, *mas que não havia ficado louca*; outra ACS relatou que sua avó *era louca e havia sido internada num hospital psiquiátrico*; outra ACS recordou-se da história de um dos pacientes que havia sido atendido em conjunto com a pesquisadora e que dizia que se *comunicava com o mundo por fios de telefone*; lembrou-se de outro caso de uma família com várias pessoas com problemas de saúde mental, sendo que uma delas ficava andando pela casa vazia com o olhar perdido. Nesta última família, segundo a ACS, outra pessoa da família teria tido um novo surto.

Essa reunião ocorreu numa sala que é utilizada pelos ACS e onde acontecem diversas reuniões. Fomos interrompidos várias vezes: ora chamavam a enfermeira para alguma tarefa, ora alguém precisava falar com alguma ACS. Numa das vezes que a enfermeira foi chamada para auxiliar numa situação que estava acontecendo na farmácia: havia um paciente ameaçando matar o farmacêutico.

A Equipe B apresentou o *caso de saúde mental* por meio de classificações psiquiátricas e termos correlatos desse campo. Novamente observou-se a redução do paciente à doença, esta relatada como entidade autônoma, justificada como *caso de saúde mental* pelos próprios termos psiquiátricos utilizados. Assim, o caso foi descrito pela equipe como *esquizofrenia* e *etilismo*, destacando-se os seguintes aspectos: que o paciente *ouvia vozes*, tomava *remédios psicotrópicos* e que houve *tentativas de suicídio*. As categorias em si foram apresentadas como sendo suficientes para justificar o caso como sendo de *saúde mental*. A relação com a noção ontológica da doença apareceu novamente: *caso de saúde mental* identificado com o *caso psiquiátrico* (Laplantine, 2004).

Porém, houve algumas nuances. A *esquizofrenia* foi relacionada ao uso do *álcool*, se indagou se isso seria um *defeito do cérebro* ou *problema genético*; e se haveria uma *prova científica*? Percebeu-se uma busca por uma definição objetiva da doença, que pudesse ser localizada no corpo, se fosse genética, e ainda provada “cientificamente”. A ciência foi tomada como prova de “verdade”, revelando qual o imaginário daquele grupo de trabalhadores acerca da ciência e seus usos, como se fosse uma certeza.

A ciência enquanto *verdade* nesse contexto se relaciona à verdade em relação à doença, no sentido de elucidar suas causas e esclarecer o diagnóstico. A equipe alegou que não conhecia o paciente muito bem, e essa situação, ao invés de se produzir indagações, gerou um relato repleto de certezas em torno do suposto conhecimento da história *psiquiátrica* do paciente. A dúvida pairou sobre a causa e consequência da doença e seus sintomas, e sobre a ineficácia terapêutica medicamentosa.

Venâncio (2003) analisou a relação entre a constituição da ciência psiquiátrica e as políticas sociais, apontando que, no modelo da psiquiatria alienista francesa, a clínica psiquiátrica foi constituída como uma política assistencial asilar para os alienados, enquanto que a psiquiatria alemã, da qual se originou a classificação moderna psiquiátrica, se orientou por um modelo de ciência psiquiátrica, afastada de uma política de assistência pública. Ao analisar o Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB) do Rio de Janeiro, a autora apontou como, naquele espaço, foi se constituindo uma dissociação entre conhecimento científico psiquiátrico e política assistencial, e passou-se a desenvolver, no instituto, atividades de ensino e pesquisa em enfermarias fechadas que reproduziam o modelo asilar de assistência. Essa separação entre ciência e política demonstra o afastamento e a baixa implicação da psiquiatria com a política e a assistência pública em saúde mental.

Apareceram outros elementos explicativos para o adoecimento: haveria um *defeito no cérebro*, a questão da *genética*, bem como a questão de que os *medicamentos* que não estariam fazendo o efeito esperado, tanto no *caso de saúde mental* escolhido, quanto no outro caso para o qual pediram ajuda. Esses elementos fazem referência ao organismo biológico, do ponto de vista da anatomia, bem como do ponto de vista da fisiologia, a partir dos quais seria possível distinguir o normal do patológico. Além disso, a questão da causa genética poderia estar remetida aos próprios receios de que se

pudesse ser “vítima” daquela doença, caso houvesse alguém em sua própria família com determinado problema.

A suposição da causa genética leva à identificação do receio, ou medo de contágio da doença, que se daria dentro da própria família, revelando que, na fantasia dos profissionais, o fator biológico poderia ser determinante para o surgimento da doença. Nisso está implicada uma interpretação biologizante, apontando a preocupação com o determinismo biológico em detrimento dos processos de subjetivação e socialização dos indivíduos (Russo e Ponciano, 2002).

A família foi descrita a partir da família biológica: mãe, pai e filho, sem apontar outras relações parentais ou não, ou outros membros da família que moram no mesmo quintal, e que eram conhecidos pela pesquisadora. Sabia-se que a história do paciente do *caso* escolhido pela equipe se entrelaçava com a história dos outros familiares, porém, a justificativa para essa ausência pairava no pouco conhecimento do *caso*.

Assim, tanto a descrição do *problema de saúde mental*, quanto a terapêutica foram referenciadas ao corpo biológico, sem outras referências, simbólicas ou subjetivas, mais significativas. A expectativa da equipe para o *caso* desse paciente, bem como do adolescente que estava em *crise*, parecia ser a cura como ausência de doença.

O desejo expresso pela equipe de que houvesse um medicamento que pudesse curar todas as doenças, principalmente aquela de difícil identificação, parecia ser ao mesmo tempo a esperança e a frustração dos profissionais. Talvez, por isso tenham apresentado um *caso* que alegavam conhecer tão pouco, e que mesmo que se conhecesse melhor, o problema ainda seria encontrar o medicamento correto. Esperava-se uma solução quase mágica: a identificação da doença e seu correspondente farmacológico que iria proporcionar a melhora ou a cura.

Terceiro caso (Equipe C): *caso família*

Na reunião com essa equipe os profissionais não haviam selecionado um caso previamente para a pesquisa. No momento que se seguiu à chegada da pesquisadora, resolveram qual caso seria apresentado. Segundo eles, tratava-se de um *caso família* que consideravam o caso mais difícil e complicado. Indagaram se haveria também o acompanhamento para a família, e foi esclarecido novamente que se tratava de uma pesquisa.

O caso foi apresentado, a princípio, a partir do relato da história familiar: a família era composta por pai, mãe e duas filhas. A mãe tinha *esquizofrenia*, a filha mais velha não saía de casa havia muito tempo e a filha mais nova ainda saía um pouco; quem trabalhava na casa era somente o pai, mas quando ele retornava para casa, em geral, estava alcoolizado.

Outros familiares que moravam no mesmo quintal não conseguiam entrar na casa da família, pois temiam ser agredidos pela filha mais velha. Segundo o relato de uma de suas tias, ela ficava agressiva e isso teria começado depois do rompimento de um namoro.

A equipe também tinha dificuldade de acessar a casa, ou seja, de realizar as visitas domiciliares. Relembrou que numa das visitas realizadas pela psicóloga da antiga equipe de saúde mental, a filha mais velha apresentava um aspecto adoecido: *pele muito branca, cabelo ralo, aspecto descuidado*. A menina, que antes tomava remédios *controlados* dados pela mãe, deixou de tomá-los pois a mãe achou que a filha ficava mais agressiva tomando os remédios.

A filha mais nova saía raramente de casa, ficando reclusa com a mãe e a irmã; quando precisava sair demorava horas para se arrumar. Nessa visita, que durou cerca de uma hora, a filha mais nova ficou o tempo todo no banho; o pai sempre se queixava de que ela ficava horas tomando banho, lavava as mãos várias vezes ao dia. Ela sempre foi muito preocupada com a aparência física, apresentava-se muito bem cuidada, porém sempre se achava feia.

Avaliaram que as irmãs eram totalmente opostas no que diz respeito ao visual, pois a mais velha sempre estava com aparência de doente e descuidada.

Há algum tempo atrás, conseguiram convencer a mãe a levá-la a uma consulta com a enfermeira na UBS. No atendimento, ela relatou problemas de saúde física e tratamentos que, segundo a mãe, seriam inexistentes. A enfermeira acreditava que ela tinha problema com *valores* e relatou que a menina se queixou na consulta de que *só havia pobres onde moravam; havia saído da escola por não ser aceita porque seria muito mais inteligente do que as outras pessoas*.

Relataram outra situação em que a filha mais nova foi até a UBS acompanhar o pai para a realização de exames de sangue e observaram que naquele dia ela estava

agressiva e ríspida com ele, acusando-o de tê-la maltratado na infância, de tê-la agredido quando estava alcoolizado.

Segundo o relato da equipe, a mãe era *esquizofrênica* e teve *surtos* quando ficou grávida das filhas, chegando a ficar internada em hospital psiquiátrico. Nos surtos, ela *quebrava tudo em casa*, mas depois da última internação *aumentaram e mudaram a medicação*, e ela não teve mais crises. A equipe a descreveu como *muito calada*, quando se perguntava algo a ela, respondia *sim* ou *não*. Ela fazia acompanhamento com médico neurologista, porque, segundo a equipe, havia dificuldade em encontrar o profissional psiquiatra para ser contratado.

Os profissionais da equipe relataram as dificuldades em acompanhar os pacientes com problemas de saúde mental de sua área. Segundo eles, sem o apoio do médico psiquiatra do NASF, o acompanhamento não seria possível.

O médico de família reiterou essa afirmativa e afirmou a necessidade do especialista, pois a questão não seria um *problema renal, neurológico* ou de *clínica cirúrgica*, e sim *psiquiátrico*, um problema *médico*. Portanto, seria necessária a presença do profissional médico especialista em psiquiatria. O médico de família apontou o quanto conhecia da proposta da reforma psiquiátrica, mas afirmou que acreditava que seriam necessárias mais opções, pois somente o CAPS não estava conseguindo ofertar o atendimento adequado.

Os profissionais da equipe mencionaram outro caso de um paciente *psiquiátrico* da sua área que havia falecido, segundo o médico de família, por falta de acompanhamento *psiquiátrico*. Esse paciente havia sido acompanhado pelo psiquiatra do NASF, e desde a saída desse profissional, o médico de família estava fazendo as *trocas de receitas* dos remédios. Segundo o médico: *esse paciente não frequentava o CAPS, e o CAPS não ia até o paciente*.

A equipe relatou outro caso para o qual não estava havendo acompanhamento de profissionais de saúde mental, e o médico estava realizando apenas as *trocas de receitas*. Essa situação foi colocada como incômoda pela equipe e pelo médico, tanto pela falta de acompanhamento específico, quanto pela ausência de reavaliação dos casos pelo psiquiatra.

O terceiro caso da equipe C foi apresentando de modo diferenciado: a princípio foram apresentadas as pessoas da família, sua história individual, a relação entre os

membros da família e a relação com o serviço de saúde. Diagnósticos psiquiátricos também foram mencionados ao longo da descrição da história familiar.

Essa equipe, ao contrário das outras, não havia selecionado o caso previamente. No entanto, conheciam bem a história da família, bem como lembravam detalhes de atendimentos realizados, inclusive pela antiga equipe de saúde mental. A família não havia sido acompanhada pela pesquisadora.

Mediante a complexidade do caso e a dificuldade de acesso à casa, explicada pela própria dinâmica da família, que vivia reclusa, a equipe fez fortes críticas à ausência do médico psiquiatra na equipe do NASF. A ausência desse profissional foi responsabilizada, inclusive, pelo falecimento de outro paciente *psiquiátrico* que havia sido acompanhado na UBS. Embora, não tenha ficado muito claro o motivo do falecimento do paciente, o que se evidenciava era uma equipe bastante comprometida, e talvez identificada, com os problemas dos pacientes, e angustiada por não conseguir atender adequadamente as pessoas com problemas psiquiátricos. O problema colocado evidenciava como a equipe definia sua necessidade: precisavam de um médico psiquiatra para acompanhar as pessoas com problemas de saúde mental.

Por um lado, no que diz respeito à história e à situação de sofrimento da família, fazia sentido que a família tivesse acesso a um cuidado especializado, por exemplo, por meio do CAPS. Na atual política pública de saúde mental, define-se que os CAPS devem prestar assistência às pessoas em situação de:

(...) sofrimento decorrente de transtornos mentais - incluídos aqueles por uso de álcool e outras drogas e que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação e/ou impossibilidades de convivência e que objetive a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário (Ministério da Saúde, 2011c).

Assim, os CAPS deveriam prestar assistência às pessoas em situação de sofrimento decorrentes de transtornos mentais, que implicam amplas consequências. Nesse contexto, não seria atribuição da Atenção Básica, a responsabilidade exclusiva e solitária do acompanhamento de casos da gravidade como o da família relatada pela equipe.

Por outro lado, o médico da equipe de Saúde da Família centralizou sua queixa da falta da assistência psiquiátrica, tendo sido apoiado pelo restante da equipe. O

argumento do médico repousou na necessidade da "especialidade" (Laplantine, 2004). Não se está, aqui, negando a necessidade da presença do médico psiquiatra, no entanto, é preciso destacar que a discussão ficou restrita à assistência médica.

Nesse sentido, o conhecimento biomédico e a racionalidade científica que atravessam as relações de cuidado em saúde tiveram um papel fundamental na constituição da *loucura* como *doença mental*, bem como consequências para a compreensão do que seja cura e tratamento para os *loucos*, ou contemporaneamente, para *pessoas em situação de sofrimento psíquico*.

A *loucura* teve seu marco inicial de constituição enquanto *doença mental*, em 1793 quando Philippe Pinel, ao se tornar médico-chefe responsável do hospital de Bicêtre, entrou para a história como o responsável por desacorrentar os *alienados* (Foucault, 1999). Pinel, que era naturalista, compartilhava as ideias desenvolvidas pelo botânico *Linnaeu*, que teve sua proposta de classificação da botânica aplicada ao conhecimento das doenças, tendo por método isolar o objeto, observar, descrever, comparar e classificar para conhecer, o que Laplantine (2004) chamou de “medicina das espécies”. Esse princípio classificatório, animou a medicina ocidental na constituição de um projeto nosológico, de isolamento, identificação e classificação das doenças. Laplantine (2004) no seu estudo sobre o discurso dos médicos na sociedade francesa contemporânea ainda pôde identificar que esse modo de abordagem da doença ainda permeava a prática médica:

O que convém observar aqui é que, se o essencialismo médico – e as entrevistas com médicos nos mostraram que este estava longe de poder ser considerado superado, mostrando-se suscetível, pelo contrário, de reaparecer de forma recorrente na prática cotidiana – procede de um isolamento das doenças a partir dos doentes e de uma classificação das doenças em espécies, isso se explica porque as ciências naturais e as ciências médicas têm, de fato, a mesma origem histórica. O saber médico ocidental, e com frequência voltaremos a esse ponto, é fundamentalmente *biológico* (p. 50).

Pinel ao instituir o asilo como local de tratamento aplicou esta lógica de isolar, conhecer e classificar a *alienação mental*. Sendo assim, foi nesse processo que a psiquiatria se constituiu, e também se encastelou como especialidade.

Dentro dessa lógica, o médico apontou o problema que se evidenciava naquele caso: os CAPS não conseguiriam dar conta das questões de saúde mental, e por isso, a

reforma psiquiátrica que se conduz no país seria questionável. Em parte, o argumento do médico faz sentido, pois, o número de serviços comunitários ainda não é suficiente para adequada oferta dos cuidados em saúde mental no Brasil (Ministério da Saúde, 2012). No entanto, quando havia poucos serviços abertos e um grande número de leitos psiquiátricos, também não havia cobertura, e assistência adequada, pelos hospitais psiquiátricos (Alves, 1992). Ao contrário, o que havia eram inúmeras denúncias de violência e violação de direitos dos pacientes internados nos hospitais psiquiátricos, e a existência do sistema de “porta giratória” que acabou por gerar uma grande quantidade de pacientes-moradores em hospital psiquiátrico, devido à exclusividade do interesse econômico desses lugares (Amarante, 1995b; Nicácio, s/d.).⁵⁵

Em relação à insuficiência da rede de serviços de saúde mental, outro aspecto a se atentar, seriam as continuidades e descontinuidades na construção da rede de saúde mental em São Paulo, que passou por intervalos de desinvestimento, sendo retomada a discussão e a discussão coletiva de sua construção somente em 2013 (Vieira, Vicentin e Fernandes, 1999; Secretaria Municipal de Saúde, s/d).

Ainda em torno do argumento da fragilidade ou fracasso da reforma psiquiátrica, percebe-se uma posição do profissional próxima a de um espectador, que ficaria aguardando a implantação da assistência pública, excluindo-se desse processo. Basaglia (1974), assim como outros autores, apontaram para a impossibilidade da neutralidade da atuação técnica por parte de profissionais ou outros agentes sociais públicos, indicando, que ativa ou passivamente, somos responsáveis pelo produto final das políticas públicas do nosso país.

Talvez a apresentação de um *caso* difícil tenha sido uma estratégia justamente para demonstrar que a rede não funciona. De fato, a equipe relatou diversos aspectos da gravidade do caso, explicitada não apenas nos transtornos psiquiátricos em si. No entanto, alguns aspectos do problema foram apontados como coadjuvantes, sem a devida importância. Isso ficou mais evidenciado quanto se tratava do relato de situações de violência: no caso da filha que foi *agressiva* com o pai na consulta, acusando-o de agredi-la quando estava alcoolizado. Percebeu-se que o mais relevante era a agressividade da filha para com o pai, e não a violência anterior que ela relatou ter sofrido. Sem se darem conta, a questão de gênero e dos papéis familiares estereotipados,

⁵⁵ “Porta giratória” é a designação utilizada para apontar o ato de reinternar o mesmo paciente, no mesmo hospital, logo em seguida da alta. Nesses casos, em geral, o paciente nem chegava a sair do hospital.

se faziam presentes: o fato do pai “agredir” a filha não seria problema, tanto quanto uma filha “agredir” o pai.

A piora da agressividade também foi relacionada ao uso do medicamento, que a mãe diminuiu ao perceber que a filha piorava. E, segundo a tia, ela não entrava na casa da família por causa da agressividade da sobrinha; para ela, o problema da sobrinha teria começado após o rompimento de um relacionamento amoroso. Nessas duas situações, a agressividade foi relacionada ao problema psiquiátrico.

O discurso da periculosidade associado à loucura, ou a outros problemas psiquiátricos, foi e continua a ser utilizado para justificar o isolamento do louco (Foucault, 1999). Em geral, são naquelas situações denominadas de “crise” ou “surto” psiquiátrico que se evidenciam as dificuldades de lidar com as pessoas que ficam agressivas.

Segundo Dell’Acqua e Mezzina (s/d.), o modo de organização dos serviços de saúde mental, traduzidos pelo tipo de cuidado que conseguem ofertar para pessoas em situação de crise, irão definir os modos de validação social do sofrimento. Assim, a depender dessa modalidade assistencial, o sofrimento do indivíduo poderá ser significado como distúrbio, como periculosidade social, como miséria social, como resultado do fracasso das relações familiares, como resultado do peso do trabalho, ou, simplesmente como uma situação de uma pessoa em sofrimento em relação com um corpo social. Do ponto de vista dos autores, os hospitais psiquiátricos e as emergências psiquiátricas ofertam uma assistência empobrecida para o indivíduo em crise. Isso acontece porque essa assistência se pauta, quase que exclusivamente, no saber psiquiátrico que classifica o sofrimento ofertando uma terapêutica, praticamente restrita à medicação. Assim esse tipo de assistência não seria útil na atenção à crise porque:

Uma vez que não está em condição de reconhecer o sujeito como uma entidade complexa, o sistema tende à reduções e simplificações progressivas (p. 54).

Os autores ainda afirmam que nas situações de atenção à crise, quando não se consegue lidar com ela, quase sempre se evidencia apenas a crise do paciente e não se coloca em questão a necessidade do serviço colocar-se em crise ao questionar sua capacidade de atender o paciente. Assim, os autores compreendem a crise como o momento de máxima simplificação, em que se reduz a um sintoma a complexidade do sofrimento do indivíduo.

Evidente que atender pessoas em situação de crise, caracterizada, seja por isolamento, dificuldade de comunicação ou expressando agressividade, não é uma tarefa fácil. Trata-se de um momento em que se faz necessário constituir uma tutela de cuidado e proteção para o indivíduo, em que seja possível, ao longo de algum tempo, a elaboração da situação de sofrimento que levou à crise (Dell'Acqua e Mezzina, s/d.).

A partir dessas concepções que se originou a noção de hospitalidade noturna em serviços tipo CAPS, que seria a garantia do direito ao asilo nas situações em que o paciente necessite de proteção ou continência para se distanciar adequadamente das condições habituais de vida (Kinoshita, 1997). Essa hospitalidade, no sentido de hospedar, não seria isolar, nem excluir a pessoa da sociedade; por isso, esses serviços de saúde mental devem ser comunitários e próximos do local de moradia do paciente.

Justamente por se tratar de ações que implicam uma mudança do olhar para o indivíduo em crise, o discurso da periculosidade encontra-se presente até os dias atuais como justificativa para o isolamento e asilamento das pessoas com problemas psiquiátricos. Não que o perigo, ou risco de agressão, não exista, mas, a questão seria supor que a agressividade aconteceria sempre de forma descontextualizada e sem motivo.

Os comportamentos opostos das irmãs, uma descuidada e a outra muito bem cuidada, foram descritos como sinais e sintomas do problema psiquiátrico. O isolamento, a baixa adesão ao acompanhamento ofertado pela UBS, bem como a presença de rituais de limpeza e agressividade das filhas foram apontados como parte do problema psiquiátrico. Como já ressaltado, a agressividade do pai não foi apontada como parte do problema, nem o fato dele chegar em casa alcoolizado, preservando, de alguma maneira, para a equipe seu papel como pai de família.

A noção de problema de saúde mental foi relacionada, quase que, estritamente às alterações corporais, aproximando-se de uma noção fiscalista da doença, em que os aspectos morais (social e, ou, psicológico) não seriam relevantes (Russo, Venâncio, Ferreira e Henning, 2004).

Quarto caso (Equipe D): *louco clássico*

O caso foi apresentado pelo médico como sendo alguém que *não passava com o médico psiquiatra desde 2010*, e ressaltou que naquela UBS estavam sem esse

profissional desde 2011. Informou a data de nascimento e que o paciente tinha 33 anos; ele foi casado e tinha convênio da empresa onde havia trabalhado. Morava com a mãe – *que tinha 70 anos - e que antigamente, ela não queria que o incluísse no cadastro da família*, pois ele era acompanhado pelo médico do convênio.

Segundo o médico de família, o problema teria se iniciado mais ou menos em 2010, quando o paciente passou a realizar um tratamento no CAPS Sapopemba e depois no NAPS em Santo André. Segundo a avaliação dos psiquiatras, a hipótese diagnóstica era *esquizofrenia - F20*. O CAPS teria encaminhado o paciente para a UBS por causa de *uma crise de falta de psiquiatra no CAPS; o recado era claro: estamos sem médico psiquiatra, então estamos devolvendo para a atenção básica*.

Havia uma irmã, de 52 anos, que morava na mesma rua, em frente à casa do paciente e que auxiliava no cuidado, principalmente com as receitas dos medicamentos: ela era *organizada* e comparecia regularmente à UBS para pegar as novas receitas. O paciente era *hipertenso* e *diabético*, doenças que, segundo o médico de família ele aceitava. Em relação à *esquizofrenia*, a irmã gostaria de levá-lo ao psiquiatra, no entanto, o paciente dizia que *não era louco para ir ao psiquiatra*.

O médico de família relatou as medicações psiquiátricas que o paciente estava utilizando: *risperidona*, *clorpromazina*⁵⁶, *biperideno*⁵⁷, *haloperidol*⁵⁸, *haldol decanoato*⁵⁹ e *clonazepam*⁶⁰. A injeção de *haldol decanoato* era sempre realizada no domicílio, pois o paciente quase nunca saía de casa. Ainda segundo o médico de família, o paciente era, segundo sua fala *um negão quatro por quatro*, e quando entrava em *crise* ficava *muito agressivo*, sendo necessário chamar o SAMU e a polícia. Quando

⁵⁶ Cloridrato de clorpromazina é um medicamento antipsicótico de baixa potência. Fonte:< <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/anvisa/home>> Acesso em: 15 ago. 2014.

⁵⁷ O cloridrato de biperideno é um medicamento de ação anticolinérgico que atua no sistema nervoso central diminuindo os efeitos colaterais causados pelo uso de medicamentos neurolépticos, tais como haloperidol. Alguns dos efeitos colaterais: rigidez muscular, tremor, acatisia (inquietação), distonia aguda (espasmos musculares prolongados) e síndrome parkinsonianas induzidas por neurolépticos. Fonte:< <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/anvisa/home>> Acesso em: 15. ago. 2014.

⁵⁸ Haloperidol é um medicamento neuroléptico que inibe as funções psicomotoras, agindo como antipsicótico. Fonte:< <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/anvisa/home>> Acesso em: 15 ago. 2014.

⁵⁹ Haloperidol decanoato é uma forma solúvel do haloperidol administrado como injeção intramuscular que resulta em gradativa liberação do princípio ativo no organismo por determinado tempo. Fonte:< <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/anvisa/home>> Acesso em: 15 ago. 2014.

⁶⁰ Clonazepam é medicamento benzodiazepínico que inclui efeitos anticonvulsivante, ansiolítico, sedativo e relaxante muscular. Fonte:< <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/anvisa/home>> Acesso em: 15 ago. 2014.

entrava em crise, a agressividade dele era, em geral, direcionada à irmã; quando estava bem, era a mãe a figura respeitada, ou seja, ele não a agredia.

Após o relato do caso pelo médico, a pesquisadora perguntou aos profissionais da equipe porque tinham escolhido aquele caso. Houve várias explicações.

O médico justificou que escolheram aquele caso porque, apesar da falta do acompanhamento do médico psiquiatra, do ponto de vista da equipe de saúde da família, o caso estava *mais ou menos acompanhado*. Segundo ele, havia outros casos que estariam *meio abandonados*. E também porque o paciente era *esquizofrênico*. Algumas ACS justificaram que escolheram o caso dele como sendo de saúde mental pelo tipo e pela quantidade de medicamentos *controlados* de que ele fazia uso. Segundo uma delas, ele de fato seria um caso de saúde mental porque não seria comum fazer uso de tantos remédios e que talvez o médico também fosse *endoidar* por fazer essas receitas. O uso de *tantos* medicamentos foi justificado como sendo necessário para que fosse *controlada a sua agressividade*.

Surgiu um conteúdo sobre a afetividade do paciente quando uma ACS e uma auxiliar de enfermagem relatou que ele sentia falta de sua filha: ele ficava *muito triste* e dizia que *sentia saudades* dela. Ao ressaltarem esse aspecto da afetividade relataram também que ele tinha um bom vínculo com uma das auxiliares de enfermagem da outra equipe, com a qual conversava bastante. Alguém afirmou que ele teria *ficado assim* após uma decepção com a ex-mulher.

A equipe relatou também que apesar da esquizofrenia ele não havia perdido a memória, pois quando *estava bom* tinha *consciência* e contava coisas do seu passado. Segundo os profissionais *mesmo tomando remédios que mexem com o cérebro, ele não se esquecia do passado*.

Consideraram importante ressaltar que o paciente nunca fizera uso de algum tipo de *droga*. O médico de família, como que para finalizar, afirmou que a *esquizofrenia é uma doença que faz com que as pessoas vejam coisas; louco, louco; é um nome bonito para loucura*. Para o médico de família o paciente seria o *louco clássico*.

Durante a apresentação do caso uma das ACS introduziu uma questão que redirecionou a conversa com a equipe: gostariam de saber se *psicopatia* seria uma doença. A partir disso, vários profissionais introduziram questionamentos tomando por

referência o caso da família *Richthofen*⁶¹: gostariam de saber se *pessoas que matam seus próprios familiares seriam doentes*. Consideraram que seria *absurdo um filho matar o próprio pai*, pois se trataria de *uma ligação muito forte* que seria *uma ligação do coração*; esse ato seria *terrível*.

A equipe insistiu em querer saber se isso seria uma doença. A pesquisadora propôs mais perguntas: que tipo de comportamento seria uma doença? E se psicopatia fosse uma doença?

Alguém considerou que acharia muito *estranho* se fosse uma doença, como querendo afirmar que se tratava de um desvio moral, o que seria diferente, em sua visão, de uma doença. Outra parte da equipe considerou que deveria haver um tratamento, ao que o médico disse que deveria ser num *manicômio*. Uma das ACS supôs que se estivesse internada no *manicômio com a Richthofen*, no mesmo quarto, somente dormiria depois que ela tivesse tomado *muitos remédios*.

A discussão do assunto assumiu nova direção quando uma das ACS apontou outra possibilidade explicativa para o fato de uma pessoa matar os pais, como no caso da filha dos *Richthofen*: poderia ter sido um ato em sua própria defesa e levantou-se a hipótese de que talvez ela tivesse algum motivo para ter feito aquilo. Citou alguns exemplos: quem sabe os pais a tinham proibido de namorar; ou talvez ela tivesse demonstrado que tinha algum problema na infância e os pais não teriam cuidado dela. Concluiu dizendo que talvez a responsabilidade não fosse somente dela, mas também dos pais. As outras ACS demonstraram-se indignadas com essa suposição, ao passo que o médico tentou fazer a mediação.

Uma das ACS indagou se haveria medicação para o problema de *psicopatia*. Outra ACS respondeu que o *remédio substituiu a camisa de força*, e o médico de família falou que a medicação teria a função de *chumbar o freguês*. Ainda segundo ele haveria algumas doenças que *se sabe* são causadas pela ausência de alguma substância: exemplificou com o *prozac* (fluoxetina⁶²) que teria uma ação em determinadas partes

⁶¹ O que ficou conhecido como “o caso da família *Richthofen*” se iniciou com o assassinato de um casal, que aconteceu na cidade de São Paulo em 31 de outubro de 2002, e posteriormente se descobriu que a filha estava envolvida no crime. Até os dias atuais há muitas versões sobre o fato que é noticiado nas diferentes mídias. Numa delas a filha teria planejado o crime com o então namorado, e com o irmão dele, que executaram o crime, matando os pais dela a pauladas.

⁶² Cloridrato de fluoxetina é medicamento indicado para o tratamento da depressão, associada ou não a ansiedade, da bulimia nervosa, do transtorno obsessivo compulsivo (TOC) e do transtorno disfórico pré-menstrual. Fonte:< <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/anvisa/home>> Acesso em: 15 ago. 2014.

do cérebro. Com esses comentários o médico de família justificou também o atendimento desse tipo de paciente por médicos psiquiatras e não pelos médicos clínicos.

Outra ACS quis saber se a partir do momento em que a pessoa fosse diagnosticada com esquizofrenia, ela precisaria tomar medicamentos para o resto da vida. O médico de família respondeu que embora o diagnóstico pudesse ser o mesmo para diferentes pessoas, isso não determinaria que os medicamentos seriam os mesmos para todos.

As ACS colocaram mais questões: haveria uma predisposição genética para a esquizofrenia? A pesquisadora devolveu a questão fazendo outra pergunta: haveria outras predisposições? Quais? Como seria isso?

Responderam que o *meio em que a pessoa vive* também poderia influenciar e passaram a dar alguns exemplos. Relataram outro caso atendido pela equipe no qual uma mulher teria *surtado* depois que o marido foi embora sem *consumar* o casamento. Eles teriam vivido juntos por seis anos, e após ele ter ido embora ela se tornou *dependente química* de remédios. Essa mulher tinha um irmão com *esquizofrenia* e sua mãe teria dado a filha, ainda no hospital, para a sogra que a teria criado de modo muito protegido, *como numa redoma de vidro*. A avó não deixava que ela brincasse com as outras crianças, e não a deixava sair de casa ou fazer lição escolar com outras crianças. Consideraram que ela teve uma *criação reprimida*. Esse núcleo familiar era conhecido pela pesquisadora, sendo que o irmão e a mãe foram acompanhados por ela durante alguns anos naquela UBS.

Outros profissionais da equipe levantaram outras suposições a partir de outros exemplos, para questionar se a tese da *criação reprimida* poderia ser válida. Um dos profissionais relatou que conhecia caso de pessoas que foram *criadas como bicho do mato*, ou sempre *fechadas* e que houve diferentes desfechos: uma nunca se casou; outra depois de muitos anos começou a namorar e se casou.

Afirmaram acreditar que as famílias seriam diferentes, pois uma das ACS comentou que havia uma família vizinha dela cuja mãe não deixou os filhos brincarem com outras crianças e nem por isso eles apresentaram algum problema. Relatou que inclusive ela havia brincado com essas mesmas crianças, e nem por isso, a ACS cresceu com algum problema.

A reunião foi concluída com um exemplo e uma pergunta: relataram brevemente um caso de uma pessoa que teria tido um surto porque teve *ataque de bicha e perdeu a memória*; segundo eles, isso acontece quando há *problema de verminose*. Queriam saber se casamento entre *parentesco* poderia causar problema de *psicótico*. O médico de família respondeu que sim.

O caso quatro da equipe D foi apresentado num primeiro momento pelo médico de família que o fez nos moldes da apresentação do caso clínico: identificação do paciente, nome, idade, história da doença psiquiátrica e clínica, tratamentos e medicamentos atuais. Denominou o caso de *louco clássico*, por tratar-se de alguém com diagnóstico de *esquizofrenia (F20)*, pelos *medicamentos* que fazia uso, bem como, pela *agressividade*.

Percebe-se que alguns elementos vão emergindo como *estereótipos* daquilo que seria o caso de saúde mental ou psiquiátrico: o uso de medicamentos *psicotrópicos* e a *agressividade*. O convívio contínuo e prolongado, tanto com os *pacientes com problemas psiquiátricos*, quanto com os profissionais da saúde mental, parece ter levado à naturalização de certas denominações, bem como das percepções acerca das situações de sofrimento. Compreendendo o uso do estereótipo como a criação de uma leitura fixa e imutável de uma situação ou objeto, tais denominações teriam por função tamponar o contato com a experiência singular do indivíduo (Amaral, 1998).

Talvez, por isso, tantas denominações *psiquiátricas*. Ainda assim, por detrás delas, é possível desvelar diversos sentidos. Por exemplo, o *medicamento psicotrópico* foi apontado como uma entidade em si mesma, quando se referiram ao risco de o próprio profissional ficar louco ao prescrever os psicotrópicos, como no caso do médico, ou ao ingeri-los, como no caso do paciente. Emerge uma preocupação de contágio da *loucura*, como se fosse possível *enlouquecer* quanto mais próximos se estivesse dela e dos seus recursos terapêuticos.

Em relação ao *louco clássico* apresentado pela equipe, além dos atributos clássicos mencionados acima, atribuiu-se a ele uma afetividade que parecia não ser esperada num indivíduo *louco*. Ou seja, a expressão positiva de afeto, bem como a preservação da memória, estar consciente e por vezes apresentar um discurso coerente, parecia não fazer parte de um indivíduo que poderia enlouquecer. Essa ideia supõe que, uma vez transposto o limite entre a normalidade e a loucura, não seria mais possível apresentar comportamentos identificados com a normalidade. Pareceu causar

estranhamento na equipe o fato de o paciente compartilhar sentimentos e pensamentos que estariam no domínio da normalidade, o que levava à percepção de que tal trânsito, entre o louco e o normal, também poderia acontecer com algum deles. De qualquer modo, a equipe relatava isso com estranheza e algum receio.

Nesse caso, houve a explicitação bastante clara de que o problema do paciente não se devia ao uso de *droga*, demonstrando a separação entre *loucos* e *drogados*, como problemas que não deveriam se misturar.

Na discussão emergiu, mais uma vez, a questão da herança genética claramente associada à preocupação com a possibilidade do surgimento da doença mental na própria família. O medo do contágio, pelo biológico, e pela convivência, que já havia aparecido em outros exemplos.

No imaginário social, a loucura é identificada ao *louco perigoso*, tanto que a equipe passou a discutir se *psicopatia* seria ou não um tipo de doença. As questões da equipe se voltaram para um caso midiático em que a filha teria assassinado o pai, sendo que essa atitude causava repulsa, de caráter moral, na maioria dos integrantes da equipe.

O estranhamento em considerar que essa atitude pudesse ser uma doença, ou seja, demonstrava que para aquele profissional, provavelmente os domínios da doença - orgânica ou biológica - não teriam relação com o comportamento moral. Dito de outra maneira: um desvio moral não poderia ser uma doença. Assim, apenas no corpo biológico estaria a causa da doença.

O modo de educação e a *criação* das crianças surgiu como possibilidades explicativas para o surgimento de *problemas psiquiátricos*. A equipe, principalmente os ACS, discutiram várias hipóteses, sendo que o médico fez o papel de mediador da discussão, sem tomar partido de algum lado, e buscando problematizar o tema. As diferentes hipóteses levantadas demonstraram que o grupo, mesmo sem chegar a um consenso, conseguiu lidar com as diferentes opiniões. As teses eram apresentadas e exemplificadas a partir da história de pacientes e de exemplos de sua história de vida. Esses últimos exemplos pareciam ter força moral, ocupando o lugar legitimado de um depoimento, sendo menos questionados que outros argumentos.

Um dos exemplos de situação associada a um problema psiquiátrico foi o caso de uma pessoa que havia sido *dada* pela mãe para ser *criada* pela avó paterna. Não havia questionamento moral sobre esse ato, a hipótese do surgimento, já na idade

adulta, foi colocada pela ACS como tendo ocorrido pelo fato da pessoa ter sido *criada* do modo superprotegido, ou, ainda, pelo fato do marido não ter *consumado* o casamento. Neste exemplo, e em outros, emergiu tanto a questão da sexualidade quanto a questão de gênero. Às mulheres foram atribuídas mais situações que levaram ao enlouquecimento e que diziam respeito a condição de gênero feminino, do que para os homens. Por um lado, pode ser que se conheçam mais situações de enlouquecimento relacionado às mulheres, por serem essas aquelas que mais acessam os serviços de saúde, como apontou Scott (2005), ao mostrar que elas seriam cúmplices dos profissionais na execução das tarefas e metas dos serviços de saúde, principalmente nas UBS. Mas, por outro lado, indica também o olhar enviesado dos profissionais para a questão feminina do sofrimento, supondo uma vulnerabilidade feminina maior do que a masculina.

Ao longo da história a *loucura* feminina foi diversas vezes relacionada à questão da sexualidade, tendo sido relacionada às particularidades do útero, e ao fenômeno da menstruação. Na Idade Média, as mulheres poderiam ser consideradas bruxas, principalmente se eram pobres, que apresentassem condutas estranhas e que poderiam estar relacionadas à possessão demoníaca. Mulheres que não se casassem, e, portanto não procriassem, eram classificadas de voluptuosas, podendo ser acusadas de estarem transgredindo à ordem moral, sendo acusadas de prostituição, adultério e aborto (Pegoraro e Caldana, 2008). A recente medicalização da sexualidade, enquanto problema de saúde, no caso das mulheres, associa-se frequentemente à suposição de que a sexualidade feminina teria uma complexidade específica (Rohden, 2009). Segundo essa autora:

É significativo que uma imagem de instabilidade corporal e mental muito frequentemente esteve mais associada aos corpos femininos, governados por ciclos hormonais variáveis e etapas ligadas à vida reprodutiva que justificariam também uma instabilidade sexual da mulher (p.101).

Assim, as situações de sofrimento por que pode passar a mulher, e sua relação com o corpo feminino e a sexualidade, assim como outros fenômenos da vida, são construídos socialmente, sendo também recortadas pela visão de gênero que se têm da mulher e do homem. A sexualidade como reguladora da saúde mental emergiu no exemplo do caso do casamento que não teria sido *consumado*, ficando a mulher *dependente química de remédios*.

Na discussão sobre a filha *psicopata* que matou os pais, questionou-se se a psicopatia seria uma doença ou não. Parte do grupo acreditava que sim, seria uma doença, que necessitaria de *medicamentos* e *manicômio*. O primeiro agiria diretamente no corpo, e o segundo se daria por meio do isolamento desse mesmo corpo, que representaria um risco à sociedade.

A associação entre comportamento criminoso e doença mental remonta ao paradigma naturalista da medicina ocidental do século XIX, que buscou explicar esse comportamento por meio dos componentes biológicos. Segundo Augusto e Ortega (2011):

Leituras médicas sobre o fenômeno do crime, focado na etiologia a partir de dados eminentemente biológicos, formam o conjunto da rede de saber-poder edificada nas instituições médico-jurídicas e multiplicada pelos ‘cientistas’ do Iluminismo e a qual podemos denominar ‘medicalização do crime’ ou, mais especificamente pelas matrizes da relação crime-doença, denominar de ‘patologização do crime’ (p. 222).

A partir da incursão da medicina na área da criminologia se constituiu um campo de produção científica, que impregnou o imaginário social acerca das relações entre doença mental e periculosidade social. Segundo o Artigo nº. 26 do Código Penal, se o indivíduo que infringiu a lei for considerado inimputável, o juiz determinará sua internação em locais denominados de hospitais ou casas de custódia, ou manicômio judiciário (Conselho Regional de Psicologia, 2010). A questão da assistência feita pelos manicômios judiciários foi retomada no texto do CRP a partir da perspectiva das discussões realizadas nas conferências nacionais de saúde mental:

É fundamental que retomemos o disposto na 1ª. Conferência Nacional de Saúde Mental, buscando efetivar avanços no que se refere à reforma psiquiátrica na execução de medidas de segurança: ‘*Que se aprofunde a discussão sobre os manicômios judiciários, visando sua extinção ou profunda transformação*’; bem como as diretrizes da 2ª. Conferência Nacional de Saúde Mental, que apontava para a extinção de “*todos os dispositivos legais que atribuem periculosidade ao doente mental*” e colocava como proposta uma articulação junto ao Ministério da Justiça, visando: ‘*a extinção dos manicômios judiciários (‘hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico’), de maneira lenta e gradual, semelhante aquela proposta para os hospitais psiquiátricos, devendo ser substituídos por modelos alternativos que possibilitem o cumprimento das medidas de segurança impostas e o recebimento de um tratamento humano e*

reabilitador’; e da 3^a. Conferência Nacional de Saúde Mental: ‘*as condições de funcionamento dos manicômios judiciários (chamados hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico), para onde são encaminhados os pacientes que cometem delitos, constituem atentados aos direitos humanos, e precisam ser profundamente reestruturadas*’. ‘*No horizonte da reforma, deve estar colocada a superação total desse tipo de estabelecimento*’ (idem, p.1).

