

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA – IPUB

MARCO TÚLIO CÁRIA GUIMARÃES PEREIRA

PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO MENTAL GRAVE EM CLÍNICA
DA FAMÍLIA: DESCRIÇÃO DO CUIDADO E REFLEXÕES A PARTIR DA NOÇÃO DO
RECOVERY

Rio de Janeiro
2019

Marco Túlio Cária Guimarães Pereira

PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO MENTAL GRAVE EM CLÍNICA
DA FAMÍLIA: DESCRIÇÃO DO CUIDADO E REFLEXÕES A PARTIR DA NOÇÃO DO
RECOVERY

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de
Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial Instituto
de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro,
como requisito final para obtenção do título de Mestre em
Atenção Psicossocial.

Orientadora: Erotildes Maria Leal

Rio de Janeiro
2019

Marco Túlio Cária Guimarães Pereira

PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO MENTAL GRAVE EM CLÍNICA
DA FAMÍLIA: DESCRIÇÃO DO CUIDADO E REFLEXÕES A PARTIR DA NOÇÃO DO
RECOVERY

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de
Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial Instituto
de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro,
como requisito final para obtenção do título de Mestre em
Atenção Psicossocial

Aprovada em: Rio de Janeiro, 24 de maio de 2019.

BANCA EXAMINADORA:

Orientadora: Prof. Dra. Erotildes Maria Leal (MEPPSO – IPUB/UFRJ)

Examinador: Prof. Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado (IPUB/UFRJ)

Examinador: Prof. Dr. Leandro David Wenceslau (DEM/UFV)

CIP - Catalogação na Publicação

P436p Pereira, Marco Túlio Cária Guimarães
Pessoas com diagnóstico de Transtorno Mental Grave em Clínica da Família: descrição do cuidado e reflexões a partir da noção do Recovery / Marco Túlio Cária Guimarães Pereira. -- Rio de Janeiro, 2019.
149 f.

Orientador: Erotildes Maria Leal.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Programa de Pós-Graduação em Atenção Psicossocial, 2019.

1. Recovery. 2. Transtorno Mental Grave. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Saúde Mental . I. Leal, Erotildes Maria, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

À Erotildes e Ana Marta, pela generosidade e referência.

Aos trabalhadores da Clínica da Família Medalhista Olímpico Ricardo Lucarelli, pelo companheirismo e parceria.

Aos trabalhadores do SUS que, apesar das enormes dificuldades, cuidam do nosso povo com competência e afeto.

"Cada ser tem sonhos a sua maneira"

(Lula Queiroga e Pedro Luís em "Noite Severina")

RESUMO

Este estudo descreveu as estratégias que pessoas com diagnóstico de Esquizofrenia atendidas exclusivamente em Clínica da Família no município do Rio de Janeiro, em território em que não há serviço de atenção psicossocial, utilizam para ‘tocar a vida’ e viver o dia-a-dia, a despeito dos sintomas que possam experimentar. Evidenciou também o cuidado ofertado pelas equipes de Saúde da Família e suas percepções sobre a qualidade desse trabalho. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, etnográfica, realizada em dois momentos distintos. No momento 1, realizou-se levantamento das pessoas com Transtorno Mental Grave atendidas numa Clínica da Família através de entrevistas com os trabalhadores e analisou-se a qualidade do cuidado ofertado a essas pessoas, através de estudo de prontuário. Nessa fase, também investigou-se a percepção das equipes sobre o que seriam Transtornos Mentais Graves e realizou-se discussão com os trabalhadores a partir dos dados levantados nos prontuários. No momento 2, a experiência de adoecimento e as rotinas de vida de usuários com diagnóstico de Esquizofrenia, moradores desse território e acompanhados exclusivamente na Clínica da Família, foram identificadas. Entrevistas narrativas foram realizadas com 4 usuários e familiares sobre a experiência do adoecimento e seu dia-a-dia. As entrevistas foram audiogravadas, transcritas e analisadas. Os Resultados explicitam as estratégias desenvolvidas pelas pessoas para lidar com a experiência de adoecimento e para “tocar” a sua vida e o modo com que as equipes de Saúde da Família ofertam cuidado a esse público e como avaliam esse trabalho. Esses dados oferecem caminhos para a construção de projetos de cuidado sensíveis ao contexto cultural daquele território e às experiências vividas dessas pessoas. Isso abre possibilidade de diálogo com a perspectiva do *Recovery* e com os desafios para o cuidado qualificado dessas pessoas na Atenção Primária. Quando essa perspectiva dirige o cuidado e a construção de projetos terapêuticos o foco recai sobre a possibilidade de apoiarmos a construção de um significado pessoal e gratificante de vida na comunidade, apesar da condição psiquiátrica.

Palavras-chave: *Recovery*, Transtorno Mental Grave, Atenção Primária à Saúde e Saúde Mental

ABSTRACT

This study described the strategies to get on with life of people with a diagnosis of schizophrenia, regardless of the symptoms they may experience. These people were attended exclusively at the "Clínica da Família" in the city of Rio de Janeiro, in a territory where there is no psychosocial care service. This work also evidenced the service offered by the Family Health and the perceptions of the people attended about the quality of this care. It is a qualitative and ethnographic research. It was performed in two different moments. At the first moment, a survey of the people with Severe Mental Disorder who were attended at the Family Clinic was carried out, through interviews with the workers, and the quality of the care offered to these people was analyzed through a study of medical records. In this phase, the team's perception of what serious Mental Disorders were also was investigated and a discussion with the workers was made from the data collected in the medical records. In the second moment, the experience of illness and the life routines of users diagnosed with schizophrenia, residents of this territory and followed exclusively at the Family Clinic, were identified. Narrative interviews were conducted with four users and family members about the experience of illness and their daily lives. The interviews were audiographed, transcribed and analyzed. The outcomes explain people's strategies to get on with life and deal with the disease experience, and also how Family Health teams treat these people and how evaluate that work. These data provide paths for the construction of care projects sensitive to the cultural context, the territory and the experiences lived by the people and open up possibilities for dialogue with the Recovery perspective and the challenges for the qualified care of these people in Primary Care. When this perspective directs the care and construction of therapeutic projects, the focus is on the possibility of supporting the construction of a personal and rewarding meaning of life in the community, despite the psychiatric condition.

Keywords: Recovery; Severe Mental Illness; Primary Health Care; Mental Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Etapas da Construção da Base de Dados.....	53
Figura 2. Etapas das exclusões	68
Figura 3. Modelo de Recovery de Slade (2011).....	Erro! Indicador não definido.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Etapas da pesquisa.....	48
Quadro 2 - Diagnósticos utilizados para levantamento de pessoas com TMG.	50
Quadro 3 - Medicamentos para levantamento dos TMG.	51
Quadro 4 - Critérios de Exclusão.	52
Quadro 5 - Critérios de Avaliação dos Prontuários.	54
Quadro 6 - Questões utilizadas nas entrevistas.	55
Quadro 7 - Seções 1 e 5 da Entrevista MINI.	61
Quadro 8 - Transtornos Mentais Graves por equipe.....	69
Quadro 9 - Transtorno Mental Grave por faixa etária.	69
Quadro 10 - História Clínica no Prontuário.....	70
Quadro 11 - Serviços Especializados.	70
Quadro 12 - Diagnósticos.	71
Quadro 13 - Medicações em uso.	72
Quadro 14 - Intervenções Realizadas.	72
Quadro 15 - Síntese das Narrativas dos profissionais sobre o que consideram TMG.....	75
Quadro 16 - Síntese das explicações produzidas pelos profissionais da Clínica da Família....	84
Quadro 17 - Propostas para o cuidado em SM na APS - gestão.	128
Quadro 18 - Bandeiras Vermelhas (“red flags”).	131
Quadro 19 - Bandeiras Amarelas (“yellow flags”).....	131
Quadro 20 - Propostas para o cuidado em SM na APS - gestão da clínica.	134
Quadro 21 - Propostas para o cuidado em Saúde Mental na APS - clínica.....	137

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCG	Clinical Commissioning Groups
CID	Classificação Internacional de Doenças
CF	Clínica da Família
CPRJ	Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
eESF	Equipe de Saúde da Família
EPC	Enhanced Primary Care Service
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GP	General Practitioner
IAPT	Improving Access to Psychological Therapies
ICPC-2	Classificação Internacional da Atenção Primária - 2
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MhGap	Mental Health Gap
MINI	McGill Illness Narrative Interview
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NHS	National Health Service
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PCMH	Patient-Centered Medical Home
PEP	Prontuário Eletrônico Pessoal
PICs	Práticas Integrativas e Complementares
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço Médico de Atendimento de Urgência

SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtorno Mental Comum
TMG	Transtornos Mentais Graves
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
WHO	World Health Organization
WONCA	World Organization of Family Doctors

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	23
2.1	SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: LITERATURA BRASILEIRA .	23
2.2	SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: PRODUÇÃO INTERNACIONAL	29
2.3	O MOVIMENTO SAÚDE MENTAL GLOBAL	30
2.4	O CONTEXTO ATUAL DA SAÚDE MENTAL NA APS NO REINO UNIDO	33
2.5	IMPROVING ACCESS TO PSYCHOLOGICAL THERAPIES (IAPT).....	34
2.6	AMPLIAÇÃO DO ACESSO A CUIDADOS DE "SAÚDE FÍSICA" PARA PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES NO REINO UNIDO	35
2.7	ENHANCED PRIMARY CARE SERVICE (EPC).....	35
2.8	A EXPERIÊNCIA CANADENSE DO GESTOR DE CASO.....	36
2.9	O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DO <i>RECOVERY</i> NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O QUE A LITERATURA DIZ E O QUE PODEMOS DEDUZIR	38
2.9.1	O conceito de <i>Recovery</i>	38
2.9.2	O <i>Recovery</i> e a Atenção Primária: proximidades e potencialidades	40
2.9.3	<i>Recovery</i> na Atenção Primária: o que a literatura fala sobre o tema e que caminhos <i>nos aponta</i>	43
3	OBJETIVOS	46
3.1	OBJETIVO GERAL.....	46
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	46
4	METODOLOGIA.....	47
4.1	O ESTUDO DO CUIDADO DE PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO MENTAL GRAVE PELA CLÍNICA DA FAMÍLIA	48
4.1.1	O levantamento das pessoas com diagnóstico de Transtorno Mental Grave	49
4.1.2	A Entrevista com as Equipes da Clínica da Família	55
4.1.3	Feedback dos dados levantados para os profissionais da Clínica da Família	56
4.2	O LEVANTAMENTO SOBRE AS ESTRATÉGIAS DE "TOCAR A VIDA" E AS EXPERIÊNCIAS DE ADOECIMENTO DE ALGUNS USUÁRIOS COM DIAGNÓSTICO DE TMG DA CLÍNICA DA FAMÍLIA	57
4.2.1	As entrevistas	58
4.2.1.1	Primeiro Encontro	57

4.2.1.2	Primeira Entrevista	57
4.2.1.3	Segunda Entrevista	58
4.2.1.4	Terceira Entrevista	59
4.2.1.5	Entrevista dos Familiares	60
4.2.1.6	Entrevista sobre o cotidiano	61
5	CONTEXTO DO ESTUDO	64
6	RESULTADOS	66
6.1	A ENTREVISTA COM AS EQUIPES DA CLÍNICA DA FAMÍLIA	72
6.1.1	Pessoas identificadas a partir de diagnóstico prévio	73
6.1.2	Pessoas identificadas a partir da dificuldade de manejo clínico	74
6.1.3	Pessoas identificadas a partir de alterações de comportamento, perceptíveis a um observador, que comprometem relações interpessoais e com o ambiente, funcionalidade e autocuidado	74
6.1.4	Pessoas identificadas a partir de histórico de tratamento psiquiátrico prévio	74
6.2	FEEDBACK DOS DADOS LEVANTADOS PARA OS PROFISSIONAIS DA CLÍNICA DA FAMÍLIA	81
6.3	O LEVANTAMENTO SOBRE AS ESTRATÉGIAS DE "TOCAR A VIDA" E AS EXPERIÊNCIAS DE ADOECIMENTO DE QUATRO USUÁRIOS COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA DA CLÍNICA DA FAMÍLIA	84
6.3.1	João	85
6.3.2	Severino	97
6.3.3	Joana	104
6.3.4	Camila	108
7	AS EXPERIÊNCIAS DE ADOECIMENTO E O <i>RECOVERY</i>	113
7.1	JOÃO E A RETIRADA POSITIVA	113
7.2	SEVERINO E LUTA POR SEUS PROJETOS DE VIDA: AS POTENCIALIDADES DA PESSOA NA CONSTRUÇÃO DE UM CUIDADO ORIENTADO PELO <i>RECOVERY</i>	114
7.3	JOÃO, SEVERINO E O OLHAR DO PROFISSIONAL DE SAÚDE SOBRE SUAS VIDAS	115
7.4	CAMILA E A IMPORTÂNCIA DO CONTROLE DOS SINTOMAS OU OS DESAFIOS DO <i>RECOVERY</i> DE QUEM NÃO PODE DESEJAR POR SI	117
7.5	JOANA E A INCORPORAÇÃO	117
7.6	TRABALHO E RENDA	118
7.7	O INÍCIO DOS SINTOMAS DA ESQUIZOFRENIA	119
7.8	OS FAMILIARES NÃO ACREDITAM QUE GRANDES AVANÇOS SEJAM POSSÍVEIS	120

7.9	O LUGAR DA RELIGIÃO	121
8	APRENDIZADOS PARA O CUIDADO ORIENTADO PELO RECOVERY DE PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO MENTAL GRAVE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	123
8.1	REFLEXÕES PARA O CUIDADO A PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO MENTAL GRAVE: A GESTÃO	123
8.2	REFLEXÕES PARA O CUIDADO DE PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO MENTAL GRAVE: A GESTÃO DA CLÍNICA	129
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	138
10	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	140

1 INTRODUÇÃO

Os Transtornos Mentais Graves (TMG), como problemas de saúde, surgem para mim ainda na graduação em Medicina na Universidade Federal de Minas Gerais a partir da aproximação do Movimento Estudantil da qual eu fazia parte, do potente movimento de Luta Antimanicomial de Belo Horizonte. Essa aproximação se transformou em projetos de formação política e profissional em Saúde Mental com a Coordenação de Saúde Mental da Prefeitura de Belo Horizonte e com militantes da luta antimanicomial e trabalhadores de rede de Saúde Mental do município, com destaque para a psiquiatra Ana Marta Lobosque¹. Tais ações formaram um conjunto de estudantes que hoje atua nos mais diversos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município. Além de formar profissionais para a RAPS, contribuiu para construir nos demais estudantes envolvidos nessas atividades um compromisso ético-político com o avanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Torno-me Médico de Família e Comunidade (MFC) e os TMG se apresentam na minha prática a partir da necessidade de cuidar das pessoas com esses diagnósticos nos territórios em que atuei. A Atenção Primária é a porta de entrada e ponto de contato preferencial das pessoas com o Sistema de Saúde e a Equipe de Saúde da Família (eESF) tem responsabilidade sanitária com sua população adscrita (BRASIL, 2006). O MFC atua em uma eESF e é comprometido com as pessoas do seu território de responsabilidade, e não com um conjunto de conhecimentos, grupos de doenças ou técnica, isso significa que o Médico de Família nunca poderá dizer que uma doença não está no seu campo de especialização. Qualquer problema de saúde de uma pessoa está dentro do nosso campo de trabalho (MCWHINNEY, 2010). Além disso, a APS é responsável pela Coordenação do Cuidado das pessoas sob sua responsabilidade. Esse conceito significa que as eESF tem a tarefa de articular os diversos recursos (instituições, profissionais e insumos) presentes no cuidado em saúde de determinada pessoa (STARFIELD, 2002). Em razão do exposto, o MFC e a eESF necessariamente participam do cuidado de pessoas com diagnóstico de TMG.

Em suma, a Atenção Primária atende e é corresponsável pelo cuidado das pessoas com diagnóstico de TMG, compartilhando com os Centros de Atenção Psicossocial essa função.

¹ Psiquiatra da rede de Atenção Psicossocial da Prefeitura de Belo Horizonte e militante da Luta Antimanicomial.

Além dos atributos já descritos (acesso e coordenação do cuidado), a APS possui uma característica muito potente no cuidado a essas pessoas: o território. Território aqui entendido não apenas como espaço físico, mas como construção social e processo, contexto de produção de subjetividade e laços sociais. (FURTADO et al, 2016) Não há nenhum serviço de saúde que atue de forma mais próxima do território das pessoas que a Estratégia de Saúde da Família. Lancetti (2002) afirma que a atenção à saúde mental no contexto da saúde da família consiste na radicalização da reforma psiquiátrica, pois, percebe o cuidado das pessoas em casa como um potencializador de recursos espontâneos e originais das próprias famílias, construindo com o usuário estratégias fortalecedoras de sua autonomia, e portanto, produtoras de saúde, evitando que o sujeito em sofrimento seja introduzido na carreira de doente mental produzida pelos hospitais psiquiátricos.

Além disso, um papel mais protagonista da Atenção Primária pode contribuir para a redução do estigma e da exclusão social, questões muito presentes entre as pessoas com diagnóstico de TMG. (WHITLEY; PALMER; GUNN, 2015). Apesar dos enormes potenciais acima descritos ainda há pouca literatura brasileira sobre o tema.

Trabalhei como médico de uma Clínica da Família (CF) na região central do Rio de Janeiro. Essa CF não possui nenhum CAPS de referência. Esta unidade de Atenção Primária também não possui o matriciamento de equipes do NASF. O único serviço estruturado de Saúde Mental presente no território é um Hospital Psiquiátrico que, apesar de agregar ambulatório, emergência, hospital-dia, enfermaria, atua pouco articulado aos demais equipamentos formais da rede de saúde e com baixa articulação com o território, além de pequena capacidade de absorção de novos casos. Logo, a RAPS dessa área conta quase que exclusivamente com a Atenção Primária para o cuidado longitudinal de seus casos e do atendimento à urgência psiquiátrica, feita pelo Hospitais Psiquiátricos, pelas UPAs e Hospitais Gerais presentes no município.

Esse não é um contexto excepcional na realidade brasileira, apesar da grande ampliação dos serviços de base comunitária no cuidado a pessoas com TMG nos últimos 15 anos (BRASIL, 2017) e de uma grande ampliação das equipes NASF no contexto da APS brasileira (BRASIL, 2018) ainda há muitas regiões brasileiras em que a única ferramenta de cuidado a essas pessoas é a Estratégia de Saúde da Família. Além disso, independente da presença de serviços especializados comunitários, a APS tem ganhado cada vez mais relevância no cuidado

a esses indivíduos. Os motivos são diversos: acessibilidade, proximidade com o território e consequentemente com o contexto de vida do sujeito, além da integralidade e longitudinalidade do cuidado. Estas características fazem deste nível de atenção um locus potente de cuidado de pessoas com diagnóstico de TMG.

Considerando esse cenário de “vazio sanitário” de serviços especializados em Saúde Mental e, ao mesmo tempo, as inúmeras potencialidades da Atenção Primária à Saúde a questão que se colocou para mim, no encontro com este território foi: "Que cuidados em Saúde Mental às pessoas com Transtornos Mentais Graves eu, MFC, e a equipe da qual sou parte, podemos oferecer aos moradores da área de abrangência da Clínica da Família?"

A perspectiva de cuidado aos TMG adotada neste estudo é a do *Recovery*². Tal conceito surge como eixo da pesquisa porque possui pressupostos que se alinham com a posição ético-política do pesquisador de construção de uma prática clínica alinhada com os pressupostos da Atenção Psicossocial Brasileira, centrada no sujeito e na construção de sua autonomia e não apenas em tratamentos farmacológicos e na regressão de sintomas.

A perspectiva do *Recovery* para a organização de serviços de saúde mental teve como cenário o movimento de desinstitucionalização que surgiu nas décadas de 1960 e 70 nos EUA, Nova Zelândia, Austrália, Reino Unido, e Canadá (KIRMAYER et al, 2012) e ascensão de serviços de base comunitária, que foi sua condição de possibilidade. A prática de reabilitação psiquiátrica na década de 1980 estabeleceu as bases para que a perspectiva do *Recovery* se tornasse eixo para a construção do cuidado das pessoas com Transtornos mentais na década de 90. (ANTHONY, 1993)

A abordagem de cuidado nesses países, pautada no *Recovery* tem origem na perspectiva dos próprios usuários. (DEEGAN, 1997). As noções de cura ou mesmo de remissão dos sintomas são descentralizadas e a ênfase recai sobre os direitos dos indivíduos diagnosticados com um Transtorno Mental Grave e na busca por um significado pessoal e gratificante de vida na comunidade, apesar da condição psiquiátrica. O *Recovery* pode ser definido então como um processo profundamente pessoal, único, de mudança de atitudes, valores, sentimentos, objetivos, habilidades e / ou papéis de alguém: uma maneira de viver uma vida satisfatória,

² Usarei o conceito em inglês pois ainda não há na literatura brasileira uma tradução estabelecida. A maioria dos autores que trabalham com o tema também utilizam o termo *Recovery*.

esperançosa e produtiva, mesmo dentro das limitações causadas pela doença (ANTHONY,1993).

Nesses cenários, os usuários identificaram como elementos essenciais para o *Recovery* a recuperação da esperança e de propósito para a vida, a auto identidade, conexão com a comunidade, a espiritualidade, a capacitação e superação estigma, além do gerenciamento de sintomas (SCHRANK; SLADE, 2007).

Contudo, o processo do *Recovery* envolve os contextos culturais e sociais das pessoas com transtornos mentais, bem como suas famílias e comunidades e há grandes variações culturais nas formas em que os distúrbios mentais são entendidos, diagnosticados e tratados. Estas variações incluem diferentes noções do que constitui resultados desejáveis de recuperação, saúde e bem-estar. Logo, as formas de *Recovery* são enraizadas em experiências da pessoa, variando em diferentes culturas (KIRMAYER et al, 2012).