No processo da reforma psiquiátrica, a questão dos manicômios judiciários, talvez seja um dos maiores desafios. Se, por um lado, são apontadas as dificuldades em romper com essa lógica de exclusão das pessoas com transtorno mental que cometeram algum delito (Correia, Lima e Alves, 2012); por outro, relatam-se experiências em que se tem enfrentado esse modo de segregação, construindo alternativas para que seja possível compreender o sujeito na sua singularidade, sendo possível que ele responda pelos seus atos no tecido social (Barros, 2001c).

Se as questões que envolvem o enlouquecimento causam temores de várias ordens e necessidades de afastamento, ao se relacionar com o que se considera crime, a questão se amplia para o modo como a sociedade lida com os transgressores das leis sociais. A história mostrou que a existência de instituições de correções, tais como o manicômio judiciário e outros tipos de prisões, não necessariamente implica justiça. Esse sistema continua a ser agenciado por indivíduos que se orientam por normas e regras sociais, conhecimentos técnicos e científicos, permeados por concepções morais (Foucault, 2011; Augusto e Ortega, 2011). A questão do crime e da loucura expõe o limite, tênue e tenso, entre a transgressão e a insanidade (Carrara, 1998).

Retornando ao exemplo discutido na reunião com a equipe D, parte do grupo considerou a psicopatia como uma *doença perigosa*, ainda que identificada como transgressão das regras sociais básicas: matar o próprio pai. O tema da proibição circulou no grupo, seja por meio da referência à proibição de matar o pai, ou à proibição do pai de deixar a filha namorar. O que estava em jogo eram as regras da interdição das relações: o que poderia ser ou não permitido, causando ou não problema psiquiátrico.

Na discussão emergiram, mais uma vez, sobretudo explicações biológicas, dadas principalmente pelo médico. Inclusive, era para a figura do médico, que as ACS dirigiram praticamente todas as perguntas. A enfermeira não participou desta reunião, pois estava num curso; de qualquer modo, a dinâmica do grupo naquela reunião demonstrou ser o médico o portador do saber legitimado na equipe. Mais uma vez, se

observava, que as respostas do médico, exceto no caso da psicopatia, foram aceitas sem questionamento. Isso aconteceu quando o médico explicou que alguns problemas psiquiátricos se deviam à *ausência de determinada substância*, e por isso, os psiquiatras receitavam o *prozac* (fluoxetina); que casamento com relações de *parentesco* poderia resultar em *problema psicótico*.

Quinto caso (Equipe E): família das mulheres com esquizofrenia hereditária

Antes de iniciar o relato do caso, a equipe solicitou à pesquisadora que relatasse novamente qual seria o objetivo da pesquisa.

Escolheram o caso de uma família de mulheres que segundo a equipe seria *a família toda doidinha*. Na reunião, a ACS dessa família não conseguiu pronunciar o nome da doença das mulheres da família. A enfermeira nomeou o problema: *esquizofrenia*. Afirmaram que o problema seria hereditário e que teria começado com uma das filhas; segundo a equipe, a mãe seria a *melhorzinha*. A equipe supunha que se a família fosse escolhida para o estudo de caso, elas não recusariam, pois aceitavam tudo o que era proposto pela UBS.

Nesse primeiro momento, a família foi apresentada como sendo composta pela mãe e quatro filhas. Lembrou-se que havia um filho falecido, após a pesquisadora ter perguntado se havia algum homem na família. Na época em que estava vivo, ele morava com a mãe e as irmãs, sendo que ele era o responsável pelo *centro de macumba* que havia na parte da frente da casa. Por meio deste centro, mantinham o sustento da família. O irmão cuidava das irmãs que faziam tratamento, levando-as nas consultas, e responsabilizando-se pelas medicações.

Elas moravam num terreno onde há uma construção de um sobrado dividido em quatro moradias. Numa delas morava a mãe, três de suas filhas e duas netas; outra filha morava na casa dos fundos com esposo e filhos; e havia outra filha que morava na parte da frente da casa (local onde era realizada a atividade religiosa). A quarta moradia ficava na parte de cima do sobrado onde moravam a ex-esposa do irmão falecido, sua filha e o atual companheiro da ex-esposa.

Segundo a equipe, somente as mulheres da família teriam *problemas* – referindo-se ao problema psiquiátrico. O falecido irmão apenas estaria acima do peso, era diabético e tomava *calmantes* para dormir. Ele faleceu da noite para o dia: tomou

vários calmantes para dormir e no dia seguinte, quando a mãe foi chamá-lo, ele havia falecido.

Uma das ACS relatou que sua família havia alugado uma casa que essa família tinha na praia. Na época não sabiam ao certo que eles eram *macumbeiros*: quando a sua família soube, acharam *meio estranho* e ficaram *meio assim*. Voltaram rapidamente para São Paulo.

A mãe, uma senhora de 72 anos, segundo a equipe, não apresentava nenhum *problema psiquiátrico*. As três filhas que moravam com a mãe faziam tratamento psiquiátrico.

Uma dessas filhas, a mais nova, fazia acompanhamento no CAPS Sapopemba. Ela tinha duas filhas que moravam com ela. Seu problema teria se iniciado no puerpério das filhas, ou seja, no período que segue logo após o parto.

Outra filha era saudável, porém *apanhou* muito do pai quando criança e depois passou a ter crises. Segundo a equipe, quando ela *surtava saía andando e sumia*; chegava a ficar seis meses sumida. Numa das vezes estava num hospital psiquiátrico e a família foi avisada; quando foi visitá-la a mesma havia fugido. A paciente fazia uso de haldol decanoato; não fazia tratamento no CAPS; não estudava e nem trabalhava.

Continuaram a relatar a história das filhas, e passaram a contar sobre a terceira filha que morava na mesma moradia da mãe, que também realizava tratamento psiquiátrico. Iniciaram sua história contando que ela tinha *esquizofrenia*, que tomou haldol durante certo tempo e havia parado em setembro de 2012. A doença teria se iniciado no *puerpério*, assim como relatado no caso da irmã mais nova. O uso da medicação teria sido porque ela teria estado *deprimida*: não tomava banho, não dormia e ficava o tempo todo deitada. A ACS relatou que conhecia a família dessa época, e quando a filha mais velha dessa família estava gestante não aceitava fazer pré-natal. Quando o bebê estava para nascer, foi para a Casa de Parto⁶³, onde teve parto normal. Após o nascimento do bebê, a equipe realizou visitas à casa da paciente e constatou que

⁶³ Mediante as práticas e condições desumanizadas na assistência ao parto associado à excessiva medicalização, há alguns anos o Ministério da Saúde vêm propondo, uma mudança da assistência ao parto centrado no modelo hospitalocêntrico para ofertar, também, o parto normal humanizado. Nesse processo, o parto fisiológico seria estimulado, e seria realizado nos Centros de Parto Normal (Brasil, 1999a; Brasil, 1999b; Ministério da Saúde, 2010). A “Casa do Parto Sapopemba” é um serviço de saúde localizado na região de Sapopemba, na UBS Reunidas, tendo sido a primeira casa de parto do vinculada ao projeto *Qualis*, no qual se realiza parto normal (Hoga, 2004).

ela não conseguia cuidar dele. Na época, o pai da criança acabou assumindo o cuidado do filho, bem como da outra filha que nasceu depois.

Relataram também a história desse pai com os filhos: aos oito anos a menina iniciou acompanhamento no CAPS Infantil; a equipe não sabia ao certo por qual motivo. Aos 12 anos ela teria sido *abusada sexualmente* e engravidou. Segundo a equipe, o abuso/estupro não foi confirmado, pois o *povo dizia* que ela teria *consentido* em ter relações sexuais com o rapaz. Este último, na época tinha 19 anos e era casado. Embora a comunidade tivesse *dúvidas* sobre o consentimento dela ou não, *foi conversado na comunidade* que *não se tratou de um estupro* e assim ele não precisaria morrer. O pai da menina teria ficado *louco* com o que aconteceu. Na época, ele a levou ao Hospital Pérola Byington (Centro de Referência da Saúde da Mulher) onde foi realizado um aborto. Após esse episódio, a menina passou a procurar os homens na escola onde ela estudava e a se *oferecer* para ter relações sexuais; isso aconteceu inclusive com o pedreiro da escola. O pai, para impedir que a filha *ficasse correndo atrás dos homens*, colocava os dois filhos no carro (um fusca) e ficava dando voltas na comunidade.

A equipe achava esse comportamento muito estranho, pois até os dias atuais, ao sair de carro, o pai ainda colocava os filhos no banco de trás como se fossem crianças pequenas. Ele levava a filha no CAPS Infantil da região e achava que o filho também deveria ser atendido por psicólogo; a equipe considerava que isso seria um exagero. Segundo eles, a mãe não participou em nada dessa história da filha.

A outra filha, da *família de mulheres*, morava nos fundos da casa, com o esposo e cinco filhos. A equipe relatou que um de seus filhos, naquele momento com 15 anos, teria assumido a homossexualidade aos 12 anos. A mãe havia solicitado uma consulta com a enfermeira da equipe para que o filho fosse orientado em relação à saúde e sua condição de homossexual. Segundo a enfermeira, o rapaz relatou que sempre gostou de brincar de bonecas e desde muito cedo disse que *sabia o que queria ser*. A mãe dele, durante a consulta, não teria interagido, não respondia as perguntas, ficava muito tempo *parada olhando para o nada*. Segundo as ACS, essa paciente nunca teve uma *crise*, mas achavam que ela era *meio estranha*. Teve uma das filhas que ela *deu para uma tia criar* porque, segundo a equipe, ela não conseguiria cuidar.

Ao questionar as profissionais da equipe, sobre como sabiam que se tratava de uma família de esquizofrênicas, a ACS da família afirmou que sabia por que a antiga

enfermeira havia lhe dito que elas eram *esquizofrênicas*, e também porque a paciente havia sido atendida pela psiquiatra da antiga equipe de saúde mental. A ACS finalizou dizendo que sabia que elas eram esquizofrênicas porque *não diziam coisa com coisa*, e também porque *eram muito atrapalhadas*.

Em relação às mulheres dessa família, a equipe considerou que apesar da esquizofrenia elas eram *pacatas*; não eram *agressivas*. Questionaram se esse problema teria tratamento e se seria genético, e passaram a relatar exemplos do que consideravam *loucura*.

A equipe mencionou outras situações: uma das ACS relatou que seu avô contava que uma de suas tias havia ficado *doida* quando estava torrando café num ambiente de *bafo muito quente* e, ao sair, pegou um ar frio e passou a ter *crises*; ela chegou a ficar internada no Hospital Psiquiátrico do Juquery. Ela também recordou que o povo dizia que a mulher pode ficar *louca* se *quebrar a dieta* do parto, ou se lavar a cabeça quando estiver menstruada.

Outra ACS queria saber se uma pessoa deprimida com ideias suicidas poderia se tornar homicida. Ela estava se referindo a uma paciente de sua microárea, que estaria *muito deprimida* e com muita raiva do médico que havia mudado todas as suas medicações. Por isso, ela *queria matá-lo*.

Lembrou-se de mais dois casos que haviam sido acompanhados pela pesquisadora: uma paciente que segundo a equipe ficou *louca* depois que o noivo a *largou*; e outro paciente que quando entrava em *crise* ficava *muito agressivo*.

O caso 5 da equipe E foi relatado como sendo uma *família de mulheres esquizofrênicas*, cuja causa só poderia ser *hereditária*, evidenciando novamente a temática da genética, agora tematizada pelo gênero feminino. Nesse sentido, emergiram outros problemas de saúde mental que estariam atravessados pela condição de gênero, como ficar gestante e não conseguir cuidar do bebê – ou seja, ser mãe, *quebrar a dieta do parto*, e ter apanhado quando criança. Na família também foi relatado situações em que duas das filhas tiveram alguns de seus filhos que passaram a ser cuidados por outras pessoas. Essa situação é bastante frequente na saúde mental, que seria a invalidação da mulher com transtorno mental de sua capacidade de cuidar e educar os filhos, inclusive havendo perda da guarda legal das crianças (Pegoraro e Caldana, 2008). Embora a prática de dar os filhos para outrem cuidar, não seja necessariamente um ato de

abandono (Fonseca, 2012), não se problematizou que a perda da possibilidade de cuidar dos filhos se tenha agravado pela questão do *sofrimento mental*, e de que talvez, com alguma ajuda, elas conseguissem ficar com eles.

Embora a equipe conhecesse diversos aspectos da história das pacientes, o que prevaleceu foram as nomeações do campo *psiquiátrico*, as descrições das *crises* ou *surtos* e das medicações. Novamente, emerge o indivíduo identificado à doença, como se por ela mesma se pudesse explicar o que seria problema de saúde mental.

A naturalização do termo *esquizofrenia* ficou mais evidente nessa reunião, bem como, o uso impreciso do termo. Ou seja, os profissionais tinham conhecimento do termo, pareciam saber do que se tratava, no entanto, não conseguiam expressar tecnicamente o que significava o diagnóstico médico psiquiátrico.

As ACS atribuíram a justificativa da explicação para a esquizofrenia ser o problema das mulheres dessa família à informação que havia sido dada pela antiga enfermeira da equipe, bem como, pelo fato de a paciente ter sido atendida pela médica psiquiátrica. Assim, mesmo sem ter algum domínio sobre o termo e suas implicações, ele havia sido apropriado pela equipe.

Há duas explicações sobre a origem do termo esquizofrenia: alguns consideram que foi Kraepelin que, no fim do século XIX, cunhou o termo demência precoce que seria a matriz da atual denominação; ou se deveria a Bleuler, no início do século XX, que propôs a denominação esquizofrenia em substituição a demência precoce (Leal, Dahl e Serpa Jr., 2014).

Emil Kraepelin (1856-1926), na Alemanha, a partir do princípio nosológico-clínico, edificou toda a sistemática da psiquiatria moderna. Isso deu-se por alguns motivos: primeiro, ele fundou uma sistemática nosológica, para substituir a nosografia dos alienistas; segundo, porque distinguiu as alienações endógenas e exógenas, introduzindo o conceito de *demência precoce*, que posteriormente Eugen Bleuler iria denominar de esquizofrenia; terceiro, porque adotou uma classificação que incluía a sintomatologia no curso e na determinação da doença; e, quarto, porque admitiu a noção de degenerescência, de modo diferenciado, o que abriu caminho às investigações sobre a origem hereditária das doenças mentais, tarefa da qual a psiquiatria se ocupa até os dias atuais (Amarante, 1996; Razzouk e Shirawaka, 1999). Assim, Kraepelin introduziu uma sistemática que agregou o valor de doença à loucura, bem como a outros

fenômenos da vida psíquica e comportamental. Como havia dito o médico da outra equipe D *esquizofrenia* seria o nome bonito para a *loucura*, e o uso dessa categoria diagnóstica médica havia se naturalizado entre os profissionais da UBS.

O medo em relação à prática religiosa da *macumba* emergiu principalmente no relato das ACS. Segundo Capellari (2001) *macumba* era uma denominação regional que surgiu no Rio de Janeiro, sendo que essa prática se derivou inicialmente dos ritos do candomblé, e foi recebendo múltiplas influências do sincretismo brasileiro. No contexto da discussão do caso daquela família, provavelmente, o fato de terem tido essa prática religiosa os colocavam num lugar de exclusão em relação às algumas pessoas da comunidade.

Em relação a história da adolescente de 12 anos as ACS “desconfiavam”, assim como a comunidade, de que talvez a adolescente tivesse *consentido* em ter relações sexuais com o rapaz de 19 anos. Assim, as regras daquela comunidade que determina, ou não, o que seria caso de abuso sexual ou estupro, não foram questionadas pelas ACS, nem pelo restante da equipe. Ao contrário, a regulação feita pela comunidade pareceu ser legitimada pelos ACS. No caso da menina, ela foi atendida num centro de referência para os casos de violência sexual contra crianças, adolescentes ou mulheres, onde foi realizado o aborto.⁶⁴ Assim, ao ter sido realizado o aborto, o ato foi legitimado como estupro e, ou violência sexual, pela instituição de referência, se configurando, a ato vivenciado pela menina, numa situação de violência.⁶⁵

Durante a atuação profissional da pesquisadora naquela comunidade, por um lado foram frequentes o relato dos casos de violência sexual cometidos contra crianças, adolescentes e mulheres. Por outro, em algumas equipes passou-se muito tempo para que os profissionais, no caso as ACS, levassem algumas dessas situações para discutir com a equipe. Por exemplo, a *Casa da Anita* era um lugar mantido por traficantes

⁶⁴ Segundo o código penal brasileiro a lei vigente prevê o crime de “estupro de vulnerável” que consiste em “Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos, bem como induzimento de menor de 14 anos a satisfazer a lascívia de outrem, ou ainda satisfazer a lascívia mediante a presença de criança ou adolescente, favorecimento de prostituição ou outra forma de exploração sexual de vulnerável” (Brasil, 2011b).

⁶⁵ Violência doméstica: “Todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e adolescentes que - sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima — implica de um lado uma transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, uma coisificação da infância, ou seja, uma negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento. As violências doméstica podem ser física, por negligência, sexual e psicológica”. (FundaçãoAbrinq: 2002, p. 14-15).

locais, no qual eram realizadas festas aos finais de semana, *sabendo-se* que a prioridade de participação na festa, seria para as meninas de 10 a 13 anos com as quais se manteriam relações sexuais. Essas meninas *receberiam em troca* o *status* de participar dessas festas, e quem sabe a possibilidade de se tornar uma das mulheres de algum dos traficantes. Além da complexidade desse problema, o qual as ACS acreditavam que não seria resolvido pela saúde, elas temiam ser tomadas por *deladoras* pelos traficantes (Azevedo e Guerra, 2009).

Sexto caso (Equipe F): acumulador ou caso social?

A equipe relatou que o caso havia começado quando receberam uma solicitação da Prefeitura Municipal de São Paulo (PMSP) para realizar uma avaliação psíquica para saber se um paciente da sua área seria um *acumulador* ou um *caso social*. Ele havia sido multado algumas vezes pela prefeitura.⁶⁶

Eles escolheram esse caso porque tinham dúvidas se seria ou não seria um caso de saúde mental; se haveria um *CID* (Classificação Internacional de Doenças) para isso, se seria o caso de *acumulador*, *um caso social*, ou *patológico*. Estavam preocupados se seriam capazes de opinar tecnicamente sobre o caso, e se conseguiriam ajudar o paciente com uma possível *CID*. Na realidade consideravam que nem eles, nem a equipe do NASF teriam condições de concluir a *avaliação psíquica*. O processo teria se iniciado devido a alguma denúncia, provavelmente feita por algum vizinho. Questionaram: seria um caso de saúde mental?

Relataram que o paciente tinha 55 anos e morava com a esposa; trabalhava como motorista de ônibus fretado. Em janeiro de 2013 receberam um processo da prefeitura no qual a vigilância sanitária, após ter feito algumas visitas ao paciente, levantou a hipótese de ser tratar de um *acumulador*, e solicitou uma avaliação psíquica à UBS. A visita havia sido feita por um biólogo que considerou que havia indícios de que se tratava de um caso de acumulador; a dúvida dele era se seria um caso de *acumulador*, *Síndrome de Diógenes* ou um *caso social*.

⁶⁶ No município de São Paulo, em 2013 foi sancionada a Lei No. 15.733 que alterou alguns artigos da Lei No. 15.442 de 2011 que regulamenta os muros, passeios e limpeza das calçadas, bem como orienta a fiscalização no que diz respeito à colocação de entulhos ou qualquer outro objeto que atrapalhe o trânsito pelas calçadas (São Paulo, 2011; São Paulo, 2013).

Segundo a equipe, ele morava numa casa que tinha um *bom espaço físico*, ou seja, segundo os parâmetros da região seria uma casa grande: um sobrado em cuja parte de baixo ele *acumulava as coisas*, e em cuja parte de cima morava com a esposa. Esta última era portadora de deficiência visual parcial, sendo que ela tinha dificuldade para entrar na casa que era acessada por uma beirada da laje bem estreita.

O paciente guardava várias *coisas*: na parte debaixo da casa, no terreno ao lado e em frente à sua casa. Ele guardava *coisas*, que segundo a equipe, *não teriam uso*. Quando os profissionais da equipe lhe falavam para retirar algo, ele dizia que iria arrumar as *coisas* e argumentava que as havia guardado, pois um dia poderia precisar de alguma delas. Na calçada havia *freezer*, geladeiras, móveis usados e diversos objetos. Várias pessoas apareciam na casa dele tarde da noite para vender *coisas*. Ainda, segundo a equipe, além da casa o paciente alugava um *ponto* – um lugar comercial - numa avenida próxima dali onde também guardava *coisas*.

Os profissionais relataram, ainda que perplexos, que apesar disso ele sabia conversar, era bem articulado, e quando questionado sobre as *coisas acumuladas* ou a multa afirmou que sabia o que estava fazendo. Segundo eles, o paciente pagou outras multas, porém, esta última ele não pagou.

Na opinião da ACS do paciente, que também era sua vizinha, o local teria a função para a comunidade de ser *um lugar de desova*, pois as pessoas deixavam na calçada dele *coisas* que não queriam mais e não teriam onde colocar. Acabavam colocando na calçada dele; outros compravam *coisas* dele. A equipe relatou que ele acumulava *coisas* há cerca de oito ou nove anos, que antes era somente dentro de casa, e depois de algum tempo passou a deixar *coisas* na calçada também. Segundo a ACS, no quintal também havia ratos, baratas, mosquitos e escorpiões.

A médica de família ressaltou que aquela situação *fugia da normalidade*, mas não saberia dizer se seria ou não um caso de saúde mental, e se haveria um diagnóstico médico. Numa das visitas realizada pela médica de família, o paciente não estava e ela conversou somente com a esposa, que, segundo ela, *emocionou-se* ao falar do problema do marido e disse que sentia vergonha da casa onde moravam, ficou triste e quase começou a chorar.

Foi perguntado para a equipe porque achavam que ele teria esse problema. Eles relataram mais fatos da história de vida do paciente: disseram que houve uma vez em

que ele havia retirado todas as *coisas* da calçada, mas logo depois encheu novamente. A médica de família disse que conheceu pessoas, do seu contato pessoal, que *acumulavam revistas, livros* e justificavam que seria porque *um dia iriam ler tudo aquilo*. A enfermeira opinou que talvez se tratasse de algum *trauma*. Mas, todos os profissionais diziam não saber ao certo o que seria o caso deste paciente.

Destacaram outros aspectos da vida dele: segundo as ACS, alguns vizinhos relatavam que a ex-esposa teria ido embora por causa de uma suposta traição amorosa por parte dele, e que depois desse fato ele teria começado a acumular *coisas*. Ele teria filhos, mas não moravam com ele. Relataram também que ele tinha um irmão que morava próximo dali, e que o mesmo teve um brechó um *pouco estranho*, pois era muito cheio de coisas: roupas usadas, ferro de passar roupa, etc.

Segundo a equipe, nos atendimentos ao paciente tentaram aprofundar alguns fatos da história de vida dele – como, por exemplo, a questão da separação, a história do irmão – porém, avaliaram que com esse procedimento estariam saindo do âmbito do cuidado. Não se sentiram à vontade para perguntar sobre esses aspectos dado que ele não reconhecia que havia algum problema. Mesmo quando tentaram abordar a questão das multas e do processo da prefeitura, ele argumentou que estava bem e que iria resolver este problema. A equipe disse ao final que gostava dele, tinha simpatia por ele; talvez até pena.

No caso relatado a saúde é chamada a intervir, opinar por meio de um suposto conhecimento técnico, sobre a presença ou não de uma *doença* que justificasse o comportamento do indivíduo. Esse processo de burocratização da saúde vai se concretizando por meio de avaliações, perícias, laudos e relatórios. Trata-se de um problema que extrapolou a esfera individual e da vida privada, transbordando como problema coletivo. Como ficam, no caso relatado, as questões do direito individual e o bem estar coletivo?

O caso do possível *acumulador* aponta para surgimento dos novos diagnósticos, e patologização da vida cotidiana (Serpa Júnior, s/d.). Na medida em que, os impasses em torno do problema do *acúmulo* não são resolvidos entre paciente e a instituição pública governamental, procura-se uma doença que possa justificar um provável comportamento de “insanidade”. As novas classificações psiquiátricas também poderiam ser utilizadas como instrumento de controle social e imposição de uma escolha: ser *cidadão* ou ser *doente*. Se, for considerado que o paciente não tivesse

nenhuma doença, ele seria tratado como cidadão comum e teria que responder pelos seus atos; caso, ele fosse considerado como tendo uma doença, passaria então a ser tratado como doente (Saraceno, 2001a). A doença poderia funcionar como um álibi?

Assim, identifica-se o alargamento dos critérios daquilo que pode ser considerado doença psiquiátrica, alcançando comportamentos que passam a ser considerados como desviantes, passíveis de avaliação e tratamento (Russo e Venâncio, 2006), colocando em cena diversos atores: vigilância sanitária, prefeitura, instituições jurídicas, UBS, NASF e CAPS.

Mesmo, mediante as diversas evidências de *acúmulo*, a posição da equipe foi de suspensão provisória da opinião (Lancetti, 2001). Ainda que, a justificativa dos profissionais fosse que não detinham o conhecimento suficiente para avaliar o caso, optaram pela incerteza. Essa atitude foi bastante diferenciada em relação aos outros casos relatados.

Os seis *casos* relatados pelas equipes de Saúde da Família foram analisados a partir daquilo que os profissionais compreenderam por *caso de saúde mental*. Na maior parte das situações, tanto dos *casos* escolhidos, como de outros exemplos que foram apresentados nas reuniões, o *caso de saúde mental* foi descrito com denominações do campo da *psiquiatria*. O uso constante de categorias do campo *psiquiátrico* para denominar os *casos* não se deu exatamente da mesma maneira em todas as equipes. Em quase todas as reuniões foi necessário repetir a questão sobre o porquê de haverem escolhido aquele *caso* como sendo de *saúde mental*, e quase sempre a pergunta causava estranheza nos profissionais. Foi possível compreender, que, ao fazer aquela pergunta estava se questionando o uso habitual que os profissionais passaram a fazer daquelas denominações para os *casos de saúde mental*. Assim, no processo de discussão de caso com as equipes, deparou-se com os desafios de instituir um raciocínio questionador de um “suposto conhecimento” que alicerça nossas práticas. Cuidar do paciente em estado de dúvida parecia não ser possível.

Teriam se naturalizado os usos das categorias *psiquiátricas* para denominar os *casos de saúde mental*? Como isso havia se dado? Sendo assim, para além de elucidar as lacunas dos *casos*, nesta parte da análise o que se priorizou foi a possibilidade de compreensão do porquê da escolha daquele *caso*. Buscou-se analisar como uma dada *situação-problema* se tornou demanda de *saúde mental* ou *psiquiátrica*, ou seja, como se tornou um *caso de saúde mental* na atenção básica. Ressaltamos que a análise dessa

primeira etapa foi realizada tendo por base a perspectiva dos profissionais em relação ao que seria um *caso de saúde mental*, visto que nesta primeira etapa não se incluiu o ponto de vista do paciente.

Nesse sentido, daremos mais algumas informações do contexto da UBS Iguazu, a partir de dados coletados no trabalho de campo, que auxiliarão na compreensão das pistas do que seja *caso de saúde mental* na ESF.

A UBS Iguazu, como foi relatado, praticamente, desde o início de seu funcionamento, pôde contar com equipe de *saúde mental* realizando o trabalho em conjunto com os profissionais da Saúde da Família. O programa da Saúde Mental iniciou suas atividades na UBS Iguazu por volta de fins de 1999, início do ano 2000. A *saúde mental* foi vivida de forma intensa, fosse pela quantidade de casos, pela adesão de vários profissionais à proposta, pela constante presença da equipe de *Saúde Mental* na UBS, ou todos esses fatores ao mesmo tempo. Em novembro de 2008, com a criação do NASF, o antigo programa de Saúde Mental foi extinto.

A partir de dezembro de 2008 a UBS Iguazu passou a contar com o apoio de uma equipe do NASF, que entre outras ações, passaria a desenvolver as ações de *saúde mental*. Nesta equipe, inicialmente havia vaga de psiquiatra, que por vezes esteve preenchida por algum profissional, e a maior parte do tempo não foi preenchida, até que a vaga foi extinta. A ausência do psiquiatra na equipe do NASF, bem como a extinção da vaga, foi alvo de queixas e críticas por parte dos profissionais da equipe, em particular, por parte dos médicos de família. Inclusive, em relação a esse assunto, os médicos de família, encaminharam à gerência da UBS Iguazu, uma solicitação formal para retomada da vaga do psiquiatra na equipe do NASF de referência para aquela unidade.

Outro aspecto da dinâmica da UBS, que foi importante em relação aos relatos iniciais dos *casos de saúde mental*, diz respeito às mudanças de enfermeiro(a)s das equipes. Entre 2011 e 2012 alguns enfermeiro(a)s saíram da UBS, e dentro da própria UBS houve troca de enfermeiro(a)s entre as equipes. Assim, uma das enfermeiras que fazia parte de uma das equipes havia cerca de onze anos, foi deslocada para outra área e vice-versa. Em boa parte do relato dos casos essa foi a alegação para explicar porque não conheciam muito bem alguns pacientes.

Todos os casos relatados seriam relevantes para o estudo da noção de sofrimento e cuidado. No entanto, para a escolha dos dois casos a serem aprofundados no estudo levou-se em consideração basicamente dois fatores: casos de pessoas que não tivessem sido atendidos diretamente pela pesquisadora e casos em que não houvesse impedimento de acesso às pessoas implicadas.

Sendo assim, o primeiro caso (Equipe A), *tentativas de suicídio e etilista crônico*, e o segundo caso (Equipe B), *esquizofrenia e etilista* não foram incluídos, pois as pessoas desses casos haviam sido acompanhadas pela pesquisadora.

No terceiro caso (Equipe C), *caso família*, nem a equipe de saúde da família estava conseguindo ter acesso à casa; se a família não estava aceitando nem a equipe, dificilmente aceitaria a presença da pesquisadora. Além disso, considerou-se a delicada situação dessa família, e que provavelmente o momento não seria oportuno para convidá-los a participar da pesquisa.

No quarto caso (Equipe D), *louco clássico*, o paciente aceitava o atendimento de parte da equipe e se recusava ao atendimento *psiquiátrico*. Este *caso*, embora respondesse aos critérios de exclusão, não foi selecionado, diante dos outros dois outros *casos*.

O quinto caso (Equipe E), *família de mulheres com esquizofrenia hereditária*, foi escolhido diante do relato da equipe sobre a alta probabilidade de que a família aceitasse o convite para participar da pesquisa.

O sexto caso (Equipe F), *acumulador ou caso social?*, foi escolhido por ter sido o único em que a própria equipe de Saúde da Família se colocou em dúvida em relação aos critérios para qualificar este *caso* como sendo de *saúde mental*.

CAPÍTULO 5

CASOS EM ANÁLISE

Acumulador?

A equipe

Ao comunicar à equipe que o caso por eles apresentado havia sido escolhido para o *estudo de caso* os profissionais ficaram esperançosos que a pesquisa pudesse ajudá-los, porém ao mesmo tempo ficaram preocupados em saber se o paciente aceitaria ou não em participar da pesquisa. Tal preocupação devia-se a suas reações negativas quando a equipe tocava no assunto da *acumulação* dos objetos, do processo e da multa da prefeitura.

Sendo assim, os profissionais consideraram importante traçar uma estratégia de aproximação e combinou-se que, caso ele não aceitasse participar, não iríamos insistir. Observou-se que a equipe mantinha as mesmas intenções de quando havia apresentado o *caso* para a pesquisadora: disposição em ajudar o *paciente* sem, no entanto, ultrapassar os limites colocados por ele. Essa atitude era perceptível em todos os membros da equipe: médica, enfermeira, técnico de enfermagem e ACS, demonstrando sensibilidade ao aceitarem os limites colocados pelo paciente.

Pesquisadora e equipe acertaram, então que, iriam realizar a *visita domiciliar* em conjunto, para a apresentação da pesquisa. A equipe avaliou, ainda, que seria importante a presença da médica pelo vínculo positivo que o paciente havia desenvolvido com ela.

Durante o trajeto de ida para a primeira visita foram conversando, pesquisadora e a médica de família. Ela relatava sua insatisfação com mudanças nas modalidades de vinculação de médicos à UBS, pois ela considerava que, além da não valorização financeira, estariam desconsiderando o conhecimento acumulado pelos médicos de família que trabalhavam há mais tempo. Sua insatisfação dizia respeito, principalmente, à entrada de médicos na UBS por meio do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), levando-os a receber uma remuneração financeira acima da que ela recebia.⁶⁷ Além disso, foram inseridos em processo de capacitação e podiam

⁶⁷ “Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) é uma iniciativa de aperfeiçoamento de médicos na Atenção Básica e provimento de profissionais nas regiões mais carentes, como no interior dos estados e nas periferias dos grandes centros. O programa oferta uma bolsa de R\$ 10 mil, paga diretamente pelo governo federal, e incentivo de 10% nas provas de residência a quem atua

gozar de períodos de descanso semelhantes aos do calendário estudantil, que resultava num período superior ao de suas férias anuais. A questão, assim, não era necessariamente o questionamento dos benefícios do PROVAB para melhorar a cobertura de médicos na saúde da família, mas sim a desvalorização financeira e a desconsideração do conhecimento dos médicos de família que estavam há mais tempo na UBS.

Essa médica de família é uma profissional que trabalhava nesta UBS desde a época da equipe de Saúde Mental volante. Quando a pesquisadora retornou ao trabalho de campo, uma das avaliações feitas por ela dizia respeito à sua compreensão acerca da Saúde Mental naquele momento, que se diferenciava de sua compreensão no período da equipe volante. Relembrou suas dificuldades de entender porque nos *casos* de *saúde mental* era necessário abordar uma história mais *detalhada* do paciente. Afirmou que, com a antiga equipe de saúde mental e atualmente com a equipe do NASF, conseguia compreender melhor a importância dos detalhes e o porquê da demora na melhora de alguns *casos*.

O relato da médica evidencia uma mudança de visão dos problemas relacionados à saúde mental, diferenciados das doenças em geral, e a percepção da necessidade de tempo para escutar o paciente no caso dos primeiros. Houve, ainda, mudanças no modo como a profissional compreendia as especificidades de lidar com aquele caso que haviam escolhido: sua posição havia sido de dúvida, mesmo diante de evidências que pudessem afirmar que ele teria um problema. Além disso, o modo como a equipe conduziu o contato com o paciente, estratégia da qual a médica participou, também evidenciava essa mudança.

A partir da primeira visita ao paciente, tanto os contatos quanto as outras visitas foram realizados pela pesquisadora, diretamente com o entrevistado, independentes da equipe de Saúde da Família.

Posteriormente foram realizadas entrevistas com a ACS do entrevistado e com a enfermeira da equipe. Não foi possível realizar entrevista com a médica que acabou se desligando da UBS.

durante um ano em periferias de grandes cidades, municípios do interior ou áreas remotas. Os profissionais passam por um curso de especialização em saúde da família para melhorar a qualidade do atendimento na Atenção Básica, onde mais de 80% dos problemas de saúde podem ser resolvidos”. FAQ edital do PROVAB janeiro - 2014. Fonte: <<http://provab.saude.gov.br/>> Acesso em: 28 jul. 2014.

O ponto de vista da ACS

Na entrevista, a ACS referia-se ao paciente, ora como vizinho, ora como paciente a ser acompanhado por ela.⁶⁸ Desde a primeira reunião com a equipe, na entrevista e em outros contatos com a ACS, essa questão esteve presente diversas vezes: as dificuldades que envolviam seu duplo posicionamento, de ACS e de vizinha, sendo que este último, não era o de uma “simples” vizinha. Mas, remetia também, às vivências de sua infância, à amizade com as filhas dele e a relação entre as famílias de ambos. Nessa época, ela morava com seus irmãos e sua mãe e, referindo-se a esse tempo, relatou: *a gente fomos criados as filhas dele com as filhas da minha mãe.*

As dificuldades da ACS foram se evidenciando por meio do relato de sua história: conviveu com o paciente desde sua infância, brincou com suas filhas; a mãe dela era amiga da ex-mulher dele. Para a ACS, caso não houvesse objetos na calçada, nem o processo da prefeitura, ele seria apenas o *vizinho* que *consertava eletrodomésticos.*

As lembranças da infância em relação a ele diziam respeito a essa relação de vizinhança. A ACS percebia o paciente a partir do lugar de *pai* de suas amigas, e *trabalhador* que consertava eletrodomésticos na garagem. Esses dois papéis foram descritos pela ACS não somente do ponto de vista objetivo, mas principalmente associado a um valor moral positivo.

Sarti (2011) no seu estudo sobre *a moral dos pobres* apontou o valor moral do trabalho para os pobres cujo sentido, no caso dos homens, articula as categorias *homem forte para trabalhar* e *pai de família* de forma complementar na autoafirmação de sua virilidade. A ACS guardava essa imagem do paciente: um *homem trabalhador* e um *homem pai de família*, revelando assim, alguns dos aspectos morais de sua visão de família.

O terreno onde atualmente mora o paciente havia sido do avô dela, apontando a proximidade que envolvia o parentesco, pois ele possuía algo que lembrava seu avô, tornando diferenciada essa relação de vizinhança. A ACS contou que se lembrava dos eletrodomésticos, dos aparelhos de televisão, micro-ondas, enfim, que a garagem dele estava sempre cheia de objetos. Quando criança, achava que aqueles objetos eram

⁶⁸ Foram realizados os procedimentos éticos de explicação da pesquisa conforme os dados constantes no TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido) em anexo (Brasil, 1996).

materiais de trabalho e que os guardava porque um dia precisaria deles; novamente aparece a imagem positiva do *homem trabalhador*.

A princípio, os objetos ficavam restritos ao espaço da garagem; depois, passaram a ser colocados também na calçada. Foi a partir daí, que esse *acúmulo* de objetos passou a ser problema para ela e sua mãe, mesmo antes dela se tornar ACS, pois houve alguns conflitos envolvendo o paciente e a mãe dela. O primeiro conflito deu-se quando a mãe dela chegou um dia em casa e havia dois funcionários da prefeitura deixando uma multa no portão da casa delas. Segundo a ACS alguns dos objetos do paciente, às vezes, ficavam em sua calçada e foi difícil explicar para os fiscais que os objetos não lhes pertenciam.

Outra situação de conflito entre a sua mãe e o paciente aconteceu devido aos insetos que constantemente apareciam por ali, e eram atribuídos às condições inadequadas de armazenamento dos objetos dele. Sua mãe tentava fazer negociações com ele, pedindo que o paciente retirasse de sua calçada aqueles objetos. Portanto, o *acúmulo* dos objetos se constituiu em *problema* para ela e sua família, ainda quando era vizinha. Ao se tornar ACS, para ela, a situação complicou-se ainda mais. É importante ressaltar que a mãe da ACS era amiga da ex-mulher do paciente e, segundo a ACS, ele começou acumular os objetos após a separação; quando da situação do acúmulo o paciente era o ex-marido da amiga de sua mãe.

Assim, a relação de vizinhança desenvolvida até então foi modificada em função dos *problemas/conflitos* decorrentes do *acúmulo*, e porque a *vizinha* se tornara ACS, o que ocorreu cerca de um ano e nove meses antes do momento da entrevista. Em resposta à pergunta sobre o porquê teria resolvido ser ACS, ela respondeu:

Então, na verdade eu tava desempregada e aí uma agente da mesma área que eu falou que ia ter o... processo seletivo, aí eu vim, me inscrevi, sabia mais ou menos como que era o serviço; me inscrevi por inscrever mesmo, eu tava em casa, sei lá, tô em casa, vou me inscrever. Aí fiz a prova, passei; fiz a dinâmica e aí ligaram pra falar que eu tinha passado. Falei: já que Deus abriu essa porta vamos de braços abertos, né? Vamos encarar, ver como é que é, né!

Não estava em seus planos ser ACS, porém ao surgir a oportunidade, mesmo não tendo experiência na área da saúde, ou experiência em atividades comunitárias, resolveu tentar, e acabou entrando. Avaliou que foi *uma porta aberta por Deus*. Desde o início

do seu trabalho como ACS o único processo formal de capacitação, em saúde mental, pelo qual ela passou foi o curso “Caminhos do cuidado”, um programa nacional de capacitação para ACS sobre saúde mental, crack e outras drogas.⁶⁹ Sobre se a capacitação a ajudou em relação às questões de saúde mental, ela respondeu que *sim* e que *não*, pois, segundo ela *às vezes a gente pode ter várias capacitações, mas tem coisas que a gente só vai mudar se a gente tentar mudar*. De seu ponto de vista, principalmente em relação às situações do trabalho que lhe são difíceis, como o contato com os pacientes da saúde mental, quem lhe ajuda é outra ACS, de outra equipe, com a qual tem amizade. Percebe-se que, em sua atuação profissional, a ACS parece referenciar-se antes por aspectos pessoais, valores morais e relações de amizade do que por seus conhecimentos técnicos.

Hoje com 22 anos, a ACS adentrou a ESF por meio de um processo seletivo, fazendo sua formação por meio de capacitações. Essa ACS não tem história de ter sido liderança comunitária, ou que tenha experiência anterior como cuidadora, ou desenvolvido alguma atividade comunitária (Scott, 2005). Sendo assim, ela passou a enfrentar as complexidades do desempenho de suas tarefas a partir de seus próprios recursos e deliberando, por ela mesma, onde e com quem poderia contar para apoiá-la. A equipe de Saúde da Família da qual ela faz parte não apareceu em seu relato como uma referência ou como suporte nos momentos em que ela julgou necessitar.

Logo depois de se tornar ACS, a equipe recebeu o pedido de avaliação, pois o paciente estava *acumulando* objetos. Segundo ela, foi a partir deste fato que sentiu mais dificuldade em realizar seu trabalho como ACS. Em suas palavras:

Ele nega como se não tivesse nada ali. Assim do ponto de vista profissional, às vezes... eu chego até achar que não tô exercendo a minha função direito. Que quando a gente é vizinha ali colado a gente tem medo de abordar a pessoa da forma que tem que abordar. Que nem, no caso dele tem toda a história da dengue, que a gente sabe que tem foco lá. Porque dentro do quintal tem praticamente um cemitério de peças, não sei se você chegou a ver! E é uma coisa assim que a gente fica abismada de ver!

Ela afirma ter dúvidas se está realizando corretamente o seu trabalho de ACS e que aumentaram ainda mais suas incertezas quanto à *irracionalidade* da negação do paciente. Ela aponta a sequência dos fatos: era vizinha e foi *colocada* naquele papel de

⁶⁹ Fonte: < <http://www.caminhosdocuidado.org/>> Acesso em: 24 ago. 2014.

ACS, como se ainda não estivesse totalmente segura para realizá-lo, pois falou do *medo* que sentia de abordá-lo sobre o problema do acúmulo e da dengue, apontando o receio de realizar seu papel de ACS e, quem sabe, perder o vínculo de *vizinha*, como se tivesse que fazer uma escolha entre os dois papéis, entre as duas histórias.