As jornadas do *Recovery* são, de um modo geral, fenômenos subjetivos, fortemente marcados pelo contexto cultural e não ocorrem necessariamente no consultório dos profissionais de saúde, mas sim no contexto da vida cotidiana da pessoa. São processos abrangentes e que envolvem aspectos individuais, sociais, além de fatores materiais. Essas estratégias são muitas vezes construídas pelos próprios indivíduos para se sentir melhor, para superar obstáculos causados pelo Transtorno Mental. Representam fatores importantes de resiliência que podem ser muito valiosos para a recuperação (BIRINGER et al, 2016).

Em razão disso, o passo primeiro para que possamos construir cuidados na perspectiva do *Recovery* na Clínica da Família exige que nós, profissionais da Atenção Primária, conheçamos o que os próprios usuários fazem para ajudar a si mesmos na luta diária de lidar com os problemas gerados pelo transtorno mental (BIRINGER et al, 2016) e que estratégias construíram para lidar com os transtornos. Conhecer tais estratégias, que são não apenas marcas pessoais, mas também culturais e sociais do processo de lida com a experiência que descrevemos como doença naquele contexto, podem ser pistas importantes para a construção dos caminhos do tratamento e de projetos de cuidado que sejam culturais e experencialmente sensíveis e pautados na perspectiva do *Recovery*.

As definições clássicas de *Recovery* presentes na literatura científica e parte significativa dos estudos sobre essa perspectiva tem origem em países anglo-saxões. Há poucas pesquisas desenvolvidas no Brasil (SILVEIRA et al, 2017) com esse foco e, conseqüentemente,

há poucos dados da literatura nacional que sejam capazes de apontar pontos-chave para o *Recovery* entre os brasileiros com Transtornos Mentais graves.

Em razão disso, optou-se por uma metodologia de pesquisa qualitativa que permitisse observar a vida de pessoas com diagnóstico de Esquizofrenia, buscando perceber suas estratégias de "tocar a vida" cotidiana e sua experiência de adoecimento. Este conceito ("estratégias de tocar a vida") foi produzido ao longo dessa pesquisa e pode ser definido como as formas construídas pelos próprios indivíduos para se sentir melhor, para superar obstáculos causados pelo Transtorno Mental e para conduzir o seu dia-a-dia de forma autônoma, que representam fatores importantes de resiliência e que podem ser valiosos para a "recuperação", como destaca Biringer e outros (2016). Esse caminho pode nos dar sinais de formas nativas, expressões do contexto vivenciado pelos sujeitos de produzir formas de viver satisfatórias em sua realidade, além de nos dar pistas de aspectos culturais e sociais que podem estar envolvidos nas estratégias desenvolvidas pelas pessoas com TMG que possam contribuir para que formas de cuidado pautadas no *Recovery* sejam desenvolvidas para essa população. Para tal optou-se pela Etnografia como forma de alcançar tais objetivos. A construção metodológica será melhor discutida na seção 4.

Como já exposto no parágrafo anterior, optou-se por incluir na pesquisa apenas pessoas com diagnóstico do espectro da Esquizofrenia. Tal decisão foi tomada porque, dentre os Transtornos Mentais Graves, a Esquizofrenia é fortemente marcada pelo estigma, gerador de exclusão e dificuldade relacionada à autonomia. Além disso, este transtorno, quando grave, pode gerar considerável limitação funcional. Somado a tudo isso, pessoas com diagnóstico de Esquizofrenia ainda carregam uma história de tratamentos centrados na institucionalização, exclusão e medicalização excessiva.

Por isso, a questão de estudo deste projeto é: "Como pessoas com diagnóstico de Esquizofrenia, moradores do território da Clínica da Família e acompanhados exclusivamente na APS, construíram estratégias de tocar a vida e como experienciam seu adoecimento?"

A abordagem a essa questão iniciou-se com uma revisão da literatura científica, que articulasse os temas Atenção Primária, Saúde Mental e *Recovery*, além de textos da psiquiatria transcultural que discutem a importância do contexto cultural tanto na apresentação dos quadros psiquiátricos, TMG inclusos, quanto nas estratégias de recuperação das pessoas

com diagnóstico de esquizofrenia. Apresentada no Capítulo 2, foi decisiva para a elaboração da nossa questão de estudo.

O passo seguinte foi identificar as pessoas com diagnóstico de TMG na Clínica da Família estudada e o cuidado ofertado a elas. Para tal foi feito levantamento de todos os casos da Clínica da Família que possuíam estes diagnósticos e posteriormente foi feita uma revisão dos casos, buscando caracterizar, a partir de algumas variáveis observadas, como era realizado esse cuidado.

Além disso, buscou-se entender o que as equipes entendiam por Transtornos Mentais Graves. Estas informações foram sistematizadas e foi dado um feedback para os profissionais da unidade, em que o pesquisador apresentou os dados e posteriormente foi realizada uma discussão sobre os dados apresentados. Estes passos estão melhor descritos na seção 4.

Buscando responder a questão do estudo “Como pessoas com diagnóstico de Esquizofrenia, moradores do território da Clínica da Família e acompanhados exclusivamente na APS, construíram estratégias de tocar a vida e como experienciam o seu adoecimento?” optou-se por utilizar uma metodologia qualitativa de pesquisa, de caráter etnográfico, que nos permitisse olhar a realidade cotidiana dessas pessoas e identificar as formas com que lidam com a vida e com o adoecimento nesse contexto específico.

Para isso foram realizadas entrevistas narrativas com quatro pessoas com diagnóstico de Esquizofrenia e com seus familiares, Observação de campo, para captar as formas de “tocar a vida” produzidas por elas, foi outra estratégia adotada, além de buscarmos explicitar suas experiências singulares de adoecimento.

As entrevistas foram transcritas. Realizou-se análise e interpretação do conteúdo das entrevistas, apresentados na seção 6.

O levantamento sobre como atualmente as equipes de saúde da família da CF realizam o cuidado das pessoas com TMG e seus entendimentos sobre tais transtornos possuía uma função secundária no planejamento da pesquisa, servindo principalmente para aproximação do campo e levantamento de pessoas que seriam investigadas a partir das entrevistas narrativas. Entretanto, os resultados destes levantamentos se mostraram relevantes e seu conteúdo será apresentado em detalhes no capítulo Resultados, sendo também analisados nos Capítulos 7 e 8.

É essencial para a construção de um cuidado orientado pelo *Recovery* na Atenção Primária conhecer como atualmente esse cuidado é ofertado na Clínica da Família, como as

equipes realizam e compreendem o seu trabalho e como concebem os Transtornos Mentais Graves. A identificação de onde estamos e o mapeamento das práticas realizadas é condição para a construção de melhores práticas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A seção a seguir apresentará uma revisão narrativa da literatura nacional e internacional sobre Saúde Mental e Atenção Primária, com foco no cuidado de Transtornos Mentais Graves neste nível de atenção e na discussão de *Recovery* de pessoas com Transtorno Mental Grave, com ênfase no papel da Atenção Primária. Será abordado também o conceito atual de *Recovery* utilizado na literatura internacional e sua adequação para o contexto da APS.

As revisões narrativas são adequadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o "estado da arte" de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual. Constituem, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista na interpretação e análise crítica pessoal do autor (ROTHER, 2007).

2.1 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: LITERATURA BRASILEIRA

As últimas décadas foram de profundas transformações na assistência à saúde e à saúde mental no Brasil a partir da Reforma Sanitária e a constituição do SUS e da Reforma Psiquiátrica, com a reorientação do modelo de assistência aos Transtornos Mentais. A Reforma Sanitária, com sua ênfase na universalidade, integralidade e orientação para a Atenção Primária, apresenta sinergia com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, baseada na desinstitucionalização, no cuidado orientado para o território e em equipamentos de saúde de base comunitária e centrado no fortalecimento da autonomia e da cidadania dos usuários.

Os próximos parágrafos apresentam uma revisão narrativa da literatura brasileira sobre a atenção a Saúde Mental na Atenção Primária.

As questões que orientaram essa revisão da literatura nacional foram: existem relatos de experiência sobre o cuidado em saúde mental na Atenção Primária no Brasil? O que eles dizem? Quais as potencialidades e desafios do cuidado nesse nível de atenção? E sobre o cuidado de Transtornos Mentais Graves? Há estudos que avaliam essas experiências? Quais são os resultados? Quais as discussões teóricas atuais sobre o cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária na literatura nacional? O que defendem? Quais são os impasses atuais desse debate? Além dessas questões buscou-se dados epidemiológicos sobre os Transtornos Mentais no Brasil.

Para tal, realizei uma revisão de artigos na base de dados SCIELO utilizando os seguintes descritores: Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Transtornos Mentais Graves; Estratégia de Saúde da Família e Esquizofrenia.

Selecionei artigos que discutiam o papel da APS no cuidado em Saúde Mental, que apresentavam experiências concretas de atuação da APS no cuidado em Saúde Mental, que realizavam avaliações sobre a prática da APS na Saúde Mental, além de artigos que discutiam a Epidemiologia dos Transtornos Mentais Graves na APS e que realizavam debates conceituais sobre Saúde Mental na APS.

Foram excluídos artigos anteriores a 2002, ano das primeiras portarias do Ministério da Saúde orientadas pela lei 10.216/2001; artigos que não possuíam resumos e acesso livre ao texto completo e artigos com experiências muito pontuais e focalizadas.

Num primeiro momento, realizei uma varredura através da leitura dos títulos. Num segundo momento, avaliei os resumos dos artigos, buscando materiais cujo conteúdo contemplasse os objetivos do levantamento. Em seguida, os artigos foram lidos e utilizados, caso contribuíssem com os objetivos da Revisão Narrativa.

Souza e outros (2012) em revisão narrativa sobre Saúde Mental na Atenção Primária, classificou a produção acadêmica nacional avaliada nas seguintes categorias temáticas:

- a) demandas em saúde mental dirigidas à APS;
- b) percepções e práticas dos profissionais quanto à saúde mental;
- c) relações entre CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) e ESF;
- d) experiências dos agentes comunitários de saúde;
- e) famílias dos usuários;
- f) atuação do psicólogo na ESF.

Em relação à demanda em Saúde Mental na Atenção Primária o foco dos estudos recai sobre os Transtornos Mentais Comuns (TMC). Este termo diz respeito a quadros de Depressão, Ansiedade e Somatizações, que na APS se expressam normalmente de forma mesclada, com os usuários apresentando sintomas ansiosos, depressivos e somáticos. Ou seja, é mais comum a existência de quadros mistos que puros de algum destes Transtornos. Além disso, essas três síndromes também compartilham fatores de risco e tem um curso clínico semelhante. (BRASIL, 2013)

Há diversos estudos sobre a prevalência de Transtornos Mentais Comuns na Atenção Primária (GONÇALVES et al, 2014; MOREIRA et al, 2011; BANDEIRA; FREITAS; CARVALHO FILHO, 2007; MOLINA et al., 2012; LUCCHESI et al., 2014) evidenciando uma preocupação crescente do ambiente acadêmico com o cuidado desse perfil de usuários na Atenção Primária. Ao mesmo tempo há pouca produção acadêmica sobre a prevalência de Transtornos Mentais Graves na Atenção Primária. Um dos poucos estudos sobre prevalência de Transtornos Mentais entre usuários de uma Unidade Básica de Saúde em Santa Cruz do Sul – RS evidenciou uma prevalência de Transtornos Psicóticos (que inclui Esquizofrenia e Transtorno Esquizoafetivo) de 0,9% (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008).

Com alguma variação, as prevalências de Transtornos Mentais Comuns encontradas entre os usuários da Atenção Primária foram altas, em torno de 30% (SOUZA et al, 2012). Já um estudo multicêntrico, transversal, com os usuários da atenção primária do Rio de Janeiro, São Paulo, Fortaleza (Ceará) e Porto Alegre (Rio Grande do Sul) mostrou uma prevalência de Transtornos Mentais Comuns entre 51% e 64% (GONÇALVES et al., 2014).

Na minha avaliação, o grande interesse da comunidade acadêmica com os Transtornos Mentais Comuns na Atenção Primária e o interesse limitado em relação aos TMG neste nível de atenção deve-se a dois motivos: a alta prevalência destes transtornos na Atenção Primária, cobrando deste nível de atenção um olhar mais qualificado sobre essa clientela e a produção de ferramentas de cuidado para este público na própria Estratégia de Saúde da Família. Ao mesmo tempo nos parece haver um entendimento tácito de que os cuidados aos TMG devem ocorrer centralmente nos serviços especializados, tendo a APS apenas papel colaborador no cuidado oferecido pelos Centros de Atenção Psicossocial.

Pesquisas sobre cuidados em saúde mental na Atenção Primária evidenciaram diversas limitações na oferta de atendimento em Saúde Mental: ausência de registro em prontuários; dificuldades de estabelecer vínculos com os usuários; permanência de referências “biologizantes” para compreensão do transtorno mental; permanência de atitudes moralizantes e repressivas e permanência da lógica da internação como horizonte “terapêutico”. Além disso, profissionais declararam que se sentiam despreparados para lidar com práticas de saúde mental e que as capacitações oferecidas pelos gestores eram insuficientes, gerando sentimentos de impotência e frustração (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007; JUCÁ; NUNES; BARRETO, 2009).

Práticas centradas no território e articuladas aos demais dispositivos da rede de saúde, principalmente a Atenção Primária, estão entre as diretrizes prioritárias da estratégia de cuidado aos usuários com diagnóstico de Transtornos Mentais das Políticas de Saúde Mental brasileiras. Entretanto, a lacuna ainda parece ser grande entre o que essas diretrizes propõem e o que se observa na realidade concreta. Ademais, as concepções e práticas em saúde mental porventura existentes na Atenção Primária, como as descritas no parágrafo anterior, nem sempre condizem com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, gerando por vezes deslegitimação do papel deste nível de atenção na assistência a pessoas com diagnóstico de Transtornos Mentais, principalmente os transtornos graves. (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007)

Em função das potencialidades e limites da Atenção Primária nos cuidados em Saúde Mental, diversos autores têm investigado as experiências nacionais neste nível de atenção buscando avaliar limites e recolher experiências exitosas. Buscam com isso oferecer estratégias práticas que qualifiquem o cuidado a esse público na APS.

Em estudo sobre a assistência em Saúde Mental no âmbito da APS no município de Florianópolis, Frosi e Tesser (2015) perceberam uma importante atuação das equipes no acesso e monitoramento dos casos, com foco no tratamento farmacológico e dificuldades de produzirem ações que valorizam a singularidade e o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos. Observaram que, apesar de presentes nos serviços, atividades comunitárias, Práticas Integrativas e Complementares (PICs) e grupos de apoio eram pouco utilizados no cuidado em Saúde Mental, o que poderia dar uma maior ancoragem psicossocial para as práticas realizadas.

Neste mesmo trabalho, como forma de qualificação da Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária, os autores sugerem que o cuidado seja centrado em Projetos Terapêuticos Singulares como também em estratégias não farmacológicas; maior protagonismo da Enfermagem e do Agentes Comunitários de Saúde no cuidado deste público e a construção de estratégias que inibam a cronificação dos tratamentos medicamentosos. Reforçam que é realmente necessário explorar características da própria APS na sua aproximação com o modelo da atenção psicossocial, mas também identificam que é preciso fortalecer, neste campo, o contato com a produção acumulada da atenção psicossocial, que, por vezes, ficou restrita aos serviços especializados, o que não foi transformado, até o momento, apesar da implantação do matriciamento. Por fim, sugerem que este modelo de atenção seja objeto de intervenções no

campo da formação e educação permanente do conjunto de profissionais, visando uma maior qualificação para o cuidado dessa clientela. (FROSI; TESSER, 2015)

Campos e outros (2011) em pesquisa avaliativa sobre as práticas de saúde mental na Atenção Primária em uma região de Campinas percebe grande diferença das práticas entre as equipes estudadas, com qualidades muito distintas no cuidado oferecido. Entre as dificuldades e desafios observados pelos pesquisadores podemos destacar: a demanda de SM vista como grande, diversificada e complexa gerando angústia nos profissionais; propensão a “darem algo” e não “provocarem algo” nas pessoas que procuram atendimento. Prescrição de psicotrópicos em grande quantidade, principalmente antidepressivos e benzodiazepínicos, sem reavaliações periódicas do uso, favorecendo a cronificação, ausência de seguimento clínico e avaliações periódicas; variações grandes quanto a articulação da rede e critérios de encaminhamento, fragmentação da rede, com vínculo frágil entre os serviços associados a alta rotatividade de profissionais. Matriciamento visto em algumas unidades como uma equipe à parte, gerando dificuldade de corresponsabilização no cuidado dos casos, mas ao mesmo tempo produzindo excelentes projetos terapêuticos quando o trabalho é adequadamente articulado. Em casos graves não é incomum o cuidado ser centrado na renovação de receita, muitas vezes feitas sem a avaliação dos pacientes, por terceiros.

Na conclusão do texto os autores sugerem algumas propostas para a qualificação da Atenção Primária no cuidado em Saúde Mental como: criação de diretrizes que qualifiquem e orientem o trabalho na APS; articulação efetiva de políticas intersetoriais no território; qualificação e fortalecimento do apoio matricial; desenvolvimento de políticas para o uso racional das medicações e inserção nos espaços de formação de ferramentas que potencializem o protagonismo dos usuários na tomada de decisão. (CAMPOS et al., 2011)

Souza (2012) afirma que a sugestão mais frequente para a qualificação da atenção à Saúde Mental na APS foi fornecer melhor capacitação aos profissionais, de forma permanente, não se restringindo a aspectos técnicos, incluindo reflexões epistemológicas capazes de elucidar as relações entre loucura e sociedade; além disso tais capacitações deveriam ter como objetivo compartilhar e reconstruir ideias, experiências, estratégias e conceitos, permitindo que os profissionais formulem sistemas de significados, instrumentos de intervenção e projetos em comum. Ao mesmo tempo, o autor chama a atenção que a abordagem direta de estratégias

concretas de capacitação dos profissionais para lidar com questões de saúde mental foi escassa na literatura analisada.

Como podemos perceber é hegemônica a percepção de que a APS é um potente espaço de cuidado em Saúde Mental. Da mesma forma é quase consensual a avaliação que a prática concreta atual ainda está muito aquém do desejado. Nota-se também que o caminho majoritariamente sugerido para reduzir a distância entre o desejado e o real, entre a teoria e a prática, é a educação permanente de seus profissionais. Quanto a essa tarefa, a maior parte da literatura sugere o investimento no apoio matricial, com profissionais especializados em saúde mental, como forma de qualificação do trabalho da Atenção Básica e como estratégia de Educação Permanente.

De acordo com o *Guia prático de matriciamento em saúde mental*, "Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica" (BRASIL, 2011).

Esse modelo visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde que se caracterizam por encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação. Busca-se subverter a burocracia e lentidão desta lógica por ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais. No processo de matriciamento, o sistema de saúde se reestrutura nas equipes de referência e na equipe de apoio matricial. Esse arranjo é, ao mesmo tempo, uma estratégia organizacional e uma metodologia para gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. (BRASIL, 2011) Fortes e outros (2014) afirmam que o apoio matricial é o caminho de uma Psiquiatria do século XXI pois a APS expande as fronteiras do cuidado de Saúde Mental por ampliar-se dos atendimentos pontuais para a atenção longitudinal; da atuação unidisciplinar para a multi e até mesmo transdisciplinar; da supervisão para o compartilhamento de casos; do foco nos TMG para a atenção transversal a todas as condições clínicas; do tratamento eminentemente farmacológico para a abordagem biopsicossocial, ou seja, do trabalho especializado para o trabalho em colaboração. (FORTES et al., 2014).

A partir da revisão de literatura pode-se concluir que há certo consenso na literatura nacional sobre as potencialidades do cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária. Ao mesmo

tempo avalia-se como uma prática ainda muito aquém do esperado, sendo necessárias estratégias que qualifiquem esta atuação. Aposta-se principalmente na Educação Permanente e no apoio matricial como formas de aprimorar este cuidado. Ao mesmo tempo nos chama a atenção a falta de relatos de experiências exitosas de assistência em Saúde Mental a partir da prática das Equipes de Saúde da Família. Nota-se também existir pouca produção acadêmica sobre este tema a partir do campo da Atenção Primária, seja da Medicina de Família e Comunidade ou da Enfermagem com atuação na APS. O olhar acadêmico brasileiro sobre este tema se produz principalmente a partir de sujeitos externos a APS, principalmente do campo da Saúde Mental. Isso justifica a proposição de construção de melhorias sempre a partir de uma atuação “externa” a Atenção Primária, seja através da capacitação oferecida por profissionais vinculados aos CAPS ou através do matriciamento com profissionais de Saúde Mental (psiquiatras e psicólogos).

O desafio que se coloca para o campo da Atenção Primária à Saúde, seja a Medicina ou a Enfermagem, é também produzir conhecimento a partir da sua prática, do seu cotidiano e da sua produção teórica, articulados e em consonância com a tradição da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que contribua para qualificação do trabalho desses profissionais e possibilite reduzir a distância entre o que se espera da Atenção Primária no cuidado em saúde mental e o que realmente é feito nos dias atuais.

2.2 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: PRODUÇÃO INTERNACIONAL

Este tópico busca fazer uma revisão narrativa da literatura internacional sobre a temática da Saúde Mental na Atenção Primária. Essa revisão terá dois focos: as discussões do movimento Saúde Mental Global e as experiências concretas de alguns sistemas de saúde no cuidado em Saúde Mental, seus dilemas e desafios, com ênfase em sistemas universais de saúde, que orientam o seu cuidado em saúde mental para a perspectiva do *Recovery* e com um olhar direcionado para as experiências de atenção aos Transtornos Mentais Graves na Atenção Primária.