Assim, após tornar-se ACS, mesmo não deixando de ser *vizinha* do paciente, com todos os laços concretos e simbólicos que constituiu com ele e sua família, ela passou a ser um agente do Estado. Assumindo esse papel, cabia-lhe vistoriar a casa dele em relação à questão da dengue. Agregou-se outro papel a seu antigo lugar, a partir do momento em que a equipe de saúde foi convocada a dar um parecer técnico sobre o *acúmulo*.

Ficam em evidência suas dificuldades em lidar com o vínculo estabelecido anteriormente com o paciente e sua nova função profissional. Principalmente, a partir do momento em que a ACS passa a ocupar um papel de vigilância e avaliação do Estado, o que ela se questiona é como preservar seus distintos papéis. Ou seja, ela deveria fazer “uso” do vínculo que estabeleceu com ele, quando ainda não era ACS? E, ainda, deveria colocar esse vínculo em risco?

Isso mesmo ele fala que não; ele fala que não. E aí vai ficando mais difícil. Porque você tem que ter com ele o vínculo pelo lado profissional, e você tem com ele aquele vínculo que você tem desde a sua infância. Então você explica... até que ponto eu posso ir com ele? Até... se eu for um ponto a mais no profissional, eu estrago todo aquele vínculo que eu tenho de vizinho, pessoal. Eu se estragar isso eu vou estragar também o do profissional, porque aí ele não vai mais abrir a porta dele pra mim, nas minhas visitas. Então, às vezes, é uma coisa complica pra mim mesma.

O que estava em risco era a preservação da memória de sua infância, como se, ao modificar a relação com o paciente, ela fosse perder aquilo que vivenciou anteriormente. Os conflitos entre vizinhos, em determinados contextos, podem significar a ruptura de um laço que se assemelha ao laço de parentesco, uma vez que as relações de vizinhança, em sua proximidade, afetividade e reciprocidade, assemelham-se às relações entre parentes (Sarti, 2011).

O risco do paciente *não mais abrir a porta* era uma ameaça de rompimento do vínculo, tanto do ponto de vista da atuação profissional da ACS, quanto do ponto de vista de sua história como “vizinha”. Abrir ou fechar a porta seria simbolicamente

confiar ou não confiar, ser aceito ou ser rejeitado, que para a ACS também envolvia a aceitação pessoal. Sarti (2004) aponta, principalmente no trabalho com famílias, a tendência que há de nos confundirmos com realidades que nos são muito próximas, como é o caso da ACS. Daí ficarem borrados os limites entre as esferas do público e do privado (Cohn, 2005; Sarti, 2010).

O passado vivido na infância parecia ameaçado diante de seu *vizinho*, agora paciente e sendo processado pela prefeitura. Em seu mundo não seria apenas o *vizinho*, mas uma memória que ela parecia querer preservar. Ela pareceu não querer perder a “consideração” que ele tinha para com ela, demonstrando o afeto envolvido nessa situação.

Assim, ele sempre me vê como a vizinha, sempre me vê como a vizinha, sempre me tratou muito bem, sempre tratou bem minha família. Desse lado a gente nunca teve o que se queixar dele. Me recebe muito bem, é sempre simpático; sempre aquele jeito... ele tem um lado cativante que as outras pessoas não tem. Aí é onde confunde a gente: ele tem ou não tem problema psiquiátrico? Ele é sempre muito educado, sabe conversar muito bem, não sei se é porque é sempre trabalhou viajando, levando o pessoal pra lá e pra cá, sempre desse jeito. Desde pequena pra mim ele sempre foi a mesma pessoa.

Em sua percepção, o paciente a trata muito mais por referência ao seu papel de *vizinha* e não necessariamente a partir do papel de ACS, o que torna nebulosas as fronteiras entre seu lugar de vizinha e de profissional da saúde, levantando dúvidas sobre sua correta atuação como ACS.

No caso da ACS e do paciente *acumulador*, a lógica da convivência familiar e da convivência de vizinhança se chocam com a lógica do sistema de saúde como política pública do Estado (Cohn, 2005). A história de vida do paciente que a ACS conhece, do lugar de uma das personagens da história de vida na comunidade, poderia ser utilizado como instrumento de controle do Estado, por meio da ACS? Como lidar com essas questões que emergem da atuação do ACS, que detém uma história, que muitas vezes ele mesmo vivenciou? O fato do ACS relatar à equipe o que sabe da história de pessoas da comunidade pode ter o caráter de “delação”, de estar “devassando” a vida da pessoa, configurando um conflito de lealdades.

Os dilemas vivenciados pelos ACS em relação a essa questão da sua dupla inserção - o de ser da comunidade, e ao mesmo tempo, profissional da saúde tem sido

bastante discutidos na literatura sobre as estratégias de Saúde da Família (Capozzolo, 2003; Cohn, 2005; Sousa, 2005; Sarti, 2010), porém, há muito ainda a ser debatido diante de novas evidências empíricas e novos ângulos de análise. É importante que se reflita sobre o impacto nas relações da comunidade a partir da instauração dessas políticas que adentram de forma tão próxima, a vida cotidiana das pessoas. Assim, o dilema vivenciado pela ACS, no qual ela teria que fazer uma escolha, se constata também a vivência de angústia, chegando a poder configurar uma situação de sofrimento.

E o fato de o paciente tratá-la bem, ser educado, para ela seria o que a coloca em dúvida sobre se ele teria ou não um *problema psiquiátrico*. Pareceu, neste caso, que a conduta moral dele definiria ou não o *problema*. Segundo ela, ele era uma *boa pessoa, nunca havia feito mal a ninguém*. Essa sua avaliação parecia se relacionar com o fato de ele ser o pai de suas amigas de infância, e de trabalhar com conserto de eletrodomésticos; *bom pai e honesto trabalhador*, ele seria, portanto, *bom*. No entanto, em outro momento, se não houve uma mudança acerca de sua visão sobre ele, houve ao menos dúvidas, quando surgiram os objetos na calçada, excedendo o limite da casa, trazendo para fora algo que deveria estar dentro, apontando para um "excesso", algo fora de lugar, que indicava o que foi, depois, em sua atuação no serviço de saúde denominado "acúmulo".

Antes como vizinha, e agora também como ACS, ela relatou como acredita que se deu o início do acúmulo:

Na época em que ele era casado com a primeira esposa, que é a mãe das duas filhas dele, ele não tinha isso. A única coisa que ele tinha era naquela garagem subterrânea e não era muito, era como se fosse uma lojinha no começo, sabe? De consertar mesmo. Aí com o tempo foi aumentando, só que o que eu lembro mais ou menos que foi depois que ele se separou dela. É o que eu me lembro, né? Que ela que separou... eu não sei, dizem né... Porque eu era pequena e não lembro, mas dizem que foi que ele traiu ela, e ela descobriu. Ela foi embora com as duas moças, as moças já eram adolescentes; eu não sei se é verdade, isso é especulações de vizinhos. Só o que parece mesmo só a gente vê de fora, a gente nunca sabe o que se passa mesmo dentro da casa pessoa mesmo, a não ser quando a pessoa expõe assim de uma forma que todos possam ver. Mas, o que dá pra entender que realmente foi isso, porque depois que a esposa foi embora... Eu nem sei se ele é divorciado no papel... na época que ela foi

ela não se divorciou, e depois ela pediu o divórcio e não sei se ele deu... e foi assim.

Mesmo sendo uma família com a qual a ACS mantivesse certa proximidade havia acontecimentos que ela não sabia ao certo a razão; suas hipóteses sobre os motivos da separação se deram pela avaliação dos fatos exteriores, ou seja, por meio daquilo que ela pôde observar como espectadora externa.

No relato da ACS há uma realidade exterior captada pelos *de fora da casa*, que eram suas especulações e aquilo que o *povo dizia*. Havia outra realidade interior de cada pessoa, remetida ao ambiente interno da casa, que só poderá ser acessível, caso a pessoa *resolverse se expor* de modo que todos pudessem *ver*. Assim, para ela haveria algumas versões públicas, compartilhadas entre as pessoas da comunidade, sobre a história da pessoa, até que a própria pessoa resolvesse contar. A partir desse relato podemos pressupor que haveria uma vivência familiar que é remetida ao contexto interno da casa, uma suposta privacidade, à qual não se teria acesso. Essa intimidade poderia ser exposta caso acontecesse algum problema, que inevitavelmente exporia o desfecho de algo que se desenrolou dentro do ambiente familiar da casa. Foi o caso da saída da esposa de casa, oficializado ou não como divórcio, e o início de *acúmulo* de objetos deixados na calçada.

A ACS associou o início, ou a piora do acúmulo de objetos, à separação conjugal. Indicou algumas questões que eram importantes para ela: a *separação* com *traição* ou não, e se de fato houve *divórcio*. Suas explicações apontam a importância que as convenções sociais, provavelmente, têm para ela. Sendo assim, o modo de olhar o paciente, é atravessado pela sua visão de mundo e valores pessoais.

No caso do *acumulador*, a intimidade da vida familiar foi “rompida” após a *separação*, e o início dos rumores sobre os motivos para tal acontecimento. A partir do momento que o paciente passou a colocar objetos na calçada, suas atitudes passaram a ser objeto de discussão na comunidade e, após ela ter se tornado ACS, sua vivência anterior como vizinha do paciente não foi apagada. Ao contrário, essa memória passou a ser evocada para que se “pudesse melhor conduzir” o caso; seria o seu papel de “elo” com a comunidade. No entanto, na perspectiva da ACS, ela mantém-se dividida entre a lealdade à sua vivência de infância e de vizinha do paciente e a lealdade ao seu papel profissional na ESF (Cohn, 2005).

Em 2012, após receber uma visita e uma multa da prefeitura, o paciente chegou a retirar *aquela montoeira de eletrodomésticos* da calçada. A ACS referiu não saber o valor da multa, mas observou que ele ficou *desesperado*, pois a prefeitura havia ameaçado *mexer com o imóvel*, ou aumentar o valor da multa. O paciente então contratou um *caminhão de ferro velho, desses de catar sucata* que levou quase tudo. Segundo ela, numa visita em conjunto com o NASF:

(...) ele acabou soltando... ele soltou, sabe quando a gente não quer soltar mas, depois solta, que ele saiu perdendo muito, que ele vendeu pela metade do preço, aquela sucata. A calçada ficou impecável, ficou uma calçada de verdade.

A ACS demonstra que, em sua visão, o desfecho ideal para o caso da acumulação de objetos na calçada, seria uma calçada *impecável* e de *verdade*. A palavra *impecável* pode significar: *incapaz de pecar; que não é sujeito ao pecado; incapaz de cometer erros; que não apresenta falha; correto, perfeito (desempenho)*; a palavra *verdade* pode significar: *propriedade de estar conforme os fatos ou a realidade; exatidão, autenticidade, veracidade*.⁷⁰ O que seria uma calçada *impecável* e de *verdade*? Seria uma calçada que não estaria inscrita no “erro” em estar *cheia de sucata*, de *montoeira de ferro velho*, ou ser um *cemitério de peças*. A aparência que se espera da calçada se relaciona, muito provavelmente, com aquilo que se espera do comportamento do paciente: *impecável* e *verdadeiro*, sendo que para isso ele deveria se corrigir retirando os objetos da calçada. Os objetos que devem estar dentro (na casa) não podem estar fora (na calçada), o que implica romper com a ordem (social) das coisas, constituindo um *problema*.

A certa altura da entrevista, a ACS mudou o “tom” de seu discurso passando a explicar o que ela considerava *problemas psiquiátricos* ou de *saúde mental*. Falava de modo cauteloso, como se estivesse falando de um *segredo* ou de algo proibido; como se a doença mental fosse uma zona noturna da vida permeada de metáforas lúgubres como aquelas relacionadas às doenças contagiosas (Sontag, 2007).

Afirmou que não entendia *muito esse lado da saúde mental*, porque, segundo ela, nas situações que envolviam pessoas com *problemas psiquiátricos* ela acabava por *agir com o lado do coração*. O problema não seria o seu *lado mental*, dando a entender

⁷⁰ Fonte: < <http://houaiss.uol.com.br/> > Acesso em: 03 set. 2014.

que nessa parte ela conseguiria ser equilibrada. Deu alguns exemplos para tentar explicar como isso acontece.

Relatou que esse é o tipo de situação que *mexe muito com o seu lado emocional*, porque ela *não consegue entender esse lado da pessoa*, bem como ela *não consegue ver a pessoa vivendo o resto da vida sofrendo*. Enfim, para ela *é uma coisa estranha que não entra em sua cabeça*. Quando se deparava com pacientes em *crise*, que poderia ser um paciente sob sua responsabilidade ou não, afirmou que se *sentia acabada* após o contato com eles. Relatou a situação de uma paciente de outra equipe, que é *bipolar*, que quando a encontrava em *crise*, depois não se sentia bem. Em relação a esses momentos, ela acha que deveria *colocar o lado profissional na frente*; no entanto, disse conseguir ser *um pouco forte*, mas que quando *ela dava as costas* e pessoa não estava mais na à sua frente, ela *chorava*.

O relato da ACS sobre o que seria *saúde mental* emergiu num contexto carregado de *dor e sofrimento*, apontando para o aspecto da subjetividade presente nas relações institucionalizadas de cuidado. Nesta parte da entrevista, quando se tratou diretamente desse assunto, ela chorou. Num primeiro momento, tinha-se a impressão que a ACS ao buscar desempenhar o seu *papel profissional* e compreender o que se passava com pessoas em situação de *sofrimento*, estava tentando compreender a si mesma. Uma das dificuldades era lidar com aquilo que ela denominou de *lados*: *lado mental, lado do coração, lado profissional, e esse lado da pessoa*. Essa nomeação dos *lados*, que apontava separações indicava que eles [os lados?] já estavam se misturando; daí a necessidade de enfatizar a separação.

Na busca de compreensão dos estados de *sofrimento*, de si mesma e do outro, a ACS pensou em fazer a graduação em psicologia. Ela contou:

Que nem quando eu terminei os estudos eu queria fazer psicologia, aí eu desisti. Porque eu tava em dúvida entre psicologia e direito. Direito eu gosto, só que psicologia eu queria entender. Eu gosto de sentar, ouvir as pessoas, o que elas têm pra falar, entendeu? Só que pensei: será que vai fazer bem pra mim?

Ela acreditava que por meio da psicologia poderia encontrar um caminho que pudesse lhe auxiliar na compreensão do *sofrimento* do outro; referiu que gostava de *ouvir* as pessoas. Porém, tinha dúvidas em saber se estaria preparada ou não para escutar o *sofrimento* do outro. Segundo ela:

Como se alguma coisa falou: você não tá preparada, pra você sentar e a pessoa descarregar tudo aquilo que tá angustiando ela.

E, então, ela desistiu de ser psicóloga. Mas, “acabou” se tornando ACS, que é um trabalho com contato humano diário, sendo uma de suas principais atribuições é fazer uma escuta dos *problemas* das pessoas. A partir dessa aparente contradição, a ACS tem encontrado alguns caminhos em que tem conseguido fazer essa escuta. Relatou um caso de uma mulher de sua área, que tinha 32 anos e não aceitava o atendimento do ACS. Durante um ano, ela insistiu nas visitas domiciliares, até conseguir entrar na casa:

E assim, eu fui conseguir falar com ela depois de um ano que eu tando aqui, porque ela não atendia, ela se escondia. E um dia eu cheguei... eu fiz uma visita com ela, aí um dia eu chamei... ao invés dela correr pra se esconder, ela correu pra abrir o portão pra mim. Então aquilo pra mim foi uma vitória muito grande, nossa, eu fiquei muito feliz aquele dia, porque ela abriu o portão, ela sorriu, ela conversou, ela mostrou que ela tava bem. Aí eu me senti como o trabalho feito, nossa eu consegui. Eu já tô aqui há um ano e pouco, e foi a maior satisfação que eu tive... foi ela abrir o portão e sorrir.

Segundo os vizinhos a paciente/moradora não abria a porta para ninguém. Ela disse que depois de muita insistência, e usando a *palavra certa* conseguiu entrar na casa da paciente, uma *vitória* em seu trabalho de ACS. Considerou que havia concretizado o seu trabalho ao ter conseguido entrar na casa, atribuindo a melhora da paciente à constância de suas intervenções.

Nesta primeira parte da entrevista a ACS tentou demonstrar o quanto era importante separar suas reações pessoais de sua atuação profissional. Isso se evidenciou quando apontou que procurava *colocar o lado profissional na frente*, e também que buscava ser *um pouco forte*. Na sua experiência de *dor e sofrimento*, ela buscava um limite preciso entre atuação profissional e suas reações emocionais, justamente aquilo que é mais provável de se encontrar no campo da biomedicina: a objetivação da *doença* e do *sofrimento*, criando a ilusão de um distanciamento entre profissional e paciente, que poderia também tornar, objetiva essa relação.

Ela deu outro exemplo, agora de dentro de sua família, para tentar explicar o que compreendia como sendo *problema de saúde mental*, a partir do qual foi possível aprofundar um pouco mais sua noção de sofrimento e de cuidado.

Relatou a situação do tio de seu esposo: *eu tenho uma pessoa saúde mental na família do meu esposo, e eu não consigo ver*. Aqui ficou mais evidenciado que ao estar presente, frente a frente, diante da pessoa em *situação em sofrimento*, a ACS vivenciava de modo mais intenso o seu *sofrimento* por não suportar “ver” a dor do outro.

Ela considerava o tio do marido como sendo seu tio também, ou seja, fazia parte de suas relações de parentesco, sendo que sua família não se restringia apenas à sua família consanguínea (Sarti, 2009). Vejamos seu relato:

Ele é tio do meu marido. Só que a minha relação com ele não é nem só ‘tio do meu marido’, ele sempre frequentou minha casa antes mesmo de eu conhecer meu marido.

Ela definiu o problema dele como sendo *depressão*, e começou dizendo que a pesquisadora conhecia o paciente. Deu detalhes para que pudesse se lembrar dele: falou o nome, descreveu-o como magro, moreno, que nas crises chegava a ficar barbudo e cabeludo. Sim, foi possível recordar quem era pessoa. A ACS disse, então, que era muito difícil falar sobre aquela situação:

É, mexe muito com meu lado emocional, eu não consigo colocar o lado profissional na frente. A gente até tenta, aí a gente fica um pouco forte, aí depois quando eu dou as costas pra pessoa, que a pessoa não tá mais, aí eu vou chorar. É, né! Eu não sei. Só que comigo eu não consigo explicar por que. Eu acho... eu não consigo ver a pessoa assim vivendo o resto da vida dele sofrendo. É uma coisa que não entra na minha cabeça.

Novamente a atuação profissional é o problema: como fazer para atuar a partir do *lado profissional*, que para ela, se aproxima de uma atitude “racional”. Um processo de racionalização, ou seja, de separação entre *emoção* e *razão*, ajuda a se distanciar da forte reação emocional que vivencia no contato com a situação de *sofrimento* do tio de seu marido, assim como dos pacientes com quem lida. É aquilo que ela nomeou de *um pouco forte* no trecho acima, ou *ficar dura* no trecho abaixo:

Ele sempre foi uma ótima pessoa só que hoje ele tá em depressão, e assim a gente vê, eu vejo... só que ele... a gente tem ficar dura pra mostrar que tá ali do lado dele; só que depois que eu chego em casa eu fico pensando porque ele tá daquele jeito, porque que tem que ser daquele jeito. Então é coisas que confundem a nossa mente.

Para a ACS, parecia não ser possível uma mediação entre os processos emocionais e racionais, cindindo o ser humano ao meio, em partes inconciliáveis, e em conflito. Após o contato com a pessoa em situação de *sofrimento*, na situação do seu tio, bem como dos pacientes, ela continuava a *sofrer*. Um dos motivos do seu *sofrimento* era, novamente, a indagação sobre a causa do seu *sofrimento*.

Ela afirmou que disseram que o problema do tio seria uma *depressão*; *aquela que vem após o trauma* de ter visto o próprio pai sendo assassinado e também teria vindo *depois dos entorpecentes, alguma coisa assim*. As hipóteses sobre o adoecimento são, na mesma linha, duas: pode ter sido o *trauma* ou o uso de *entorpecentes*. Ela descreve o comportamento dele quando está em *depressão*: *ai ele se isola, ai ele se isola*.

A princípio a ACS concordou com a orientação da médica da UBS que acompanhava o caso do seu tio, que recomendou o tratamento no CAPS e, insistiu com a sogra para que ela o levasse ao CAPS.

A ACS e a família dele achavam que ele *era esquizofrênico*. Porém, na última internação psiquiátrica *os médicos do hospital falaram que não era esquizofrenia*; eles acabaram por apontar também *esquizofrenia* como suspeita diagnóstica somente porque a irmã dele dizia que ele tinha *esquizofrenia*. Essa noção do que seria o *problema* do tio apresentou-se, no discurso da ACS, de modo impreciso e atravessado por diferentes opiniões: dela mesma, do médico, da irmã e da mãe dele.

Mas, segundo a ACS, a família dele, às vezes, achava que ele *forçava um pouco* a situação, parecendo então que não estivesse doente. Ela afirmou que, na realidade, tanto ela quanto os familiares acham que teria o *lado espiritual também*, parecendo haver então uma separação entre *doença psiquiátrica e problema espiritual*:

A família... que nem a minha sogra acha às vezes que ele força um pouco. Que nem ontem eu liguei pra ele pra saber se eles tinham ido (ao CAPS), que eles iam hoje. Ai ela falou que não, que eles só iam mais tarde, que ele não queria tomar banho, que ele mudou totalmente o comportamento, falou que até a feição dele mudou.

A mudança de comportamento, principalmente da *feição*, do tio aparece como um importante elemento para se afirmar que o *problema* seria *espiritual*. A ACS

nomeou todos de sua família, segundo suas relações de parentesco, como sendo *evangélicos*:

Assim, como nós somos todos evangélicos a gente acha que também tem um lado espiritual. A gente acha que tem espíritos que perturbam ele, porque da última internação ele tentou se matar... e no hospital eles acharam que a família que tava maltratando, e como somos evangélicos... um outro tio do meu marido quando chegou perto, ele falou que não queria o tio do meu marido perto, entendeu ?

O *problema* seria *espiritual* porque ele mudou de comportamento, tentou se matar, e principalmente, porque se negava a aceitar o contato com uma pessoa da família. O tio da ACS, ao evitar o contato com alguém da família, levou a ACS a confirmar que o *problema* do tio seria *espiritual*, apontando, mais uma vez, para o fato de que o modo como o tio estabelece as relações na família também seria um indicativo do problema espiritual. Ou seja, quebrar uma regra do convívio familiar indicaria a possibilidade do *problema espiritual*.

No hospital psiquiátrico surgiram algumas suspeitas de que a família estivesse *maltratando* o tio dela, o que foi desmentido, pelos próprios familiares, pelo fato de serem *evangélicos*. Assim, um *evangélico*, por ser *evangélico*, seria incapaz de *maltratar* alguém, principalmente, um familiar. Se isso acontecesse, seria atribuído a uma *perturbação por espíritos*, assim como no caso do tio, que tentou se matar e não aceitou a presença de um dos familiares. Mais uma vez, poderíamos afirmar que ao desvio moral de comportamento se atribuiu uma *perturbação espiritual* que poderia levar a um *problema psiquiátrico*.

O ato de autoagressão, a que a ACS se referiu como *tentou se matar*, seria atribuído aos espíritos que estariam perturbando o seu tio. Atentar contra a própria vida não seria um ato de uma pessoa *evangélica* e, portanto, só poderia ser resultado de uma *perturbação espiritual*.

Em relação à família, de um lado, há explicações teóricas do adoecimento segundo as quais a família é responsabilizada pelo problema do paciente (Rosa, 2001). Pinel ao instituir o Asilo de Alienados como local de tratamento para os alienados argumentava que o doente deveria ser separado de sua família, pois, essa estaria, senão causando a doença, fazendo com que o paciente piorasse ainda mais (Amarante, 2003). Segundo o relato da ACS, a família foi colocada como *suspeita* de *maltratar* o paciente,

conduta que certamente não ajudou nem ao paciente, nem à família na compreensão do que se passava.

A ACS, quando era criança, frequentava a igreja católica, porque sua mãe sempre foi católica e tinha imagens de *santos* em sua casa. Mas, ela disse que não gostava das imagens e que, por isso, às vezes, brigava com a mãe; ela esperava a mãe dormir e virava os santos de costas, porque se sentia incomodada com eles, sem saber explicar porque. Relatou que se, no dia seguinte se esquecesse de voltá-los à posição anterior, isso era motivo para que ela e a mãe entrassem em conflito.

O culto aos santos da igreja católica é uma prática desaprovada pelos evangélicos, constituindo-se numa das marcas distintivas das duas práticas religiosas. Os católicos insistem que apenas veneram os santos, que não se trata de adoração, enquanto os evangélicos consideram essa prática uma forma de idolatria (Menezes, 2012). Nas religiões evangélicas, em particular nas pentecostais, o culto aos santos é considerado uma idolatria em semelhança a advertência de Moisés contra a adoração ao bezerro de ouro; além disso, nas religiões pentecostais – que inclui Assembleia de Deus e Igreja da Congregação Cristã do Brasil - não são necessários intermediários entre a pessoa e Deus, como é o caso da leitura litúrgica bíblica que deve ser realizada individualmente (Macedo, 2007).

O pentecostalismo no Brasil é uma das correntes do protestantismo, tendo herdado deste último os valores culturais de uma ética de vida e trabalho, o individualismo do fiel perante Deus, a negação da hierarquia eclesiástica e o banimento do culto aos santos. No Brasil, Assembleia de Deus e Igreja da Congregação Cristã do Brasil representam as duas correntes pentecostais mais antigas do país, que no seu início tinham por estrutura fundamental a expressão de dois principais traços: manifestações em cultos como o batismo no Espírito Santo e glossolalia – fenômeno de falar línguas estranhas (Macedo, 2007). Embora ambas as igrejas tenham raízes pentecostais, atualmente são muito distanciadas. A ACS, por influência de uma tia, frequentou a Assembleia de Deus. Por fim, quando conheceu o atual marido, passou a frequentar a Igreja da Congregação Cristã do Brasil com ele e suas irmãs.

Segundo a ACS, ela, o marido, o familiar adoecido, sua sogra, duas irmãs da ACS e alguns sobrinhos são *testemunhados*, situação que corresponde à da pessoa que frequenta a *igreja*, mas ainda não passou pelo *batismo*. No dia em que acontecem os *batismos*, os *testemunhados* também comparecem, mas, para ser batizada, a pessoa

deverá *sentir que seria a hora dela em se arrepender de todos os pecados, iniciar uma nova vida* e, então, ela pode ser *batizada*. Segundo Macedo (2007):

O 'batismo no Espírito Santo' representa um momento através do qual o fiel se acha na presença do Espírito Santo. É o momento de contato com o divino e fundamental para a conversão de descrentes para o âmbito pentecostal (Macedo, 2007, p. 76).

A escolha da ACS pela Congregação Cristã do Brasil deu-se a partir da sua relação de parentesco com o marido e as cunhadas, se distanciando da religião católica de sua mãe. Em nossa cultura, principalmente nas sociedades complexas, a escolha religiosa pode se dar a partir de um processo de escolha individual entre as várias opções de práticas religiosas (Menezes, 2012). No caso da prática religiosa da família do marido, todos se mantiveram evangélicos, e ainda puderam agregar novos componentes, como foi o caso da ACS.

A religiosidade emergiu no relato da ACS como um importante componente, talvez mesmo estruturante, do seu modo de compreender o adoecimento, em particular o *problema psiquiátrico*. As pistas dessa relação apareceram, de forma discreta, quando o discurso se referia ao paciente *acumulador* e apareceram de forma explícita, ao se tratar de uma situação de sofrimento de uma pessoa de sua família.

A ACS relatou outros exemplos de pessoas em situação de sofrimento que, segundo ela, seria de ordem espiritual. No caso do paciente *acumulador*, ela também considerava que o problema pudesse ser espiritual:

Eu já pensei nisso. Porque quando eu era menina eu sempre lembro dele como uma pessoa normal. Eu lembro dele chegando com o ônibus que ele sempre foi motorista colocando o ônibus lá, e entrando dentro de casa, e brincando com a gente, e entrando dentro de casa. E de uma hora pra outra ele começou a juntar um monte de coisa. Então pra mim... eu já cheguei a pensar que pode ter algo espiritual perturbando ele.

O parâmetro de normalidade se relaciona ao desempenho dos papéis de trabalhador e pai de família (Sarti, 1994). A casa do paciente e a rua foram os espaços onde se estabeleceu a *familiaridade* que ela desenvolveu com o paciente. Para ela, parece ter havido uma ruptura importante, a partir do momento em que o *problema* do paciente se manifesta no mesmo espaço – a casa dele - em que ela conviveu com ele.

Ela considera que a mudança foi repentina – *de uma hora pra outra* – e identificou, nesse momento do relato, essa mudança como resultado de uma *perturbação espiritual*.

Ao comentar sobre as possíveis causas espirituais dos problemas psiquiátricos, a ACS relatou a história da filha de sua sogra, uma criança, que a família acredita ser um *anjo enviado por Deus*:

É uma coisa é muito confusa, a minha sogra tem uma bebê que fez dois anos. A gente como é evangélico a gente crê na palavra da bíblia e nas profecia que nos dão, né? E, por incrível que pareça a menina, falam que Deus manda dizer que ela é um anjo naquela casa. A menina... ela pega o véu e vai orar sem ninguém mandar. Ela chama minha sogra... Ela chama minha sogra... e coloca a minha sogra nos cantos da casa que tem que orar. Pra uma criança, se outra pessoa for vê, isso não é normal, não é? Foi acontecer uma coisa na família e antes do telefone tocar ela foi orar sem ninguém mandar.

Além do ritual de *batismo* que a ACS havia relatado, aqui emerge mais um ritual: o uso do véu por uma criança, o ato de *orar* dentro de casa em determinados lugares escolhidos por ela. Ela afirma que *crê na palavra da bíblia* e em *profecias*, que está coerente com a religião que ela pratica, na qual a *palavra bíblica* pode ser interpretada pelo próprio *crente*. A criança conseguiria prever *acontecimentos familiares* e fazer a *oração* mesmo antes da notícia chegar em casa. Esse ritual se assemelha a um *transe* resultado da influência do poder de Deus.

A visão de mundo no pentecostalismo está assentada numa oposição rígida entre o *bem* e o *mal*, sendo que a doença seria um sinal de desordem, um mal a ser combatido. A oração se constitui num dos principais instrumentos de cura, que poderá ajudar o *doente* e *perturbado* espiritualmente, a se reconduzir do caos para um mundo ordenado, lhe garantindo então a vitória contra a enfermidade. A cura seria o símbolo da vitória do bem contra o mal (Rabelo, Cunha e Schaeppi, 1999). Além disso, o pentecostalismo brasileiro teria incorporado outros elementos da religiosidade brasileira, tais como, crença em entidades sobrenaturais, na cura divina e nas possessões espirituais (Macedo, 2007).

A ACS acredita desde que *era criança* que todos têm o seu *lado 13*. Segundo ela é assim que as pessoas costumam dizer: *fulano é 13* para falar de alguém que tem problema psiquiátrico. Porém, para ela, todos têm o seu *lado 13*, porque seria aquele *nosso lado* que poderia *surtar*, que dependeria *de cada fase da pessoa*. A ACS aponta a

associação entre o número treze e os problemas psiquiátricos como se tratasse de um acontecimento de *azar* ou *infortúnio*.

A ACS afirmou, mais uma vez, que o *lado espiritual* influencia muito nos problemas psiquiátricos. Ela retomou o caso do seu tio para falar de suas questões: o tio ficou com *aquela depressão* depois da *perda* que ele teve, e *mesmo sendo evangélica, crente na palavra de Deus, sabendo que Deus existe*, e que *não poderia questionar o que Deus proporcionou em sua vida*, afirmou que não conseguia entender – ou aceitar – e até os dias atuais ficava se perguntando por que o pai de seu tio havia morrido. Finalizou seus questionamentos afirmando:

A cabeça da gente fica confusa, e aí que a espiritualidade entra, vê que a nossa cabeça tá confusa e começa a confundir nossa mente.

A *espiritualidade* que *entra*, aqui no caso, seria a perturbação espiritual que entra na pessoa na medida em que ela começa a duvidar de Deus, de sua bonança ou das fatalidades da vida. Assim, ela mesma, ao duvidar de Deus em torno do problema de seu tio, talvez estivesse, ela mesma, correndo risco de passar por uma *perturbação espiritual*. Segundo Silva (2012b):

Baseado num episódio bíblico, descrito no Ato dos Apóstolos 2, em que o Espírito Santo se revelou entre os cristãos no dia de Pentecostes (quincuagésimo dia depois da Páscoa) por meio de línguas de fogo, o pentecostalismo prega a presença de ‘concreta’ de Deus no mundo e sua comunicação efetiva com os homens por meio do Espírito Santo e de seus dons, entre os quais o de falar as línguas (glossolalia) e o de curar (p. 222).

Na entrevista, foi feita uma pergunta relativa ao que ajudava a ACS a fazer seu trabalho com os pacientes, como no caso relatado em que conseguiu entrar na casa da pessoa. Ela respondeu:

Então eu acho que como tem esse caso na minha família, como eu quero ver ele bem, eu tendo desejar o bem para todas as outras pessoas, independentemente de como elas são, do que elas faça. Eu acho assim, além do meu lado profissional, eu não posso esquecer nem do meu caráter, nem da minha índole. Entendeu?

Para a ACS sua principal ação são suas intenções em fazer o bem, tanto para sua família, quanto para os pacientes que ela acompanha. Percebe-se que para a ACS as

ações de agente público, como profissional da saúde, mantém relação estreita com seu mundo privado. No seu caso parece não haver a separação entre seu modo de ver o mundo e sua “intervenção técnica”. Ao contrário, ela parece atuar de forma unificada, afirmando inclusive que não pode esquecer seu *caráter*, ou seja, seus valores e visão de mundo. A visão de mundo da ACS está referenciada, principalmente, pelas suas concepções religiosas. Segundo Magnani (2002):

A religião, antes de mais nada, oferece um conjunto de certezas que constituem pontos de referência diante da imprevisibilidade da vida cotidiana. Se nem sempre evita o sofrimento, torna-o inteligível, dá-lhe um significado. Princípio integrador de acontecimentos que em sua incoerência se apresentam como insuportáveis, propicia a introdução de uma ordem no caos (p.2).

Enquanto o campo da biomedicina volta-se para o conhecimento do "corpo" biológico, a religiosidade pode se apresentar como um sistema simbólico mais abrangente, que pode fundamentar as explicações do adoecimento, remetido ao "espírito", e embasar as práticas de cura ou de cuidado.

O que se observou no discurso da ACS, principalmente a partir do relato de seu mundo de relações familiares, foi um emaranhado de concepções sobre sofrimento como problema psiquiátrico, de saúde mental, cura e práticas de cuidado. Porém, a religiosidade se mostrou como sendo o seu principal referencial como campo simbólico de embate ético e filosófico, por onde busca orientar suas ações no mundo, tanto do ponto de vista pessoal, quanto do ponto de vista de sua atuação como ACS.

O seu relato *velado*, como se fosse um *segredo*, aponta as dificuldades de encontrar um lugar para as suas crenças dentro do sistema de saúde, onde pudesse legitimar seu modo de compreender o sofrimento, o adoecimento e os modos de cuidado.

O Estado brasileiro assumiu desde a república a responsabilidade pela prestação de serviços na área da saúde, instituindo-se, desde então, diversos processos de institucionalização do cuidado (Araújo, 2003; Escorel e Moreira, 2012). Assim, se alcançou na atualidade uma hegemonia do cuidado em saúde por pessoas treinadas, capacitadas e profissionalizadas, e integradas em processos de trabalhos de instituições públicas ou privadas.

As regras oficiais de cuidado não comportam a interferência da religiosidade por parte dos profissionais de saúde na relação com os pacientes, dada a fundamentação laica dos cuidados em saúde, de base científica. No entanto, de algum modo, ela se faz presente, ainda que sob a forma de um conflito presente no trabalhador em saúde.

O ponto de vista da enfermeira

A enfermeira justificou a escolha do *caso* como sendo de *saúde mental*, primeiro porque haviam acabado de receber a solicitação de pedido de avaliação, e, segundo ela, empenhavam-se em *buscar respostas* para uma situação que nunca havia avaliado antes.

71

Segundo ela, solicitava-se uma avaliação de *ordem psíquica* e que a prefeitura dependia disso para encaminhar ou não uma ordem judicial contra o paciente. A princípio, a principal questão para a enfermeira era se aquela situação se configurava ou não como uma doença.

A enfermeira relatou que chegou a pensar que talvez o paciente não tivesse nenhum *problema de saúde mental*. Mas, o ato de acumular correspondia a uma *área muito nova*, e ela não se sentia capacitada para avaliar o caso. Ela afirmou que como enfermeira não poderia dar nenhum *diagnóstico médico*, nem a assistente social, nem o psicológico.

A princípio a alegação da enfermeira foi o desconhecimento técnico do campo da psiquiatria sobre *acumuladores*. No entanto, percebeu-se que a dúvida sobre o diagnóstico estava mais relacionada à necessidade de responder a solicitação oficial da avaliação e do relatório, do que achar que não se tratava de uma *doença psiquiátrica*. O impasse foi criado mediante a solicitação burocrática.

A enfermeira já havia visitado outras famílias que tinham *quintais ou terrenos baldios* aonde as pessoas acumulavam *as coisas*, em geral, para comercializar. No entanto, o que fez aquele caso ser diferente foi a solicitação oficial para que a equipe avaliasse se o paciente teria ou não um *transtorno mental*.

Além disso, a enfermeira identificou que o paciente era *desorganizado*, porém, o fato dele negar que houvesse algum *problema*, mas, ao mesmo tempo fazer *promessas*

⁷¹ Foram realizados os procedimentos éticos de explicação da pesquisa conforme os dados constantes no TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido) em anexo (Brasil, 1996).

de que iria tirar as *coisas* da calçada, sem cumpri-las depois, fazia com que ela ficasse em dúvida se o *caso* seria ou não de *saúde mental*.

Em relação ao *problema do acúmulo* a enfermeira reproduziu a fala do paciente: *amanhã eu faço, amanhã eu faço; vou ter um tempo e eu vejo isso; eu tava trabalhando muito*. Essas *desculpas* comprovariam que ele não conseguia se organizar, pois as desculpas eram as mesmas e não faziam sentido para ela. Para a enfermeira, *Dá essa impressão que ele é desorganizado*. Mediante as dúvidas, revela, *a gente precisou entrar no mundo dele*.

Ela relatou que pediu auxílio para o NASF e para o CAPS da região. Segundo ela, o NASF, embora tenha realizado visitas para o paciente, considerou que também não teria condição de opinar tecnicamente sobre o *caso*. Uma psicóloga do CAPS teria dito que não seria *caso* para o CAPS; orientaram que a equipe de Saúde da Família fizesse um relatório para a prefeitura descrevendo o que encontraram e observaram na casa.

Desse modo, a equipe ficou sozinha com o caso, situação ainda bastante frequente nos serviços de saúde quando o profissional solicita, encaminhamento ao especialista por não se considerar detentor do conhecimento técnico específico para cuidar de um problema específico. A ESF havia realizado essa operação ao pedir ajuda à equipe CAPS, aos supostos especialistas neste tipo de caso, e pediram ajuda ao NASF. O NASF, por sua vez, teria como um dos seus papéis articular a rede para os casos em que na atenção básica se esgotassem os recursos de atenção (Brasil, 2008).

Sem o embasamento técnico para avaliar o caso do paciente, a enfermeira fez o que a psicóloga do CAPS a orientou: uma descrição das visitas que realizara ao paciente. Era isso que ela se sentia habilitada a fazer, e que também o CAPS considerou como sendo atribuição dela.

A enfermeira disse que seria possível avaliar o paciente a partir de dois pontos de vista: num deles, o paciente seria avaliado como *desorganizado* pois, embora ele se negasse a organizar suas coisas, poderia *muito bem, de tempo em tempo, tirar a carcaça que não é aproveitada e jogar fora*. No entanto, segundo ela, ele ficava *postergando*. Num outro ponto de vista, a partir da conversa com a esposa do paciente, seria possível levantar a hipótese de existência de um *problema psíquico junto*.

A enfermeira sustenta suas dúvidas em relação à existência de um *problema psíquico* pois afirma que nunca teve nenhum treinamento ou capacitação que indicasse como se faria a avaliação ou como se identifica qual a limite entre *uma pessoa desorganizada* e o que seria um problema *psíquico*.

Identifica-se no discurso da enfermeira o uso de alguns termos técnicos e a busca por uma fronteira mais precisa entre os limites da normalidade e da anormalidade. Embora ela não concordasse que a *desorganização* do paciente pudesse ser sinônimo de *doença*, talvez se houvesse um diagnóstico médico que delimitasse as fronteiras entre o normal e o patológico, isso poderia ser o suficiente para a elaboração do relatório, que estaria baseado no conhecimento objetivo.

O uso da descrição objetiva permeou a construção de categorias nosológicas da psiquiatria moderna em contraposição à nosografia utilizada pelos alienistas. Essa última, diferenciava-se da primeira, principalmente porque Pinel se recusava a definir a *alienação mental* como *doença*, conceituando-a no plano moral, como um distúrbio das paixões humanas. Kraeplin elaborou uma nosologia-clínica dos transtornos mentais, classificando-os como doenças, embasando até os dias atuais as classificações psiquiátricas (Amarante, 1996; Amarante, 2003; Torre e Amarante, 2010). Como já apontado, a classificação psiquiátrica do DSM, a partir de sua terceira edição, também concretizou a proposta de uma delimitação precisa entre transtorno mental e normalidade (Russo e Venâncio, 2006).

Essa racionalidade não é exclusividade do campo psiquiátrico, permeando a construção do campo da biomedicina, que se relaciona a um imaginário científico com raízes na racionalidade mecânica clássica. Segundo esse modelo, seria possível tratar todos os problemas de saúde de forma objetiva, numa lógica de causa e efeito (Camargo Junior, 2005).

A atenção básica, por ser o lócus privilegiado das práticas de prevenção e promoção de saúde, a lógica mecanicista, de causa e efeito, acaba por evidenciar os dilemas e os limites dessa linha de raciocínio acerca do que seja saúde e doença. Como elabora Ayres (2006), o uso do enfoque educacional prevê orientações, ou seja, intervenções com fins terapêuticos, com tendências modeladoras de comportamento. O autor sugere que nas práticas de prevenção e promoção de saúde opte-se por uma atitude construtivista que tenha como ponto de partida os diferentes saberes e experiências para

que se consiga uma maior apropriação pelos sujeitos-pacientes de estratégias de cuidado.