O foco nos debates do Saúde Mental Global se justifica porque esse campo tem ganhado corpo e influência em nível internacional nos últimos 10 anos, construindo importantes iniciativas com a Organização Mundial de Saúde (OMS) para enfrentar barreiras de acesso ao cuidado em Saúde Mental, que em grande parte dos casos tem a APS como locus central de

intervenção. O programa mhGAP (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016) é um grande exemplo disso. Entender seus debates, contribuições e limites, que tem feito parte do debate contemporâneo da Saúde Mental, pode ajudar a responder a questão desse estudo sobre como as equipes de Saúde da Família podem qualificar o cuidado de pessoas com diagnóstico de TMG.

O outro foco respondeu a intenção de traçar um panorama dos desafios enfrentados por sistemas universais de saúde no cuidado em saúde mental, com ênfase no papel da Atenção Primária e no *Recovery*. Privilegiou-se as discussões ocorridas no Canadá, na Inglaterra e nos EUA. Os dois primeiros países foram escolhidos por serem exemplos de Sistemas Nacionais de saúde públicos, orientados para a Atenção Primária, com serviços de Saúde Mental orientados para o *Recovery* e com importantes sistemas de avaliação e planejamento de suas políticas de saúde. Os EUA, embora não compartilhe das mesmas características, foi destacado por sua importância na produção teórica sobre *Recovery*. Pelo já exposto neste parágrafo, a experiência desses sistemas de saúde podem dar pistas para o enfrentamento das questões levantadas por essa pesquisa.

Realizei uma busca no PUBMED/MEDLINE utilizando os descritores: *Primary Care; Recovery; Severe Mental Illness; Serious Mental Illness* e *Schizophrenia*. Foram selecionados artigos que discutiam os desafios do cuidado em Saúde Mental pelos Sistemas de Saúde, principalmente dos países acima citados e que discutissem o papel da APS no cuidado aos Transtornos Mentais Graves. Utilizou-se tanto artigos de avaliação quanto aqueles que descreviam experiências concretas.

Realizei também uma busca por documentos e relatórios de órgãos governamentais e não governamentais que tivessem como tema: avaliação dos cuidados em Saúde Mental, o papel da APS nos cuidados em Saúde Mental, planos de atuação para os próximos anos e descrição de experiências exitosas de atuação da Atenção Primária na Saúde Mental. O foco foi novamente o Canadá, a Inglaterra e documentos vinculados ao movimento Saúde Mental Global.

2.3 O MOVIMENTO SAÚDE MENTAL GLOBAL

O Saúde Mental Global é um movimento, uma articulação, que reúne pesquisadores, gestores e profissionais da área da Saúde Mental, com o objetivo de produzir estudos e

compartilhar práticas com vistas reduzir as iniquidades no acesso e nos cuidados à saúde mental no mundo. Este campo tem como principais eixos: estudar o impacto dos transtornos mentais nas populações, avaliar as políticas públicas em escala global, e propor intervenções que busquem superar os desafios de oferta de serviços de saúde de qualidade. (PATEL; PRINCE, 2010; PATEL, 2012; WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Em 2007, o Global Mental Health publicou uma série de artigos na revista *The Lancet*, que discutiram: a carga de doença dos transtornos mentais; tratamentos baseados em evidências; as lacunas (gaps) de tratamentos em países de pobres e de renda média; a escassez de recursos e as barreiras para ampliação dos serviços de saúde mental, além de um artigo com um ‘chamado à ação’ com o objetivo de ampliar o tratamento para pessoas com transtornos mentais e proposta de aumentar os investimentos em pesquisas que enfrentem os dilemas dos desafios em questão (JACOB et al, 2007; PATEL et al 2007; PRINCE et al, 2007; SARACENO et al, 2007; SAXENA et al, 2007; CHISHOLM et al, 2007)

Neste mesmo contexto, ainda em 2002, liderado pela OMS, foi lançado o Programa Mental Health Gap (mhGAP), uma iniciativa para capacitar médicos da atenção primária com treinamento e habilidades no cuidado a pessoas com transtornos mentais. Em 2010, é publicado o Guia de Intervenção do mhGAP (atualizado em 2016) e em 2012, a OMS lançou um pacote de treinamento concebido para complementar o guia, além de um Teste de Campo. (WHO, 2010; WHO, 2012; WHO, 2016 BECKER; KLEINMAN, 2013) No bojo destas discussões, Becker e Kleinman (2013) reafirmam o impacto dos Transtornos Mentais na carga global de doença e afirmam que o caminho para o enfrentamento do acesso ao cuidado em saúde mental de forma qualificada em nível global, considerando um cenário com escassez de médicos e outros profissionais de saúde especialistas em saúde mental, passa pela capacitação de profissionais não especialistas no nível da Atenção Primária. Neste modelo colaborativo de cuidados em saúde, o especialista assumiria uma função consultiva e de supervisão e de assistência, principalmente em nível terciário, além do treinamento, como já exposto. O treinamento de Agentes Comunitários para a identificação, monitoramento e articulação do tratamento pode também ser um caminho de qualificação do acesso e assistência em saúde mental nestes contextos.

A OMS em parceria com a WONCA, também publicou no ano de 2008, o documento *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários - Uma perspectiva global*. Este

relatório sobre a integração da saúde mental na APS apresenta argumentos para se oferecer cuidado em Saúde Mental neste nível de atenção. Ao mesmo tempo, fornece estratégias e descreve como uma variedade de sistemas de saúde realizaram este cuidado. Este material defende que a integração de serviços de saúde mental na APS é a maneira mais viável de assegurar que as pessoas tenham acesso a cuidados de saúde mental quando precisam, evitando custos indiretos desnecessários, minimizando o estigma e a discriminação, além de evitar as violações de direitos humanos em hospitais psiquiátricos. O documento afirma que esta estratégia gera bons resultados a custos razoáveis (WHO, WONCA, 2009).

Dados interessantes apresentados neste material expressam o gap de tratamento entre os Transtornos Mentais, considerando diversos países. Esta lacuna varia de 30% na Esquizofrenia chegando a 80% na dependência de Álcool. Outros Transtornos Graves como Transtorno Bipolar tem gap de tratamento em torno de 50%. Em países pobres estes valores são ainda maiores, chegando a aproximadamente 80% (WHO, WONCA, 2009).

Há inúmeras críticas ao modelo do mhGAP. Miller (2014) afirma que a expansão de modelos de cuidado padronizados, visando enfrentar as supostas lacunas de tratamento, podem extinguir formas locais de expressar e lidar com a angústia, substituindo-as por formas particularmente ocidentais e, em certa medida homogeneizando as pessoas através do jeito ocidental de ser e conseqüentemente, na maneira como o mundo enlouquece. Essas críticas também estão presentes em outros autores que afirmam que o movimento exporta um modelo ocidental de doença e tratamento, desconsiderando as variações culturais na compreensão e nas respostas ao sofrimento mental. Afirmam que para muitas culturas o modelo biomédico de explicação e tratamento do sofrimento psíquico simplesmente não se encaixa nas experiências pessoais, valores culturais, crenças religiosas e filosofias da vida de seus povos. Além disso, afirmam que o mhGAP negligencia os efeitos da violência, desigualdade e pobreza como condicionantes dos Transtornos Mentais, medicalizando a angústia e o sofrimento. Já os defensores do movimento afirmam que, por motivos pragmáticos, abordar um desafio desta magnitude requer a adoção de pacotes de intervenção padronizados, que apresentem uma boa relação custo-benefício, possam ser globalmente replicáveis, e pareçam viáveis e financiáveis para os patrocinadores/doadores e os governos. É fato que negar o acesso ao diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais fere os direitos humanos das pessoas com sofrimento mental, porém reduzir a intervenção à replicação de protocolos, em especial, à oferta de

medicamentos, é também reproduzir uma abordagem negligente, danosa e sem evidências dos transtornos mentais. (DRAKE, 2015; ORTEGA; WENCESLAU, 2015)

Lacunas de tratamento são problemas reais, mesmo em países com sistemas universais de saúde, e a APS tem papel relevante no enfrentamento dessa questão. Entretanto, é fundamental que tal cuidado, mesmo se utilizando de protocolos e estratégias padronizadas como parte de suas estratégias de intervenção, seja cultural e experencialmente sensível.

2.4 O CONTEXTO ATUAL DA SAÚDE MENTAL NA APS NO REINO UNIDO

Em 2016, o National Health Service (NHS) produziu o documento *THE FIVE YEAR FORWARD VIEW FOR MENTAL HEALTH*, que teve como objetivos realizar uma avaliação da atual política de saúde mental inglesa e propor mudanças no NHS, com vistas a qualificar o cuidado de seus cidadãos. (NHS, 2016)

Tal documento teve ampla participação dos usuários no processo de avaliação e construção de propostas. As experiências de mais de 20 mil pessoas com problemas de saúde mental foram consideradas na produção deste material. Todo este processo produziu as seguintes prioridades para os próximos anos: prevenção, acesso, integração, qualidade e uma experiência positiva de atendimento.

Além disso, muitos usuários afirmaram que, assim como necessitam de acesso a cuidados de saúde mental de boa qualidade onde quer que estejam, desejam ter um lugar decente para morar, um emprego e boas relações em suas comunidades.

Isso nos remete a importância crescente do protagonismo dos usuários nas definições das políticas públicas e de que as perspectivas de *Recovery* cada dia mais ganham o centro da agenda política neste país.

No tocante à Saúde Mental na Atenção Primária, duas propostas centrais para a melhoria do cuidado em Saúde Mental ofertado pelo NHS nos próximos anos levam em consideração esta articulação: Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) e uma estratégia para ampliar o acesso a cuidados de saúde física a pessoas com diagnóstico de Transtornos Mentais Graves na Atenção Primária.

Além disso, tem-se buscado construir experiências pilotos que ampliam o protagonismo da Atenção Primária no cuidado a Transtornos Mentais Graves. O enhanced primary care (EPC) service é um exemplo a ser relatado neste tópico. (NHS, 2016)

2.5 IMPROVING ACCESS TO PSYCHOLOGICAL THERAPIES (IAPT)

Aumentar o acesso das pessoas a terapias psicológicas para problemas comuns de saúde mental, como ansiedade e depressão, além de condições crônicas de saúde e sintomas sem explicação médica são os objetivos desta nova proposta.

Serão recrutados até 4.500 novos terapeutas de saúde mental (3.000 terapeutas de saúde mental a mais) que serão integrados à Atenção Primária, onde fornecerão tratamento baseado em evidências. A proposta é que exista um terapeuta para cada 2 a 3 GP's. (NHS, 2016; NHS, RCGP, 2016)

Nove entre dez adultos com problemas de saúde mental são acompanhados na atenção primária e esta transformação da saúde mental também fortalecerá o trabalho na APS que poderá oferecer uma gama mais ampla de serviços para seus usuários.