Assim, o conhecimento que a enfermeira tinha do paciente não era considerado, por ela, como conhecimento técnico. Porém, o que ela relatou sobre o cotidiano dele, revelou que ela o conhecia e havia estabelecido vínculo com ele.

Essa enfermeira menciona que sabia o quanto o paciente se valorizava como alguém que tinha *peças* de aparelhos eletrodomésticos que outras pessoas tinham dificuldade de encontrar e que por isso acabavam procurando por ele para fazer os consertos. Ela sabia que ele reutilizava as peças de equipamentos que não serviam mais e os usava para consertar outros. Porém, ela também havia observado que ele guardava muitas *coisas* que pareciam não ser *aproveitáveis*, pois ficavam *jogadas* perto da escada. Também relatou que na parte vazia do terreno havia coisas que, segundo ela, teriam sido colocadas ali há mais ou menos quatro ou cinco anos atrás.

Segundo ela, foram feitas diversas tentativas de abordá-lo em relação ao acúmulo de objetos. O limite para diminuir ou aumentar a intensidade das intervenções era a existência ou não de alguma manifestação de contrariedade por parte do paciente em relação a essas tentativas. Assim, ao indagar porque *ele não havia retirado ainda o objetos da calçada* como ele havia *prometido* nas últimas visitas domiciliares que haviam realizado, se ele ficasse *irritado*, era o sinal que a equipe deveria recuar.

As visitas alternavam-se entre aquelas em que o paciente recebia a equipe sem fazer nenhuma objeção prometendo que iria resolver o *problema* dos objetos, a outras em que ele se *desculpava* de alguma maneira por não ter retirado ainda os objetos. Havia também aquelas visitas em que o paciente ficava *irritado* com a insistência da equipe e ainda outras em que ele se negava a receber a equipe.

Segundo a enfermeira, a postura da equipe foi tentar respeitar os limites colocados pelo paciente. Quando era possível, quer dizer, quando o paciente não se negava a receber a equipe, eles tentavam *conscientizá-lo* dos riscos que envolvia o *acúmulo* dos objetos, destacando-se: água parada e o risco de proliferação do mosquito da dengue; o risco dos eletrodomésticos de grande porte rolar ladeira abaixo e assim machucar alguém. Tentavam argumentar que se ele tirasse os objetos da calçada evitaria as multas.

Segundo a enfermeira, essas orientações pareciam não fazer sentido para ele, e neste ponto ela ficava em dúvida se ele teria ou não um *problema psíquico*. Ao identificar que a estratégia de orientar racionalmente o paciente não havia sido eficaz, ela passou a considerar que ele poderia ter um *problema psíquico* pois o mesmo não estaria *raciocinando bem*. A enfermeira havia dito que não tinha conhecimento suficiente para avaliar o *caso*, nem o suporte necessário para tal. No entanto, mesmo quando a estratégia de intervenção não foi bem sucedida, o problema passou a ser apenas do paciente. Ou seja, não se questionou a natureza da abordagem, talvez porque também não tivesse outra opção.

O *não racionar bem* do paciente foi identificado ao fato de ele não reconhecer racionalmente que poderia ser multado novamente caso continuasse a deixar *coisas* na calçada. Mencionou também o fato do paciente continuar alugando um local comercial, onde, segundo a enfermeira, ele também estaria guardando *coisas*. O comércio seria para que ele trabalhasse, no entanto, ele não utilizava mais os objetos para essa finalidade. Desse modo, a enfermeira argumentou com o paciente: *o senhor paga uma portinha de comércio, um salão... pra trabalhar... não tá trabalhando, tá cheio de coisa lá parada!*. Ele teria respondido: *eu vou desmontar, vou desmontar, vou desmontar*. O fato dele *perder dinheiro* com o aluguel do local comercial que ele não utilizava para trabalhar seria mais uma demonstração de que ele não estaria *racionando direito*. A enfermeira chegou a indicar as perdas financeiras para o paciente: *Só esse aluguel, o aluguel é trezentos! Eu falei: o senhor não tá tendo prejuízo no seu trabalho ao invés de ganho?*

Mais uma vez, talvez porque não soubesse mais como intervir na situação, a argumentação racional emerge como lógica de intervenção “terapêutica” ou de “cuidado”. Se o paciente não estava *raciocinando bem*, então seria necessário ajudá-lo a *raciocinar bem*. Esse não era o raciocínio explícito da enfermeira, mas certamente era a lógica implícita. Assim, embora a enfermeira tenha afirmado que não teria condições de avaliar tecnicamente o caso do paciente, ela acabou, a partir dessa lógica implícita, revelando seu modo de perceber o que era o problema dele.

Para a enfermeira, a questão do acúmulo seria senão um problema de saúde mental, no mínimo, de saúde. O que faltava era *quantificar* até onde a *desorganização* seria normal ou não.

Canguilhem (1995), em seu estudo sobre o normal e o patológico examinou os argumentos em torno da definição dos fenômenos patológicos, pensados como idênticos aos normais, deles se diferenciando apenas pelas variações quantitativas. O autor demonstra que essa relação entre normalidade e patologia remonta do século XIX, sendo uma construção social com estreitas relações com os estudos da fisiologia. Canguilhem demonstra que a diferenciação quantitativa que definiria o normal e o patológico seria um ato interpretativo. A *fantasia* é que seria possível estabelecer limites precisos entre o normal e o patológico e a partir disso, trazer a resposta da terapêutica mais adequada.

O ponto de vista moral emerge como um modo de compreender o “problema” do paciente, bem como de se relacionar com as intervenções de cuidado. No caso apresentado, a enfermeira acata as *promessas de organização* que o paciente fez como se fossem as intervenções terapêuticas. A seguir, a constatação do *fracasso* ou expressão de *irritação* do paciente foi seguida de *pedido de desculpas* à equipe. A enfermeira acredita que ele deveria se *conscientizar* do seu “erro” e do prejuízo financeiro que vem tendo. A lógica moral baseada na expectativa de mudança de comportamento do paciente permeia a compreensão do que seja o problema dele e de qual deveria ser a solução.

Mas a enfermeira chegou a expressar a opinião de que talvez todas as pessoas que trabalhassem com conserto de eletrodomésticos pudessem ser *meio acumuladores*, revelando sua tendência a considerar que a situação se configuraria como de fato um *problema*.

Num dado momento, a enfermeira relacionou o problema do *acúmulo* somente aos *mais pobres*. Passou a relatar sua experiência na Saúde da Família, que sempre foi em áreas *empobrecidas*. Por meio do seu trabalho foi observando que *as pessoas que são mais pobres, que passaram mais necessidade, eles se apegam a algumas coisas*, e que ela ficava se perguntando por que *os pobres tinham dois armários velhos, caindo aos pedaços, pra que dois armários?* Argumentava que deveria ser porque nunca tiveram nada, que aquele deveria ser o *primeiro armário que ganhou*; mas que ao entrar na casa e ver *dois armários*. Pensava, *pra que?*

A enfermeira menciona que não compreendia como as pessoas conseguiam morar numa área que ficava muito próxima à margem de um curso d’água. Para ela, somente seria possível porque *a terra batiza*. A maioria das casas era de madeira, ou

pedaços de madeira; algumas eram feitas em bloco de alvenaria. Quando chovia, a pessoa *tomava um banho* pois não havia espaço nas vielas para que se pudesse abrir um guarda-chuva e caminhar ao mesmo tempo.

Por um lado, a enfermeira apontou essas condições de vida dos pacientes dos lugares onde trabalhou apontando principalmente sua dificuldade em compreender como uma pessoa poderia viver em condições de precariedade tão intensas. Por outro, apontou que dentre os *pobres* haveria os *acumuladores* de objetos que, para ela, não teriam utilidade. Como podia, como ter *dois armários caindo aos pedaços*.

Na sequência, ela faz um contraponto entre essa vida de pobreza, e o acesso desses mesmos *pobres* aos bens de consumo de última geração e alta tecnologia, destacando que mesmo numa casa *simples* era possível encontrar uma televisão de *última geração*, um som *tão potente, que balançava os outros barracos*. Lembrou-se de uma situação em que havia um paciente aguardando para ser atendido na UBS, e quando ela o viu ele estava *com o celular todo bonitinho, todo chique*.

O paciente *pobre*, por vezes, é identificado ao indivíduo *carente*, que deveria aceitar passivamente os cuidados que lhe são ofertados pelo Estado. Aqui, a noção de *carente* seria aquela, que identifica os pobres como aqueles indivíduos desprovidos de bens materiais e também esvaziados da condição de sujeitos, tanto do ponto de vista subjetivo quanto da condição de cidadãos. As “boas intenções” dos profissionais ou das instituições de cuidado, quase que seriam suficientes para a escolha dos cuidados a ofertar aos usuários que, por sua vez, tendo suas necessidades automaticamente identificadas pelos profissionais, deveriam aceitar as orientações educativas e as intervenções terapêuticas, sem questionamentos (Sarti, 1998b).

A enfermeira, ao apresentar sua concepção sobre os *pobres*, acabou por trazer elementos para a apreensão de seu modo de se relacionar com os pacientes, e do modo como compreende os problemas deles. Ao buscar demonstrar como conseguia entender o porquê os *pobres* viviam daquela maneira comentou que deveria ser por que *a terra batiza*, dando indícios de uma visão religiosa sobre o assunto. Porém, ela não aprofundou esse aspecto de sua opinião, talvez por não considerá-lo relevante tendo em vista não se tratar de uma “opinião técnica”.

O paciente: primeira visita com a equipe de Saúde da Família

No primeiro dia ao chegarmos à residência do paciente, estava somente a esposa. Ele havia saído para fazer um orçamento e pediu para a esposa avisá-lo quando chegássemos. Ela fez contato com ele por meio do celular; olhando bem de perto o aparelho devido a sua dificuldade de enxergar os números nas teclas.

Pouco tempo depois o paciente chegou e se desculpou pela demora, pois estava fazendo um orçamento para uma *mulher na rua de cima*. Desde o primeiro contato, ele mostrou-se tranquilo e calmo. A médica de família e a pesquisadora explicaram do que se tratava a pesquisa e o paciente prestou atenção.⁷²

A princípio, ele aceitou participar da pesquisa. Depois expressou sua preocupação com os horários: colocou algumas dificuldades, pois estaria trabalhando à tarde e à noite como motorista, e da manhã, fazia consertos de eletrodomésticos. Ficou a impressão de que estaríamos interferindo na sua organização cotidiana e, de alguma forma, ele precisaria processar a entrada de algo novo na sua rotina.

Ao final considerou que se a pesquisadora agendasse um dia e um horário pela manhã não haveria nenhum problema e ele então participaria. Neste mesmo dia foi agendada a próxima visita ao entrevistado.

Nessa primeira visita a esposa do paciente ficou preocupada em se desculpar conosco pela demora do marido. Depois disso ela não pareceu preocupada em participar da conversa; ficou sentada no sofá da sala.

O paciente mora num sobrado de um terreno que mede aproximadamente doze metros, na parte da frente, por dezoito metros de profundidade. Na metade do terreno está construído o sobrado. A parte de baixo é um salão, e a parte de cima é a moradia propriamente dita. Na outra parte do terreno, há uma construção inacabada com algumas colunas que pareciam antigas pelo aspecto de ferrugem. Pelo que se conhece na região trata-se de um terreno grande para os padrões do bairro. Duas quadras para baixo há uma área de ocupação irregular, com moradias construídas uma contígua à outra, sem quintal e em condições precárias.

Na calçada havia diversos objetos: geladeiras, fogões, freezer, aparelhos de televisão e outros. Havia objetos inteiros e, outros, em partes. O salão estava repleto de

⁷² Foram realizados os procedimentos éticos de explicação da pesquisa conforme os dados constantes no TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido) em anexo (Brasil, 1996).

objetos desde o chão até o teto. Na outra parte do terreno havia outros objetos, alguns inteiros e com aspecto de abandonados e outros em partes. Nessa primeira visita havia tantos objetos que não foi possível apreender todos os detalhes. As imagens mentais daqueles espaços, bem como de seus detalhes e, posteriormente, a história dos objetos, foram se constituindo à medida que a pesquisadora foi realizando as visitas ao entrevistado.

Nessa primeira visita, foi possível visualizar aquela situação de *risco* que a equipe havia relatado: para acessar a casa, era necessário subir uma escada estreita que dava acesso para uma varanda descoberta. Depois, para entrar na casa era preciso passar por uma beirada estreita e chegar até a porta. A porta é de madeira e possui duas partes, uma delas larga, que mede aproximadamente um metro e oitenta. Sendo assim, quando se está dentro da casa e com a porta da sala aberta, o que se tem à frente é o terreno vazio e um “buraco”. A moradia fica na parte de cima do sobrado. Assim, era preciso ser cuidadoso ao sair ou entrar da casa. Ao entrarmos, e principalmente ao sairmos da casa, a médica de família contou que não enxergava muito bem e que tinha medo de altura. A saída foi cautelosa.

O entrevistado: *acumulador*?

Na primeira entrevista foi retomada com o entrevistado a proposta da pesquisa⁷³ e o motivo pelo qual a equipe de Saúde da Família havia escolhido o caso dele. Ele respondeu para a pesquisadora perguntando se seria *a respeito do... A respeito das coisas na calçada?* A partir de então, ele se dispôs a ser entrevistado e a conversar sobre sua vida.

O entrevistado nasceu em Iporã, Paraná. Ao todo em sua família são cinco irmãos: duas mulheres e três homens. Ele cresceu na roça na região do Paraná, contou que quando criança ajudava o pai a *rlear* algodão, separar as mudas depois que elas nasceram tirando algumas e deixando outras, para que crescessem com melhor qualidade. Ele ajudava também a arar a terra puxando o cavalo *pela linha reta*. Ele e o pai trabalhavam na terra de outras pessoas. Ao falar disso, lembrou-se que moravam numa *espécie de sítio*; disse que não se recordava muito bem dessa época. Lembrou-se

⁷³ No dia da primeira entrevista, foi apresentado novamente ao paciente o TCLE, realizada a leitura e esclarecidas algumas dúvidas. Procedeu-se então ao preenchimento do documento em duas vias que foram assinadas pelo entrevistado e pela pesquisadora. Uma cópia ficou com ele e a outra foi guardada pela pesquisadora (Brasil, 1996).

que brincava com os irmãos de subir em árvores e pegar frutas, e que comia uma frutinha chamada *maria preta*. Foi por essa época que o pai dele ficou doente e seu avô passou a cuidar dele. Sobre isso, ele também não se lembrava de muita coisa.

Assim, as poucas recordações da sua infância relacionavam-se à atividade profissional do pai e à doença que ele teve, ainda quando o entrevistado era criança. Sobre a doença de seu pai, contou:

A história dele é meia longa, mas eu vou só resumir. Quando eu era criança ainda... ele gostava de pescar. Ele fazia chumbada para pescar, aí a chumbada demorou para sair, e ele colocou na boca assim para tirar o araminho, para fazer o furinho. Aí chegou o irmão dele assustou ele, e ele engoliu aquela bala de estanho e foi parar no pulmão. Tiraram chapa naquele tempo e o médico falou que não tinha problema, foi parar no pulmão... no lugar que tá alojado não tem problema. Só que depois de uns 23 anos mais ou menos ela cortou uma veinha do pulmão dele e teve que tirar metade do pulmão; foi uma operação grande lá em Londrina isso aí; teve que fazer um corte daqui até a aqui (apontou para o meio da barriga). Ele perdeu muito sangue, e de lá para cá ele veio sempre tendo problema, não só devido a operação, mas devido também a anestesia, eu acho né. Teve problema com... como se chama aquele problema na virilha? Não sei... sei que ele fez uma operação e abriu; teve que fazer telinha. Esse problema dele vai e volta; aí depois ele teve um negócio na garganta, fez exame e parece que já resolveu. Ele mora no interior, ele não mora aqui.

A história do pai foi contada a partir de seu *problema de saúde*, ou seja, é a história de um pai que *adoeceu*. Ao relatar a história de *adoecimento* do pai, o entrevistado privilegiou o uso de termos objetivos e descritivos das partes do corpo do pai que foram afetadas. Não mencionou algum *sofrimento* que não fosse físico, nem da parte do pai, nem dele.

Depois do adoecimento do pai, a primeira mudança de local de moradia, foi de cidade, de Iporã, no Paraná, para Londrina, ainda no mesmo estado. A mudança foi devido à necessidade de garantir melhor tratamento médico para o pai. A família chegou a gastar *todas as economias* que tinham para pagar a passagem de avião do pai, pois ele não conseguiria fazer a viagem *por terra*. À semelhança de outras famílias brasileiras, eles migraram de um lugar para outro em busca de melhor tratamento médico.

Em Londrina, depois que o pai melhorou, abriram um *salão de cabeleireiro*, pois seu pai *sabia cortar cabelos*. O entrevistado e um de seus irmãos trabalhavam engraxando sapatos no salão do pai, e, segundo ele, o dinheiro que recebia era todo entregue para sua mãe.

A mãe foi pouco mencionada nas entrevistas. Em uma delas ele disse que a mãe era como uma *cigana*, pois não morava mais que dois anos numa mesma casa. Segundo ele, a mãe gostava de *trocar, vender e comprar as coisas em sua própria vizinhança*. Ela fazia as trocas, pois queria sempre o *melhor objeto*; trocava de relógio, porque queria o *melhor* relógio; ela fazia *rolo*, concluiu o entrevistado. Segundo ele, a mãe *berganhava*, era assim que ela falava sobre a barganha que fazia com as outras pessoas para conseguir os objetos que queria.⁷⁴

O entrevistado teria ido para São Paulo, antes de sua família, acompanhado de uns conhecidos da mesma instituição religiosa que o pai frequentava: Congregação Cristã do Brasil. A princípio, ele foi morar com uma tia no bairro do Jabaquara, e depois, quando o restante da família veio para São Paulo, foram morar no bairro do Tolstói, que fica na região de Sapopemba. A família morou numa casa alugada, depois se mudaram para o bairro do São Lucas, que fica ao lado de Sapopemba.

Atualmente, os pais moram em Sorocaba, e são cuidados por duas de suas irmãs, que moram na mesma cidade, enquanto que o entrevistado e seus três irmãos moram em São Paulo; um dos irmãos mora próximo ao entrevistado, ali no mesmo bairro, e outro mora num bairro vizinho.

Sobre um desses irmãos relatou que o mesmo tinha um problema, que não era bem *problema de saúde*. Segundo ele, o irmão exagerava um *pouco na bebida*. Nesse momento da fala, afirmou que esse havia sido o seu caso em certa época da vida. A esposa do entrevistado comentou que se ele não tivesse parado de *beber* talvez não estivesse ali contando aquela história, ou seja, não estaria vivo. O entrevistado afirmou que o *problema* era que estava bebendo *bebidas quentes*, que seriam as *bebidas fortes*, como conhaque e *velho barreiro* com limão.⁷⁵ Disse que na época não admitia que aquilo fosse um *problema*, mas que atualmente avaliava como tendo sido.

⁷⁴ O verbo *berganhar* é sinônimo de barganhar, porém pouco utilizado. Fonte: <<http://houaiss.uol.com.br/busca?palavra=berganhar>> Acesso em: 01 set. 2014.

⁷⁵ “Velho barreiro” é uma marca comercial de álcool destilado.

Por um lado, o entrevistado admitiu que a ingestão de álcool teria sido um *problema*, mas depois questionou essa ideia dizendo que nunca deixou de cumprir suas *obrigações de trabalhador por causa da bebida*. Afirmou que *não atrasava, não batia o carro e não faltava ao trabalho*. Assim, ele manteve seu papel de homem trabalhador e provedor de sua família (Sarti, 1994).

A atual esposa, também *admirava* o fato de ele beber e, ao mesmo tempo, conseguir desempenhar suas atividades profissionais. Ambos relataram esse fato como se fosse uma *façanha*. Segundo o entrevistado, ele parou de beber quando chegou a *lei seca* em São Paulo, referindo-se às restrições do uso de álcool para o motorista poder ao conduzir um veículo no trânsito.⁷⁶ No discurso do entrevistado, a ingestão de *álcool* surge como *problema* do outro, do irmão, e não da sua própria vida. Se tivesse sido um *problema*, ele já teria resolvido.

Ele contou que estudou até o terceiro ano do segundo grau, afirmando que não se lembrava de como se denominava os níveis escolares naquela época. Depois que terminou o segundo grau, fez um curso de eletrônica. Disse que gostaria de ter realizado algum curso de nível superior, porém devido às dificuldades da família, não pôde estudar mais. Ele explicou que o pai não tinha como arcar com os custos de seus estudos e tanto ele como o irmão mais velho deveriam fazer um *trabalho braçal* para ajudar os irmãos mais novos.

Ao chegar em São Paulo, por volta de 1971, primeiro tentou trabalhar numa fábrica de vela, porém, não se adaptou. Trabalhou um tempo numa padaria e depois aos doze anos começou a trabalhar no supermercado *Joanin*, no Parque São Lucas, como empacotador. Depois começou a trabalhar num outro supermercado, onde aprendeu a dirigir veículos e conseguiu tirar seu documento de autorização para direção de automotivos. Nesse supermercado, fez um amigo que trabalhava com ônibus de turismo, onde ele foi trabalhar também. Segundo o entrevistado, a partir daí teria começado sua carreira e profissão como *motorista de turismo*.

⁷⁶ A Lei 11.705 de 19 de junho de 2008 altera a Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997, que “institui o Código de Trânsito Brasileiro”, e a Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4o do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. Fonte: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Veja_tambem/327675.pdf> Consulta em 30 jul. 2014.

Contou que trabalhou na empresa Planeta Tur, na empresa Garcia Turismo e outras grandes empresas. Fez referência a alguns períodos em que trabalhou sem ter o registro oficial em seu documento profissional, e que isso estava atrapalhando ele a conseguir-se aposentar por tempo de serviço.

O entrevistado teve alguma dificuldade para se recordar exatamente desses anos iniciais em que chegou a São Paulo. Uma das referências que ele utilizou para lhe auxiliar na lembrança foi recordar-se da época quando tinha inscrição no PIS-PASEP, demonstrando que para o entrevistado a formalidade do trabalho era uma marca distintiva de sua história de vida, esta referenciada, principalmente, pela sua história ocupacional.⁷⁷

Sendo assim, o relato de suas ocupações profissionais foi um aspecto importante de seu discurso sobre si mesmo, suas habilidades, noção de valor pessoal e visão de mundo. Relatou que fazia *bico* como motorista de ônibus de turismo e porque esse não era um emprego *estável*, ou seja, com vínculo formal, começou a fazer consertos de máquinas de lavar e geladeiras. Porém, ao longo do contato com o entrevistado, diversas vezes ele reafirmou que sua profissão era *motorista de turismo*.

Naquela época, um motorista ficava com o ônibus aos finais de semana em sua casa, e, segundo ele, como as pessoas da vizinhança solicitavam que ele fizesse excursões, para Aparecida do Norte e outros lugares, começou a fazer *viajinhas*, pequenas excursões aos finais de semana para alguns lugares. Para isso começou a fazer uns *carlês* que vendia para os interessados na viagem, deixando esses carlês com algumas pessoas que vendiam a terceiros, ou com suas filhas que vendiam na porta de sua casa. Segundo ele, essa atividade foi crescendo mesmo que não fosse feita uma ampla divulgação, pois as pessoas que participavam das viagens é que divulgavam as excursões. A fim de garantir a venda antecipada dos lugares no ônibus, ele repassava os *carlês* e para aqueles que aceitassem vendê-los, *ganhavam* uma passagem na excursão.

Ele conheceu sua primeira esposa por volta de 1983 quando estava limpando um terreno de uma igreja na Vila Ema. Fizeram amizade, namoraram e logo em seguida se casaram e tiveram duas filhas. Segundo ele, quando as filhas ficaram *mocinhas* passou a

⁷⁷ PIS-PASEP: Programa de Integração Social e do Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público, que são contribuições mensais tributadas às pessoas jurídicas quando um cidadão é empregado formalmente, que serve também para compor fundos para o seguro-desemprego. Fonte: <<http://www.caixa.gov.br/Voce/social/beneficios/pis/index.asp>> Acesso em: 01 set. 2014.

se desentender com a mãe delas sobre a *maneira de criar as meninas*, principalmente no que dizia respeito aos limites e regras relativos ao namoro e ao horário para chegar em casa quando as filhas saíam para passear. Nessa época, o entrevistado já estava trabalhando na empresa de turismo e, às vezes, passava alguns dias fora de casa. Segundo ele, a mãe *acobertava* as filhas no que dizia respeito ao não cumprimento das regras que ele considera como corretas.

Embora o entrevistado fosse o provedor do sustento da família, o chefe da família (Sarti, 1996) do ponto de vista das divisões de papéis e de autoridades, a mãe, como chefe da casa (idem), responsabilizava-se pela educação das filhas. Como mostra o depoimento do entrevistado, as orientações da mãe foram aquelas que parecem ter prevalecido, não sem tensões com as orientações paternas. As diferenças no modo de conceber a criação dos filhos, na visão do entrevistado, teriam levado à separação do casal. De qualquer modo, a mãe aparece unida às duas filhas.

Segundo o entrevistado, o desentendimento com a esposa piorou quando uma das filhas começou a namorar um *homem mais velho*. Essa teria sido a *situação limite* que culminou na separação do casal. O atual marido da filha, na época, seu namorado, tem vinte e quatro anos de idade a mais que ela. Embora o entrevistado tenha afirmado que a questão não seria a diferença de idade, sua contestação sobre o relacionamento dos dois se pauta nisso: *coitada, ela é moça, novinha, bonitinha, esforçada que eu nunca vi*. Ele achava que ela deveria escolher alguém com idade próxima à dela, demonstrando que para o entrevistado, a diferença de idade era um fator de desagrado para ele.

Na época, a mãe concordava e apoiava a filha no seu relacionamento. O entrevistado resolveu então que deveria se separar, dizendo que falou para a família: *daqui pra frente vocês fazem o que vocês acharem melhor, só que não conta comigo*. Embora tenha se separado dessa forma, depois conseguiu manter um *bom relacionamento* com as filhas e com ex-esposa.

Mas o entrevistado *não achava, não tinha motivo* para a separação. Ao relatar a separação ele se coloca num lugar de não entendimento do porquê da separação, de quais seriam os sentimentos da primeira esposa e o desfecho da história dela. Ela falava que *queria dar um tempo, pois queria ser freira*. No entanto, depois da separação ela se *ajuntou com outro rapaz*.

Ainda sobre o processo de separação conjugal, reafirmou que tiveram *desentendimentos*, que não foram *brigas*, *nem discussões*. Os desentendimentos aconteciam porque, segundo ele, sempre foi *muito rígido* conforme a educação que recebera dos pais, como por exemplo, *não deixar sair até tarde*. Porém, a esposa *acobertava* as filhas quando elas não cumpriam as regras do entrevistado, principalmente nos períodos em que o entrevistado viajava. Para ele *deu dez horas, dentro de casa*; caso não conseguisse chegar na hora combinada, deveriam ligar. Porém, segundo ele, as filhas não ligavam e ele ficava preocupado. Sendo assim, *pegava firme com as meninas*, pois eles tinham um telefone fixo em casa, e então elas deveriam avisar quando iriam ultrapassar o horário combinado, ou mesmo, quando não fossem voltar para casa. O entrevistado *cobrava* da esposa que as filhas cumprissem essas regras, e ela ficava *brava* e se *desentendiam*.

O entrevistado resumiu a história da separação: *ela que saiu do lar, ninguém pôs ninguém pra fora, ninguém discutiu, ninguém brigou, achou melhor assim*. Ele ficou por quatro anos morando sozinho na casa que era da família.

Para o entrevistado, a família que constituiu a partir do primeiro casamento aparece como uma importante referência no processo de afirmação de seus valores, ao ponto de se separar da esposa. Ele aparece isolado nas relações familiares, sendo que as filhas aparecem aliadas à mãe, formando um grupo de mulheres dentro da própria família.

Na época do primeiro casamento, o entrevistado havia comprado um terreno em Sapopemba, logo abaixo do terreno em que mora atualmente. Nele, aos poucos, construiu uma casa. Naquela época, fez uma *troca* com outra família com o terreno onde mora atualmente. Segundo ele, interessou-se por esse terreno porque ele era maior e tinha planos de construir uma casa para ele e sua esposa, bem como casas para as duas filhas. Mas, segundo ele, *elas não quiseram*. Do ponto de vista dele, as filhas não compartilhavam, concreta e simbolicamente, dos seus planos enquanto pai e de sua visão de mundo.

O entrevistado contou a história de suas duas casas mencionando muito mais o *terreno* do que a casa, algo que chamou atenção, pois, pelo discurso dele era possível ficar em dúvida se ele estava se referindo somente ao *terreno* ou à sua *casa*. Foi possível compreender que para ele *terreno* e *casa* estavam interligados de tal forma que era como se tivessem o mesmo significado. De fato, ele mora num *terreno* que, para ele,

tem o significado de sua *terra*, o lugar onde mora. Talvez isso tenha alguma relação com o seu lugar de origem: ele nasceu no Paraná, cresceu em área rural, e trabalhava com a família na *roça*. O modo de apropriação e de relação com a *terra* foi se modificando ao longo do tempo; se pensarmos nas pessoas que moram em apartamento, ou em casas que não tem quintais – do tipo cortiço, favelas – provavelmente, a relação com o *pedaço de terra* onde está construída sua casa deva ser diferente.

Na época desse primeiro casamento, e quando as filhas ainda eram pequenas, segundo o entrevistado, a família enfrentava uma situação financeira *muito difícil*. Era ele quem mantinha financeiramente a família; segundo conta, o trabalho *toda vida foi assim*, sempre trabalhando fora pra *sustentar a família*. Foi nesse período, que além de trabalhar como *motorista de turismo* começou a consertar seus próprios eletrodomésticos para economizar os recursos financeiros que na realidade já eram escassos.

Na primeira casa em Sapopemba, junto com sua primeira esposa e suas duas filhas, eles estavam construindo a casa, não tinham luz, *pegavam* água na vizinha. Conforme conta, *imagina como é, duas filhas, a mulher, quatro bocas, só eu que trabalhava, a situação apertou bastante, mesmo trabalhando na firma*.

Do ponto de vista do entrevistado, apenas o trabalho remunerado apresentava-se com valor colaborativo para a subsistência da família, não mencionando, por exemplo, as atividades de cuidado com a casa e com a família, que provavelmente a esposa fazia.

Na mudança, do Parque São Lucas para Sapopemba, havia levado uma máquina de lavar, desmontada, que havia comprado num *rolo*. Segundo ele, pensou:

Aí... sabe de uma coisa, eu vou montar essa máquina. Eu, sozinho vendo as peças, é um quebra cabeça. E não é que a máquina funcionou? Funcionou! De lá para cá me empolguei! Já comecei a consertar a máquina da minha irmã. E aí foi bom, aí já economizei o aquele dinheiro da máquina. Aí, faltou só uma coisa só. Aí eu chamei o homem para fazer. Ela funcionou, direitinho tudo. Mas na hora de centrifugar, centrifugou devagar. Aí a pessoa que veio aqui falou assim... 'É só uma regulagem numa peça, assim, assim; fica tanto'. Aí eu paguei e fiquei olhando ele fazer. Pronto e aí acabou. Não era só aquilo que eu aprendi do dia pra noite; aí, mas de lá pra cá comprava uma máquina e desmontava, de duas fazia uma. Passava uma peça para outra.

O entrevistado relatou outro momento que teria sido marcante nesse processo inicial de consertar eletrodomésticos, que aconteceu quando ele se mudou da casa do primeiro terreno, para a casa do segundo terreno. Segundo ele a geladeira *era boa, tinha uns dez... doze anos por aí*. Tinha comprado nova, nunca tinha mexido, mas pifou na mudança. Na época, tentou acionar o serviço de três assistências técnicas, mas, nenhuma delas enviou um técnico. Então ele *pegou mais ou menos a noção* quando fez o curso de eletrônica, relatando entusiasmado:

Não é que eu descobri o defeito da geladeira?! Chama capacitor; peguei aquela peça, levei numa loja e falei que queria um capacitor desse. A pessoa me deu, os terminalzinho, tudo. Eu consegui, eu encaixei, aí a geladeira funcionou. Quer dizer, eu fiquei dias esperando três técnicos, um aqui, outro ali e ninguém veio ver. Eu mesmo arrumei. Então aí eu comecei, puxa vida!

Em pouco tempo, segundo o entrevistado, ele ficou conhecido pela *vizinhança* como alguém que consertava eletrodomésticos. Os vizinhos, além de procurá-lo para isso, passaram a também procurá-lo para *lhe dar* objetos que não queriam mais. Assim, quando alguém comprava uma geladeira nova, procuravam-no perguntando se ele não queria a velha. De duas geladeiras às vezes ele fazia uma aproveitando as peças que estavam em bom funcionamento ou desmontava e guardava as peças para utilizar em outras geladeiras que chegassem depois.

Segundo o entrevistado, a partir do momento em que a comunidade passou a saber que ele iria *usar as peças*, passaram a deixar objetos em sua calçada, com ou sem sua permissão. Segundo sua atual esposa, as pessoas da comunidade colocavam qualquer coisa na calçada deles, e em qualquer horário do dia da noite, a qualquer dia da semana, sendo alguns desses objetos sofá, guarda-roupa e colchão. Assim, ele passou a distribuir esses outros objetos aos moradores da *favela* que moravam duas ruas abaixo da sua casa. O entrevistado disse também que às vezes alguns desses moradores ajudavam a carregar as coisas e, em troca, ele dava algum desses objetos. O entrevistado fazia uma distinção entre aqueles que moravam na *favela*, como sendo pessoas que precisavam de ajuda, e seus outros vizinhos que contratavam seus serviços ou compravam os eletrodomésticos consertados.

Havia mais um motivo pelo qual ele fazia os consertos: a esposa *não podia trabalhar*, pois não enxergava bem, tinha *problema de glaucoma*. Sendo assim, ele era o

único a contribuir para o pagamento das despesas do casal. Ao acompanhar parte do cotidiano do casal, foi possível observar que a atual esposa, embora não ocupasse um lugar formal e reconhecido de trabalho em relação à atividade de conserto dos eletrodomésticos, tinha uma atuação bastante ativa. Quando o marido não estava em casa, era ela quem atendia as pessoas que chegavam ao portão, ou que telefonavam para sua casa, na busca por algum serviço de conserto ou de compra de algum objeto. Ela conhecia as histórias de compra e venda dos eletrodomésticos, os clientes envolvidos e os detalhes das negociações. Às vezes, ajudava a transportar pequenos objetos, fazia a limpeza da casa e tentava orientar o marido sobre o que jogar fora ou vender para o ferro-velho. Além disso, era ela quem cuidava dos afazeres domésticos da casa, beneficiando tanto ela quanto o marido. Sendo assim, a esposa exercia diversas tarefas, que não se constituíam em trabalho remunerado, fora de casa.

O entrevistado conseguiu aprender *bastante coisa* sobre consertos de TV e rádio no curso de eletrônica que realizou. Com o passar dos anos, ele foi aprendendo a consertar diversos eletrodomésticos: geladeiras, freezer, microondas, máquina de lavar, forno elétrico, como bebedouro, filtro eletrônico de água, secador de cabelo, panela elétrica e outros objetos que *apareciam* por ali. A partir de 2014 começou a fazer um curso de informática que, segundo ele, seria importante para ter *conhecimento*, e para *não ficar para trás*. Ele tinha ferramentas próprias para fazer os consertos: chaves de fenda, alicates, máquina de trocar o gás da geladeira, maçaricos, martelo e outros. Guardava parte dessas ferramentas na parte de baixo de sua casa, ou seja, na garagem, e outra parte transportava no carro que utilizava para ir à casa das pessoas entregar os objetos comprados, ou realizar algum conserto.

Em diversos momentos, relatou situações em que tinha interesse e prazer em aprender a consertar os eletrodomésticos. Segundo ele, seria *curiosidade mesmo*, em aprender como funcionava, descobrir onde estava o defeito e conseguir fazer com que os objetos voltassem a funcionar.

Numa das vezes foi possível acompanhá-lo num conserto que realizou numa casa da vizinhança. A pessoa que havia lhe solicitado o conserto, trabalhava na própria casa, consertando máquinas de lavar e precisava de um conserto para sua própria geladeira. Segundo esse vizinho ele *não mexia* com consertos de geladeira, pois achava *muito complicado*. O entrevistado, ao contrário, parecia conhecer bem o seu trabalho: mexeu na parte elétrica e no gás. Conforme explicou, muitos acabavam sem querer,

furando o circuito de canos do gás, sendo necessário consertá-lo encontrando o local do vazamento fazendo uma nova solda com maçarico e depois colocando nova carga de gás próprio para geladeiras. Ele pareceu se sentir orgulhoso do próprio trabalho e conhecimento ao ouvir os comentários do vizinho dizendo que o trabalho dele era difícil de realizar.

Assim, do ponto de vista do entrevistado, aquelas coisas não eram apenas *objetos acumulados*, mas diziam respeito à sua inteligência e capacidade de aprender e garantir o sustento de sua família.

Na percepção do entrevistado, a compra de produtos eletrodomésticos pelas pessoas, em uma rede de comércio varejista, Casas Bahia, surgiu como um *problema* por dois motivos. Primeiro porque ao facilitar essas compras às pessoas, elas poderiam comprar novos aparelhos eletrodomésticos. Não tendo onde deixar os aparelhos *velhos*, os moradores da comunidade acabavam por colocá-los em sua calçada. Com isso, tornava-se cada vez mais difícil manter a calçada vazia. Mesmo quando ele retirou *as coisas*, as pessoas voltaram a depositar objetos, mesmo sem falar com ele. O outro problema apontado era o fato de, novamente, pela facilidade que as pessoas tinham em fazer as compras de novos eletrodomésticos cada vez mais ele tinha dificuldade em revender esses equipamentos consertados, ou mesmo, consertar aqueles que haviam quebrado.⁷⁸

Em suas palavras:

Uma que as Casas Bahia facilita muito as coisas, então o pessoal tá comprando mais moderno, mais economia na energia, garantia estendida, então caiu bastante. Aí acumulou; eu não dei fim... mas eu tô dando fim agora. Eu não vou fazer mais, eu vou ficar mais no turismo mesmo que tá melhor. Deu mais resultado.

Assim, tanto as Casas Bahia quanto a comunidade foram apresentados como *problema*, ou obstáculo para resolver o *acúmulo*:

⁷⁸ As Casas Bahia é uma rede de varejo de lojas que teve importante papel na popularização do crédito e dos bens de consumo duráveis devido a publicidade incessante nos meios de comunicação de massa, promoções e facilidades de parcelamento do valor das compras (Santos 2011). As Casas Bahia existem há 60 anos e conta atualmente com mais de 56.000 colaboradores, tem mais de 500 filiais em 15 Estados do Brasil. Fonte <<http://institucional.casasbahia.com.br/empresa/empresa/nossa-historia/>> Acesso em: 05 ago. 2014.

Só que de uns tempos para cá o pessoal começou a colocar as coisas aí... a trazer e deixava as coisas aí, trazer e deixava aí porque sabia que eu ia usar as peças. Aí acumulou. Aí eu tirei uma vez, deixei tudo sem nada. Do nada começou a aparecer (...) coisas velhas aí na calçada. Até sofá velho eles colocaram aí, que achavam que não servia, eu digo não. Eu levava lá embaixo para o pessoal na favela, porque eles usavam lá, e fazia doação essas coisas. Aí acumulou um pouco.

Ao realizar as entrevistas e estar presente na casa do entrevistado, foi possível observar a dinâmica que se estabelecia entre ele, a esposa e as pessoas que se interessavam pela atividade de consertos que ele desenvolvia. Assim, em quase todas as visitas, deparávamos com pessoas interessadas em algum eletrodoméstico ou com o entrevistado oferecendo informações por telefone. A procura para comprar ou consertar eletrodomésticos era constante, um pouco diferente do relato do entrevistado, que em diversos momentos enfatizava as dificuldades em manter a atividade de conserto, e em conseguir obter lucros. Às vezes, numa das visitas, chegava alguém e perguntava se havia determinado tipo de eletrodoméstico; caso houvesse e se a pessoa se interessasse, ocorria a negociação. O entrevistado, então, prometia à pessoa terminar de fazer o restante dos reparos, se esse fosse o caso, e depois entregava o produto na casa da pessoa.

O entrevistado mencionou algumas situações em que ligavam para ele e perguntavam se ele poderia retirar o eletrodoméstico que não queriam mais. Na redondeza, muitos sabiam que ele realizava esse tipo de serviço e quando não levavam o objeto até a casa dele, acabavam por chamá-lo para fazê-lo. Em geral, os consertos eram de problemas simples e de baixo custo. Mas, mesmo assim, segundo o entrevistado, alguns optavam por comprar um novo eletrodoméstico.

O entrevistado relatou uma história que exemplificava essa situação: uma moradora dos *predinhos*, que já conhecia seu trabalho, entrou em contato por telefone com o entrevistado perguntando se ele aceitava a doação de uma geladeira usada, pois ela havia comprado uma nova e tinha urgência em desocupar o lugar. A pessoa disse que a geladeira havia parado de funcionar e tinha um *cantinho* da porta que havia enferrujado. Segundo ele, chegando ao local, constatou que a geladeira – que era moderna - estava com uma aparência de *seminova*. Ele insistiu que a pessoa aceitasse cinquenta reais pela geladeira e disse que ela havia ficado muito satisfeita com a negociação. Depois, verificou que o problema da geladeira era um *relê queimado* e que

o custo para a troca foi de vinte e cinco reais. Para outro problema apresentado, de ferrugem, aliás, muito pequeno, ele pediu para que um vizinho, seu funileiro, consertasse. Segundo ele, a geladeira ficou *perfeita, gelando que era uma beleza*. O entrevistado mencionou que quando foi retirar a geladeira e observou o seu estado de conservação, pelo *conhecimento* que tinha, imaginou que o problema não seria importante. Em seguida, deixou a geladeira no bar de um conhecido para que ele pudesse vender, prometendo que daria a ele uma parte, uma espécie de comissão. O dono do bar acabou não vendendo a geladeira e o próprio entrevistado acabou fazendo um *rolo* com um carro, com outra pessoa. Este veículo apresentava multa e o proprietário queria que o entrevistado, na troca com a geladeira, retornasse ainda quinhentos reais para ele. Eles negociaram e, no final, ficou *uma coisa pela outra*. O entrevistado disse ter ficado satisfeito com a finalização do negócio pois a geladeira que ele havia gastado setenta e cinco reais, acabou sendo trocada por um carro, este utilizado para o transporte dos eletrodomésticos, desde então.

Assim, nessa e em outras situações, ele avaliava que as pessoas queriam descartar coisas como se as mesmas fossem *lixo*. No entanto, para ele, esses objetos ainda teriam muita utilidade. Por fim, relatava as vantagens e desvantagens das negociações em torno dos objetos, e, quase sempre, como conseguia, ao final das contas, tirar vantagem das situações.

Na opinião dele, a comunidade *mais pobre* não sabia cuidar corretamente dos eletrodomésticos e, por isso, acabam causando defeitos, mencionando que algumas pessoas tinham *mania de tirar o gelo com faca* e acabavam por estragar geladeiras *tão novas*. Essas geladeiras *seminovas* eram consertadas por ele, que também fazia uma limpeza caso fosse necessário, ele *colocava* o gás e vendia por cem ou cento e cinquenta reais. Mostrou várias geladeiras que estavam nessa mesma condição. Mas, segundo ele, havia outro elemento que dificultava a venda das geladeiras: as pessoas *mais pobres* dali do bairro *não paravam*, viviam mudando de bairro, de estado; ficavam um mês e depois iam embora e quando voltavam, queriam comprar *tudo baratinho*.

Assim, o entrevistado acabava por manter contato com pessoas de diferentes posições sociais do seu bairro: moradores da favela, pessoas que vinha de outros condomínios, além dos vizinhos. Por meio desses contatos e dos negócios que com eles realizava, ele também ia produzindo um olhar sobre essas pessoas podendo relatar um pouco da história daquela comunidade.

Por um lado, ele sempre falava das facilidades que as pessoas tinham em comprar novos eletrodomésticos, parcelados em até *dez ou vinte vezes*. Por outro, falava como conseguia reaproveitar aquilo que outras pessoas tratavam como *lixo*: mostrou diversos eletrodomésticos que havia comprado por um pequeno valor destacando como separou as peças, reaproveitando-as e, obtendo delas algum lucro. Segundo ele, as pessoas diziam *nossa, isso aqui é lixo e tal*, e ele conseguia reaproveitar quase tudo.

Numa das conversas sobre os eletrodomésticos, foi retomada a questão dos objetos deixados na calçada, e se, de fato, isso seria ou não um *problema de acúmulo*:

Eu posso explicar isso pra senhora por que eu tenho conhecimento, graças a Deus, muito bom sobre isso aí. Eu tenho dó de ver as coisas no ferro velho. Custou dinheiro pra pessoa e tá lá... igualzinho o fogão, simplesmente porque dois parafusos de trás soltaram e ele abriu aquela lateral, deu a impressão de que era um fogão velho, e não era; tava até com selo ainda. E as pessoas que não entende, ah 'isso aí é tranqueira, é porcaria'. E, na verdade é o lixo que não é lixo, lixo que não é lixo. Que é a pessoa colocar o pezinho direitinho, encaixar direitinho e parafusar os dois parafusos, dá uma limpezinha no fogão... o fogão está perfeito. Custou 250 no mínimo na loja. Então, eu pesquisei muito isso aí... tem como muita coisa, não é só o caso do fogão.

Para ele, os objetos usados teriam um valor de uso dado pela aparência de bom estado que apresentavam, bem como pela funcionalidade e valor financeiro, atributos que não seriam valorizados pela maioria das pessoas que estavam descartando esses produtos. Assim, na sua percepção, as outras pessoas não se davam conta de que aquilo que elas tratavam como *lixo*, tinha valor.

O entrevistado também contou sobre uma geladeira que *ganhou de doação* de uma pessoa mencionando que o único problema do objeto era o puxador quebrado, que ele consertou e a utilizava em sua casa até os dias de hoje. Segundo ele, a geladeira nova custaria em torno de três mil reais. O sentimento de *dó* que ele revelou sentir em *ver as coisas no ferro-velho* indica também uma ligação afetiva com sua atividade de resgatar o *lixo* que não seria *lixo*, dando novos sentidos e destinos para esses objetos.

Num outro momento, complementou a explicação sobre sua atividade fazendo uma relação com o ferro-velho. Segundo ele, a explicação é *facinha* de entender: se uma pessoa bateu em seu carro, ela irá fazer uma avaliação do que compensaria mais, se pagar a franquia ou ir a um ferro-velho em busca da peça que precisa para consertar o

carro. Em geral, a segunda opção é a mais econômica. O preço de uma porta nova, em serviços autorizados pelas empresas que fabricam os carros, é um *absurdo*. Além disso, continuou explicando, se for utilizar o serviço do seguro, pagando a franquia, ainda será preciso esperar alguns dias para trocar a porta. Segundo ele, seu negócio teria vantagens semelhantes às do ferro-velho:

Aqui é a mesma coisa... compra uma geladeira por cinquenta reais. É lógico, ela não tá boa, tá enferrujada. Eu não vou lixar, pintar, pra vender ela porque não vai compensar. Porque eu vou ter trabalho, tempo, gasto, tem que dar garantia... Que que eu faço ? Tiro o motor, testo, e guardo. Quando eu for por em outra, troco o óleo, troco a amperagem e tudo... aí eu vou dar uma garantia de seis meses. Quantos que eu dei seis meses e tão a anos rodando aí até hoje...aí isso foi motor de máquina, isso foi motor de geladeira.

Assim, haveria vantagens tanto para o entrevistado, que consegue reaproveitar e ter lucro, quanto para aqueles que compram os eletrodomésticos, pois os mesmos continuam em bom funcionamento até os dias de hoje. O entrevistado afirmou que sua atividade seria semelhante a de um *desmanche*. A diferença entre ambos seria dada pelos objetos: enquanto o *desmanche* lida com carros, sua atividade está referida a aparelhos de televisão, geladeira.

A visão do entrevistado sobre a reutilização dos objetos, ao mesmo tempo em que se apoia em práticas de defesa do meio ambiente, mantém uma forte associação com a história de quando foram construídos os objetos. Numa das entrevistas, ele relatou que em determinada ocasião recebeu uma geladeira de 1943 para consertar. Segundo conta, essa geladeira era fabricada por uma *firma estrangeira* que tinha no nordeste. A pessoa estava pedindo para consertar a geladeira que havia sido da mãe, portanto, um objeto de valor afetivo para toda a família. Ele conseguiu fazer a geladeira funcionar e ainda a reformou deixando-a com aspecto de nova. O entrevistado disse que ficou muito satisfeito por ter conseguido atender o cliente, bem como com a quantia que recebeu pelo serviço realizado.

Em relação ao processo da prefeitura e das multas, o entrevistado trouxe poucas informações. Ele não sabia dizer ao certo quantas multas havia recebido, se havia pago ou não essas multas. Numa das vezes, chegou a mostrar uma multa em que constava que o problema era a *colocação de eletrodomésticos na calçada*. No entanto, ele alegava que aquela multa não deveria ser dele porque a numeração que constava no documento

não correspondia àquela de sua casa. Achava que deveria ser da vizinha, e a esposa, ao saber, de surpresa da suposta informação, questionou então se a multa não deveria ser entregue à vizinha. O entrevistado olhou o documento mais uma vez e depois o guardou num envelope. Ele se queixou de sua própria bagunça dizendo:

Minhas papeladas virou uma bagunça, devo dizer... perdi até a carteira profissional, não sei onde tá... Deve tá lá em baixo, no tempo que eu falei pra senhora... não guardava.

Tanto ele quanto a esposa acreditavam que a prefeitura comparecia constantemente à sua casa devido às denúncias dos vizinhos. O entrevistado não achava que havia problemas com insetos em seu quintal, porque ele tinha um gato de estimação que dava conta de afastar os ratos. Segundo a esposa, até a cachorra de estimação pegava rato e o entrevistado emendou: *quando tinha rato aqui, quando tinha.*

Numa certa ocasião, o entrevistado retirou todos os objetos da calçada. No entanto, *do nada*, começaram a aparecer outros, novamente. Na época, foram retirados objetos em duas viagens de caminhão. Segundo ele, isso lhe trouxe prejuízo porque não teve tempo de separar as coisas que poderiam lhe dar algum lucro. Essa retirada de objetos aconteceu depois que ele recebeu uma das multas da prefeitura.

Para ele, retirar as coisas dessa maneira, seria o mesmo que ter prejuízo financeiro, pois ele preferiria separar o que poderia lhe ser ou não útil para o conserto de outros eletrodomésticos; separar o que poderia ser vendido ao ferro-velho, aquilo que realmente não teria utilidade para ele. Em suas palavras:

Foi duas viagem; eles vieram buscar. Foi na época que eu falei pra senhora que ficou tudo livre aí, tudo limpo. Vendi pro ferro velho. Mas, são coisas que eu tinha aproveitado tudo. Se eu levar inteiro assim, eu levo prejuízo com coisa que eu já comprei. Então eu estou perdendo.

O ferro-velho era o lugar em que o entrevistado ia, às vezes, para levar alguma coisa que não lhe servia mais. Ao mesmo tempo, também era o lugar onde ele sabia que poderia ir para aproveitar algumas oportunidades para comprar ou até mesmo ganhar objetos que passaram a lhe ser úteis dentro de sua própria casa. Foi o caso do secador de cabelo da esposa, que ele encontrou em meio a outras coisas ao levar para o ferro-velho outro objeto que não lhe servia. O proprietário resolveu dar a ele o secador. Ao chegar

em sua casa, ele trocou uma peça que disse ter custado barato e o aparelho estava funcionando até os dias atuais.

Durante o período das entrevistas, que durou cerca de nove meses, não se observou nenhuma separação dos objetos. Nas conversas, às vezes, o entrevistado fazia “promessas” de que iria retirar os objetos, como se a pesquisadora pertencesse à prefeitura ou ao sistema sanitário de saúde.

Sobre o lado vazio do terreno, que se abre como um buraco à frente da porta da sala, a esposa relatou que gostaria que o marido *batesse uma laje* naquela parte, pois ela achava arriscado ficar passando por aquela beirada estreita. Contou que uma das filhas do entrevistado, ainda quando pequena, chegou a cair naquele *buraco*. Mesmo com esse acidente, ela achava que o esposo não se importava com aquele *problema*.

Numa das entrevistas em que a esposa se encontrava sozinha em casa, e aguardávamos a chegada do entrevistado, ela relatou que ela não acreditava que um dia ele fosse retirar aquelas coisas do quintal, da garagem e da calçada. Relatou que ele se opunha a que ela jogasse até mesmo parafuso no *lixo* e que quando ele se propunha a separar as coisas, às vezes ficava um dia inteiro para separar uma pequena quantidade de objetos que, ao final, não jogava fora. Segundo ela, ele separava as coisas lentamente, e, ao final da tarde, quando ia ao ferro-velho levar alguma coisa, sempre voltava com outras.

A esposa achava que o caso do marido era para tratamento com *psicólogo*. Diversas vezes trazia como exemplo, o caso de uma cunhada dele, que *tinha mania de limpeza* e que melhorou depois que começou a ir à *psicóloga*. Ela falava pouco, mas certa vez comentou, ao se referir à sua dificuldade em lidar com os objetos dele, afirmando que se não fosse pela presença dela e pelos limites que tentava colocar para que ele não trouxesse mais coisas, a parte de dentro da casa também estaria cheia de objetos. Segundo ela, havia algumas coisas espalhadas pela casa, e que não eram de serventia do dia a dia deles. Havia coisas em baixo da cama, em algumas caixas no quarto e em cima do armário da cozinha.

Por um lado, a situação do entrevistado constituía-se como um problema para a esposa, que parecia se afligir porque suspeitava que o marido tivesse algum problema psicológico ou psiquiátrico, assim como a cunhada. Por outro lado, ela mantinha uma

relação colaborativa com a atividade de trabalho dele, tentando inclusive ajudá-lo a não estender essa atividade para dentro da casa.

Acumuladores?



Figura No. 5: Edifício de três andares onde moraram os irmãos Collyer, o caso mais famoso de acumuladores nos EUA.⁷⁹

O ato de acumular objetos não é apenas um ato em si. Nele, caso haja de fato uma “acumulação”, traduz-se a relação que o indivíduo estabelece consigo mesmo, com as pessoas e com o mundo que o cerca. Nomear esse tipo de relação que o indivíduo estabelece com e por meio dos objetos, de “acumulação”, é supor a existência de uma doença e, ou desvio de algum comportamento normal. Nesse caso, o que seria uma acumulação normal, e o que seria um desvio?

A questão dos acumuladores tem se tornado, cada vez mais, um problema para a saúde pública devido às consequências que o acúmulo de objetos pode trazer para o próprio indivíduo que faz a acumulação, bem como, para as pessoas que eventualmente moram no mesmo domicílio, ou no seu entorno. Uma das maiores dificuldades em torno dessa questão reside no fato de que, na maioria das vezes, os “acumuladores” negam que o acúmulo seja um problema para ela ou para outras pessoas, inviabilizando o diálogo a partir do ponto de vista de que se trata de um problema que deveria ser

⁷⁹ Fonte: < <http://www.facta.art.br/acumulo-acao-criativa/collyer-brothers-soterrados-pelo-acumulo/> >
Acesso em: 13 mai. 2014.

solucionado. É um problema que se situa nos limites do interesse público e do direito privado.

Para que possamos situar a emergência desse fenômeno enquanto problema de saúde será apresentado um dos primeiros casos emblemáticos de acumuladores, que ganhou repercussão midiática. O caso ocorreu nos Estados Unidos da América do Norte, local onde se desenvolveu, como já foi apontado, uma classificação psiquiátrica e um modo de apreensão dos estados de sofrimento, que ainda tem repercussão mundial nas práticas de assistência psiquiátrica, bem como nos modos de concepção do sofrimento (Russo e Venâncio, 2006).

Nos Estados Unidos da América, um dos primeiros casos que ganhou repercussão na mídia impressa, falada e escrita, e que depois seria relacionado aos *acumuladores*, foi dos irmãos Collyer, que ficaram conhecidos como os “eremitas do Harlem”.

Esses irmãos foram “descobertos” por uma jornalista americana chamada Helen Worden Erskine (1896-1984). Esta jornalista tinha interesse por histórias de pessoas reclusas e com hábitos excêntricos.⁸⁰ Ela teria tomado conhecimento da história dos irmãos Collyer por meio de um agente imobiliário que havia tentado comprar um imóvel deles, porém, não havia sequer conseguido falar com nenhum dos irmãos. O agente imobiliário teria tentado contato por meio de cartas e também ido pessoalmente à casa deles, sem sucesso.

Em 11 de agosto de 1938, Helen escreveu um artigo no *World Telegram* relatando essa parte da história e, desde então, passou ela mesma a tentar contato com os irmãos Collyer, bem como a investigar na comunidade do entorno o que se sabia sobre eles. Certa noite, conseguiu encontrar Langley quando ele saía para fazer compras e ali mesmo iniciou a primeira de muitas entrevistas que realizaria com ele (Bryk, 1999).

Em 1954, ela publicou o livro intitulado “*Out of this world – a collection of hermits and recluses their ways of life and the stories*” no qual relata histórias de várias

⁸⁰ A Biblioteca da Universidade de Columbia guarda em seu acervo 153 caixas com materiais de pesquisa da jornalista, tais como: correspondências, manuscritos, rascunhos, notas, documentos, desenhos, fotografias, fitas de áudio, recortes, e outros materiais impressos. Há extensos arquivos biográficos, por exemplo, a respeito do príncipe Charles da Inglaterra, presidente Dixon, o duque e a duquesa de Windsor, bem como arquivos sobre pessoas reclusas.

Fonte: <http://www.columbia.edu/cu/lweb/archival/collections/ldpd_4078525/> Acesso em: 04 mar. 2014

peessoas que viveram em Nova York e, em reclusão: Ella Wendel, que tinha cinquenta milhões de dólares e um poodle branco que foi ao ar em um carrinho de bebê; a história de um a mãe cubana que, com sua filha, retirou-se para o isolamento de um quarto de hotel, onde ela pedia, a cada noite, um charuto e jantar para o marido que havia morrido; a história de Hetty Green uma figura sombria de preto; A. Van Horne Stuyvesant, o último de uma família famosa, que ficava dias sentado à frente de uma imagem de Franklin D. Roosevelt xingando-o.⁸¹ Nesses casos, observa-se que além da reclusão, eram histórias de pessoas de comportamento excêntrico, bizarro ou considerado como “um desvio de uma dada normalidade”. Nesse livro, a autora incluiu um capítulo sobre os irmãos Collyer, sob o título “Os heremitas do Harlem”.⁸²

Os irmãos Collyer nasceram numa família de consideráveis posses financeiras para os padrões da época: o pai Herman L. Collyer foi médico ginecologista e a mãe Susie G. Collyer foi cantora de ópera. Em 1909, seus pais adquiriram uma casa de alto padrão de esquina na 5ª Avenida, no bairro do Harlem, em Nova York, onde passaram a morar com toda a família. Homer nasceu no dia 6 de novembro de 1881, e Langley era cerca de seis anos mais jovem que o irmão. Ambos estudaram na Universidade de Columbia sendo que Homer se formou em Direito e chegou a trabalhar em alguns escritórios. Langley formou-se em Engenharia pela mesma universidade, licenciando-se em Química e em Engenharia Mecânica. No entanto, ele nunca trabalhou nesta área, mas se dedicou à música, tendo aprendido a tocar piano (Bryk, 1999).

Na década de 1920, Homer chegou a trabalhar em dois escritórios e fazia o trajeto, que era bastante longe, a pé, de sua casa até o trabalho. No entanto, após o falecimento do pai, em 1923, e da mãe, em 1929, aparentemente, teve início - ou foi agravado - o processo de reclusão e isolamento dos irmãos Collyer. Em 1933 ou 1934,

⁸¹ Fonte: <<https://www.kirkusreviews.com/book-reviews/helen-worden-erskine/out-of-this-world-4/>> Acesso em: 16 fev. 2014.

⁸² Em ingles: *Hermits of Harlem (The Collyer brothers)*. O livro foi publicado uma única vez pela editora *Putnam* e tornou-se um livro raro, atualmente custando em torno de 130 dólares. Embora o livro seja de difícil acesso, é possível encontrar diversas referências, tanto sobre o livro de Helen quanto sobre a história dos irmãos Collyer na *internet*, em livros, filmes, documentários, bem como em trabalhos científicos. Fonte <<http://clio.columbia.edu/catalog/2672504>> Acesso em: 16 fev. 2014.

Homer perdeu a visão e também passou a ter a mobilidade física cada vez mais reduzida devido à artrite ⁸³, o que fez com ele não fosse mais visto fora de casa (França, 2006).

A partir de então, Langley passou a cuidar de Homer. Langley acreditava que o irmão iria se curar com uma dieta de cem laranjas por semana e passou a guardar jornais antigos, pois acreditava que, em breve, o irmão voltaria a enxergar e poderia então lê-los (Bryk, 1999; França, 2006). Além disso, Langley saía à noite para recolher diversos objetos e os levava para casa. Os vizinhos começaram a notar, por meio das janelas, que havia muitas coisas dentro da casa deles. Posteriormente, soube-se que em 1917 o telefone havia sido desligado ocorrendo o mesmo depois, em 1928, com o gás e a eletricidade (Bryk, 1999; Gray, 2002 e França, 2006).

Em 1938, Langley deu um depoimento à repórter Helen Worden e para justificar porque eles não usavam mais o telefone, teria declarado: “*Nós não temos telefone e nós paramos de abrir a caixa de correio. Você não pode imaginar como nos sentimos livres*” (Gray, 2002, p.1). E teria declarado também: “*Eu tenho de me vestir desta maneira. Eles irão roubar-me se eu não fizer assim (idem)*”, justificando assim o seu modo roto de se vestir pelo medo que tinha de ser assaltado.

Por essa época, o bairro do *Harlem* havia se tornado um lugar perigoso, principalmente em relação à ocorrência de assaltos. Em 1840, o bairro teve início com uma pequena aldeia. A partir de 1879 ganhou novas construções de casas de alto padrão, com o mesmo estilo típico “*neo-grego*” para onde foram as pessoas mais abastadas. A partir da década de 1920, o bairro passou por grandes transformações e as famílias mais abastadas mudaram-se, os cortiços começaram a aparecer e a violência foi aumentando cada vez mais (Gray, 2002; França, 2006). Esse período coincide com a morte dos pais de Langley e Homer, bem como com o período da Grande Depressão de 1929 que viria logo em seguida.

A situação financeira dos irmãos Collyer era especulada pela comunidade e, a esta altura, eles já eram conhecidos no bairro. Em 1942, uma comitiva de cobradores de impostos e de dívidas públicas invadiu o prédio dos irmãos e encontraram Langley vestindo roupas esfarrapadas. Para surpresa de todos, ele pagou todos os cobradores. Este e outros fatos parecem ter aumentado a crença de que os irmãos Collyer teriam

⁸³ “Doença crônica que ataca o tecido conjuntivo, especialmente articulações, causando inflamação, dores, deformações e dificuldades de movimentos, podendo levar à destruição da articulação”. Fonte: Dicionário Aulete *on line* <<http://aulete.uol.com.br>> Acesso em: 16 fev. 2014.

muito dinheiro. Na época, eles possuíam outra casa na 5ª Avenida, algumas terras e muitos aluguéis não coletados. Apesar das especulações sobre as possíveis posses financeiras dos irmãos, em 1942 eles foram cobrados pelo não pagamento de uma hipoteca: a casa na 5ª Avenida teria sido então apreendida pela Receita Federal (Gray, 2002; França, 2006).

Em 21 de março de 1947, o comissário de polícia recebeu uma denúncia para investigar o mau cheiro que vinha do edifício de três andares dos irmãos Collyer. Quando os policiais chegaram ao prédio, já encontraram uma multidão no entorno, pois o boato era de que um dos irmãos teria morrido. Os policiais, então, não conseguiram acessar o prédio pela porta principal e tiveram que entrar por uma janela do segundo andar. Após horas tentando atravessar as pilhas de objetos, os policiais encontraram o corpo de Homer. A perícia médica concluiu que ele faleceu de desnutrição, desidratação e complicações cardíacas. A polícia e os bombeiros descobriram um labirinto de túneis e inúmeras armadilhas, que se deduziu seriam para afastar os possíveis intrusos ou ladrões pelos quais eles se sentiam ameaçados (Bryk, 1999; Gray, 2002).



Figura No. 6: Foto do interior do prédio onde moraram os irmãos Collyer. ⁸⁴

Após dezesseis dias retirando objetos do prédio, Langley foi encontrado morto, esmagado por pilhas de objetos a apenas três metros de onde fora encontrado seu irmão. A polícia, ao reconstruir os passos de Langely, concluiu que ele tinha sido vítima de uma de suas armadilhas construída para os possíveis intrusos ou ladrões.

⁸⁴ Fonte: < <http://www.facta.art.br/acumulo-acao-criativa/collyer-brothers-soterrados-pelo-acumulo/> >
Acesso em: 13 mai. 2014.

Depois da entrada da polícia no prédio, foram retiradas cerca de 130 toneladas de objetos da casa, tais como: 14 pianos, cerca de 25 mil livros, recordações da família, relógios, esqueletos humanos, chassis de carro, brinquedos, pilhas de jornais, mesas, cadeiras, bolas de boliche, garrafas, metais, bicicletas, gramofones, discos, camas, sofás, penteadeiras, quadros, escopetas e outras armas, um feto de duas cabeças e diversos objetos, além de oito gatos vivos (Gray, 2002; Bryk, 1999; Barbosa, 2013). Dos objetos retirados do prédio, considerou-se que cerca de 150 itens tinham algum valor e foram levados a leilão. Seis meses após a desocupação, o prédio foi considerado uma ameaça à população e foi demolido.

Esta intervenção da polícia foi acompanhada por cerca de 2000 pessoas que se aglomeraram em torno do prédio (Gray, 2002). A imprensa passou a se interessar ainda mais pelo caso dos irmãos, publicando diversas reportagens: o *The New York Times* publicou vários artigos em 1947 ⁸⁵ a revista *TIME* publicou uma matéria de capa sobre o caso e outros jornais mais populares, tais como o *The New Masses* e *Daily News* não deixavam de noticiar o assunto. Segundo a publicação de um jornalista da época, *Howard Fast*, o caso dos irmãos Collyer foi acompanhado com fascínio pela população, mais do que outros temas polêmicos da época, como a temida ameaça da guerra atômica (Fast, 1947 apud Guirau, 2013). ⁸⁶

No início dos anos 1950, no *Hubert's Dime Museum*, em Nova York, alguns dos objetos encontrados no prédio dos irmãos Collyer ficaram em exposição durante certo tempo, como, por exemplo, a cadeira em que Homer teria sido encontrado morto (Barbosa, 2013), demonstrando que os objetos dos irmãos Collyer tornaram-se elementos de exposição pública.

⁸⁵ Em 10/05/1947 o *The New York Times* publicou a matéria *Razing of Collyer Home is considered by city*; em 10/06/1947, a matéria *150 Collyer items to be sold today*; em 11/06/1947, *200 bid spiritedly for Collyer items*; em 21/06/1947, *4 pianos auctioned in collmer parlor*; em 26/06/1947 *Collyer home unsafe*.
Fonte:

<<http://query.nytimes.com/search/sitesearch/#/collyer+brothers/from19470201to19501231/allresults/1/allauthors/oldest/>> Acesso em: 01 mar. 2014.

⁸⁶ A história dos irmãos Collyer gerou também outras produções, tais como: o livro *“My brother's keeper”* de Marcia Davenport, de 1954; outro livro em 1991 *“Ghostly men”* de Franz Lidz; o longa *“Unstrung heroes”*, de 1995, dirigido por Diane Keaton; em 2003 o curta *“Collyer brother syndrome”* de David Willing e Jirnbaum e o romance *Homer & Langley* de E.L. Doctorow (Barbosa, 2013; Guirau, 2013). No Brasil, há o documentário *“Irmãos Collyer: uma fábula do acúmulo”*, de 2006, do diretor Alfeu França.

Para os americanos, a história dos irmãos Collyer parece ter penetrado nas diversas camadas culturais, tanto que algumas pessoas disseram ter escutado dos pais ou avós quando criança, a seguinte frase: “*limpe seu quarto ou vai terminar como os irmãos Collyer*” (Gray, 2002). Inclusive, a “história” relatada acima foi extraída e construída a partir dessas diversas produções. De qualquer modo, mesmo procurando manter o rigor na coleta dos dados e buscando sempre a veracidade da história, foram encontradas divergências em alguns dados apresentados pelas diferentes fontes.

Por exemplo, há divergências sobre a quantidade dos objetos achados na residência, bem como sobre descrição de quais eram; não foi possível concluir se os irmãos tiveram cortados os serviços de telefonia, gás e energia elétrica, por falta de pagamento ou se foram eles mesmos que solicitaram a interrupção desses serviços. O foco e o modo de relatar o caso também variam conforme o tipo de fonte - jornalístico, literário ou de pessoas curiosas em geral: uns enfatizam mais os comportamentos bizarros e excêntricos dos irmãos, outros, os problemas com o poder público, e, em outros relatos, é marcado o discurso sobre uma possível doença, distúrbio ou desvio de comportamento.

É possível afirmar que a história deles se tornou uma “lenda urbana”, dificultando inclusive diferenciar o fato da ficção. A vida de isolamento e reclusão que eles passaram a ter também dificulta o acesso ao que eles pensavam sobre si mesmos e sobre suas escolhas de vida.

O tema dos acumuladores ganhou repercussão midiática no Brasil com o lançamento, em 2011, da série de televisão “Acumuladores”, produzida pela TV americana *Discovery Home & Health*. No site brasileiro do canal, o lançamento do programa cita o caso dos irmãos Collyer da seguinte maneira:

Um dos casos mais severos de acumulação extrema ou *hoarding*⁸⁷ veio à luz em março de 1947, quando a polícia de Nova York foi chamada para investigar a descoberta de um cadáver em um edifício de três andares no Harlem. O lugar pertencia a dois irmãos idosos, Langley e Homer Collyer. Quando os agentes entraram no imóvel, ficaram estarrecidos com o que viram. Montanhas de lixo chegavam até o teto, incluindo 14 pianos, um automóvel Ford modelo T e os restos de um feto de duas cabeças. Dentro de um sistema de túneis que usavam para andar entre os dejetos, jaziam os corpos sem vida

⁸⁷ *Hoarding* do inglês que tem sido traduzido para o português como “acumulação”.

dos idosos: um foi esmagado pelo lixo, e o outro morreu de inanição. A história dos irmãos Collyer é um dos casos mais extremos de *hoarding* já registrados nos Estados Unidos, mas é um fenômeno mais comum do que se imagina. (Discovery Communications, 2011).

Nessa chamada do programa, a história dos irmãos Collyer foi apresentada apenas do ponto de vista do problema da “acumulação” dos objetos que foram nomeados de “lixo”. A história deles foi reduzida ao problema, acentuando-se apenas as consequências negativas e estabelecendo uma relação direta com os tempos atuais. O destaque dado era que o “problema” seria mais comum do que se imaginava.

A chamada para um “(...) fenômeno mais comum do que se imagina (...)” é claramente associada a certo tipo de desvio. A série se propõe a abordar os aspectos psicológicos do comportamento compulsivo dos acumuladores, por meio de visitas às casas das pessoas que resolveram aceitar a ajuda de terapeutas e organizadores profissionais. Ainda, segundo outras informações do *site*: “*Cada episódio focaliza dois casos distintos e os impactos negativos sobre a vida pessoal e familiar*” (Discovery Communications, 2011). As histórias são apresentadas por meio de um formato muito semelhante a um *reality show*⁸⁸, com a exibição de pessoas em suas “vidas reais”, acentuando-se, nessas vidas, a existência de um desvio centrado no indivíduo, portanto, sem uma discussão do contexto social, econômico e/ou histórico no qual o sujeito está inserido.

Uma doença “nova” causa diferentes reações, desde os temores de contágio – físico ou psicológico, até as reações morais, que podem ser de vergonha, culpa e medo (Sontag, 2007). Nesse processo de enquadramento da “nova” doença, esta pode ser legitimada ou não, na medida em que os “novos” pacientes se identifiquem com os sinais e sintomas relatados e procurem ajuda dos especialistas. Outras pessoas ou instituições também podem passar a fazer a identificação dos casos.

⁸⁸ O formato do *reality show* foi criado na Holanda em 1999, sendo, atualmente, muito populares em diversos países do mundo. Em geral, são programas feitos com pessoas vivendo suas próprias vidas, e guardam similaridade com os programas de auditório, concursos e documentários, onde o foco não seria a ficção e sim a vida real (Castro, 2002).

Ainda, para citar mais um exemplo midiático, que explicita a preocupação com o tema, no momento contemporâneo, no desenho *Os Simpsons* ⁸⁹, a personagem abaixo é apresentada como alguém que tem problemas mentais e que é uma *acumuladora* de lixo. Seu nome é Eleanor e ela é apresentada como tendo um distúrbio ou doença psiquiátrica. A personagem é idosa.



Figura No. 7: Eleanor Albarnathy ou a “Louca dos gatos”. ⁹⁰

No desenho, a personagem é formada em direito e medicina, tendo sido muito famosa e respeitada. Porém, quando sua carreira entrou em declínio, Eleanor começou a beber, ficou deprimida, perdeu dinheiro rapidamente e acabou ficando *doida*. Ela chegou a morar num lixão em frente à casa do Homer ⁹¹, mas depois passou a colecionar lixo dentro de sua própria casa. Em um dos episódios, Marge ⁹² tenta curar Eleanor, tirando todo o lixo da casa da idosa. No entanto, ao começar a conferir as coisas que iriam ou não para o lixo, Marge fica como Eleanor e acaba levando todo o lixo para sua casa. Ao final, Eleanor volta para sua casa, continua a acumular lixo e a ser a *louca dos gatos*. ⁹³

No Brasil, o cineasta Marcos Prado realizou um documentário lançado em 2005, que retratou a vida de Estamira, uma mulher, na época, com 63 anos, diagnosticada com esquizofrenia e que morava no aterro metropolitano de Gramacho, no Rio de Janeiro. Estamira, que vivia no lixão há cerca de vinte anos, não gostava de chamar aquilo de

⁸⁹ *Os Simpsons* é uma série de animação norte-americana lançada em 1989 nos Estados Unidos e muito popular no Brasil. Fonte: <http://pt.simpsons.wikia.com/wiki/Eleanor_Albernathy> Acesso em: 09 fev. 2014.

⁹⁰ Idem.

⁹¹ Na série, Homer é o pai da família *Simpsons*.

⁹² Marge é a esposa do Homer na série.

⁹³ Fonte: <http://pt.simpsons.wikia.com/wiki/Eleanor_Albernathy> Acesso em: 09 fev. 2014.

“lixo”; no documentário ela falou: “*É um depósito dos restos; às vezes é só resto, e às vezes vem também descuido. Resto e descuido*”. Para ela, aquela atividade era o seu trabalho (Prado, 2005).

O caso dos irmãos Collyer, acumuladores dos *Discovery Health, Os Simpsons* e Estamira, são exemplos que, ainda que apresentem características distintas, demonstram algumas maneiras de como o homem se apropria e se relaciona com os objetos ao seu redor. No que diz respeito a esta tese, em especial, ao caso do “acumulador” que foi estudado nesta pesquisa, interessa-nos compreender como foi construída essa denominação no campo da saúde, em particular, na Psiquiatria.

Buscou-se apreender como se “passou” das versões jornalísticas ou romanceadas dos irmãos Collyer para um discurso da *doença, do distúrbio psiquiátrico*. Apresentaremos, a seguir, como os *acumuladores* foram apropriados pelo discurso do campo psiquiátrico segundo as publicações científicas deste campo, onde ocorre a disputa pela hegemonia das nomeações dos fenômenos enquanto objetos científicos (Bourdieu, 2004).

Em 1957, Patrícia Shaw publicou um artigo sob a designação “Colapso social em idosos”⁹⁴ onde ela descreve, pela primeira vez, do ponto de vista científico, uma série de casos de pessoas que viviam em situação de autonegligência habitacional extrema (Almeida, 2011; Almeida, 2012). No mesmo ano e na mesma revista *Ducan Macmillan* publicou outro artigo sob o título: “Aspectos psiquiátricos de colapso social em idosos”.⁹⁵ Estes dois autores, *Ducan Macmillan* e *Patrícia Shaw*, iriam publicar em 1966 outro artigo analisando casos de colapso social em idosos para os quais iriam levantar a hipótese de um fenômeno que denominaram de “colapso senil”.⁹⁶

Em 1960, *Ruth Granick* e *Frederic D. Zeman* publicam um artigo sob o título “O idoso recluso: um estudo exploratório com especial referência à responsabilidade da comunidade” no qual são descritos 105 casos relatados em jornais da área metropolitana de Nova York. Os autores consideraram que mesmo que suas fontes não fossem científicas, os dados coletados foram suficientes para enfatizar as implicações sociais e médicas deste tipo “extremo e aberrante de comportamento” (p.639). Ambos alertaram para a necessidade de maior atenção para este tipo de problema, destacando os perigos

⁹⁴ Em inglês: “*Social breakdown in the elderly*”.

⁹⁵ Em inglês: “*Psychiatric aspects of social breakdown in the elderly*”.

⁹⁶ Em inglês: “*Senile breakdown*”.

para o próprio indivíduo e para a comunidade como um todo, pois em alguns casos esses indivíduos eram pessoas inofensivas, mas, em outros, potenciais ameaças à saúde pública. Tratava-se de situações em que havia risco de incêndio e explosão, havendo locais de reprodução de parasitas e pessoas com doenças mentais que resistiam cooperar com as agências comunitárias. A maioria delas era tida pela comunidade como sendo possuidora de grande soma de dinheiro escondido, representando assim um risco para elas mesmas, pela possibilidade de serem agredidas por criminosos.

Em 1975, Clark, Mankikar e Gray publicam um artigo intitulado “Síndrome de Diógenes: um estudo clínico de grande abandono na velhice”, surgindo, pela primeira vez, o termo *Síndrome de Diógenes* para designar uma síndrome que seria caracterizada por auto negligência severa na terceira idade, expressa, principalmente, pela ruptura dos padrões de limpeza do ambiente e da higiene pessoal.⁹⁷

Almeida (2011), ao realizar uma revisão sistemática na literatura científica sobre *Síndrome de Diógenes*, constatou que os casos relatados, em sua maioria, eram de pessoas idosas, solteiras e que residiam sozinhas. À época da revisão a síndrome não constava como categoria diagnóstica nem no DSM e nem no CID, colocando-se em questão, tanto a existência da síndrome, quanto dos critérios diagnósticos. Ainda, segundo a autora, a partir da revisão realizada, foram encontrados os critérios clínicos determinantes para a identificação dos casos de *Síndrome de Diógenes*: isolamento social, auto negligência física e habitacional; em dois terços dos casos havia relato de associação com diagnóstico psiquiátrico. Em quase metade dos casos analisados, o processo iniciou-se após a perda de pessoas próximas. Também foram observadas a presença de outras doenças, psiquiátricas ou não; ou ainda comprometimentos físicos.

Desde o primeiro estudo publicado por Shaw, em 1957, constatava-se que as pessoas envolvidas nesse tipo de situação, eram levadas para atendimento em hospitais gerais por causa de problemas clínicos decorrentes da precariedade de autocuidados. Atualmente, a mortalidade por problemas clínicos ainda é elevada (Stumpf e Rocha, 2010).

⁹⁷ Diógenes de Sínope (413-317 ac) foi um destacado discípulo de Antístenes, fundador da escola filosófica do cinismo. Antístenes, que foi seguidor de Sócrates, propunha o desapego aos bens materiais, pois considerava que a felicidade não dependeria de nada que fosse exterior à própria pessoa. (RUSSEL, Bertrand. 1957; ABBAGNANO, Nicola. 2007; CHAUI, Marilena. 2002).

Há outra denominação para os casos de pessoas que acumulam objetos: colecionismo patológico. Segundo alguns autores, esse problema seria um subtipo do Transtorno Obsessivo Compulsivo (Soares, 2007). Outros autores definem o colecionismo patológico como um sintoma que poderia estar presente em diferentes transtornos psiquiátricos, tais como na Síndrome de Diógenes e, em alguns casos, de demência fronto-temporal (Gentil, 2013).

Na publicação da 5ª versão do DSM foi incluído o diagnóstico de *transtorno de acumulação* para classificar o adoecimento do indivíduo que acumula objetos e experimenta sofrimento e prejuízo por não conseguir se desfazer de determinados bens, independentemente do real valor que eles tenham. Seriam casos em que o indivíduo guarda os objetos, pois acredita que um dia irá precisar deles (Araujo e Lotufo Neto, 2014). Segundo Gentil (2013), com a introdução do diagnóstico de transtorno de colecionismo no DSM- 5 seria possível identificar quando o colecionismo surge como um sintoma do TOC, ou quando se trata propriamente do transtorno.

Segundo o manual DSM- 5, o transtorno de colecionismo ou de acumulação seria caracterizado por:

1. dificuldade persistente de descartar possessões independentemente de seu valor real; 2. Um desejo intenso de guardar esses itens e/ou desconforto em descartá-los; 3. acumulação de um grande número de pertences sem utilidade que preenchem e obstruem áreas dentro da residência ou local de trabalho; 4. sofrimento clinicamente significativo e disfunção funcional importante (social, ocupacional ou outras); 5. ausência de outra condição médica orgânica (ex. lesão cerebral, doença cerebrovascular); e 6. os sintomas de colecionismo não decorrem de outro transtorno mental (ex. colecionismo devido ao TOC, entre outros) (Gentil, 2013).

No campo saúde, em particular, nas ações da vigilância de saúde ambiental, tem-se utilizado o termo “acumuladores” em referência às pessoas que acumulam muitos objetos que aparentemente não teriam utilidade, apresentando dificuldades em se desfazer deles, mesmo que a situação cause prejuízo à sua saúde ou à de outrem. Esses objetos passam a ser denominados de “lixo” ou “inservíveis” (Belo Horizonte, 2012).

Justamente porque nem tudo que se coloca no “lixo” seria, de fato, “lixo”, principalmente nos grandes centros urbanos o “lixo”, ou como se denomina em estudos sobre meio ambiente, os “resíduos sólidos urbanos” têm se constituído numa

preocupação ambiental mundial. Em referência a isso, a Agenda 21 brasileira indica algumas estratégias para o gerenciamento adequado dos resíduos, propondo uma mudança na relação entre indivíduo e seu meio, objetivando modificar o modo como significamos os objetos com os quais nos relacionamos (Rego, Barreto e Killinger, 2002).

No campo da psiquiatria, utiliza-se o termo *silogomania* para denominar as situações onde o indivíduo faz uma superacumulação de modo desorganizado, em péssimas condições de higiene, misturando objetos servíveis e inservíveis, excrementos humanos e de animais, alimentos em estado de putrefação e que, muitas vezes, são ingeridos (Oliva, 2012).

O ato de colecionar objetos, ainda que em grande quantidade, pode ser interpretado de diferentes maneiras. Há hábitos de colecionar que são socialmente aceitos e que não representam um problema para a ordem ou a saúde pública. Lopes (2010), ao estudar colecionadores de várias idades, que colecionavam diferentes tipos de objetos, identificou histórias particulares e afetividades que se confundiam com a trajetória biográfica dos colecionadores, bem como possibilitavam a constituição de redes de sociabilidade. O colecionismo, como uma atividade relacionada ao museu, é compreendida como uma relação que se estabelece entre uma pessoa – colecionador ou curador - e determinados objetos. Esta seria uma “ação especial, marcada pelo vínculo entre o indivíduo e o social” (Espírito Santo, 2011, p. 29), onde o ato de colecionar transcende a aparência imediata dos objetos, podendo ser compreendida como atividade humana socialmente aceita.

Nos dois exemplos acima, o ato de colecionar não foi apontado como uma atividade humana negativa. Ao contrário, no caso do colecionador particular, acentuou-se o aspecto da relação afetiva, e na atividade de colecionador de museu poderia ser significada como uma atividade “nobre”.

A diversidade de nomeação do ato de reunir, juntar ou colecionar objetos aponta para a relatividade simbólica dessas nomeações. Na área da saúde e da saúde mental, são acentuadas denominações e descrições que polarizam os aspectos e consequências negativas do ato de acumular. Mais uma vez, continua-se a acentuar a doença e não a saúde, talvez porque acaba nos restando lidar com o adoecimento e, às vezes, com a morte.

A família de mulheres

A primeira visita à casa da família de mulheres esquizofrênicas, feita com a finalidade de apresentar a pesquisa, foi uma experiência caótica. Nesse dia, estavam presentes a mãe e quatro de suas filhas. Todas falavam ao mesmo tempo, e entre si, com a ACS e com a pesquisadora. Havia também gatos que miavam durante essa conversa, outros moradores que apareciam e saíam da casa, como um dos netos da mãe da família, que chegou, disse rapidamente algumas coisas e saiu. Todas as mulheres falavam num tom de voz alto, misturando vários assuntos; riam bastante. Era difícil saber por onde começar, pois, naquela situação, a “ordem” do planejamento inicial da pesquisa não fazia sentido naquele contexto.