A integração de terapeutas na APS pode ajudar a melhorar os resultados de saúde dos pacientes, tornando-os menos dependentes dos cuidados na Atenção Primária e emergência. Além disso, contribuirá para o autogerenciamento de suas condições crônicas com mais segurança. A proposta é que os terapeutas participem de reuniões regulares como parte de uma equipe de atenção primária estendida, oferecendo orientações e compartilhando conhecimentos e boas práticas, de forma a oferecer cuidados aos pacientes de forma integral.

Esta proposta iniciou em 37 serviços de APS. Até o final de 2018 ainda não havia avaliações nacionais do NHS disponíveis. Entretanto alguns Clinical Commissioning Groups (CCG)³ avaliaram desfechos de um conjunto pequeno de pessoas e tem percebido resultados promissores com quedas significativas da utilização de Urgência e Emergência, das consultas para Diabetes, Doenças Cardiovasculares e queixas respiratórias e até uma possível redução de internações. (NHS, 2016; NHS, RCGP, 2016).

³ São órgãos ligados ao NHS responsáveis pelo planejamento e comissionamento de serviços de saúde para um determinado território. Comissionamento é sobre como obter os melhores resultados em saúde para a população de determinado território. Existem agora 195 CCGs na Inglaterra ("About CCGs - NHS Clinical Commissioners", 2019).

2.6 AMPLIAÇÃO DO ACESSO A CUIDADOS DE "SAÚDE FÍSICA" PARA PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES NO REINO UNIDO

Pessoas com diagnóstico de Transtorno Mental Grave e Persistente correm o risco de morrer, em média, 15 a 20 anos antes das demais pessoas. Esta é a maior desigualdade de saúde da Inglaterra. (NHS, 2018)

Dois terços dessas mortes são por causas evitáveis, incluindo doenças cardiovasculares e câncer, tendo o tabagismo como uma de suas principais causas. Há também falta de acesso a saúde física para pessoas com Transtornos Mentais Graves. Menos de um terço das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia receberam a avaliação recomendada de risco cardiovascular nos últimos 12 meses.

Segundo a nova proposta do NHS, até 2020/21, pelo menos 280.000 pessoas que vivem com TMG devem ter suas necessidades de saúde física satisfeitas. Além disso, esquemas de incentivo financeiros aos GPs devem ser criados para reduzir o tabagismo - uma das principais causas de desfechos desfavoráveis neste grupo. (NHS, 2016; NHS, 2018).

2.7 ENHANCED PRIMARY CARE SERVICE (EPC)

Na Inglaterra, apenas um terço dos pacientes com diagnóstico de psicose são atendidos apenas na atenção primária e os demais dois terços são acompanhadas em serviços da rede secundária. (REILLY et al, 2012)

Cuidados de saúde mental para a maioria dos pacientes com TMG foram historicamente fornecidos por serviços especializados de Saúde Mental e poucos eram encaminhados de volta a APS. Recentemente, as pessoas com TMG são cada vez mais encaminhadas para o acompanhamento na Atenção Primária.

No leste de Londres, serviços aprimorados de atenção primária (EPC) para pacientes com TMG foram desenvolvidos e implementados em 2012 (REILLY et al, 2012), após uma revisão completa do sistema. O objetivo geral do serviço EPC é promover a qualificação do cuidado em saúde mental na Atenção Primária na perspectiva do *Recovery* para que as pessoas com diagnóstico de TMG possam ser encaminhadas com segurança para a APS e que este nível de atenção atenda às suas necessidades de saúde mental.

O modelo desenvolvido foi implantado no Leste de Londres em três CCGs (Newham, City & Hackney, Tower Hamlets). O alvo inicial foi definido como 300 pacientes por ano por localidade. O caminho da assistência da EPC permite fornecer cuidados de saúde mental de forma flexível de acordo com as necessidades dos pacientes, ofertando serviços na atenção primária ou secundária, de uma forma integrada e sem obstáculos administrativos.

A dinâmica de trabalho das EPCs se caracteriza por consultas regulares com o GP, o desenvolvimento de um plano de *Recovery*, apoio de psiquiatras consultores com reuniões de revisão multidisciplinares regulares, educação permanente dos GPs sobre gestão de TMG na atenção primária e para os enfermeiros em psicofarmacologia e administração de medicações de depósito. Equipes de saúde mental do EPC, formadas por enfermeiras psiquiátricas, trabalham dentro da APS, apoiando a alta e fornecendo apoio voltado para o *Recovery* aos pacientes. O foco da atuação é fornecer cuidado para pessoas com TMG estáveis.

Além da equipe já descrita, a EPC pode contar com Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais e trabalhadores de Apoio de Pares. Este membro da equipe se caracteriza por ter experiência pessoal de tratamento em Saúde Mental na comunidade e tem como tarefa apoiar os pacientes de forma flexível nas suas próprias experiências de *Recovery*.

Os resultados preliminares mostram que uma proporção significativa de pacientes com TMG, tradicionalmente vistos a longo prazo na atenção secundária, podem ser acompanhados com sucesso na APS. Na avaliação dos trabalhadores, o sucesso baseia-se em uma colaboração muito estreita entre profissionais da APS e da Saúde Mental, além da articulação entre os serviços que proporcionam cuidados continuados (RÖHRICHT et al., 2017).

Essa experiência pode dar sinais interessantes sobre caminhos possíveis para a ampliação do papel da Atenção Primária no cuidado de pessoas com diagnóstico de Transtorno Mental Grave no contexto brasileiro.

2.8 A EXPERIÊNCIA CANADENSE DO GESTOR DE CASO

Na região de Ontário, o psiquiatra tem assumido cada vez mais um papel de consultor no cuidado de Transtornos Mentais Graves estáveis. Normalmente a pessoa realiza apenas uma consulta com o psiquiatra e este oferece ao médico da APS um relatório abrangente e propositivo para o cuidado daquela pessoa. Há poucos psiquiatras que fazem seguimentos ambulatoriais dos casos nesta região canadense.

O cuidado de pessoas com diagnóstico de TMG na APS, se implementado com sucesso, tem a vantagem de melhorar o acesso, oferecer um ambiente de cuidado “não institucional”, permitindo uma abordagem integral, que considera também os aspectos da saúde física. Além disso, este modelo colaborativo entre psiquiatras e equipes da APS é mais custo-efetivo.

Além do cuidado colaborativo entre psiquiatra e equipe da APS, essa região canadense utiliza o Gestor de Caso como profissional responsável por coordenar e articular o cuidado das pessoas com TMG. O Gestor de Caso trabalha com o psiquiatra, o MFC, os psicoterapeutas e as agências comunitárias (assistência social e ONGs) envolvidas. Neste modelo, o Gestor do Caso gerencia os problemas físicos, sociais (por exemplo, moradia) e os cuidados com a saúde mental. Atua como um elo de ligação com as agências comunitárias, com os serviços de saúde e auxilia a pessoa a ter acesso a programas provinciais e federais. O Gestor de Caso é responsável por reavaliar e modificar o tratamento, sempre de forma colaborativa com os demais profissionais envolvidos no caso.

Este programa está em vigor há mais de 10 anos, e o gerente do caso ajuda pelo menos 175 pacientes a qualquer momento. Os pacientes que demonstrarem uma melhora acentuada podem receber alta do gestor de casos, sendo acompanhados exclusivamente com seus médicos de família e novos pacientes são admitidos no programa. Pessoas que estão muito doentes e instáveis geralmente serão estabilizados através do encaminhamento para psiquiatras institucionais ou equipes antes da admissão no programa.

Se ocorrerem problemas de saúde que sejam melhor administradas por um especialista médico, o gerente do caso pode referenciar a um especialista fora da clínica (cirurgião, endocrinologista, etc). Avaliações domiciliares são comuns, uma vez que alguns pacientes são internados ou requerem investigação no ambiente doméstico. (KRASS; AICHELE, 2016).

O Canadá tem buscado fortalecer as abordagens colaborativas para atenção primária e mental através de melhor comunicação, financiamento e educação interdisciplinar, além de integrar abordagens de *Recovery* nos cuidados de saúde, envolvendo pessoas que vivem com problemas de saúde mental e suas famílias no planejamento e avaliação das ações (MENTAL HEALTH COMMISSION OF CANADA, 2012).

Assim como a experiência inglesa do EPC, o modelo canadense do Gestor de Caso aponta caminhos para um cuidado de pessoas com TMG centrado no território, tendo na APS

um de seus pilares principais de sustentação, evidenciando assim caminhos possíveis para a ampliação do papel da ESF no cuidado desse público.

2.9 O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DO *RECOVERY* NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O QUE A LITERATURA DIZ E O QUE PODEMOS DEDUZIR

Este tópico visa discutir o conceito de *Recovery*, incorporado nos últimos 20 anos aos princípios do cuidado em Saúde Mental em diversos países e a atenção à saúde mental em serviços comunitários, como Canadá, Inglaterra, Austrália e alguns estados dos EUA, e sua relação com a Atenção Primária. Na verdade, buscaremos apresentar a reflexão internacional do cuidado em saúde mental na Atenção Primária nesta perspectiva, as características semelhantes da clínica do *Recovery* com a clínica da Atenção Primária e também as potencialidades do cuidado nesta perspectiva neste nível de atenção.

O caminho de construção passou pela busca de artigos que discutissem práticas de cuidado orientadas pelo *Recovery* no cuidado de pessoas com TMG na Atenção Primária. Além disso, buscou-se a interlocução entre os conceitos de *Recovery* e os princípios da APS e, para isso, realizou-se uma revisão sobre o próprio conceito de *Recovery* e de textos clássicos da Atenção Primária e da Medicina de Família e Comunidade.

2.9.1 O conceito de *Recovery*

Grande parte da prática psiquiátrica atual enfatiza o diagnóstico e tratamento baseados em sintomas clínicos. Uma consequência desse foco é que os resultados esperados são frequentemente centrados em resultados clínicos, ou seja, remissão sustentada de sintomas. Este modelo alega oferecer medidas de resultados que são invariáveis entre os indivíduos e contextos. (KIRMAYER et al, 2012)

Entretanto, entre as culturas existem noções diferentes do que constituem resultados desejáveis da recuperação, saúde e bem-estar em relação aos Transtornos Mentais. Na década de 90, uma outra visão de tratamento emergiu e está sendo adotada em serviços de saúde mental nos EUA, Nova Zelândia, Austrália, Reino Unido, e Canadá. Esta nova abordagem é inspirada nas perspectivas dos usuários de saúde mental e indivíduos que sofreram doenças mentais e é chamado de *Recovery* (DEEGAN, 1997).

Segundo Davidson e outros (2009), esta abordagem deixa de lado a noção de cura ou mesmo a noção de remissão como central para a recuperação, e enfatiza, em vez disso, os direitos do indivíduo diagnosticado com uma doença mental grave para a busca de uma vida significativa e gratificante na comunidade, apesar de sua condição psiquiátrica.

Deegan (1997) entende o *Recovery* como uma jornada, um processo, não um destino ou como uma "cura". Ela chama a atenção que é preciso se recuperar não só da doença mental, mas também do estigma internalizado, das baixas expectativas e das práticas clínicas desumanas.