A ACS dessa família esteve presente nessa primeira visita, pois foi ela quem tentou introduzir a possibilidade da pesquisa explicando como se daria o processo. Desde o início, as moradoras da casa, cada uma a sua maneira, mostraram-se desconfiadas. Uma delas ficou em pé, olhando de modo desconfiado para a pesquisadora. Ela fazia perguntas para a ACS sobre outros assuntos, que diziam respeito ao seu *tratamento psiquiátrico*. As outras mulheres também faziam perguntas para a ACS sobre o acompanhamento na UBS, como a data de retirada de medicação e a disponibilidade de consultas.

A ACS insistiu para que a família participasse da pesquisa. A pesquisadora explicou qual era o objetivo da pesquisa e depois perguntou se elas gostariam ou não de participar. Uma das filhas que havia ficado em pé durante toda a conversa, apenas olhava e não fazia nenhuma pergunta. Ela pegou um documento, um formulário da medicação de alto custo que estava tomando e perguntou para a ACS para o que era aquela medicação.⁹⁸ No próprio formulário estava escrito que a medicação era *quetiapina* e que serviria para *esquizofrenia*.⁹⁹ Quando foi dita esta última palavra, ela

⁹⁸ Medicação de *alto custo* são aquelas que fazem parte do “Componente especializado de assistência farmacêutica”, constituídas numa lista de medicamentos que são reguladas pela Agência Nacional de Saúde (ANVISA) e distribuídas, gratuitamente, por meio dos governos estaduais. Para que a medicação seja fornecida, o médico responsável pelo paciente preenche um formulário específico – chamado Laudo de medicação especial, LME – com o qual o paciente consegue retirar a medicação em alguns locais específicos. Fonte: <www.portal.anvisa.gov.br>, <www.cidadao.sp.gov.br>. Acesso em: 26/01/2015.

⁹⁹ Embora a *quetiapina* possa ser utilizada para o tratamento de esquizofrenia ou adjuvante no tratamento do transtorno bipolar, no formulário LME ela somente poderia ser autorizada para o uso de casos de esquizofrenia refratária. Fonte: <www.portal.anvisa.gov.br>. Acesso em: 26/01/2015.

sentou-se e disse que gostaria muito de conversar sobre esse assunto, pois a médica havia dito que o problema dela teria mudado para *aquilo, esquizofrenia*.¹⁰⁰

Desde outubro de 2013, foram realizadas duas entrevistas gravadas com essa família e diversas visitas à casa. Em maio de 2014, as mulheres dessa família disseram que preferiam não continuar mais participando da pesquisa. Não houve muita explicação sobre os motivos da desistência. Na realidade, aos poucos, no decorrer das visitas, elas estavam ficando cada vez mais quietas.

Tentamos lhe explicar, novamente, o que era a pesquisa, mas elas continuaram preferindo não mais participar. Não se negaram à realização das visitas propriamente ditas, no entanto, a cada visita elas diziam que preferiam não falar mais. Era um movimento de resistência ativa: não diziam “não” diretamente, mas também não disseram “sim”.

Uma delas chegou a dizer que não gostaria de ter duas *médicas*, referindo-se à médica psiquiatra com a qual fazia tratamento, e à outra “médica” que seria a pesquisadora. Ao rever as entrevistas gravadas era transparente que ela não estava bem: perguntou diversas vezes como seu problema poderia ter se modificado de *depressão* para *esquizofrenia* e, mesmo quando se tentava um diálogo com ela, percebia-se que a mesma não conseguia escutar, ou compreender o que lhe era dito. Seu modo de falar acelerado, pontuado de angústia e sofrimento, denotava que ela não estava bem. Essa paciente, que não queria ter duas médicas, realizava seu tratamento por meio de consultas psiquiátricas no CAPS adulto da região a cada três meses.

Havia outra mulher da família que, há algum tempo, não estava tomando os medicamentos psiquiátricos e não fazia acompanhamento em nenhum serviço de saúde mental; uma terceira que, mesmo tomando os remédios, não estava dormindo à noite.

As mulheres da família, em diferentes momentos, chegaram a questionar para a ACS se a pesquisadora seria a nova médica da equipe. Aos poucos, a função e a proposta da pesquisadora, pareciam não ir de encontro aos seus interesses, visto que a maior necessidade delas seria uma assistência em saúde que lhes pudesse auxiliar com

¹⁰⁰ Foi apresentado o TCLE para a família, realizado leitura e esclarecidas algumas dúvidas. Procedeu-se então ao preenchimento do documento em duas vias que foram assinadas pelo entrevistado e pela pesquisadora. Uma cópia de cada TCLE ficou com elas e as outras foram guardadas pela pesquisadora (Brasil, 1996).

os problemas psiquiátricos. Pareceu-nos então, que a família somente iria falar sobre o problema *psiquiátrico*, com quem fosse, de fato, fazer algum tipo de acompanhamento.

Sendo assim, levantou-se a hipótese de que a fragilidade, ou mesmo a ausência, da assistência em saúde mental naquela família talvez tenha contribuído para a desistência passiva da pesquisa. Ao final, resolveu-se então, atender ao pedido da família de não dar continuidade ao estudo de caso delas.

A princípio, quando a equipe havia apresentado, pela primeira vez, o caso, os profissionais acreditavam que certamente a família iria aceitar participar da pesquisa, pois elas *aceitavam tudo*. Essa suposição, de aceitação plena da família, de qualquer proposta que pudesse ser apresentada pela equipe de saúde, não se confirmou.

A recusa da família coloca em questão a suposta passividade que a equipe havia imaginado que elas teriam, ao suporem que elas aceitariam qualquer *coisa* que eles ofertassem.

Sendo assim, a partir da recusa da família em continuar na pesquisa, realizou-se a análise do material coletado com a equipe, buscando compreender os elementos em torno dessa recusa. Além das reuniões com a equipe de saúde da família, foi realizada entrevista com a ACS dessa família e com a enfermeira. A médica da equipe não conhecia essa família e no processo de realização do trabalho de campo, ela se desligou da UBS.

As visitas a essa família foram peculiares e acabaram por produziram importante material de campo que será discutido a seguir. Buscar-se-á, nessa discussão, refletir sobre o ponto de vista dos sujeitos que participaram das visitas a essa família: a ACS; a enfermeira; a equipe e a pesquisadora.

O ponto de vista da ACS

A ACS acompanhou a família desde o início de seu trabalho na UBS, ou seja, há cerca de dez, doze anos. Em alguns momentos, ela acreditava que o problema da esquizofrenia fosse *hereditário*, pois todas as filhas mulheres tinham o *mesmo problema*. Depois, em outros momentos, a ACS questionou se o problema seria mesmo genético, porque teria afetado somente as mulheres da família. A mãe não teria problema, mas as filhas e duas netas teriam o *problema de esquizofrenia*.

Há estudos sobre o envolvimento de fatores genéticos hereditários no surgimento da esquizofrenia (Turecki, 1998; Bertola et al, 2007). Porém, no discurso da ACS, identificou-se o uso impreciso desses termos, ora deduzido como fator desencadeante da doença, pois estaria presente nas mulheres da família, ora questionado, pois, se fosse realmente um problema *genético e hereditário* deveria afetar todos os membros da família, independente dos filhos serem do sexo masculino ou feminino. O uso desses termos faz referência ao biológico demonstrando que a tese explicativa da ACS sobre o problema das pacientes se aproximava de um modelo fisicalista de interpretação dos transtornos mentais (Russo, Venâncio, Ferreira e Henning, 2004). Haveria uma marca biológica, que determinaria esse tipo de problema. Mas, justamente porque a ACS utilizou de modo impreciso os conceitos de *hereditariedade e herança genética*, que podemos compreender que a questão mais importante para ela seria a aparição, ou não, da *doença* a todos os filhos independente do sexo. Sua questão era: seria uma doença de família?

Ela acreditava que as mulheres dessa família *não seriam normais* por causa do modo de *conversar*: elas são *calmas*, mas, ao mesmo tempo, *repetem tudo o que se fala para elas, uma fala por cima da outra, e não dão espaço na conversa*. Mas, em outro momento, disse que achava que elas seriam *normais*, pois, elas *sabiam raciocinar, agir como pessoas normais, se comportar na sociedade*. Resumiu dizendo: *elas com os problemas delas, elas sabiam se virar sozinhas*. A noção de *normalidade e não normalidade* aqui se relaciona à adaptação à vida cotidiana e social considerada *normal*, segundo os parâmetros da ACS. O sujeito considerado *louco*, ou com algum *problema mental*, em geral, é questionado na sua capacidade de discernimento e possibilidade-liberdade de escolha. Segundo Foucault (1999):

Em todas as sociedades, ou quase todas, o louco é excluído de todas as coisas e, segundo o caso, ele se vê recebendo um status religioso, mágico, lúdico ou patológico (p.237).

Na nossa sociedade ocidental, a leitura em relação à loucura relacionada à patologia é praticamente hegemônica. Ainda, segundo Foucault (1999, p. 236), essa exclusão, no caso do louco, dá-se em todos os domínios das atividades humanas: trabalho ou produção econômica; sexualidade e família; linguagem e fala e atividades lúdicas. Assim, seria bastante comum, identificar o louco com aquelas pessoas que apresentassem comprometimentos nessas esferas da vida cotidiana.

Para a ACS, era uma *família legal*, porque as mulheres não *incomodam* fora do horário de trabalho da ACS; elas *escutam* as *orientações sobre os remédios, consultas e tratamentos*. Segundo a ACS, apesar de *todos os problemas que elas têm*, elas *não fazem cobrança* do trabalho dela e nem *ficam perturbando* quando a ACS *passa na rua* e não é o dia de fazer a visita na casa delas.

A família foi avaliada positivamente pela ACS porque não atrapalharia o *curso natural* de suas tarefas profissionais, pois aprenderam quais seriam os momentos corretos para abordá-la. Esse foi um dos motivos pelos quais a equipe considerou que a família iria aceitar participar da pesquisa, pois tratavam-se de pessoas que estariam adaptadas às rotinas da ACS e da ESF. No ponto de vista da ACS essa adaptação era um parâmetro de avaliação positiva aproximando as pessoas daquela família daquilo que ela consideraria *normalidade*.

A familiaridade que a ACS construiu com essa família, tinha pontos de aproximação e de distanciamento. Em relação à religiosidade da família, sempre que a ACS conversava sobre o *centro de macumba* que a família possuía em sua casa, era como se estivesse falando de um segredo, de um assunto proibido, ou de algo que lhe causava temor. A ACS relatou que na época em que a família matinha essa atividade, todos participavam e a ACS, por morar nas proximidades, às vezes escutava da sua casa que eles ficavam *batendo e dançando a noite inteira*. Disse que nunca participou, mas que sabia que eles *usavam um monte de coisas*; e havia *aquelas imagens* que ela podia *ver* quando fazia a visita domiciliar; conseguia *ver* por uma pequena fresta da porta que ficava aberta. Após várias visitas que havíamos realizado juntas, numa das vezes, ao sair da casa, a ACS relatou o porquê *não comia, não tomava café e nem bebia água* na casa delas: era por causa da religião. Disse que sabia que *quem frequentava essas coisas, oferecem lá para os santos dele*; afirmou que não tinha certeza se eles *faziam isso*, mas como era *desconfiada*, preferia não comer ou beber nada na casa delas.

A pesquisadora sempre que esteve na casa, soube da religiosidade da família e não tinha restrições em aceitar o que lhe era oferecido para beber e comer; chegou a tomar café e a beber água na casa, o que deixou a ACS mais espantada. A religiosidade da família era um obstáculo à aproximação da ACS, mas ela supunha que a familiaridade, constituída ao longo de pelo menos dez anos, seria suficiente para supor quais seriam as escolhas da família frente às propostas da equipe.

Tanto a ACS, quanto os outros profissionais de sua equipe, lidaram com os aspectos da trajetória religiosa daquela família como se fosse um assunto pessoal, não pertinente ao universo das práticas de saúde, e portanto, não devendo ser abordado nas discussões do caso. Chama a atenção, mais uma vez, a ação quase invisível do dualismo cartesiano, que separou corpo e alma, alicerçou a biomedicina que embasa, até os dias atuais, as práticas de cuidado na saúde institucionalizadas pelo Estado. Ignorar a religiosidade dos pacientes, e as suas próprias – no caso dos profissionais – estaria de acordo com o racionalismo cartesiano que atravessa as práticas de saúde (Araújo, 2003; Laplantine, 2004; Cunha, 2007).

Ainda que não tenha sido possível aprofundar quais eram os pontos de aproximação entre a ACS e aquela família, ficou evidenciado a importância da presença dela para que se conseguisse a aproximação que se tornou possível, entre as mulheres e a pesquisadora. Assim, mesmo elas tendo desistido passivamente, sem a ACS, talvez a pesquisadora nem tivesse entrado naquela família. Isso ficou evidenciado, principalmente, nas primeiras visitas em que para responder a qualquer pergunta da pesquisadora, elas se dirigiam, quase sempre, primeiro à ACS. Esta por sua vez, recomendava que elas poderiam responder as perguntas que a pesquisadora fazia, reforçando seu papel de mediadora no processo da pesquisa.

Ao responder a pergunta sobre o que seria o problema das mulheres daquela família, a ACS tentou, mas não conseguiu pronunciar o nome *psiquiátrico* da doença que, segundo ela, a antiga enfermeira havia lhe dito. Mas, seguramente, ela sabia que o problema era aquele: *discofrenia, ou qualquer coisa assim*. A ACS explicou: *é uma palavra que nunca sei pronunciar direito*. Disse que conhecia a família há muitos anos, mas nunca procurou saber o que era *isso aí* (referindo-se ao problema da *esquizofrenia*).

Embora não tenha conseguido pronunciar o nome da doença, conseguiu descrever o comportamento de algumas das mulheres daquela casa: *uma não tomava remédio e ficava sempre em pé, porque não tinha paciência pra ficar sentada*. A ACS refletiu, tentou se lembrar, e disse: *pra dizer a verdade, acho que nunca vi ela sentada, sempre vejo em pé*. Havia outra irmã que, há algum tempo, *não estava dormindo*; ficava a noite inteira andando entre a cozinha e o banheiro; chegava a *passar a noite inteira tomando banho*, e *trocava o dia pela noite*, quer dizer, ficava a noite acordada e dormia durante o dia. Segundo a ACS, elas eram uma *família assim*, mas, elas sempre *cuidaram das meninas direitinho, apesar dos problemas delas*. Ao falar das *meninas*, referia-se às

filhas da família. A ACS disse que *gostava muito de conversar* com elas, pois *ria bastante* e achava que elas *eram divertidas*. A ACS mencionou que uma delas passa na casa da ACS à noite para conversar um pouco. Assim, o fato de não conseguir pronunciar corretamente o nome científico da doença, mas conseguir descrevê-la por meio do comportamento da paciente, aponta para a ordem de relação hierárquica entre *teoria e prática*, onde a primeira parece ter uma importância menor que a segunda.

A ACS acredita que elas *não eram loucas*. Na verdade, não havia nenhum paciente que ela considerasse *louco* em sua área. Explicou: elas não são *loucas* porque *nunca ficaram internadas para tomar um monte de remédio*; elas *não eram agressivas*. Elas precisavam tomar *remédios controlados* porque eram um pouco *perturbadas mentalmente*, mas não ao ponto de *agredir* alguém, nem mesmo cometerem uma agressão entre elas. O imaginário do *louco*, como sendo aquele que fica internado em hospital psiquiátrico ou algo similar foi uma imagem frequentemente referida pelos profissionais da UBS. Do mesmo modo, a identificação do *louco* associou-se àquele que faz uso de medicações psicotrópicas. Assim, para a ACS, o *louco* era aquele com quem seria impossível conviver socialmente e isso nos remete ao papel, no imaginário social, do hospital psiquiátrico como o lugar de produção de exclusão da pessoa em situação sofrimento (Dell'Acqua e Mezzina, s/d.).

A ACS conhecia o cotidiano da família e conseguia relatar vários acontecimentos. No entanto, às vezes, era difícil saber de quem ela estava falando, pois a família era *extensa*, as irmãs tinham nomes e histórias muito parecidas. Num dos encontros com a ACS resolvemos fazer um diagrama familiar, o que facilitou a continuidade de nossas conversas e entrevistas.

A realização do diagrama familiar constitui-se num processo de aprendizado mútuo, para ACS e pesquisadora, pois para ambas foi possível ter uma visão global de quem eram os integrantes da família (que moravam naquele endereço e fora dele). A ACS não se recordava ao certo de quanto filhos tivera a mãe da família, porém, após escutar diversas vezes as gravações, ler as transcrições das entrevistas realizadas, chegamos à conclusão de que ela tivera doze filhos, sendo que um deles havia falecido; dos onze que estavam vivos, três eram homens e oito eram mulheres.

Aparentemente, seria “mais simples” perguntar novamente para a mãe quantos filhos tivera. Porém, quando havíamos perguntado, às vezes a pergunta não era

respondida, e quando ela respondeu havia divergências em suas respostas. Sendo assim, ficamos com uma história como foi possível de ser contada.

O ponto de vista da enfermeira

A enfermeira conhecia a família há cerca de um ano e, a princípio, justificou o caso como sendo de *saúde mental* porque uma das pacientes havia passado por várias *internações psiquiátricas* e por isso o problema deveria ser *esquizofrenia* ou *transtorno psicótico*.

Ao longo da realização da pesquisa, a partir das questões que emergiram das conversas com a pesquisadora, a enfermeira considerou que precisava aprofundar o conhecimento que havia constituído acerca daquela família. Sendo assim, agendou consultas na unidade, realizou mais visitas domiciliares para a família a fim de compreender melhor a história de vida das mulheres, bem como, o percurso de tratamento em saúde mental. De todo modo, ela achava que precisava haver uma *investigação* para saber o diagnóstico.

A informação da enfermeira sobre a internação psiquiátrica era contrária àquela dada pela ACS, que havia dito que nenhuma delas havia sido internada. Essa aparente contradição, assim considerada uma vez que se sabia que a ACS estava informada da ocorrência das internações, foram constantes no relato do caso: informações contraditórias, recortadas e incompletas. A equipe de Saúde da Família reproduzia em suas relações o modo de funcionamento da família que, também, apresentaram as informações sobre a vida das mulheres de forma recortada e contraditória.

A profissional disse que percebia que as mulheres daquela família precisavam de cuidados porque faziam uso de medicação psicotrópica e, às vezes, ficavam *agressivas*. Ela acreditava que a família precisaria de um atendimento mais *rigoroso*, referindo-se a um tratamento específico de saúde mental, que faria com que a família não ficasse *entocada* dentro de casa. O *isolamento* apareceu como um possível critério de avaliação de normalidade; acreditava, então, que essas mulheres deveriam fazer alguma *atividade*.

Para a enfermeira, um paciente *esquizofrênico não tem noção das coisas que fala e que faz*; o comportamento seria *um pouco agressivo*, às vezes *meio tímido e retraído*, e quando o paciente se solta, seria aquela *coisa que não se consegue conter*. Os pensamentos seriam *desorganizados* e por isso a pessoa *não tem noção do que fala*.

Ela relatou uma visita domiciliar que havia realizado a uma das filhas da família de mulheres: a adolescente tinha acabado de ter um bebê e estava colocando papel higiênico no curativo do corte da cirurgia devido ao parto por cesárea. Segundo a enfermeira, os pontos do curativo haviam se rompido porque a adolescente teria *quebrado a dieta* e mantido relações sexuais com o pai do bebê. A profissional considerou que a adolescente seria uma pessoa *diferente* por não compreender o *risco* que corria de ter uma infecção por meio da cirurgia que estava se abrindo. Em outros momentos, a enfermeira atribuiu esse “modo de ser diferente” da adolescente à *esquizofrenia*, apontando para as especificidades que haveria entre loucura e sexualidade feminina (Pegoraro e Caldana, 2008).

A enfermeira avaliou que o problema de uma das mulheres devia-se ao seu comportamento muito *tímido, desconfiado e desorganizado*. Ela relatou uma situação de atendimento em consulta de enfermagem na UBS em que a paciente não conseguia responder às perguntas da enfermeira e quem respondia por ela era a filha adolescente, menor de idade. Além disso, as duas discutiram durante a consulta e, embora um dos objetivos da consulta fosse verificar o resultado de um exame, elas não haviam levado o documento com o resultado. Mesmo a enfermeira oferecendo a possibilidade de irem buscar o resultado do exame em casa, elas disseram que não poderiam, pois não haveria tempo suficiente. Elas não deram maiores explicações, ficaram *desconfiadas* e foram embora.

As visitas domiciliares que realizava eram sempre feitas na companhia da ACS, pois, segundo a enfermeira, era por meio dela que conseguia entrar na casa, mas, na maior parte das vezes, não conseguia conversar, fazer as orientações e medicações. Isso acontecia porque *todas falavam ao mesmo tempo*, fazendo perguntas e solicitações, principalmente de esclarecimentos acerca das prescrições médicas – receitas – e medicamentos.

Ao relatar o atendimento da outra paciente da família de mulheres, especificou mais uma vez o comportamento desconfiado que todas elas apresentavam. A paciente teria comparecido à UBS para levar seu filho, que se identificava como homossexual, para passar em consulta com a enfermeira. O objetivo da consulta era fazer orientações educativas sobre a orientação sexual do adolescente, bem como, solicitar todos os exames preventivos, inclusive o de detecção do vírus HIV. Segundo a enfermeira, tanto o adolescente quanto a mãe, fizeram questão de que a mãe permanecesse na consulta.

No entanto, a mãe incomodava-se com as perguntas que a enfermeira fazia ao adolescente, dentre elas, se o pai já sabia ou não da escolha do adolescente, ou se ele usava preservativo. Mesmo a enfermeira tendo perguntado se a mãe gostaria ou se deveria permanecer na consulta, ambos diziam que sim e continuavam a demonstrar como estavam lidando com aquele assunto. Além disso, durante a consulta, o adolescente dizia, por meio de sinais, e em voz baixa para a enfermeira, que a mãe seria *louca*.

Assim, a enfermeira acreditava que essa paciente, embora conseguisse se *comunicar bem*, também deveria ter *algum tipo de problema*, uma vez que era apontada, inclusive pelos familiares, como *louca*. Nesse caso, o modo como o adolescente falou à enfermeira, por sinais e em voz baixa, que a mãe era *louca*, foi uma maneira encontrada de sinalizar que o discurso dela deveria ser invalidado justamente por ela ser *louca*.

A enfermeira relatou que o tratamento dessas pacientes na UBS era feito por meio das consultas com a médica de família, que realizava as *trocas de receitas*. Segundo a profissional, essa médica de família *gostava* de atender *pacientes psiquiátricos*, pois havia um familiar dela que havia feito *tratamento psiquiátrico* durante certo tempo. Desse modo, a médica, além de atender individualmente os pacientes, *fazia questão* de conhecer cada um deles, e também realizava um trabalho em grupo com esses pacientes. No entanto, após a saída dela e a entrada de outros médicos, não foi dado sequência aos acompanhamentos, sendo que os médicos restringiam o atendimento às *trocas de receitas*.

Na situação acima relatada, constata-se que o acompanhamento para as pessoas com problemas psiquiátricos pelo médico de família, ficou a critério do profissional que estava ocupando a vaga, não se constituindo necessariamente numa rotina.

Segundo a enfermeira, havia muitos casos de *saúde mental* em sua área e, devido à ausência de psiquiatra na equipe do NASF, bem como, à troca constante do profissional psicólogo, ainda não tinham conseguido o apoio desses profissionais para acompanhar a família escolhida para a pesquisa e outras famílias da sua área.

Foi possível constatar que o ponto de vista da enfermeira sobre o problema das mulheres dessa família estava constituído em torno da *doença*, esta caracterizada como sendo *psiquiátrica*, e por meio da qual o indivíduo era identificado. Isso ficou

evidenciado também pelo foco maior no relato dos “supostos” sintomas da doença, da história de tratamento psiquiátrico e do uso de medicações psicotrópicas.

O ponto de vista da equipe

Durante a realização da pesquisa, foi possível participar de algumas reuniões com a equipe que acompanhava o caso da família de mulheres, bem como, desenvolver diversas conversas eventuais. Após a família ter nos informado que preferia que a pesquisa fosse interrompida, realizamos algumas conversas sobre o assunto e uma reunião com todos os profissionais desta equipe. Essa reunião foi gravada, sendo que apenas uma das ACS, não quis participar.¹⁰¹

A equipe avaliou que elas haviam desistido porque a expectativa delas seria de que a pesquisadora fosse *ajudar* com alguma *terapia*. A enfermeira disse que depois que elas entenderam que o objetivo era compreender o *contexto delas*, então elas começaram a *se esquivar* e não *aceitaram mais* a pesquisa.

Eles acreditavam que as três mulheres da família que faziam *tratamento psiquiátrico* necessitavam de uma reavaliação com o médico psiquiatra. A equipe conseguiria se responsabilizar pelas *trocas de receita*, mas o acompanhamento ficaria comprometido pela falta desse profissional ou de um serviço onde elas pudessem ter acesso a esse atendimento.

Disseram que as pessoas e as famílias da área *já sabiam* que não havia mais o suporte da *saúde mental* na UBS e, por isso, nas *situações de crise*, não procuravam a UBS e sim a emergência psiquiátrica de referência para a região, sendo o paciente então levado pela própria família, ou pelo SAMU e, ou polícia. Os pacientes estariam passando por esse ciclo: ida à emergência psiquiátrica; retorno para casa até ser internado num hospital psiquiátrico. Os profissionais dessa equipe consideraram como negativo o fato da UBS não ser mais a referência para as questões de saúde mental, principalmente para os pacientes que estariam em crise, e que, às vezes, isso resultava em internação em hospital psiquiátrico. Mais uma vez, a existência de um CAPS 24 horas na região que deveria dar suporte nessas situações, não aparece como referência de cuidado. Sendo assim, a emergência psiquiátrica e o hospital psiquiátrico aparecem como locais de tratamento, legitimando esse modo de cuidado que reforça o imaginário

¹⁰¹ Foi realizado o procedimento de leitura, esclarecimento e assinatura do TCLE (Brasil, 1996).

de que o *louco*, em *crise* e *agressivo*, deva ser tratado num local distante da comunidade (Dell'Acqua e Mezzina, s/d.).

O trabalho do NASF era compreendido pela equipe de Saúde da Família como sendo *somente de apoio* e, dessa forma, o paciente não seria acompanhado. Constatava-se que a equipe estava preocupada com o pedido de atendimento por parte dos pacientes, identificando que o *apoio matricial* não era resolutivo, pois continuavam sem o atendimento por especialidades. Assim, os profissionais consideravam que, para determinados problemas, o especialista era quem deveria realizar a avaliação e ofertar o tratamento (Schmidt e Neves, 2010).

Além disso, devido às poucas reuniões que aconteciam com o NASF, bem como à falta de profissionais do campo da saúde mental, não se conseguia discutir os *casos psiquiátricos* nas reuniões. Segundo a equipe de Saúde da Família, essas reuniões aconteciam a cada quinze dias e duravam cerca de duas horas, sendo que numa delas discutiam os *casos de saúde mental* e, na outra, os *casos de reabilitação* que necessitassem de atendimento de fonoaudiólogo ou de fisioterapeuta. Essas reuniões onde se realiza a *discussão de caso*, somente aconteciam se houvesse a presença de um profissional de nível superior da equipe de Saúde da Família. Por exemplo, se estivessem somente os ACS, os profissionais do NASF faziam apenas devolutivas dos casos que haviam sido discutidos, que seria informar quem compareceu ou não nos atendimentos. Na ausência de profissionais de nível superior da Saúde da Família, não eram discutidos casos novos.

A equipe relatou que foram realizadas diversas ações com as pessoas que tinham *problemas de saúde mental*, em especial, *escutavam* os pacientes em consultas na UBS, *no meio da rua*, ou em visitas domiciliares. No entanto, consideravam que havia determinados *casos* e *momentos* em que o paciente precisava ir para o CAPS sendo então necessário que uma *psicóloga* os *escutasse*. Mesmo quando contavam com o profissional psicólogo no NASF, a equipe, e principalmente os ACS, destacaram a dificuldade que enfrentavam quando precisavam explicar para os pacientes que havia aquele profissional na UBS, mas que ele não iria realizar os atendimentos especializados. A decepção pela não realização dos atendimentos era compartilhada entre profissionais da Saúde da Família e pacientes.

Assim, a equipe relacionou a desistência da família de mulheres esquizofrênicas da pesquisa à não existência de atendimento especializado, como o esperado pela

família, bem como pelos profissionais, segundo o que consideravam como o mais adequado para o caso. Revelaram também as dificuldades em conseguir esse acompanhamento para a família, mesmo havendo equipe de NASF na UBS e serviços CAPS na região. Nesse caso, o que foi colocado em questão não foram as dificuldades do paciente, mas a fragilidade dos serviços de saúde e sua desarticulação.

O ponto de vista da pesquisadora

Desde a primeira visita à *família de mulheres esquizofrênicas*, percebeu-se que havia um modo particular de comunicação naquela família. A mãe da família, uma senhora de aproximadamente setenta anos, comunicava-se verbalmente mais com a ACS e pouco com a pesquisadora. Mesmo quando queria saber algo sobre a pesquisa, perguntava para a ACS: *do que é mesmo essa pesquisa?* A mãe se comunicou verbalmente, em algumas situações específicas, com a pesquisadora: quando não queria que uma de suas filhas respondesse a alguma pergunta, e então ela mesma, adiantava-se e respondia; ou quando a pesquisadora tentou fazer perguntas diretamente para ela.

Aos poucos, foi possível compreender que havia determinados assuntos que a mãe da família não gostaria que fossem abordados, um deles, por exemplo, era sobre o filho que havia falecido. E, havia outros assuntos, que somente ela poderia opinar: eram os assuntos relativos à história de adoecimento das filhas e os tratamentos realizados. Na realidade, nem a mãe e nem as filhas contavam uma história linear, ao contrário, as informações eram recortadas e contraditórias. Além disso, elas falavam de modo muito rápido, emendando uma palavra na outra e utilizavam algumas palavras específicas da região nordeste do Brasil.

Ouvir as entrevistas que foram gravadas, bem como realizar as transcrições tornaram-se tarefas extensas em que se fazia necessário ouvir várias vezes o mesmo trecho para que pudesse compreender o que havia sido dito. Mesmo que algumas palavras e o uso contextualizado delas fossem familiares à pesquisadora e, por isso mesmo, num primeiro momento, produziam uma sensação de familiaridade, percebeu-se, num dado momento, que havia elaborado interpretações incorretas daquela realidade. Nem a convivência da pesquisadora com famílias de nordestinos, seja de sua própria família, seja do histórico de atendimento em região com migrantes nordestinos, tornaram a tarefa mais fácil, pois, para compreender o que elas falavam, era necessário compreender o seu mundo simbólico.

Essa família foi escolhida para o estudo de caso porque não havia sido acompanhada pela pesquisadora. Com isso, buscava-se diminuir a ocorrência de *bias*. Mas, mesmo assim, surgiu outro elemento que precisou ser trabalhado: a familiaridade vivenciada pela pesquisadora situação que, num primeiro momento, parecia facilitar a compreensão daquele ambiente familiar, e, em outro, evidenciou a necessidade de buscar o estranhamento para a aproximação daquele universo simbólico (Sarti, 1998a).

Foi possível compreender que a busca por uma *história de vida linear*, com começo, meio e fim, era algo que fazia sentido no universo da pesquisadora que, mesmo percebendo os limites de apreensão daquela realidade, por vezes, tentava as *velhas táticas de atendimento*. Por exemplo, às vezes fazia perguntas *simples*: *o que você acha que é o problema que ela tem?* Respondiam: *que problema?* E, na maior parte das vezes, nem respondiam algo que fizesse conexão com a pergunta realizada, e passavam a falar de outros assuntos. Foram feitas outras perguntas, inquerindo-se, por exemplo, por que tomavam aqueles medicamentos, por que passavam em consulta no psiquiatra, ou o porquê das internações em hospital psiquiátrico. As perguntas pareciam não fazer sentido, porque não fazia sentido perguntar de *sofrimento* ou *doença*. Sendo assim, num dado momento, desistiu-se de obter uma compreensão linear da história de cada uma delas ou da família. Optou-se por apreender quem eram aquelas pessoas, como apresentavam suas histórias e o que não queriam que fosse desvendado, a partir da perspectiva de uma *família de mulheres* e não de *mulheres esquizofrênicas*. De fato, a estratégia foi participar do cotidiano delas, interagindo a partir daquilo que elas se propunham a dizer ou fazer.

A partir de então, foi possível perceber que a mãe da família estabelecia outros modos de aproximação com a pesquisadora, principalmente quando não se tratava de falar de algum *problema*. Sendo assim, ela sempre nos recebia bem, cumprimentava-nos com abraço, oferecia café e pão, limpava a mesa da cozinha e nos oferecia uma cadeira para sentar.

Numa das visitas, uma delas perguntou sobre a família da pesquisadora: se era casada, se tinha filhos, e quais eram homens ou mulheres. Percebeu-se que para elas era importante saber se as *filhas mulheres já estavam casadas*; quiseram ver fotos, e percebeu-se também que as crianças, em particular, chamaram sua atenção, apontando o lugar privilegiado que elas ocupavam na família. De fato, a equipe havia referido que

elas poderiam ter o *problema que fosse*, mas *cuidavam direitinho* das crianças da família.

Depois de várias visitas realizadas coincidentemente às sextas-feiras, descobriu-se que era o dia em que realizavam *uma grande faxina na casa*. Em algumas dessas sextas, fomos recebidas no portão e a conversa foi realizada ali mesmo. Havia também a questão dos horários. Buscou-se realizar as visitas de modo a não atrapalhar a rotina da família. Isso foi um pedido delas, pois, uma delas levava a filha para a escola por volta das onze da manhã. Havia também o período em que ou estavam fazendo o almoço ou o jantar. Sendo assim, o horário que não *atrapalharia* as atividades de cuidado com as crianças, ou as atividades domésticas, eram restritos, e isso também demonstrava que elas organizavam seu dia a dia em torno dessas atividades. Nenhuma delas trabalhava fora de casa ou tinham algum trabalho remunerado.

Houve uma atividade constante durante as visitas: a mãe da família e algumas de suas filhas sempre ofereciam café, mais de uma vez, durante a mesma visita. Ficavam muito satisfeitas quando a pesquisadora aceitava a oferta e, posteriormente, após o relato da ACS sobre seus receios em relação à religião da família, foi possível compreender que aceitar a oferta da família era um modo de também aceitá-las.

Embora a família tenha preferido não continuar participando da pesquisa, a vivência das entrevistas e convivência com elas permitiu à pesquisadora rever, mais uma vez, os modos mais adequados de aproximação das pessoas em situação de *sofrimento*, que devem ser buscados para além da *doença*. Porém, mesmo que estejamos de algum modo “treinados e preparados”, o outro pode sempre nos surpreender, recusando-se, inclusive, a se abrir aos nossos objetivos, no caso, à participação como sujeitos de uma pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objeto de estudo desta tese são as noções de *sofrimento* e *cuidado* em torno das *situações-problema* constituídas no contexto de uma UBS do município de São Paulo. A análise dessas noções foi realizada tendo por referência o modo de constituição do *estudo caso* em saúde, e do *estudo de caso* nas ciências sociais.

As denominações utilizadas pelos profissionais para nomear as *situações-problema* dos pacientes se relacionaram, principalmente, ao campo de conhecimento psiquiátrico. Exceto pelo caso do *acumulador*, os termos psiquiátricos foram utilizados, acima de qualquer suspeita, quase como sinônimos de verdade. O uso de termos psiquiátricos parecia “óbvio” para nomear os casos de saúde mental. Quando se questionava os profissionais sobre o porquê de utilizar aquelas nomeações, a maioria deles ficava espantada, como se aquele questionamento não fizesse nenhum sentido. Isso indicava que o saber psiquiátrico não era passível de questionamento e, portanto, estava naturalizado como linguagem explicativa para as formas de adoecimento de saúde mental.

Em dois dos casos relatados os pacientes apresentavam sintomas de alucinações, definidos na psiquiatria como alterações de senso percepção, que podem ser de ordem qualitativa ou quantitativa; nas alterações qualitativas se incluem as alucinações auditivas, visuais, táteis, olfativas e gustativas, dentre outras (Dalgarrondo, 2008). Assim, no caso das *tentativas de suicídio* e *etilismo crônico* havia uma mulher que mandava o paciente atear fogo em si mesmo; no caso do *esquizofrênico* e *etilista* ele ouvia vozes. Foram utilizados termos que se referiam ao diagnóstico médico psiquiátrico, ou faziam alguma correlação com os modos de nomear o adoecimento no campo da psiquiatria: *esquizofrenia*, *etilismo*, *tentativa de suicídio*, *psicose*, *depressão* e *acumulador*.

O estranhamento dos profissionais em relação à proposta de problematização das denominações psiquiátricas, assim como apontou Basaglia (2010 [1969]), aponta para a ausência de uma dialética, demonstrando que o universo de significação do sofrimento, teria se tornado unidimensional. A dialética, compreendida como a explicitação das diferentes posições, opostas ou não, preservaria uma margem de liberdade necessária a qualquer possibilidade terapêutica (idem). O uso, quase exclusivo, da linguagem psiquiátrica como modo de significação do sofrimento, poderia criar então, uma

intolerância às outras formas de nomeação. Dessa maneira, como afirmou Basaglia (2010 [1969]):

Se o doente mental sofre a impossibilidade de viver dialeticamente a própria realidade, tais instituições ‘terapêuticas’ não o ajudarão a recuperar essa capacidade perdida ou jamais possuída (p. 158).

No caso da UBS estudada a capacidade dialética, perdida ou jamais possuída, não estava sendo vivenciada pela maioria dos profissionais. Constatou-se essa realidade unidimensional de nomeação do sofrimento nos relatos de caso no modelo de *discussão de caso clínico em saúde*. Dessa maneira, a lógica de apreensão do adoecimento não seria terapêutica para as pessoas em situação *sofrimento*, pois são modos de apreensão muito distintos das experiências humanas que dizem respeito ao estar saudável ou adoecido.

Mesmo assim, quando os profissionais se utilizavam dos termos psiquiátricos para denominar as situações de sofrimento, percebeu-se o uso impreciso dos termos, o que denotava pouco conhecimento do campo psiquiátrico e, inclusive das controvérsias e as diferentes correntes psiquiátricas (Venâncio, 2007; Dalgarrondo, 2008). Justamente por isso, em alguns momentos, foram feitas perguntas diretas, tais como no caso de uma das ACS a quem foi questionado: *mas, como você sabe que é esquizofrenia o problema da paciente?* A resposta dela foi de que sabia porque a enfermeira havia lhe dito, e porque a paciente havia estado em consulta com a médica psiquiatra. Em parte isso indicava que o processo de aprendizado em serviço estava baseado na confiança do discurso do profissional técnico, e que era transmitido de forma oral de um profissional para o outro.

Identificou-se que essa transmissão *oral* do conhecimento ocorria em diversos níveis e de diferentes maneiras. Ficou evidenciado o interesse dos profissionais da UBS pela temática da saúde mental, que se expressava por meio das diversas perguntas que foram direcionadas à pesquisadora, bem como na relação com os profissionais do NASF e do CAPS nas reuniões de matriciamento. Em relação aos ACS, identificou-se que mesmo que tivessem suas “opiniões pessoais” sobre o que seria *loucura* ou *sofrimento*, solicitavam a opinião de um profissional de nível superior, especialista ou não. Essas opiniões eram apreendidas pelos ACS como uma “verdade”, algo a não ser questionado.

Entre os profissionais de nível superior, a solicitação de esclarecimentos se dirigia também ao especialista. No entanto, no caso dos médicos, o objetivo era que as questões psiquiátricas fossem acompanhadas pelo médico psiquiatra, e dessa maneira o médico de família não se envolveria com essas questões. Os médicos de família ao considerar insuficiente, ou mesmo ausente, seu conhecimento sobre psiquiatria, se limitavam a fazer as *trocas de receitas* das prescrições resultantes da avaliação realizada pelos médicos psiquiatras. A solicitação não era para que se apreendesse algo sobre saúde mental ou psiquiatria, mas, que o paciente pudesse ser acompanhado pelo especialista. Dessa perspectiva, as ações de saúde mental continuariam a ser responsabilidade específica dos profissionais desse campo, o "especialista", apontando para uma não integração entre saúde mental e Saúde da Família.

Inclusive a lógica de apreensão de sofrimento pelo campo da saúde e, ou da psiquiatria, pode invalidar as formas de compreensão de sofrimento do próprio profissional no exercício de sua tarefa. Isso ficou evidenciado, por exemplo, no relato da ACS do caso do *acumulador*. Na reunião a ACS “acompanhou” a opinião da equipe sobre o caso: não sabia se seria ou não um caso de saúde mental; na entrevista, ao falar do caso do paciente, ela detalhou as questões relativas a sua relação de vizinhança com ele; foi somente ao relatar a história de sofrimento de uma pessoa de sua família, que emergiu o seu mundo simbólico de explicação do sofrimento intimamente relacionado à religiosidade, que também se aplicava ao caso do paciente *acumulador*.

Nomear algo que acontece consigo, ou com outrem, como um *sofrimento* não é apenas um ato individual, do lugar de paciente, ou de profissional. Nesse sentido, as formas de nomeação não são naturais, e nem simplesmente emergem de um indivíduo de forma isolada. Todas as formas de nomeação são apreendidas socialmente, bem como as formas de nomear o *cuidado*, a *dor*, o *adoecimento*, a *saúde* e outras experiências da vida. Em particular em relação ao sofrimento e a dor Sarti (2001) afirma:

A dor, como o amor, remete a uma experiência radicalmente subjetiva. Aquele que sente a dor, dela diz, *eu é que sei*. Frente à dor do outro, há comoção, sofrimento (ou, mesmo, gozo), com maior ou menor distância e intensidade. Embora singular para quem a sente, a dor, como qualquer experiência humana, traz a possibilidade de ser compartilhada em seu significado, que é uma realidade coletiva (embora jamais possamos nos assegurar de que o que atribuímos ao outro, corresponda exatamente ao

que ele atribui a si mesmo). Assim, dizemos que *entendemos a dor do outro*. (p.4)

Ao utilizarmos uma linguagem pré-codificada, seja ela qual for, corremos o risco de não considerar o elemento subjetivo da experiência do sofrimento e, acabamos por desconsiderar que o indivíduo que sofre seria quem deveria falar de sua dor. Afinal, a doença é a “doença do doente” ou a “doença do médico”? (Canguilhem, 1995). De qualquer modo, há um encontro entre indivíduos com suas distintas realidades e possibilidades simbólicas.

Aquele que sofre ao contar sobre sua dor, espera poder compartilhar o significado do seu sofrimento, para, quem sabe, transformá-lo numa realidade coletiva, e por isso mesmo humanizada. No entanto, novamente, se oferecemos uma única linguagem como modo de nomeação do sofrimento, por um lado, empobrecemos cada vez mais o universo simbólico de significação do sofrimento, e ao mesmo tempo, invalidamos o mundo simbólico do outro.

Sendo assim, no processo de entender a dor do outro, deveríamos lidar muito mais com as incertezas, do que com certezas. Pois, as certezas, como podemos constatar, tendem a se aproximar do discurso biomédico, que, por sua vez, se aproxima do discurso positivista como única verdade discursiva e possibilidade de significação (Camargo Junior, 2005). Um campo de incertezas na apreensão do sofrimento poderia oferecer múltiplas possibilidades de significação e, portanto, de comunicação dessa experiência humana.

Um campo de incertezas não quer dizer que seria um campo esvaziado de sentidos, pois somos seres sociais e, portanto, associamos sentidos ao nosso fazer e estar no mundo. No entanto, um dos aspectos fundamentais para a constituição dessa posição de incerteza frente ao sofrimento do outro, seria a consideração de que qualquer conhecimento é construído socialmente, por sujeitos sociais. Inclusive, a produção do conhecimento científico dá-se num mundo social, como outro qualquer, tendo características próprias à dinâmica das trocas da economia simbólica do "campo científico" (Bourdieu, 2004).

Assim, são atribuídos valores sociais à experiência subjetiva da *dor* ou do *sofrimento*, que no caso das relações de cuidado em saúde, podem ser coincidentes ou não, entre paciente e profissional. E mesmo se os modos de nomeação são coincidentes,

ou aproximados, no caso do *sofrimento*, o conhecimento do campo psiquiátrico acaba por funcionar como sistema de validação ou não dessas situações.

Neste sentido, no que se refere à relação entre conhecimento médico e aquele produzido pelo paciente sobre seu adoecimento, Duarte (1986), em seu estudo sobre a vida nervosa nas classes trabalhadoras, apontou a rejeição da classe médica em relação ao discurso do *nervoso*:

(...) a classe médica rejeita o discurso do nervoso enquanto sistema, e só faz uso dele enquanto categoria ‘vulgar’, sempre que acredite estar lidando com sujeitos incapazes de aceder às marcas de sua própria representação sobre o homem, considerada ‘superior’ porque amparada nas mais ‘recentes’ configurações de seu saber ‘racional’. (p.63-64).

Ao rejeitar o discurso do paciente não há uma abertura para compreendê-lo em seu modo de simbolizar o adoecimento. No encontro entre profissionais e pacientes, ou naquilo que passamos a denominar *relação médico-paciente* ou *relação terapeuta-paciente*, ocorrem fenômenos sociais e subjetivos que podem ser reveladores das noções atribuídas, por um e por outro, acerca das categorias que ali estão em jogo: o *sofrimento* e o *cuidado*.

Em relação à subjetividade, Rosana Onocko Campos (2013) aponta algumas questões ao tratar da *relação médico-paciente*. Os sujeitos dessa relação, inclusive aquele denominado na relação de cuidado como *trabalhador da saúde*, são mais do que o enunciado cartesiano “penso, logo existo”. A partir de Freud e sua teoria sobre o inconsciente, não seria mais possível ignorar que, tanto pacientes quanto trabalhadores agem movidos por motivações inconscientes. Além disso, um dos diferenciais na relação entre o paciente e o trabalhador é o conhecimento técnico que este último deve deter para ocupar tal lugar na relação, o que em si não seria necessariamente um problema. No entanto, ainda segundo a autora, a questão problemática recorrente será que nem sempre o conhecimento técnico e a inegável subjetividade vão fazer com que o profissional da saúde consiga produzir um cuidado que faça sentido para ambos. Sobre algumas das dificuldades que podem acontecer no encontro entre trabalhador da saúde e a população das grandes periferias, a autora aponta:

O grau de miserabilidade dessas populações extrapola nossa capacidade de resistência. Uma coisa é saber – em tese – que o Brasil é um país cheio de pobres. Outra bem diferente é tentar

uma intervenção terapêutica com pessoas que estruturaram sua própria resistência à morte por meio de formas de subjetivação que não conseguimos compreender. (p.89).

Frequentemente os gestores e trabalhadores acusam os usuários dos serviços de saúde de não se apropriarem devidamente do SUS. Campos (2013) acredita que a crítica deveria ser feita à instituição de saúde, pois, são os gestores e trabalhadores que não conseguem se apropriar do significado das vivências das pessoas que atendem. Cita o exemplo de uma mãe de um filho desnutrido, vivendo em condições de pobreza, que não adere aos cuidados de um PSF; na opinião dos trabalhadores, ela não estaria se apropriando "das nossas estratégias". Assim, é necessário um olhar para nossas instituições, instituídas como lugares de cuidado da saúde e da doença, para além de dispositivos puramente técnicos, objetivos e pautados em pressupostos positivistas.

A dificuldade de lidar com o sofrimento não é uma exclusividade dos profissionais da saúde. As nossas dificuldades se relacionam ao nosso processo de constituição enquanto ser social e subjetivo. Existe uma ordem simbólica constitutiva, uma atribuição de significado aos nossos atos; assim:

Quando ouvimos as primeiras falas, não aprendemos apenas a nos comunicar, mas, acima de tudo, captamos uma ordem simbólica, ou seja, uma ordenação do mundo pelo significado que lhe é atribuído, segundo as regras da sociedade em que se vive, tornando real a existência humana (Sarti, 2001, p. 5).

Construímos um mundo simbólico, também, a partir das vivências do *sofrimento*, da *dor* e da *loucura* em nossa sociedade, sendo que uma das questões primordiais que atravessa a relação de cuidado, estabelecida entre profissional e paciente, é a lógica do conhecimento biomédico (Camargo Jr., 2005). A racionalidade científica, que atravessa o conhecimento biomédico, produz um conhecimento objetivo acerca da *doença*, da *cura* e do *tratamento*, nem sempre congruente com as realidades vivenciadas no ato de cuidar da doença, da dor e do sofrimento. Há um hiato entre conhecimento médico, orientado pelo modelo biomédico, e sua aplicação prática (Paul, 1998).

Se o encontro entre usuário e trabalhador da saúde precisa estar sempre pautado pela objetividade, sempre se criará um descompasso entre ambos. Mas, às vezes o descompasso ocorre porque o paciente se "rebelar", ou se "liberta", ou não se deixa

aprisionar pelo sistema de saúde e seu restrito *leque* de significados. O paciente, algumas vezes considerado, como sendo incapaz de ser igual a nós, pode surpreender.

Foi o caso dos pacientes do estudo de caso: o paciente *acumulador* não se compreendia numa situação de *sofrimento* em que necessitasse de algum cuidado em saúde mental; na família de mulheres não fazia sentido algum perguntar o que elas compreendiam por *sofrimento*. Assim, quando o paciente diz “não”, duvidamos do paciente, e passamos a atribuir inúmeros outros significados à sua negativa, dentro de nossa lógica. Trata-se de apaziguar o nosso sentimento de impotência, a partir de justificativas que responsabilizam e culpabilizam somente o paciente. Assim, no caso do *acumulador*, a enfermeira se justificava quanto ao *fracasso* das intervenções, relatando todas as orientações que já havia dado ao paciente sobre a retirada dos objetos; no caso da família de mulheres, a equipe tentava se justificar sobre a desistência delas em participar da pesquisa, que seria porque elas eram *muito fechadas*.

Assim, como afirmou Saraceno (2001b), em particular nos casos de saúde mental, as variáveis *clássicas*, tais como diagnóstico médico, idade e sexo, pouco podem dizer sobre a doença da pessoa. Para o autor, as variáveis *sombras* serão aquelas que mais informam sobre a gravidade da doença, o curso da doença, e pode orientar a terapêutica. Sendo assim, identifica-se que compreender o *caso de saúde mental* na perspectiva do *caso clínico em saúde*, pouco pode contribuir para a compreensão do problema do indivíduo concebido como um sujeito, e muito menos para a constituição da terapêutica.

A tarefa de construir um entendimento do caso que ultrapasse o conhecimento biomédico, no entanto, não é tarefa fácil. O modo de organização da ESF, como já foi apontado, é permeado por tarefas pré-definidas, o que por sua vez, exigiria modos claros, precisos e rápidos de codificação e tratamento do sofrimento.

Desse modo, a medicação foi diversas vezes mencionada como imprescindível, para que os pacientes *psiquiátricos* ficassem bem e, para que fossem controladas as *crises*. Principalmente, nos casos em que a agressividade era relatada como um problema, a medicação, que substituiu a camisa de força, foi apontada como sendo necessária para o controle da agressividade. A medicação apareceu como terapêutica isolada, não havendo referência a outras modalidades de tratamento, a não ser que fosse complementada pela internação em hospital psiquiátrico. Em relação a esse aspecto, a hospitalidade noturna no CAPS, também como uma forma de acompanhamento quando

o paciente estivesse em crise, não foi apontada em nenhum momento, mesmo havendo um CAPS 24 horas na região e que tem leitos que responderiam a tais situações.

Segundo Amarante e Torre (2010), há uma complexa relação que se estabelece entre as indústrias farmacêuticas com os pacientes, médicos, universidades e empresas privadas. Marcia Angell (2007, apud Amarante e Torre, 2010), no seu livro “A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos” aponta diversos problemas éticos na condução das pesquisas pelas indústrias farmacêuticas, tais como a questão dos interesses comerciais, e a consequente “fabricação” das patologias psiquiátricas e sua consequente medicalização, que são colocados acima do interesse coletivo ou público. Assim, nem mesmo os medicamentos, substâncias objetivadas, estariam livres de concepções sociais, porque produzida no contexto da sociedade humana, e envolvendo interesses políticos e sociais.

O ponto chave da discussão é o lugar do indivíduo na relação que se estabelece entre profissional e paciente. No estudo de caso foi possível ampliar o olhar para a história dos indivíduos – pacientes e trabalhadores – para além da doença. No caso do acumulador, emergiu sua história de vida, e os significados atribuídos ao *acúmulo*. No caso da família de mulheres esquizofrênicas, emergiu a história da família de mulheres, sendo que o questionamento sobre o sofrimento não fazia sentido para elas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. São Paulo, Editora Martins Fontes, 2007.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de. A Clínica, a epidemiologia e a epidemiologia clínica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.3, n.1, p.35-53, 1993.
- ALMEIDA, Kamila Siqueira; DIMENSTEIN, Magda; SEVERO, Ana Kalliny. Empoderamento e atenção psicossocial: notas sobre uma associação de saúde mental. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.14, n.34, p.577-89, jul./set. 2010.
- ALMEIDA, Rosa Maria Resende. **Síndrome de Diógenes: revisão sistemática da literatura (1960-2010)**. 2011. 52 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Aveiro. Portugal, 2011.
- ALMEIDA, Rosa Maria Resende; RIBEIRO, Oscar. Síndrome de Diógenes: revisão sistemática da literatura. **Rev Port Saúde Pública**, v.30, n.1, p.89-99, 2012.
- ALVES SOBRINHO, Eduardo Jorge; CAPUCCI, Paulo Fernando. Saúde em São Paulo: aspectos da implantação do SUS no período de 2001-2002. **ESTUDOS AVANÇADOS**, v.17, n.48, 2003.
- AMARAL, Lígia Assumpção. Sobre crocodilos e avestruzes: falando de diferenças físicas, preconceitos e sua superação. In: AQUINO, Julio Groppa. **Diferenças e preconceitos na escola: alternativas teóricas e práticas**. São Paulo, Summus, 1998.
- AMARANTE, Paulo. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.I, n.1, p.61-77, jul-oct, 1994.
- AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, jan/jul/set, 1995a.
- AMARANTE, Paulo. (Org.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995b.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, Paulo. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica Brasileira. In: FLEURY, Sônia (Org.) **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo, Lemos Editorial, 1997.
- AMARANTE, Paulo. David e os manicômios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.24, n.56, p.5-20, set/dez. 2000.
- AMARANTE, Paulo. (Org.) **Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância**. Rio de Janeiro, FIOTEC/FIOCRUZ/EAD, 2003. Vol.2
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Saúde Mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz/CEBES, 2008.
- AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas. In: NOGUEIRA, Roberto Passos. (Org.)

- Determinação social da saúde e Reforma Sanitária.** Rio de Janeiro, CEBES, 2010. p.151-160
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, Gastão Wagner Campos et al. (Orgs.) **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Editora Hucitec/ Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- ANTUNES, Eleonora Haddad **Saúde mental em atenção primária no Estado de São Paulo.** 141p. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo – Medicina Preventiva, São Paulo, 1998.
- ARANHA e SILVA, Ana Luisa **O projeto copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida.** 1997. 161 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1997.
- ARAUJO, Álvaro Cabral; LOTUFO NETO, Francisco. A nova classificação americana para os transtornos mentais: o DSM 5. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v.16, n.1, p.67-82, 2014.
- ARAÚJO, Melvina. **Do corpo à alma: missionários da Consolata e índios Macuxi em Roraima.** São Paulo: Associação Editorial Humanitas/FAPESP, 2003.
- ATHIÉ, Karen; FORTES, Sandra; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, 8(26): 64-74, jan-mar, 2013.
- AUGUSTO, Cristiane Brandão; ORTEGA, Francisco. Nina Rodrigues e a patologização do crime no Brasil. **Revista Direito GV. São Paulo**, v.7, n.1, p.221-236, jan-jun. 2011.
- AYRES, José Ricardo C.M. et al Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção de saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner Sousa. (Org.) **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Editora Hucitec, 2006.
- AYRES, José Ricardo de C.M. **Epidemiologia e emancipação.** 3ª edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2011.
- AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane de Azevedo. **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento.** São Paulo: Cortez, 2009.
- BARBIERI, Natalia Alves. **Doença, envelhecimento ativo e fragilidade: discursos e práticas em torno da velhice.** 2014. 189 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2014.
- BARBOSA, Daniel. **Collyer brothers: soterrados pelo acúmulo: a história dos irmãos nova-iorquinos que ganharam fama por terem morrido em meio à sucata.** Facta 2 – outubro/2013. Belo Horizonte. Disponível em: <<http://www.facta.art.br/acumulo-acao-criativa/collyer-brothers-soterrados-pelo-acumulo/>> Acesso em: 16 fev. 2014.
- BARROS, Denise Dias **Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste.** São Paulo: EDUSP, 1994.
- BASAGLIA, Franco. Carta de Nova York: o doente artificial [1969]. In: AMARANTE, Paulo (org.) **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica: Franco Basaglia.** Rio de Janeiro: Garamond, 2010. Tradução: Joana Angélica d'Ávila Melo.

- BASAGLIA, Franco. **O homem no pelourinho**. São Paulo, 1974. [mimeografado]
Tradução: Curso de Terapia Ocupacional, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva. A prática como eixo da aprendizagem na graduação médica. In: PUCCINI et al. (Orgs.) **A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social**. São Paulo: Editora Unifesp, 2008. p.101-115. Disponível em < <http://books.scielo.org>>. Acesso em: 10 jul. 2014.
- BECKER, Howard S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. 3ª edição. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.
- BECKER, Howard S. **Uma teoria da ação coletiva**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **Boletim da vigilância em saúde: gerência distrital Barreiro**. Belo Horizonte, 2012.
- BENETTON, Maria José. **A terapia ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental**. 1994. 190 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.
- BERLINGUER, Giovanni; TEIXEIRA, Sonia Fleury; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Reforma sanitária: Itália e Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec/Londrina: CEBES, 1988. Tradução Tânia Pellegrini.
- BERTOLA, Vivian et al. Association analysis between the C5 polymorphism in the 5-HT2 a receptor gene and schizophrenia. **Arq Neuropsiquiatr**, v.65, n.1, p.11-14, 2007.
- BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir Freire. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. 2ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.
- BONDUKI, Nabil. Urbanização no Brasil pós-golpe 64. **Communicare**, Revista de pesquisa – Faculdade Cásper Líbero, v.4, n.2, p.67-80, 2º semestre, 2004. Edição Especial: 40 anos de golpe de Estado de 1964.
- BORBA, Regina Issuzu Hirooka; SARTI, Cynthia Andersen. A abordagem do estudo de caso na pesquisa social. In: MATHEUS, Maria Clara Cassuli. **Pesquisa qualitativa em enfermagem**. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, 2006.
- BOURDIEU, Pierre. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico**. São Paulo: Editora UNESP, 2004. Tradução: Denice Bárbara Catani.
- BOUSQUAT, Aylene; COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Elias. Implantação do Programa de Saúde da Família e exclusão sócio-espacial no município de São Paulo, Brasil. **Cad.Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.9, p.1935-1943, set, 2006.
- BRASIL. Lei No. 378, de 13 de janeiro de 1937. Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. **Senado Federal**. Rio de Janeiro, RJ, 1937.
- BRASIL. Lei No. 1920, de 25 de julho de 1953. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. **Senado Federal**. Rio de Janeiro, RJ, 1953. p. 13193
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. **Senado Federal**. Brasília, DF, 10 de outubro de 1988.

- BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. p.018055.
- BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Senado Federal**, Brasília, DF: 28 de dezembro de 1990b.
- BRASIL. Portaria No. 189, de 19 de novembro de 1991. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Brasília, DF, 11 dez. 1991. Seção 1, 28495.
- BRASIL. Resolução No. 33 de 23, nov. 1992. Recomendações para constituição e estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. **Ministério da Saúde**, Conselho Nacional de Saúde, Brasília, DF, 1992a.
- BRASIL. Portaria No. 224, de 29 de janeiro de 1992. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Brasília, DF, 30 jan. 1992b. Seção 1, p. 1168-1170.
- BRASIL. Resolução No. 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Conselho Nacional de Saúde**, Brasília, DF: 1996.
- BRASIL. Portaria n. 888/GM, de 12 de julho de 1999. Institui o Projeto Casas de Parto e Maternidades Modelo. **Ministério da Saúde**, Brasília, 1999a.
- BRASIL. Portaria n. 985/GM, de 05 de agosto de 1999. Estabelece critérios para criar o Centro de Parto Normal – CPN no âmbito do SUS. **Ministério da Saúde**, Brasília, 1999b.
- BRASIL. Lei No. 10.216, de 6 de abril de 2001. Senado Federal, Brasília, DF: 2001.
- BRASIL. Portaria no. 1876, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF: 14 ago. 2006a.
- BRASIL. Portaria no. 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção para o Programa de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Ministério da Saúde**, Brasília: DF, 2006b.
- BRASIL. Portaria No. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Ministério da Saúde**, Brasília, mar. 2008.
- BRASIL. Decreto No. 7508. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Senado Federal**, Brasília, DF: 28 de junho de 2011a.
- BRASIL. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde. **Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. Brasília, DF: 2011b.

- BRASIL. Portaria No. 3088. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). **Ministério da Saúde**, Brasília, DF: 2011c.
- BRASIL. **Portaria No. 854**. Redefine os procedimentos da RAAS. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF: 2012.
- BRYK, William. The Collyer brothers of Harlem. **New York Press**, posted in Breaking news, post. New York, October 5, 1999. Disponível em: <<http://nypress.com/the-collyer-brothers-of-harlem/>> Acesso em: 04 mar. 2014.
- CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel de. A biomedicina. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15 (suplemento), p. 177-201, 2005.
- CAMBRAIA, Marisa. **Política de saúde mental no estado de São Paulo: o cenário das mudanças ocorridas entre 1990 e 2004**. 2004. 186 p Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2004.
- CAMPOS, Edemilson Antunes de. As representações sobre alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os Alcoólicos Anônimos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1379-1387, set-out, 2004.
- CAMPOS, Edemilson Antunes de. Alcoolismo: doença e significado em Alcoólicos Anônimos. **Etnográfica**, v.13, n.10, p.103-124, mai, 2009.
- CAMPOS, Florianita Coelho Braga. **O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos**. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O anti-taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.863-870, 1998.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p.393-403, 1999.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(2): 219-230, 2000a.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Editora Hucitec, 2000b.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p. 399-407, fev, 2007.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Cogestão e neoartesanato: elementos para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5): 2237-2344, 2010.
- CAMPOS, Leonildo Silveira. As origens norte-americanas do pentecostalismo brasileiro: observações sobre uma relação ainda pouco avaliada. In: PEREIRA, João Baptista Borges. (Org.) **Religiosidade no Brasil**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2012.

- CAMPOS, Rosana Onocko. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. In: _____ **Psicanálise & saúde coletiva: interfaces**. São Paulo: Editora Hucitec, 2013.
- CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Editora Forense, 1995. Tradução: Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas e Luiz Octávio Ferreira Barreto Leite.
- CAPELLAARI, Marcos Alexandre. **Sob o olhar da razão: as religiões não católicas e as ciências humanas no Brasil (1900-2000)**. 2001. 254 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Departamento de História. São Paulo, 2001.
- CAPISTRANO FILHO, D. O programa de saúde da família em São Paulo. **Estudos Avançados** v.13, n.35, p.89-100, 1999.
- CAPOZZOLO, Angela Aparecida. **No olho do furacão: trabalho médico e o programa saúde da família**. 2003. 269 f. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.
- CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo; JESUS, Crhistiane Herold; CREVELIM, Maria Angélica. A estratégia saúde da família para a equipe de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes urbanos. **Saúde Soc. São Paulo**, v.19, n.3, p.709-716, 2010.
- CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998. 228 p. (Coleção Saúde & Sociedade).
- CASTRO, Ana Belén Salamanca; BLANCO, Cristina Martín-Crespo. El diseño en la investigación cualitativa. **Nure Investigación**, nº 26, Enero-Febrero 07, 2009. Disponível em: <http://www.nureinvestigacion.es/ficheros_administrador/f_metodologica/fmetodologica_26.pdf> Acesso em: 12 mai. 2014.
- CASTRO, Cosseti Espindola. Los reality shows y el futuro de la programación televisiva - el caso Big Brother en España, Portugal y Brasil. **Revista da Apec**, España, 7, p. 201-208, 2002. Disponível em: <<http://repositorio.ucb.br/jspui/bitstream/123456789/106/1/Los%20reality%20shows%20y%20el%20futuro%20de%20la%20programaci%C3%B3n.pdf>> Acesso em: 07 set. 2014.
- CASTRO, Eliana Dias de; LIMA, Elizabeth M.F. de Araújo; BRUNELLO, Maria Inês Britto. Atividades humanas e terapia ocupacional. In: DE CARLO, Marysia M.R. Prado; BARTALOTTI, Celina Camargo (orgs.) **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus Editora, 2001.
- CASTRO, Luciana Hernandez. **Eu não brinco em serviço: o brincar sobre a ótica dos profissionais do programa de saúde da família**. Monografia. Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- CEBRID. **II Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005**. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo/Senad, 2006.

- CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.469-478, jul-set, 1997.
- CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v.11, n.22, p.345-63, mai/ago, 2007.
- CHAUI, Marilena. **Introdução à história da filosofia**. Volume II. São Paulo, Companhia das Letras, 2010.
- CHIAVERINI, Dulce Helena (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, Ministério da Saúde/Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.
- CLARK A.N.; MANKIKAR, G.D.; GRAY, Ian. Diogenes syndrome. A clinical study of Gross neglect in old age. **Lancet**; 15, 366-8, fev, 1975.
- COHN, Amélia; NAKAMURA, Eunice; COHN, Clarice. O programa de saúde da família entre o público e privado. In: VIANA, C.A.A.; ELIAS, P.E.M.; Ibãnez, N. (Orgs.) **Proteção social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005.
- COHN, Amélia. A reforma sanitária brasileira: a vitória sobre o modelo neoliberal. **Social Medicine**, v.3, n.2, p.82-94, jul. 2008. Disponível em <<http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/213/408>> Acesso em: 12 jul. 2014.
- COHN, Amélia. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n. 7, p. 1614-1619, jul. 2009.
- COIMBRA, V.C.C. **Avaliação do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família**. Ribeirão Preto: 2007. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, 2007.
- CORREIA, Ludmila Cerqueira; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira; ALVES, Vânia Sampaio. Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v.23, n.9, p.1995-2012, set, 2007.
- COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.A.; YASUI, S. As conferências nacionais de saúde mental e as premissas do modo psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.25, n.58, p. 12-25, mai/ago. 2001.
- CRUZ, Maria Angela Santa. **Avanços e desafios da IV Conferência Nacional de Saúde Mental**. São Paulo, SEDES, set, 2010. Disponível em: <http://www.sedes.org.br/site/saude_mental_intersetorial> Acesso em: 01 ago. 2014.
- CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.
- CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.4, p.961-970, 2011.
- DELGADO, Paulo. Humanismo, ciência e democracia: os princípios que nortearam a transição para o novo modelo de assistência aos portadores de sofrimento psíquico. **Cad. Bras. Saúde. Mental**, v.1, n.1, jan-abr. 2009 (CD-ROM). Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/index>> Acesso em: 03 ago. 2014.

- DELL'ACQUA, Giuseppe; MEZZINA, Roberto. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. IN: DELGADO, Jacques (Org.) **A loucura na sala de jantar**. Santos, s/data.
- DESVIAT, Manuel. A título de posfácio: por um Brasil sem manicômios no ano 2000. In: Amarante, P. (Org.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- DISCOVERY COMMUNICATIONS. **Acumuladores**. Discovery Home&Health. UOL, 2011. Disponível em: <<http://discoverybrasil.uol.com.br/web/homeandhealth/na-tv/acumuladores/>> Acesso em: 14 mar. 2014.
- DOUGLAS, Mary. **Pureza e perigo: ensaio sobre a noção de poluição e tabu**. Lisboa, Edições 70, 1966.
- DUARTE, Luís Fernando Dias. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; Brasília: CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, 1986.
- DUARTE, Luís Fernando Dias. As perturbações físico-morais e o trabalho: questões de sentido. In: RUSSO, J; SILVA FILHO, J. F. da (Org.) **Duzentos anos de psiquiatria: coletânea de trabalhos apresentados na Jornada de Psiquiatria do Estado do Rio de Janeiro, 1992**. Rio de Janeiro: Relume Dumará/Ed UFRJ, 1993.
- DUARTE, Luís Fernando Dias. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral? In: Alves, Paulo C.; Minayo, Maria Cecília de S. (org.) **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- DUARTE, Luís Fernando Dias. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.1, p.173-183, 2003.
- ELIAS, Paulo Eduardo. PAS: um perfil neoliberal de gestão do sistema público de saúde. **Estudos Avançados** v.13, n.35, 1999.
- SCOREL, Sarah; MOREIRA, Marcelo Rasga. Participação Social. In: GIOVANELLA, Lígia (org.) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 2ª Ed.
- ESPÍRITO SANTO, Silvia Maria. A contribuição do estudo do colecionismo para a historiografia do Museu Histórico do antigo “Oeste Paulista”. **TransInformação**, Campinas, 23(1):29-37, jan./abr., 2011
- FAST, Howard. **The world of Langley Collyer**. The News Masses, april 22, 1947, p. 6. In: GUIRAU, Marcelo Cizaurre. Uma “coleção de artefatos da vida americana”: a história como repetição em Homer&Langley, de E.L.Doctorow. **Anais do SILEL**. Uberlândia: EDUFU, v.3, n.1, 2013.
- FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. **Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico- narrativa sobre apoio matricial na rede SUS**. 2006. 217 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.
- FOLHA DE SÃO PAULO. **Justiça veta “censura” a escritor de livro que inspirou filme brasileiro**. São Paulo, 11 nov, 2003. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1111200314.htm>> Acesso em: 14 ago. 2014.

- FONSECA, Cláudia. Mães ‘abandonantes’: fragmentos de uma história silenciada. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.20, n.1, p.13-32, jan/abr., 2012.
- FOUCAULT, Michel. **A história da loucura**. São Paulo, Editora Perspectiva, 1999a. 6ª edição. Tradução José Teixeira Coelho Neto.
- FOUCAULT, Michel. A loucura e a sociedade. In: _____ **Ditos e escritos I: problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**. São Paulo, Ed.Forense Universitária, 1999b.
- FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 6ª edição. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2004. Tradução Roberto Machado.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 29ª reimpressão. Rio de Janeiro, Edições Graal, 2011. Tradução Roberto Machado.
- FRANCO, M.S.P. **Equipe atuante no programa de saúde da família: conceitos e possibilidades de assistência em Saúde Mental**. 2006. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, 2006.
- FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Elias Emerson. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Elias Emerson et al. (org.) **O trabalho em saúde: olhando a experiência do SUS no cotidiano**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.
- FUNDAÇÃO ABRINQ. **O fim da omissão: a implantação de polos de prevenção à violência doméstica**. Prêmio criança, 2002.
- GALDEANO, Luzia Elaine. ROSSI, Lídia Aparecida. ZAGO, Márcia Maria Fontão. Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.11, n.3, p.371-5 maio-junho, 2003.
- GENTIL, André Felix. **Dimensões de sintomas associados à resposta às cirurgias límbicas para o tratamento do transtorno obsessivo compulsivo**. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo. Programa de Psiquiatria. São Paulo, 2013. 173 p.
- GIORDANO JUNIOR, S. **A persistência da higiene e a doença mental: contribuição à história das políticas de saúde mental no Estado de São Paulo**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.
- GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.
- GOLDBERG, Jairo. **Clínica da psicose**. Rio de Janeiro: TéCorá, 1996a.
- GOLDBERG, Jairo. Reabilitação como processo: o centro de atenção psicossocial. In: PITTA, Ana Maria Fernandes. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec, 1996b.
- GRANICK, Ruth; ZEMAN, Frederic D. The aged recluse. An exploratory study with particular reference to community responsibility. **J Chronic Dis.**, 12:639-53, dec. 1960.
- GRAY, Christopher. **Streetscapes/128th St. And Fifth Ave., Former site of the Harlem house where the Collyer brothers kept all that stuff; wondering whether a Park should keep its name**. The New York Times. New York, de 23 de junho de 2002. Disponível em: <

<http://www.nytimes.com/2002/06/23/realestate/streetscapes-128th-st-fifth-ave-former-site-harlem-house-where-collyer-brothers.html>> Acesso em: 04 mar. 2014.

- GUEDES, José da Silva; SANTOS, Rosa Maria Barros dos; DI LORENZO, Rosicler A.Viegas. A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado de São Paulo (1995-2002). **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.4, p.875-883, 2011.
- GUIRAU, Marcelo Cizaurre. Uma “coleção de artefatos da vida americana”: a história como repetição em Homer&Langley, de E.L.Doctorow. **Anais do SILEL**, Uberlândia: EDUFU, v.3, n.1, 2013.
- KAMISAKI, Laura. **Sapopemba com a sua história e seus símbolos**. São Paulo, Prefeitura Municipal de São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/vila_prudente/noticias/index.php?p=11938> Acesso em: 20 ago. 2014
- KINOSHITA, Roberto Tykanori. Em busca de cidadania. In: CAMPOS, Florianita Coelho B.; HENRIQUES, Cláudio Maierovitch P. **Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos**. 2ª edição. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.
- KINOSHITA, Roberto Tykanori. Saúde Mental e a antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v.1, n.1, jan-abr. 2009.
- KRETZER, Márcia Regina; ROCHA, Eucenir R. **Avaliação da Implantação das Ações de Reabilitação no Programa da Saúde da Família (PSF) da Fundação Zerbini e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Região Sudeste – Sapopemba/Vila Prudente - período 2000/2006**. Relatório de Projeto de pesquisa. São Paulo, CNPq, 2008.
- LACAZ, Francisco Antonio de Castro; FLÓRIO, Solange Maria Ribeiro. Controle social, mundo do trabalho e as Conferências Nacionais de Saúde da virada do século XX. **Ciência&Saúde Coletiva**, v.14, n.6, p.2123-2134, 2009.
- LANCETTI, Antonio. **Saúde mental e saúde da família**. Saúde e loucura No.7. 2ª edição. São Paulo, Hucitec, 2001.
- LANCETTI, A.; Amarante, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos, G.W.C.; Minayo, M.C.S.; Akerman, M.; Drumond Jr., M.; Carvalho, Y.M. (orgs.) *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo, Editora Hucitec/ Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2006.
- LANCMAN, Selma. **Loucura e espaço urbano: um estudo sobre as relações Franco da Rocha-Juqueri**. 1995. 248 f. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1995.
- LAPLANTINE, F. **Aprender Antropologia**. 7a.edição São Paulo, Brasiliense, 1994.
- LAPLANTINE, François. **Antropologia da doença**. São Paulo, Martins Fontes, 2004.
- LAURENTI, Ruy. Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos de Classificação Internacional de Doenças. **Rev. Saúde Públ.**, S.Paulo, v.25, n.6, p.407-17, 1991.
- LEAL, Erotildes Maria; DAHL, Catarina; SERPA JR., Octavio Domont. A experiência do adoecimento em estudo de narrativas de pessoas com diagnóstico de transtornos do espectro esquizofrênico: um debate sobre a categoria a partir de achados de pesquisa. **Ci. Huma. e Soc.** em Rev.RJ, EDUR, v.36, n.1, jul/dez, p.55-67, 2014.

- LIMA, Clóvis Ricardo Montenegro. Reforma do estado e política de saúde: discussão da agenda do banco mundial e da crítica de Laurell. **Saúde em Debate**: 49-50, dez/95-mar/96.
- LONDERO, Mário Francis Petry; CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luiz Fernando. consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface (Botucatu)**, v.18, n.49, p.251-260, abr-jun, 2014.
- LOPES, José Rogério. Colecionismo e ciclos de vida: uma análise sobre percepção, duração e transitoriedade dos ciclos de vida. **Horizontes Antropológicos**. Porto Alegre, v.16, n.34, p.377-404, jul./dez. 2010.
- LOPES, Maria Cristina. **Cem anos devem mostrar o que a história do Juquery escondeu**. São Paulo, Jornal do CRP, 17(113), nov-dez, 1998. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/porta1/comunicacao/jornal_crp/113/frames/fr_denuncia.a_spx> Acesso em: 28 jul. 2014.
- LOPES, Roseli Esquerdo. **Cidadania, políticas públicas e terapia ocupacional, no contexto das ações de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência, no Município de São Paulo**. 1999 548 f. v.1 e v.2 Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.
- MACEDO, Emiliano Unzer. **Pentecostalismo e religiosidade brasileira**. 2007. 262 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em História Social, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- MACHIN, Rosana. Nem doente, nem vítima: o atendimento às “lesões autoprovocadas” nas emergências. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.5, p.1741-1750, 2009.
- MACMILLAN, Duncan. Psychiatric aspects of social breakdown in the elderly. **R Soc Health J. The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health**, v.77, n.11, p.830-6, Nov-Dec. 1957.
- MACMILLAN, Duncan; SHAW, Patrícia. Senile breakdown in standards personal and environmental cleanliness. **British Medical Journal**, 2:1032-1037, 1966.
- MAGNANI, José Guilherme. Doença mental e cura na umbanda. **Teoria e Pesquisa – Revista do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais**. 40-41, jan-jul, 2002. Disponível em: <http://n-a-u.org/?page_id=515> Acesso em: 31 ago. 2014.
- MALUF, Vladimir. **Série de TV aborda obsessão por acumular objetos; entenda o distúrbio**. UOL, mulher comportamento. 24, mar. 2011. Disponível em: <<http://mulher.uol.com.br/comportamento/noticias/redacao/2011/03/24/serie-de-tv-aborda-obsessao-por-acumular-objetos-entenda-o-disturbio.htm>> Acesso em: 07 set. 2014.
- MÂNGIA, Elisabeth Ferreira. **Asilamento Psiquiátrico no Estado de São Paulo: Constituição do panorama contemporâneo e tendências do dispositivo da psiquiatria**. 2000. 231 f. Tese (Doutorado) - 231 f. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, São Paulo, 2000.
- MATIAS, Maria Beatriz M. **Os movimentos sociais organizados em saúde mental em São Paulo de 1979-1992: a construção da Política de Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica**. 2006. 118 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

- MAUSS, Marcel. Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a de “eu”. In: _____ **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac Naify, 2003 [1938]. 367-397.
- MENDONÇA, Mary Enice Ramalho. Bicho de sete cabeças – um grito de alerta. **Comunicação & Educação**, São Paulo, (23): 91-93, jan/abr, 2002. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/comueduc/article/viewFile/37019/39741>> Acesso em: 11 ago. 2014.
- MENEZES, Renata de Castro. Uma visita ao cotolicismo brasileiro contemporâneo: a bênção de Santo Antônio num covento carioca. In: PEREIRA, João Baptista Borges. (org.). **Religiosidade no Brasil**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2012.
- MINAYO, Cecília. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. A Implantação da Unidade de Saúde da Família. **Secretaria de Políticas de Saúde**, Departamento de Atenção Básica, Brasília, DF: 2000.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório da Oficina de Trabalho para discussão do plano nacional de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. **Secretaria de Atenção à Saúde**, Brasília, DF: 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório do Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Básica, realizado em parceria MS/OPAS/UFRJ/Universidade de Harvard, 2002. **Secretaria de Atenção à Saúde**, Brasília, DF: 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório da Oficina de Saúde Mental no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva: Desafios da integração com a rede básica. **ABRASCO**, Rio de Janeiro; **Secretaria de Atenção à Saúde**, Brasília: DF 2003a.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Para entender a gestão do SUS. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, Brasília, DF: 2003b. 248 p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. 1ªed. **Secretaria Executiva**, Secretaria de Atenção a Saúde, CN-DST/AIDS. Brasília, DF: 2003c.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial. **Secretaria Executiva**, Brasília, DF: 2004a.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. HumanizaSUS: a clínica ampliada. **Secretaria Executiva**, Brasília, DF: 2004b.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar. **Secretaria Executiva**, Brasília, DF: 2004c.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. In: _____ **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, Secretaria de Atenção à Saúde, 2004d.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, Secretaria de Atenção à Saúde, 2004e.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15anos depois de Caracas. **Secretaria de Atenção à Saúde**, Brasília, DF: nov.2005.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Brasília, DF: 2007a. 68 p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Avaliação das pessoas com deficiência para o acesso ao Benefício de Prestação Continuada da assistência social: um novo instrumento baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Ministério da Previdência Social**, Brasília, DF: 2007b.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. **Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE**, Brasília, DF: jan. 2007c, 85p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Brasília, DF: 2010.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental em Dados - 10**. Brasília, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, 7(10) 2012.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica: saúde mental. **Secretaria de Atenção à Saúde**, Departamento de Atenção Básica, Saúde mental, Brasília, DF: 2013. 176 p. Cadernos de Atenção Básica, n. 34.
- MINISTÉRIO PÚBLICO. Ação civil pública. **Procuradoria da República no Estado de São Paulo**. São Paulo, 23 mai. 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/Cliente/Documents/rosangela/doutorado2/capitulos%20tese/PSF/ministerio%20pu.pdf>> Acesso em: 21 ago. 2014.
- NAKAMURA, Eunice; GUTIERRES, Kellen, Alves; COHN, Amélia; O traço normatizador das práticas das equipes do PSF. In: COHN, Amélia (org.) **Saúde da família e SUS: convergências e dissonâncias**. Rio de Janeiro: Beco do Azogue; São Paulo: CEDEC, 2009.
- NASCIMENTO, C.C. **Apoio matricial em saúde mental: possibilidades e limites no contexto da reforma psiquiátrica**. 2007 176 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem – USP, São Paulo, 2007.
- NERY, Maria da Penha; COSTA, Liana Fortunato; CONCEIÇÃO, Maria Inês Gandolfo. O sociodrama como método de pesquisa qualitativa. **Paidéia** v.16, n.35, p.305-313, 2006.
- NEVES, Delma Pessanha. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.7-36, jan-fev, 2004.
- NICÁCIO, Fernanda. Os dados do Censo Psicossocial: situação jurídica e institucionalização. Sem data. Disponível em: <http://observasaude.fundap.sp.gov.br/BibliotecaPortal/Acervo/Condi%C3%A7%C3%B5es%20e%20Condicionantes%20de%20Vida%20e%20Sa%C3%BAde/Sa%C3%BAde%20Mental/os_dados_do_censo_psicossocial_situacao_juridica_e_processo_de_institucionalizacao_fernanda_nicacio.pdf> Acesso em: 07 ago. 2014.
- OBSERVATÓRIO CIDADÃO NOSSA SÃO PAULO. Distrito de Sapopemba. São Paulo, Observatório, 2011. Disponível em: <<http://www.nossasaopaulo.org.br/observatorio/index.php>> Acesso em: 20 ago. 2014.