Anthony (1993), autor importante no debate sobre *Recovery*, o define como um processo profundamente pessoal, único, de mudança de atitudes, valores, sentimentos, objetivos, habilidades e / ou papéis de alguém. É uma maneira de viver uma vida satisfatória, esperançosa e produtiva, mesmo dentro das limitações causadas pela doença.

Já Drake (2015), que em revisão avaliou a noção e as estratégias de *Recovery* em autobiografias, estudos qualitativos e quantitativos, afirmou que as pessoas com TMG geralmente consideram a recuperação uma jornada de pequenos passos, caracterizados por um crescente sentimento de agenciamento. Participação em atividades cotidianas, rotinas, e processos normativos da vida, tais como emprego e educação, são frequentemente considerados como facilitadores e indicadores de recuperação. Eles também observaram a necessidade de um sistema de saúde mental humano e fortalecedor que incentive as escolhas e a autonomia.

Kirmayer et al (2012) explica que as noções atuais de *Recovery* tiveram suas origens nos movimentos por direitos civis nos EUA e surgiram, em parte, como uma reação às atitudes pessimistas e paternalistas inerente aos cuidados psiquiátricos convencionais. A noção de *Recovery* ajuda a reafirmar os direitos dos indivíduos com doença mental na busca de viver uma vida digna e significativa na comunidade, e de ter uma palavra ativa na construção de sua própria saúde. Estes são valores éticos com amplo apelo que podem reorientar e apoiar a prestação de serviços tanto em sociedades ricas como em países de renda baixa e média. Para ser realizado, o *Recovery* requer uma consideração cuidadosa do contexto social e dos sistemas culturais de valor e significado. Os valores de recuperação só podem ser traduzidos em significados práticos se forem dadas atenção aos contextos e valores locais que condicionam a definição das metas de vida, dos papéis e das trajetórias. O *Recovery* também traz a promessa de conscientização sobre o que é possível para os indivíduos com TMG, desafiando as

estruturas sociais opressivas, o niilismo terapêutico e expectativas limitantes. Segundo o autor, com suficiente atenção aos contextos sociais, culturais e políticos, o movimento de *Recovery* pode cumprir sua promessa de uma vida plena na comunidade para indivíduos com TMG.

Em suma, elementos como autonomia, direitos civis, busca de uma vida satisfatória na comunidade, a partir de um cuidado centrado na perspectiva do sujeito, de forma longitudinal, construído a partir do contexto sócio-cultural, são os eixos centrais do cuidado na perspectiva do *Recovery*. Tais princípios são coincidentes com os da clínica da Atenção Primária.

Por isso, o próximo tópico discutirá as interseções entre as clínicas da Atenção Primária e do *Recovery*, buscando evidenciar os potenciais do cuidado dos Transtornos Mentais Graves na Atenção Primária a partir dos pressupostos do *Recovery*.

2.9.2 O *Recovery* e a Atenção Primária: proximidades e potencialidades

Diversos autores buscaram definir o campo teórico da Medicina de Família e Comunidade, descrevendo seus princípios, práticas e pressupostos teóricos. Mcwhiney (2010), em seu clássico *Manual de Medicina de Família e Comunidade* define alguns princípios desta especialidade, assinalando que os MFCs são comprometidos com as pessoas e não com um conjunto de conhecimentos, doenças e procedimentos e que estão disponíveis para problemas de homens e mulheres, em qualquer idade. Além disso, estes profissionais procuram entender o contexto e a experiência com a doença. O MFC também se considera como parte de uma rede comunitária de agências de apoio e de atenção à saúde e, de alguma forma (morando ou atuando cotidianamente), compartilha o mesmo habitat das pessoas que atende. Além do mais, este especialista dá importância a aspectos subjetivos da medicina. Greenhalgh (2007) também enumera alguns princípios da Atenção Primária à Saúde. Alguns deles dialogam com os pressupostos do cuidado no *Recovery* como o entendimento do contexto social e cultural da doença, afirmando que a determinação social da doença, a dimensão cultural da experiência com a doença e a autogestão são cada vez mais consideradas no cuidado na APS. Afirma também como princípio a centralidade do paciente em seu próprio cuidado, assumindo um papel ativo. Outro princípio que dialoga com as perspectivas do *Recovery* é o de advogar pelo paciente. Um advogado é alguém que representa os pontos de vista de outro, sem julgamento, sobre uma situação que o afeta, a fim de influenciar os outros. Este papel é particularmente crucial quando o paciente é vulnerável.

A produção teórica dentro do campo da Medicina de Família e Comunidade também construiu uma nova proposta de método clínico em que sua expressão mais conhecida é *O Método Clínico Centrado na Pessoa* (STEWART et al, 2017). Diversos outros autores também sistematizaram propostas de métodos clínicos, modelos de consulta e de entrevista clínica (RAMOS, 2009; CARRIO, 2009; NEIGHBOUR, 1998; PENDLETON et al, 2011) com pressupostos semelhantes: a centralidade da Experiência da doença no contexto do cuidado clínico e da construção de Planos Terapêuticos conjuntamente com a pessoa que recebe cuidado, a partir de estratégias de compartilhamento de decisão nas quais os pontos de vista e a perspectiva da pessoa são determinantes dos rumos clínicos do tratamento.

Dentre os diversos métodos clínicos e modelos de consulta há um elemento que é central: a experiência. A centralidade da experiência significa a consideração do modo como o sujeito vive e experimenta o seu adoecimento na sua relação consigo e com o seu ambiente como orientações fundamentais na produção compartilhada do cuidado (LEAL et al, 2016). Em tempos de medicina baseada em evidências, é fundamental entendermos que o conhecimento estabelecido pela observação empírica de populações em ensaios controlados randomizados e estudos de coorte não podem ser mecanicamente aplicados a pacientes individuais cujo comportamento é irremediavelmente contextual e idiossincrático. (GREENHALGH, 1999). Os protocolos e diretrizes de diagnóstico e tratamento são insuficientes para instrumentalizar o julgamento clínico e a condução de um projeto terapêutico. É necessário um trabalho interpretativo que leve em conta a experiência.

Compreender a experiência significa captar como os indivíduos vivem seu mundo e a maneira como compreendem e se engajam ativamente nas situações em que se encontram ao longo de suas vidas. Isto não pode ser deduzido de um sistema coerente e ordenado de ideias, símbolos ou representações. O conhecimento através do qual se vive não é necessariamente idêntico ao conhecimento através do qual se explica a vida. E experiência tem um caráter fluido, multifacetado e, sobretudo, indeterminado (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999).

A Medicina de Família e Comunidade produziu uma estratégia para abordar a Experiência do adoecimento a partir do método clínico. Ideias ou explicações, sentimentos e medos, impacto sobre a vida em suas diversas dimensões e expectativas de tratamento são os pontos chaves a serem avaliados no MCCP (LOPES, 2012a). Utiliza-se inclusive estratégias

mnemônicas para estes pontos chaves como IPE PSO (**I**deias, **P**ercepções **E**xpectativas – **P**sicológico, **S**ocial, **O**cupacional). (NORMAN, TESSER, 2015).

Em relação ao compartilhamento de decisões clínicas, é possível afirmar que este tema está cada dia mais em evidência nos debates médicos contemporâneos. Impulsionado pela MFC e pela Saúde Mental, tem se consolidado como pressuposto ético da prática médica em geral. Em 2017, a revista JAMA publicou diversos textos na série *Sharing Medicine*, tendo o GP Richard Lehman como editor. A revista buscou trazer para o centro do debate médico contemporâneo este desafio. Segundo o editor, o médico deve compartilhar informações e decisões em todos os encontros clínicos e o futuro da medicina está em compartilhar medicina. (LEHMAN, 2017)

De acordo com o Método Clínico Centrado na Pessoa (STEWART et al, 2017), para o desenvolvimento de um plano compartilhado de cuidado é necessário do médico e da pessoa que é atendida a concordância em três pontos: a) os problemas e o estabelecimento de prioridades; b) a definição dos objetivos do tratamento e c) a caracterização dos papéis do médico e da pessoa. (LOPES, 2012a).

Como já dito anteriormente, há inúmeras semelhanças entre os pressupostos do *Recovery* e os princípios e práticas da Atenção Primária. Nos próximos parágrafos buscaremos discutir em detalhes estas interseções, discutindo potencialidades da Atenção Primária no cuidado a pessoas com Transtorno Mental Grave.

O foco nos direitos do indivíduo na busca de uma vida satisfatória, esperançosa e produtiva na comunidade, com participação em atividades cotidianas, rotinas, e processos normativos da vida, tais como emprego e educação, com atenção aos contextos e valores locais se articula perfeitamente ao lugar da Atenção Primária na rede de atenção à saúde. A Atenção Primária, por seu nível local, possui forte vinculação com o território onde atua, buscando agir de forma articulada com os demais equipamentos sociais, sejam eles públicos ou da própria comunidade. No Brasil e em alguns outros países, inclusive incorpora pessoas da própria comunidade entre seus profissionais, os Agentes Comunitários de Saúde. Isso amplifica a capacidade destas equipes de atuar no contexto comunitário e ampliar a capacidade de advogar pelas pessoas com Transtornos Mentais na garantia de seus direitos e no enfrentamento cotidiano do estigma.

Considerando o *Recovery* como um processo profundamente pessoal e único, como uma jornada de pequenos passos, caracterizados por um crescente sentimento de autonomia e que um elemento decisivo nesse processo é a palavra ativa da pessoa na construção da sua própria saúde e de seus objetivos de tratamento nos parece que outros conceitos e princípios da APS tem forte sinergia com este processo. A singularidade de cada processo exige uma clínica centrada na pessoa em que a experiência do adoecimento se explicita e seja o pano de fundo para a construção dos caminhos do tratamento. A participação ativa do sujeito neste processo impõe que o compartilhamento das decisões terapêuticas faça parte do cotidiano do cuidado. E tais questões só se efetivam a partir de um cuidado longitudinal e integral, em que o acesso ao serviço de saúde seja o mais facilitado possível. Longitudinalidade, integralidade e acesso são atributos da Atenção Primária (STARFIELD, 2002).

Buscaremos agora apresentar uma revisão da literatura sobre experiências concretas de *Recovery* na Atenção Primária.

2.9.3 *Recovery* na Atenção Primária: o que a literatura fala sobre o tema e que caminhos nos aponta

Os próximos parágrafos expõem um pouco do que a literatura internacional discute sobre o cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária de pessoas com TMG na perspectiva do *Recovery*. Há vasta produção científica sobre o *Recovery*, mas ela é praticamente inexistente quando o foco é a Atenção Primária (FLEURY; BAMVITA; TREMBLAY, 2009).