- OBSERVATÓRIO DAS VIOLÊNCIAS POLICIAIS – SP. Operação saturação da Secretaria de Segurança Pública, em Sapopemba. CEHAL-PUC-SP. São Paulo, 06, dez, 2005. Disponível em: <http://www.ovp-sp.org/protestos_dossie_sapopemba.htm> Acesso em: 21 ago. 2014.
- OLIVA, Eduardo M. Conductas de acumulación. **Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica**, v.17, n.4, p.293-301, 2012.
- OLIVER, Fátima Correia. **Saúde mental e saúde da pessoa com deficiência: estudo do processo de incorporação de assistência pelos serviços municipais de saúde numa região do município de São Paulo (1989-1995)**. 1998 248 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
- OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional das Doenças – CID-10**. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo: EDUSP, 2007.
- OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Departamento de Saúde Mental. Genebra, 2000.
- ORTEGA, Francisco. Corpo e tecnologias de visualização médica: entre a fragmentação na cultura do espetáculo e a fenomenologia do corpo vivido. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(1): 237-257, 2005.
- PACHECO e SILVA, A.C. Saúde mental e patologia social. **Problemas Brasileiros**, São Paulo, SESC, abr. 1975.
- PAIM, Jairnilson Silva. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: Fleury, S. (Org). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: UDUFBA; Rio de Janeiro: FioCruz, 2008.
- PAUL, N. Incurable suffering from the “hiatus theoreticus”?: some epistemological problems in modern medicine and the clinical relevance of philosophy of medicine. **Theoretical Medicine and Bioethics**, Dordrecht, v. 19, p.229-251, 1998.
- PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, v.11, n.2, p.241-58, maio-ago. 2004.
- PEGORARO, Renata Fabiana; CALDANA, Regina Helena Lima. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. **Saúde Soc. São Paulo**, v.17, n.2, p.82-94, 2008.
- PEREIRA, Ana Tereza da Silva. et al. O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 (Sup. 1): S123-S133, 2008.
- PINCHÓN-RIVIÉRE, E. Vínculo e teoria dos três D (depositante, depositário e depositado). Papel e status. In: _____ Teoria do vínculo. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1986.
- PINTO, Nicanor R.S.; TANAKA, Oswaldo Yoshimi; SPEDO, Sandra Maria. Política de saúde e gestão no processo de (re)construção do SUS em município de grande

- porte: um estudo de caso de São Paulo, Brasil. **Cad.Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, p.927-938, abr, 2009.
- PITTA, Ana Maria Fernandes; GOLDBERG, L. I. Os Centros de Atenção Psicossocial: Espaços de Reabilitação? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 43, n.12, p. 647-654, 1996.
- PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.12, p.4579-4589, 2011.
- PITTA-HOISEL, Ana Maria. **Sobre uma política de saúde mental**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva, São Paulo, 1984.
- PORTAL BRASIL. Numero de equipes que atuam na Atenção Básica de Saúde aumenta em 19 estados. Brasil, Governo Federal, 19, jul. 2012. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/07/cresce-o-numero-de-equipes-que-atuam-na-atencao-basica-de-saude>> Acesso em: 21 ago. 2014.
- PUGIN, Simone R.; NASCIMENTO, Vânia B. do. **Principais marcos das mudanças institucionais no setor saúde (1974-1998)**. São Paulo: CEDEC, 1999. Série Didática, no. 1. Orientação Amélia Cohn.
- RABELO, Miriam Cristina M.; CUNHA, Litza A.; SCHAEPPPI, Paula B. Religião, imagens e experiências de aflição: alguns elementos para a reflexão. In: RABELO, Miriam Cristina M; ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A. (org.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 1999.
- REGO, Rita de Cásssia Franco; BARRETO, Maurício L.; KILLINGER, Cristina Larrea. O que é lixo afinal? Como pensam mulheres residentes na periferia de um grande centro urbano. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p.583-1592, nov-dez, 2002.
- RIOS, Izabel Cristina; SCHRAIBER, L.B. Uma relação delicada: estudo do encontro professor-aluno. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.36, p.39-51, jan./mar. 2011.
- RIQUELME, Horácio. Nicarágua: processo de constituição da atenção psicossocial. **Temas IMESC**, São Paulo, v.3, n.2, p.183-94, 1986.
- ROCHA, Everardo. **O que é etnocentrismo**. São Paulo: Editora Brasiliense, 2006.
- ROHDEN, Fabíola. Diferenças de gênero e medicalização da sexualidade na criação do diagnóstico das disfunções sexuais. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 17(1): 296, janeiro-abril/2009.
- ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. E afinal, quem cuida dos cuidadores? In: Ministério da Saúde. **Cadernos da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2001.
- ROTELLI, Franco. A instituição inventada. In: Nicácio, Fernanda (org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990, p.89-112.
- RUSSEL, Bertrand. **História da filosofia ocidental**. São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1957.

- RUSSO, Jane A.; PONCIANO, Ednal L. T. Sujeito da neurociência: da naturalização do homem ao re-encantamento da natureza. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.345-373, 2002.
- RUSSO, Jane A.; VENÂNCIO, Ana Teresa A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. **Rev.Latinoamericana Psicopat. Fund.**, v.IX, n.3, set/2006, p.460-483.
- RUSSO, Jane; VENÂNCIO, Ana Tereza A.; FERREIRA, Silvana Araújo T.; HENNING, Martha F. Entre o corpo e a mente: a noção de indivíduo na assistência de um hospital psiquiátrico universitário. In: LEIBING, Annette. **Tecnologias do corpo: uma antropologia das medicinas no Brasil**. Rio de Janeiro: NAU editora, 2004.
- SANTANA, Milena Lopes; CARMAGNANI, Maria Isabel. Programa de saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Revista Saúde e Sociedade**, v.10, n.1, p.33-53, 2001.
- SANTOS, Kauê Lopes dos. **Sob mesmo teto. Pobreza e globalização na periferia de São Paulo**. 2011 163 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- SANTOS, Milton. **Da totalidade ao lugar**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2005.
- SÃO BERNARDO DO CAMPO. **Relatório final: etapa estadual de saúde mental, intersetorial de São Paulo. Plenária estadual de saúde mental intersetorial**. São Bernardo do Campo, 2010.
- SÃO PAULO (município) Prefeitura do Município de São Paulo. **Lei No. 11.220**. Dispõe sobre a criação dos Distritos de Saúde no Município de São Paulo. São Paulo, 20 de maio de 1992.
- SÃO PAULO (município) Prefeitura do Município de São Paulo. **Lei Municipal No. 15.442**. Dispõe sobre a limpeza de imóveis, o fechamento de terrenos não edificadas e a construção e manutenção de passeios, bem como cria o Disque-calçadas; revoga as Leis No. 10.508, de 4 de maio de 1988.
- SÃO PAULO (município) Prefeitura do Município de São Paulo. **Lei Municipal No. 12.993**, de 24 de maio de 2000, art. 167 e o correspondente item constante do Anexo VI da lei No. 13.478 de 30 de dezembro de 2002, e 9 de setembro de 2011.
- SÃO PAULO (município) Prefeitura do Município de São Paulo. **Lei Municipal No. 13.399**. Dispõe sobre a criação de Subprefeituras no Município de São Paulo, e dá outras providências. 1º de agosto de 2002.
- SÃO PAULO (município) Prefeitura Municipal de São Paulo. **Lei Municipal No. 14.132**. Dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais. Prefeitura Municipal de São Paulo. São Paulo, 24 de janeiro de 2006.
- SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Diretrizes e parâmetros norteadores das ações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. Coordenação da Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família. São Paulo, SP: 2009.
- SÃO PAULO (município) Prefeitura do Município de São Paulo. **Lei Municipal No. 15.733**. Introduce alterações na Lei. No. 15.442, de 9 de setembro de 2011, bem como torna sem efeito multas aplicadas, conforme especifica. 3 de maio de 2013.

- SARACENO, Benedeto. et al. **Evaluation of psychiatric services: hard and soft indicators.** WHO/MNH/MND, Geneva, 1993.
- SARACENO, Benedeto. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível.** 2ª edição. TeCorá Editora/Instituto Franco Basaglia: Belo Horizonte/Rio de Janeiro, 2001a. Tradução de Lúcia Helena Zanetta, Maria do Carmo Zanetta e Willians Valentini.
- SARACENO, Benedeto. **Manual de Saúde Mental.** São Paulo: Hucitec, 2001b. 3ª edição.
- SARTI, Cynthia Andersen. A família como ordem moral. **Cad. Pesq.**, São Paulo, 91: 46-53, nov. 1994.
- SARTI, Cynthia Andersen. Porque usar técnicas etnográficas no mapeamento. In: LESCHER, Ana Danny (org). **Cartografia de uma rede: reflexões sobre um mapeamento da circulação de crianças e adolescentes em situação de rua da cidade de São Paulo.** PROAD/Projeto Quixote, São Paulo, 1998a.
- SARTI, Cynthia Andersen. A assimetria no atendimento à saúde: quem é o necessitado? **XXII Encontro Anual da ANPOCS.** GT “Pessoa, corpo e saúde”. Caxambu, 27 a 31 out., 1998b.
- SARTI, Cynthia Andersen. A dor, o indivíduo e a cultura. **Saúde e Sociedade**, v.10, n.1, p.3-13, 2001.
- SARTI, Cynthia Andersen. O atendimento de emergência a corpos feridos por atos violentos. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.107-126, 2005.
- SARTI, Cynthia Andersen. O lugar da família no programa de Saúde da Família. In: TRAD, Leny A.B. (org.) **Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. p. 91-103 Coleção Criança, Mulher e Saúde.
- SARTI, Cynthia Andersen. **A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres.** São Paulo: Editora Cortez, 2011. 7ª edição.
- SCARCELLI, Ianni Régia. **O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo 1989 – 1992.** 1998 149p. f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia da USP, São Paulo, 1998.
- SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval. **Saúde mental e atenção básica na cidade de São Paulo.** VII Simpósio Nacional de Práticas Psicológicas em Instituição – Fronteiras da Ação Psicológica: entre educação e saúde. São Paulo: PUC, 2007.
- SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval. Pesquisa participante e formação ética do pesquisador na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.2, p.391-398, 2008.
- SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval; NEVES, Tatiana Freitas Stockler das. O trabalho do agente comunitário de saúde e a política de atenção básica em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v.13, n.2, p.225-240, 2010.
- SCOREL, Sara; TEIXEIRA, Luiz Antonio. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, Lúcia (org.) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

- SCOTT, Parry. Gênero, família e comunidades: observações e aportes teóricos sobre o programa saúde da família. In: VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone. **Gênero e saúde: programa de saúde da família em questão**. Rio de Janeiro: ABRASCO, Rio de Janeiro/ UNFPA, Brasília, 2005. P. 73-98.
- SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA (Governo do Estado de São Paulo). Na zona sul, polícia militar fecha o cerco contra a criminalidade. Governo do Estado de São Paulo, São Paulo, 09, mai. 2006. Disponível em: <<http://www.ssp.sp.gov.br/noticia/lenoticia.aspx?id=10373>> Acesso em: 21 ago. 2014.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Rede de Atenção Psicossocial, Proposta de adesão – RAAS06**. São Paulo, Grupo Conductor Regional de Saúde Mental. São Paulo, s/d.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Estratégia saúde da família. Prefeitura Municipal de São Paulo, s/d. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/esf/index.php?p=17783> Acesso em: 21 ago. 2014.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Instrumento normativo para monitoramento técnico administrativo e financeiro dos serviços de saúde mental no município de São Paulo**. Prefeitura Municipal de São Paulo, Coordenação da Atenção Básica, abr. 2012.
- SERPA JR., Octavio Domont de. Indivíduo, organismo e doença: atualidade de “O normal e o patológico” de Georges Canguilhem. s/d. Disponível em: <<http://www.psi.puc-rio.br/Octavio.html>> Acesso em: 01 jul. 2014.
- SERPA JR., Octavio Domont de. **Indivíduo, organismo e doença: atualidade de “O normal e o patológico” de Georges Canguilhem**. Disponível: <<http://www.psi.puc-rio.br/Octavio.html>> Acesso em: 01 jul, 2014.
- SHAW, PH. Social breakdown in the elderly. **R Soc Health J**. The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health, v.77, n.11, p.823-30 Nov-Dec., 1957.
- SILVA, Andrea Tenório Correia da et al. Núcleos de apoio à saúde da família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da atenção primária no município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.11, p.2076-2084, nov. 2012a.
- SILVA, Antônio Geraldo da. **Carta aberta ao Ministro da Saúde**. Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria, 27 jan. 2011. Disponível em: <<http://www.abpbrasil.org.br/>> Acesso em: 26 mar. 2011
- SILVA, Joana Azevedo; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- SILVA, Vagner Gonçalves da. Concepções religiosas afro-brasileiras e neopentecostais: uma análise simbólica. In: PEREIRA, João Baptista Borges. (org.). **Religiosidade no Brasil**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2012b.
- SOARES, Isabela Dias. **Colecionismo patológico: avaliação clínica e psicométrica**. 2007 106p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- SONTAG, Susan. **Doença como metáfora: AIDS e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

- SOUSA, Giane Carvalho. **O agente comunitário de saúde e a saúde mental: percepções e ações na atenção às pessoas em sofrimento mental.** 2007 106 f. Dissertação (Mestrado) - São Paulo, 2007. Escola de Enfermagem - USP.
- SOUZA, Renilson Rehem de. **O sistema público de saúde brasileiro.** Seminário Internacional: tendências e desafios dos sistemas de saúde nas Américas. São Paulo, 11 a 14 agosto de 2002. Ministério da Saúde, Brasília, 2002.
- SOUZA, Rosângela Gomes de. **Saúde mental e saúde da família: relato de experiência da equipe de saúde mental no PSF-QUALIS II (Sapopemba – Vila Prudente- São Paulo).** III Conferência Nacional de Saúde Mental. Ministério da Saúde, 2001.
- STUMPF, Bárbara Perdigão; ROCHA, Fábio Lopes. Síndrome de Diógenes. **J Bras Psiquiatr.**, v.59, n.2, p.156-159, 2010.
- TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. O dilema da reforma sanitária brasileira. In: Berlinguer, G.; Teixeira, S.M.F.; Campos, G.W.S. (Orgs.) **Reforma sanitária: Itália e Brasil.** São Paulo: Hucitec/CEBES, 1988.
- TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o sistema único de saúde (SUS). **RAE**, São Paulo, v.49, n. 4, out/dez. 2009, p. 472-480.
- TÓFOLI, Luís Fernando; FORTES, Sandra. Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. **SANARE – Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v.6, n.2, p.34-42, jul/dez. 2005/2007.
- TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.73-85, jan, 2001.
- TURECKI, Gustavo. Genética da esquizofrenia: a complexa relação entre a variabilidade genotípica e a predisposição ao fenótipo. In: SHIRAKAWA, Itiro; MARI, Jair de Jesus; CHAVES, Ana Cristina. **O desafio da esquizofrenia.** São Paulo: Editorial Lemos, 1998.
- VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. In: _____ (org.) **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira.** São Paulo: Editora Hucitec, 2010.
- VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil, seus desafios e propostas. **Cad. Bras. Saúde Mental**, 1(1), jan-abr. 2009 (CD-ROM). Disponível em <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1000/1112>> Acesso em: 03 ago. 2014.
- VELHO, Gilberto. Observando o familiar. In: NUNES, Everardo. O. (org). **A aventura antropológica: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social.** Rio de Janeiro, Zahar Editora, 1978.
- VENÂNCIO, Ana Teresa A. Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. **História, Ciências, Saúde. Manguinhos**, v.10, n.3, p.883-900, set/dez. 2003.
- VENTURA, Magda Maria. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Rev. SOCERJ**, v.20, n.5, p.383-386. Set/out 2007.

- VIEIRA, M.C.T.; VICENTIN, M.C.G.; FERNANDES, M.I.A. (Orgs.) **Tecendo a rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo 1989-1996**. Taubaté/SP: Cabral Editora Universitária, 1999.
- WEISS, K. J. Hoarding, hermitage, and the law: why we love the Collyer brothers. **Journal of the American Academy of Psychiatric and the Law**, v.38, n.2, p. 251-257, 2010.
- YACUZZI, Enrique. **El estudio de caso como metodología de investigación: teoría, mecanismos causales, validación**. 2005. (Serie Documentos de Trabajo). Disponível em: <<http://www.ucema.edu.ar/publicaciones/download/documentos/296.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2014.
- YASSUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2010.
- YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2ª edição. Porto Alegre: Bookman, 2001. Tradução Daniel Grassi.
- ZAMBENEDETTI, Gustavo. **Configurações da rede na interface saúde mental e saúde pública: uma análise a partir das Conferências Nacionais de Saúde e Saúde Mental**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. Porto Alegre, 2008.

REFERENCIAS DE AUDIOVISUAL

BODANZKY, Laís. **Bicho de sete cabeças**. Brasil. Ano: 2000; Duração: 80 min.

FRANÇA, Alfeu. **Irmãos Collyer: uma fábula do acúmulo**. Rio de Janeiro, 2006.
Documentário curta. Duração: 21min. Diretor: Alfeu França. Disponível em:
<<http://curtadoc.tv/curta/comportamento/irmaos-collyer-uma-fabula-do-acumulo/>>
Acesso em: 16 fev. 2014.

PRADO, Marcos. **Estamira**. Europa Filmes, 2005. Duração: 212 min.

FONTE DOCUMENTAL

1ª CNSM

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Propostas de política de saúde mental da nova República. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde/Divisão Nacional de Saúde Mental, Brasília, 1985. In: _____ **I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. 43p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Mental, 25 a 28 de junho de 1987: relatório final**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. 45p.

2ª CNSM

ABRASCO. Comissão de Saúde Mental. Conferência de Saúde Mental. Oficina: Reforma Psiquiátrica – a questão das novas tecnologias de cuidado. Relatório Final. Porto Alegre, 16 e 17 maio, 1992. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **2ª Conferência Nacional de Saúde Mental: a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil, modelo assistencial, direito à cidadania**. Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de Saúde, Brasília, 1992. 123p.

ALVES, Domingos Sávio do Nascimento; SEID, Eliane Maria Fleury; SCHECHTMAN, Alfredo; Silva, Rosane Correia. Elementos para uma análise da assistência em saúde mental no Brasil. Departamento de Programas de Saúde da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **2ª Conferência Nacional de Saúde Mental: a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil, modelo assistencial, direito à cidadania**. Brasília, Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de Saúde, 1992. 123p.

FBH. Federação Brasileira de Hospitais. Programa de Atenção em Saúde Mental. Brasília, 30 jul, 1991. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **2ª Conferência Nacional de Saúde Mental: a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil, modelo assistencial, direito à cidadania**. Brasília, Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de Saúde, 1992. 123p.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Reforma psiquiátrica e cidadania: o debate legislativo. Saúde Debate 35, jul, 1992. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **2ª Conferência Nacional de Saúde Mental: a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil, modelo assistencial, direito à cidadania**. Brasília, Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de Saúde, 1992. 123p.

BRASIL. Portaria No. 189, de 19 de novembro de 1991. Diário Oficial, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Brasília, 11 dez., 1991. In: _____ **2ª Conferência Nacional de Saúde Mental: a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil, modelo assistencial, direito à cidadania**. Brasília, Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de Saúde, 1992. 123p.

- BRASIL. Portaria No. 224 de 29 de janeiro de 1992. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Diário Oficial, Brasília, 30 de jan, 1992b. In: _____ **2ª Conferência Nacional de Saúde Mental: a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil, modelo assistencial, direito à cidadania.** Brasília, Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de Saúde, 1992. 123p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. I Conferência Nacional de Saúde Mental, 25 a 28 de junho, 1987. Relatório final. In: _____ **2ª Conferência Nacional de Saúde Mental: a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil, modelo assistencial, direito à cidadania.** Brasília, Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de Saúde, 1992. 123p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **2ª Conferência Nacional de Saúde Mental: a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil, modelo assistencial, direito à cidadania.** Brasília, Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de Saúde, 1992. 123p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil.** Brasília, Secretaria de Assistência à Saúde (SAS)/Departamento de Assistência e Promoção à Saúde/Coordenação de Saúde Mental, 1994. 36p.
- ONU. Organização das Nações Unidas. A proteção de pessoas com enfermidade mental e a melhoria da assistência à saúde mental. 17 dez, 1991. Tradução: Messias Liguori Padrão e Sylvio Giodarno Júnior (Prefeitura Municipal de São Paulo, Secretaria de Saúde, Programa de Saúde Mental, jun, 1992). In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **2ª Conferência Nacional de Saúde Mental: a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil, modelo assistencial, direito à cidadania.** Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de Saúde, Brasília, 1992. 123p.
- OPAS/OMS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração de Caracas. 1990. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **2ª Conferência Nacional de Saúde Mental: a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil, modelo assistencial, direito à cidadania.** Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de Saúde, Brasília, 1992. 123p.
- PITTA, Ana Maria Fernandes, DALLARI, Sueli Gandolfi. A cidadania dos doentes mentais no sistema de saúde do Brasil. Saúde Debate, 36, out, 1992. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **2ª Conferência Nacional de Saúde Mental: a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil, modelo assistencial, direito à cidadania.** Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de Saúde, Brasília, 1992. 123p.
- RODRIGUES FILHO, Salomão. Saúde mental e cidadania: necessidade de uma nova legislação. Seminário Atenção a Saúde Mental no Brasil. Comissão de Assuntos Sociais, Senado Federal, jun, 1991. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **2ª Conferência Nacional de Saúde Mental: a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil, modelo assistencial, direito à cidadania.** Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de Saúde, Brasília, 1992. 123p.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Avaliação dos avanços recentes em legislação psiquiátrica no plano internacional: uma contribuição ao debate sobre a reforma da lei psiquiátrica no Brasil. *J Brás Psiq.*, v.39, n.5, p.228-235, 1990. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **2ª Conferência Nacional de Saúde Mental: a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil, modelo assistencial, direito à cidadania**. Brasília, Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de Saúde, 1992. 123p.

3ª CNSM

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **III Conferencia Nacional de Saúde Mental – pré-conferência. Seminário Nacional sobre aplicação e regulamentação da Lei 10.216**. Brasília, Ministério da Saúde, 2001b. 21p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **III Conferencia Nacional de Saúde Mental: Caderno de textos**. Brasília, Ministério da Saúde, 2001c. 204p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. **III Conferencia Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo**. Brasília, Ministério da Saúde, 2001d. 63p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório final da III Conferencia Nacional de Saúde Mental, 11 a 15 de dezembro de 2001**. Brasília, Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002b, 213p.

BARROS, Fernanda Ottoni de. PAI-PJ – Projeto de atenção interdisciplinar ao paciente judiciário. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **III Conferencia Nacional de Saúde Mental: Caderno de textos**. Brasília, Ministério da Saúde, 2001c. 204p.

4ª CNSM

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210p.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 6ª região (CRP-SP). **Para além dos manicômios judiciários: a reforma psiquiátrica antimanicomial e sua implementação na execução das medidas de segurança**. Brasília, 2011. Textos da Tribuna Livre.

ANEXO 1: Termo de consentimento livre e esclarecido para o **profissional** de saúde.

Título do Projeto: “Sofrimento e cuidado a partir de uma Unidade Básica de Saúde, com Estratégia Saúde da Família, no Município de São de Paulo”.

O Sr(a) está sendo convidado a participar dessa pesquisa a qual tem por objetivo compreender as concepções de sofrimento e cuidado a partir de situações-problemas acolhidos pelos profissionais da Saúde da Família de uma Unidade Básica de Saúde, no município de São Paulo. O estudo será realizado com os profissionais dessa equipe, com o paciente envolvido na situação-problema escolhida pela equipe, com os familiares e outras pessoas do convívio social do paciente.

O procedimento dessa pesquisa consiste em participação nas atividades diárias da UBS Iguazú – sem implicações diretas no atendimento aos usuários do serviço - e em entrevistas com alguns profissionais. Essa última etapa será previamente agendada com aqueles que concordarem em participar das entrevistas; as entrevistas serão gravadas e transcritas posteriormente.

Essas informações visam sua participação voluntária nesse estudo o qual não terá um benefício direto para os participantes por se tratar de um estudo qualitativo que visa analisar as concepções de sofrimento e cuidado.

É garantido ao Sr(a):

- A liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu trabalho ou tratamento na Unidade de Saúde.
- O direito de confidencialidade: as informações obtidas serão analisadas somente pelo pesquisador, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante, estando garantida a privacidade e anonimato dos profissionais envolvidos;
- O direito de ser mantido atualizado e informado sobre os resultados da pesquisa em todas as suas fases.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A pesquisadora é Rosângela Gomes da Mota de Souza que pode ser encontrada no endereço Rua Botucatu, 740 – 4º andar ou pelo Telefone 5576 4848 (secretaria da pós-graduação). Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@unifesp.br ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS, Rua General Jardim, 36 – 1º andar, Informações/ dúvidas: Fone: 3397-2464 / Fax: 3397-2465 - E-mail: smscep@gmail.com.

Esclareço que não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. O pesquisador se compromete a utilizar os dados e o material coletado somente para essa pesquisa.

Assim, esclarecido, acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Sofrimento e cuidado a partir de uma Unidade Básica de Saúde, com Estratégia Saúde da Família, no Município de São de Paulo”.

São Paulo, ___ de _____ de _____.

Assinatura do profissional

Nome legível: _____

R.G.: _____

Somente para o responsável do projeto: Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

ANEXO 2: Termo de consentimento livre e esclarecido para o usuário do serviço de saúde.

Título do Projeto: “Sofrimento e cuidado a partir de uma Unidade Básica de Saúde, com Estratégia Saúde da Família, no Município de São de Paulo”.

O Sr(a) está sendo convidado a participar dessa pesquisa a qual tem por objetivo compreender as concepções de sofrimento e cuidado a partir de situações-problemas acolhidos pelos profissionais da Saúde da Família de uma Unidade Básica de Saúde, no município de São Paulo. O estudo será realizado com os profissionais dessa equipe, com o paciente envolvido na situação-problema escolhida pela equipe, com os familiares e outras pessoas do convívio social do paciente.

Essas informações visam sua participação voluntária nesse estudo o qual não terá um benefício direto para o senhor(a) por se tratar de um estudo que visa compreender as noções de sofrimento e cuidado para pessoas em situação de sofrimento.

É garantido ao Sr(a):

- A liberdade de retirada desse consentimento a qualquer momento e assim deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Unidade Básica de Saúde Iguacú.
- O direito de confidencialidade: as informações obtidas serão analisadas somente pelo pesquisador, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante, estando garantida a privacidade e anonimato dos sujeitos envolvidos nesse estudo;
- O direito de ser mantido atualizado e informado sobre os resultados da pesquisa em todas as suas fases.

Em qualquer etapa do estudo o Sr(a) terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A pesquisadora é Rosângela Gomes da Mota de Souza que pode ser encontrada no endereço Rua Botucatu, 740 – 4º andar ou pelo Telefone 5576 4848 (secretaria de pós-graduação). Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, e-mail: cepunifesp@unifesp.br ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS, Rua General Jardim, 36 – 1º andar, Informações/ dúvidas: Fone: 3397-2464 / Fax: 3397-2465 - E-mail: smscep@gmail.com.

Esclareço que não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. O pesquisador se compromete a utilizar os dados e o material coletado somente para essa pesquisa.

Assim, esclarecido, acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Sofrimento e cuidado a partir de uma Unidade Básica de Saúde, com Estratégia Saúde da Família, no Município de São de Paulo”.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente

Assinatura do representante legal

Nome legível: _____

Nome legível: _____

R.G.: _____

R.G.: _____

Somente para o responsável do projeto: Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desse paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

ANEXO 3: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo.



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0186.0.162.162-10

São Paulo, 14 de Janeiro de 2011
PARECER N° 22/11 – CEP/SMS

Ilma Sra
Rosângela Gomes de Mota Souza

Projeto de Pesquisa: Sofrimento e cuidado a partir de uma Unidade Básica de Saúde, com estratégia Saúde da Família, no Município de São Paulo

Pesquisador Responsável: Rosângela Gomes de Mota Souza

Instituição: UNIFESP Departamento de Medicina Preventiva

Patrocinador: pretende solicitar auxílio financeiro a agência de fomento.

I. Sumário Geral do Protocolo

Objetivo geral é buscar compreender as concepções de sofrimento e cuidado a partir da construção das situações-problemas acolhidas pelos profissionais da saúde da Família de uma Unidade Básica de saúde, município de São Paulo.

Objetivos específicos:

1. Compreender como o problema se constitui enquanto problema-demanda de saúde mental/psiquiátrico/psicológico pelos profissionais de saúde da família, pelo sujeito identificado no centro da situação-problema e pelas pessoas envolvidas na situação-problema;
2. A partir da situação-problema:
 - Compreender as concepções de sofrimento dos profissionais de saúde, do sujeito e das pessoas de sua rede social;
 - Compreender as concepções de cuidado dos profissionais de saúde, do sujeito e das pessoas de sua rede social.

Método:

Trata-se de um estudo etnográfico, no qual a pesquisadora se propõe a combinar as estratégias de observação participante com a utilização do diário de campo e entrevistas semi-estruturadas.

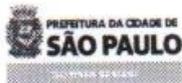
A proposta é iniciar com a apresentação do projeto na reunião mensal da UBS Iguazu. Uma vez que a equipe tenha concordado e assinado os TCLEs, a pesquisadora iniciará a observação participante da rotina da UBS. E observação participante nas reuniões das equipes de saúde da família incluindo levantamento das situações-problemas que a equipe considerou como necessitando de auxílio dos profissionais de saúde mental.

A escolha dos pacientes será construída em conjunto com os profissionais de saúde da família e o processo será registrado no diário de campo. À medida que for conhecendo cada paciente, a pesquisadora identificará as outras pessoas/instituições envolvidos na rede de cuidados em saúde e saúde mental da pessoa em situação de sofrimento. Será incluído, nesta pesquisa, o maior número possível de pessoas da rede social do paciente.

A análise dos dados será realizada simultaneamente à coleta dos dados.

II. Considerações

Local de Realização - o projeto não é multicêntrico. A autora é brasileira e não conta com nenhum financiamento. Pelo referido no cronograma, parece que a pesquisadora pretende solicitar bolsa para alguma agência de fomento.



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0186.0.162.162-10

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, o currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa. Cronograma e orçamento detalhado estão adequados. Há tratamento adequado dos dados e pertinência e valor científico no estudo proposto.

A metodologia é adequada aos objetivos, não impõe nenhuma condição de risco/desconforto ao sujeito da pesquisa.

Os participantes da pesquisa são portadores de sofrimento mental, porém a possibilidade de que sejam ouvidos, bem como seus familiares e cuidadores pode trazer benefício direto aos envolvidos. Além disso, trata-se de estudo relevante inovador, cujos resultados podem contribuir para o aprimoramento do atendimento destes pacientes e de sua família.

Os direitos fundamentais do sujeito de pesquisa estão garantidos.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - É conciso e objetivo. A linguagem é adequada ao nível sócio-cultural dos sujeitos de pesquisa, porém foi solicitado retirar termos técnicos: observação participante, entrevista. Feito isto o relator considerou adequado.

Há descrição suficiente dos procedimentos e explicitação das garantias referidas no item IV. 1 da Res.CNS 196/96. Permite a saída do sujeito da pesquisa, sem prejuízo de seus cuidados possibilitando uma decisão consciente do sujeito da pesquisa.

São descritos e adequados os procedimentos e responsáveis pela obtenção do TCLE.

Faltava, entretanto solicitar a autorização do responsável pela pessoa portadora de sofrimento mental, caso esta pessoa não possa tomar esta decisão por si mesma.

Foi solicitado em pendência que se elaborassem formas de proteção aos sujeitos envolvidos pois pessoas com problemas mentais graves e capacidade de discernimento comprometida foram incluídas no projeto.

A pesquisadora esclareceu que o convite será feito ao paciente por meio de alguns encontros na UBS com o possível sujeito de pesquisa, seu responsável legal e/ou familiar e um profissional da UBS. Será explicado o objetivo dessa pesquisa em linguagem adequada e acessível ao paciente e, se houver, ao seu representante legal.

A leitura do TCLE será realizada em conjunto com os prováveis sujeitos da pesquisa a fim de esclarecer mais uma vez as eventuais dúvidas. Sendo assim, a leitura e assinatura do TCLE serão mais uma das etapas do processo de negociação de entrada ou não do sujeito na pesquisa.

O processo de obtenção do TCLE será registrado no diário de campo e, se constituíra em material para análise.

III - Situação do Protocolo – Aprovado

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. 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. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

José de Araújo Lima Filho
 Coordenador

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

IGeMP/ba

* Rua General Jardim, 36 – 1º andar – V. Buarque - fone: 3397.2464 – email: smscep@gmail.com
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/comite_de_etica/

Página 2/2

ANEXO 4: Parecer do CEP da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

São Paulo, 18 de fevereiro de 2011.
CEP 1326/10

Ilmo(a). Sr(a).
Pesquisador(a) ROSANGELA GOMES DA MOTA DE SOUZA
Co-Investigadores: Cynthia Andersen Sarti (orientadora), Regia Cristina Oliveira
Disciplina/Departamento: Ciências Humanas em Saúde da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo
Patrocinador: Recursos Próprios.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: **"Sofrimento e cuidado a partir de uma Unidade Básica de Saúde, com Estratégia Saúde da Família, no Município de São Paulo"**.

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Observacional.

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: Sem risco, sem procedimento invasivo.

OBJETIVOS: Buscar compreender as concepções de sofrimento e cuidado a partir da construção das situações-problemas acolhidas pelos profissionais da Saúde da Família de uma Unidade Básica de Saúde, no município de São Paulo..

RESUMO: A pesquisa será desenvolvida na UBS Iguaçu em Sapopemba. Para coleta de dados serão combinadas estratégias de observação participante, com a utilização de diário de campo contendo anotações objetivas, impressões, questionamentos, etc. Em algumas situações poderão ser utilizadas entrevistas semi-estruturadas. A pesquisa seguirá a seguinte ordem: apresentação do projeto de pesquisa em Reunião Geral da Unidade de Saúde, observação participante da rotina da unidade de saúde e observação participante nas reuniões das equipes de saúde da família, incluindo o levantamento das situações-problemas que a equipe considerou como necessitando de auxílio dos profissionais de saúde mental..

FUNDAMENTOS E RACIONAL: Estudos etnográficos no Brasil ainda são escassos, mesmo considerando os estudos de etnopsiquiatria ou de psiquiatria transcultural. Faz-se necessário buscar compreender, de um ponto de vista qualitativo, como o serviço de saúde, as pessoas envolvidas na rede social do sujeito em situação de sofrimento psíquico compreendem o que seja esse problema e quais as saídas elas constroem..

MATERIAL E MÉTODO: Estão descritos os procedimentos do estudo, apresentando autorização do local onde a pesquisa será conduzida..

TCLE: Adequado, contemplando a resolução 196/96.

DETALHAMENTO FINANCEIRO: Sem financiamento externo - R\$ 1289,00.

CRONOGRAMA: 18 meses.

OBJETIVO ACADÊMICO: Doutorado.

ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: **13/2/2012 e 12/2/2013.**



FOI APRESENTADA CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO – DATADO DE 14 DE JANEIRO DE 201.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU** e **APROVOU** o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

1326/10

ANEXO 5: Carta de Bauru.

ENCONTRO NACIONAL
 "20 ANOS DE LUTA POR UMA
 SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS"

BAURU-SP, 6, 7, 8 E 9 DE DEZEMBRO/2007

MANIFESTO DE BAURU

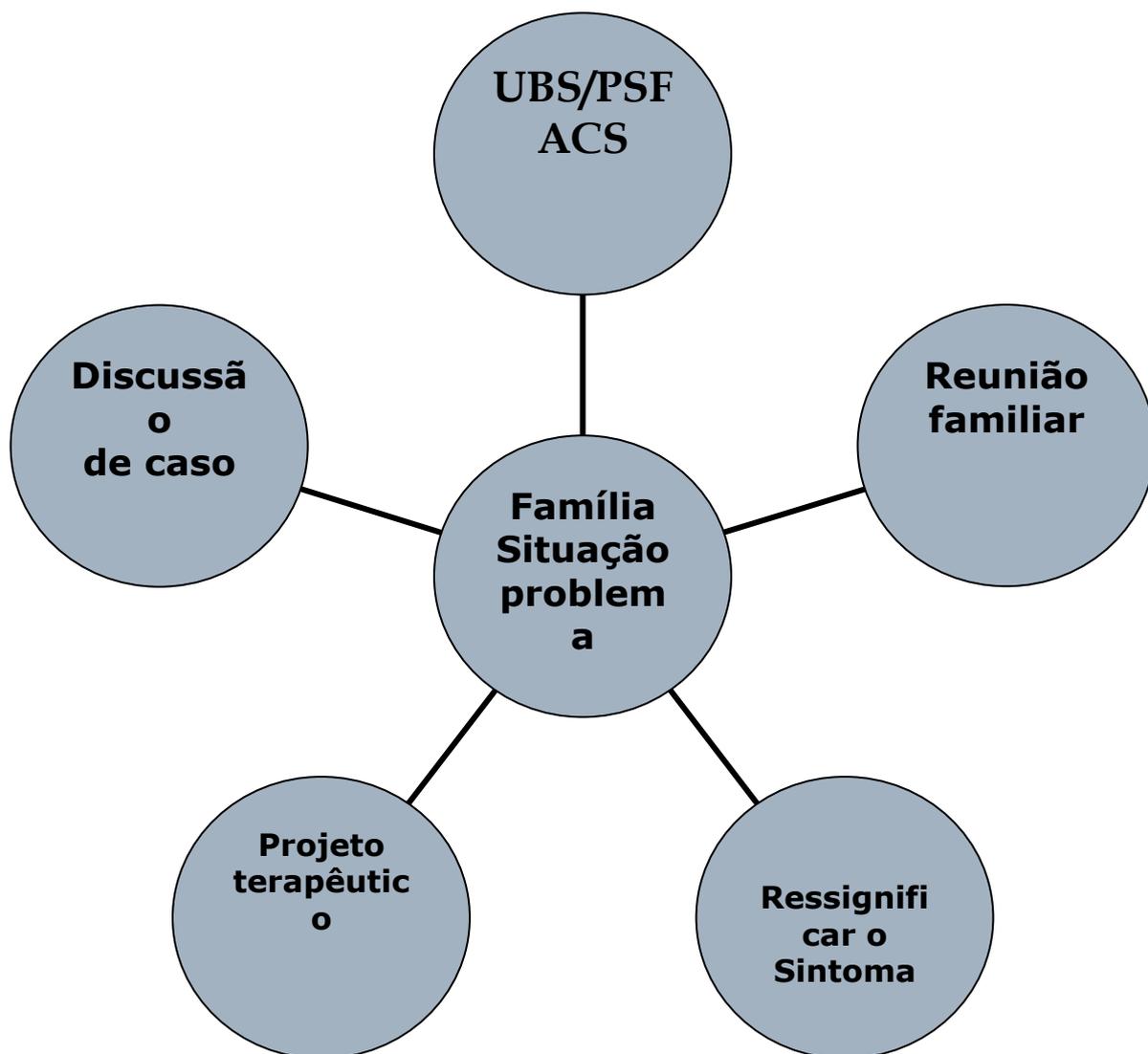


Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação. Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida. Organizado em vários estados, o Movimento caminha agora para uma articulação nacional. Tal articulação buscará dar conta da Organização dos Trabalhadores em Saúde Mental, aliados efetiva e sistematicamente ao movimento popular e sindical.

Contra a mercantilização da doença! Contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988!

Por uma sociedade sem manicômios!

Bauru, dezembro de 1987 - II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental Fonte: http://www2.pol.org.br/lutaantimanicomial/index.cfm?pagina=carta_de_bauru Acesso 02, set. 2014.

ANEXO 7: Discussão de caso e situação-problema.

ANEXO 8: Trabalhos apresentados em eventos.

CARRARO, Fabíola. C.; SOUZA, Rosangela Gomes da Mota de; OKUYAMA, Priscila M.; SILVA, Ruth.S. **A assembleia como um dispositivo ético político no CAPS Infantil.** 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), 2012, Porto Alegre, RS. Disponível em: <<http://www.saudecoletiva2012.com.br/home.asp>> Acesso em: 20 jan. 2013.

OKUYAMA, Priscila M.; SOUZA, Rosangela Gomes da Mota de; **Conhecências do centro: as potencialidades da circulação na região central de São Paulo.** 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), 2012, Porto Alegre, RS. Disponível em: <<http://www.saudecoletiva2012.com.br/home.asp>> Acesso em: 20 jan. 2013.

SOUZA, Rosangela Gomes da Mota de. **As relações de afeto e de política na atenção à psicose.** IV Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e X Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental, 2010, Curitiba/PR.

SOUZA, Rosangela Gomes da Mota de; BRANDÃO, Renata Martins. **CAPS Adulto III Sapopemba: tomada de responsabilidade e atenção à crise** I Mostra Municipal de Experiências Exitosas da Saúde da Família do Município de São Paulo e II Seminário Internacional de Atenção Básica do Município de São Paulo, 2010, São Paulo.

SOUZA, Rosangela Gomes da Mota de; SARTI, Cynthia Andersen. **As nomeações do sofrimento e do adoecimento nas Conferências Nacionais de Saúde Mental.** 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. 14 a 18 de novembro de 2012. ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), Porto Alegre – RS. Disponível em: <<http://www.saudecoletiva2012.com.br/home.asp>>. Acesso em: 25 abr. 2013.

SOUZA, Rosangela Gomes da Mota de; OKUYAMA, Priscila M.; CARRARO, Fabíola C.; SILVA, Ruth.S.; FUDISSAKU, F. **A atenção psicossocial para crianças e adolescentes em situação de sofrimento psíquico e alta vulnerabilidade em São Paulo.** In: XII Congresso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva; XVIII Congreso Internacional de Políticas de Salud; VI Congreso de la Red Américas de Actores Locales de Salud. Crisis, aceleración y despojo en el capitalismo global: avances y retrocesos em la lucha por la salud y la universalización de derechos. ALAMES (Asociación Latinoamericana de Medicina Social), Montevidéo, Uruguai, 2012, Uruguai. Disponível em: <<http://www.alames.org/>> Acesso em: 12 dez. 2012.

SOUZA, Rosangela Gomes da Mota de. **Tensões teórico-práticas a partir das noções de sofrimento e cuidado das Conferências Nacionais de Saúde Mental Brasileira.** In: XII Congresso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva; XVIII Congreso Internacional de Políticas de Salud; VI Congreso de la Red Américas de Actores Locales de Salud. Crisis, aceleración y despojo en el capitalismo global: avances y retrocesos em la lucha por la salud y la universalización de derechos. ALAMES (Asociación Latinoamericana de Medicina Social), Montevidéo, Uruguai, 2012. Disponível em: <<http://www.alames.org/>> Acesso em: 12 dez. 2012.

SOUZA, Rosangela Gomes da Mota de; OKUYAMA, Priscila M.; CARRARO, Fabíola C.; SILVA, Ruth.S. **Centro de Atenção Psicossocial Infantil Sé, São Paulo: relato de experiência.** 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), 2012, Porto Alegre, RS. Disponível em: <<http://www.saudecoletiva2012.com.br/home.asp>> Acesso em: 20 jan. 2013.

SOUZA, Rosangela Gomes da Mota de; LOUVER, Mariana; VAZ, Rodrigo. **A atenção psicossocial para crianças e adolescentes em situação de intenso sofrimento e vulnerabilidade.** I Congresso Brasileiro de CAPS Infantil. 2013, Rio de Janeiro, RJ. Disponível em: <<http://www.congressobrasileirodecapsi.com.br/>> Acesso em: 09 jul. 2013.

SOUZA, Rosangela Gomes da Mota de. **CAPS: residentes e população de rua num mesmo lugar!** I Congresso Brasileiro de CAPS Infantil. 2013, Rio de Janeiro, RJ. Disponível em: <<http://www.congressobrasileirodecapsi.com.br/>> Acesso em: 09 jul. 2013.

SOUZA, Rosangela Gomes da Mota de; OLIVEIRA, Railda. **CAPS na rua.** I Congresso Brasileiro de CAPS Infantil. 2013, Rio de Janeiro, RJ. Disponível em: <<http://www.congressobrasileirodecapsi.com.br/>> Acesso em: 09 jul. 2013.
Railda de

SOUZA, Rosangela Gomes da Mota de. **Os usos sociais do discurso científico nos serviços de saúde mental.** VI Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Circulação e diálogo entre saberes e práticas no campo da saúde coletiva, 2013, Rio de Janeiro, RJ. Disponível em: <http://www.cienciassociaisesaude2013.com.br/anais_cienciassociais2013.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2014.

SOUZA, Rosangela Gomes da Mota de. **Diálogos da saúde mental e atenção básica em Santo André.** Encontro Nacional da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) – Recipró-cidade na diferença, São José dos Pinhais-PR, 2013.