Como já descrito nas experiências internacionais, em diversos países, há um movimento de ampliar o papel da Atenção Primária na atenção de pessoas com TMG. Tal movimento tem sido visto com bons olhos pelos usuários que frequentemente relatam uma preferência por este nível de atenção. As razões incluem a capacidade da atenção primária de lidar simultaneamente com problemas de saúde mental e física. Outros fatores positivos associados à atenção primária incluem a longitudinalidade dos cuidados e abordagens centradas na pessoa. Isso faz com que as pessoas se familiarizem com as discussões do tratamento, bem como evita que necessitem de recontar histórias dolorosas, realidade comum em serviços especializados devido a alta rotatividade profissional. Finalmente, a atenção primária tem menos associação documentada com o estigma. (WHITLEY, PALMER, 2015).

Sklar e outros (2015) avaliaram o cuidado oferecido por um modelo de Atenção Primária (patient-centered medical home - PCMH) em um condado americano centrado no *Recovery* de pessoas com diagnóstico de TMG estáveis anteriormente acompanhadas em um serviço especializado. O estudo comparou os resultados das pessoas acompanhadas no PCMH em comparação com outros usuários que permaneceram em acompanhamento em serviços especializados. A Atenção Primária, contava com o suporte de um “consultor” em saúde mental e um enfermeiro para gestão dos casos, que estava responsável pela articulação da rede de serviços. Os resultados deste estudo sugerem que o PCMH funciona pelo menos tão bem quanto o serviço especializado de Saúde Mental, facilitando a progressão do paciente para a recuperação. Além disso, o PCMH pode facilitar o manejo da doença de um paciente em um grau maior do que a atenção secundária. (SKLAR et al, 2015)

Apesar das diretrizes e dos resultados promissores da Atenção Primária, apenas uma pequena parcela das pessoas é acompanhadas exclusivamente na APS. Em estudos canadenses e ingleses, 30% das pessoas com diagnóstico de TMG aproximadamente, são acompanhadas exclusivamente com seus GPs. (FLEURY; BAMVITA; TREMBLAY, 2009; RÖHRICHT et al, 2017; REILLY et al, 2012.)

Há diversos motivos para isso e um deles é que os GPs consideram que esses quadros são especializados demais e esses profissionais acreditam não possuir capacidade de manejo. Entretanto, quando possuem experiência em modelos centrados na pessoa eles tem mais tranquilidade para gestão dos pacientes. E justamente a falta de capacitação são relatadas como as principais causas de encaminhamento para os serviços especializados. (FLEURY; BAMVITA; TREMBLAY, 2009).

Associado a dificuldades de ordem técnica, há um elemento a se considerar: o estigma, que se expressa, entre outras formas, no ceticismo terapêutico. Chama a atenção a fala de um MFC peruano que passou por um treinamento em saúde mental na perspectiva do *Recovery*:

O treinamento com o psiquiatra nos ajuda a ver o estigma dentro de nós em relação às pessoas com transtornos mentais. Nós pensávamos que ele era um paciente que não tinha solução, que não havia mudança, que não poderia ficar melhor. Percebemos na formação que os pacientes podem se recuperar e serem reinseridos na sociedade. (MENTAL HEALTH INNOVATION NETWORK - MHIN, 2018, tradução minha)

O entendimento equivocado (JABLENSKY et al, 1992) de que os Transtornos Mentais Graves, principalmente a Esquizofrenia, progridem invariavelmente para a deterioração e cronificação do quadro, impõe sobre os profissionais de saúde um sentimento de impotência e conseqüentemente, ausência de investimento na condução dos casos clínicos. Esta visão equivocada permeada pelo estigma também explicam a incapacidade destes profissionais de lidar com estas situações.

Embora as atuais reformas encorajem os GPs a acompanharem mais pessoas com diagnóstico de TMG, há poucos estudos sobre o tema. A maioria dos estudos que envolvem GPs focam em transtornos mentais comuns. Por outro lado, estudos sobre pacientes com TMG examinam quase exclusivamente a rede de saúde mental, raramente incluindo os cuidados dos GPs (FLEURY; BAMVITA; TREMBLAY, 2009).

Em suma, a realidade de outros países no tocante ao manejo das pessoas com Transtornos Mentais Graves na Atenção Primária é muito diferente da realidade brasileira, havendo uma proporção muito maior de pessoas sendo acompanhadas exclusivamente na APS. Ao mesmo tempo, as experiências práticas ainda são muito insipientes, exigindo maior produção teórica que ofereça estratégias práticas de formação de equipes de APS e de cuidado dessas pessoas por estas equipes.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer as estratégias construídas pelas pessoas com diagnóstico de Esquizofrenia acompanhados exclusivamente na Atenção Primária para “tocar a vida” e lidar com a experiência do adoecimento.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as pessoas com Transtornos Mentais Graves e Persistentes sob responsabilidade da Clínica da Família situada na região central do Rio de Janeiro;
- levantar as percepções das equipes da Clínica da Família sobre o que são problemas graves de Saúde Mental;
- Avaliar o cuidado ofertado pelas equipes da Clínica da Família às pessoas com diagnóstico de Transtorno Mental Grave
- identificar o modo como as pessoas com diagnóstico de Esquizofrenia atendidos na Clínica da Família tocam a sua vida;
- identificar os recursos presentes no território utilizados pelas pessoas com diagnóstico de Esquizofrenia;
- contribuir para a construção de um cuidado mais sensível cultural e experencialmente para as pessoas com Transtornos Mentais Graves e Persistentes em Clínica da Família na região central do Rio de Janeiro.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter etnográfico, com obtenção de dados por intermédio da observação, de entrevistas e do levantamento de dados através de prontuários e planilhas disponíveis na Clínica da Família. As várias técnicas de coleta de dados etnográficos podem ser encaixadas em três grandes categorias: observação, entrevistas e pesquisas em arquivo (ANGROSINO, 2008).

Com o objetivo de se construir, a partir de uma prática compartilhada, estratégias de cuidado na perspectiva do *Recovery*, avaliou-se necessário conhecer as estratégias de lidar com o adoecimento e “tocar a vida” construídas pelos próprios usuários do contexto da pesquisa. A qualificação do processo de cuidado na Clínica da Família, requer que se conheça também quem são as pessoas acompanhadas neste serviço e como se estrutura o cuidado oferecido na APS. Para garantir tais conhecimentos, definiu-se que o método adequado para a pesquisa seria a Etnografia. Associou-se técnicas de entrevista e observação de campo com descrição objetiva do número de pessoas acompanhadas, medicações em uso, etc. A descrição pormenorizada desta dinâmica de trabalho será feita em seguida.

A Etnografia nos pareceu a estratégia adequada porque suas contribuições poderiam nos aproximar da dinâmica de vida dos usuários pesquisados, dos arranjos e dos rearranjos produzidos a partir da experiência de adoecimento, rompendo com visões desatentas e preconceituosas que muitas vezes orientam o nosso olhar técnico. (DALMOLIN; VASCONCELLOS, 2008)

No primeiro momento, anterior ao início do campo, pesquisou-se a bibliografia existente a respeito do assunto abordado para basear as informações argumentadas neste trabalho.

O Trabalho de Campo se desenvolveu em dois momentos bem distintos. O momento em que se buscou verificar como a Clínica da Família realizava o cuidado de seus pacientes com TMG e um segundo momento em que, dentre estas pessoas, foram escolhidas 4 delas e, a partir de diversos parâmetros, buscou-se perceber como tais indivíduos vivenciavam a experiência de adoecimento e tocavam a vida cotidiana.

A apresentação destes momentos será feita de forma independente uma da outra, descrevendo separadamente e em detalhes cada um dos tempos. Buscar-se-á também, apresentar as potencialidades dos procedimentos metodológicos e as dificuldades encontradas.

O QUADRO 1 apresenta uma síntese das etapas metodológicas da pesquisa:

Quadro 1 - Etapas da Pesquisa

Revisão da Literatura	
Momento 1	Momento 2
E T A P A S D A P E S Q U I S A	Levantamento das pessoas com diagnóstico de TMG
	Apresentação da proposta das entrevistas aos participantes e assinatura do TCLE
	Primeira Entrevista: “Me conte tudo que você achar importante pra eu conhecer a sua história” Entrevista sobre o dia-a-dia
	Segunda Entrevista: dois módulos da McGill Illness Narrative Interview – MINI Entrevista sobre o dia-a-dia
	Entrevista com as Equipes
	Feedback aos trabalhadores dos dados levantados na “Avaliação dos prontuários” Entrevista com Familiar Entrevista sobre o dia-a-dia
	Feedback aos participantes da síntese das narrativas Entrevista sobre o dia-a-dia

Fonte: Elaboração do autor, 2019.

4.1 O ESTUDO DO CUIDADO DE PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO MENTAL GRAVE PELA CLÍNICA DA FAMÍLIA

Realizou-se um levantamento de casos, buscando nas fontes de dados da Clínica da Família, pessoas com diagnóstico de Transtornos Mentais Graves e Persistentes. Chamamos de Transtornos Mentais Graves e Persistentes os transtornos crônicos do espectro da Esquizofrenia e não associados a quadros orgânicos (F20-29 no CID 10) e o Transtorno Afetivo Bipolar.

As informações foram retiradas do Prontuário Eletrônico, pesquisando-se por Diagnósticos, usando o CID e o ICPC-2 (QUADRO 2) e da base de dados da farmácia de

dispensação de psicotrópicos, buscando as pessoas que fazem uso de antipsicóticos e Estabilizadores de Humor (QUADRO 3). A farmacêutica da Clínica da Família possui uma planilha com todas as pessoas que pegaram medicações psicotrópicas na Unidade de Saúde.

Em seguida, participou-se das reuniões das equipes. Nessas reuniões foi feita uma entrevista semiestruturada em que se perguntou sobre casos de Saúde Mental e avaliou-se o entendimento daquela equipe sobre o que seriam “Problemas graves de Saúde Mental”.

Por fim, após a sistematização dos dados levantados, foi realizado um feedback para os profissionais da Clínica da Família em uma reunião previamente marcada, em que foram apresentados os dados levantados com posterior discussão sobre a percepção desses profissionais sobre as informações apresentadas.

Os detalhes metodológicos dessas etapas serão apresentados em seguida de forma separada.

4.1.1 O levantamento das pessoas com diagnóstico de Transtorno Mental Grave

Como já descrito, o passo inicial para o levantamento das pessoas que possuíam diagnóstico de algum TMG foi a busca em Prontuário Eletrônico (PEP). O PEP utilizado na CF oferece a possibilidade de extrair todas as pessoas que possuem um diagnóstico ativo de alguma doença. A partir desta ferramenta foram levantadas todas as pessoas que possuíam algum diagnóstico de Transtorno Mental Grave pela Classificação Internacional de Doenças – 10 (CID-10) ou pela Classificação Internacional da Atenção Primária – 2 (ICPC-2). O prontuário permite que sejam utilizadas as duas formas de classificação diagnóstica.

O QUADRO 2 apresenta quais foram os diagnósticos usados para o levantamento das pessoas com TMG a partir dos dados do Prontuário Eletrônico:

Quadro 2 - Diagnósticos utilizados para levantamento de pessoas com TMG.

Diagnósticos da CID – 10
Esquizofrenia hebefrênica F20.1 Depressão pós esquizofrênica F20.4 Esquizofrenia indiferenciada F20.3 Esquizofrenia não especificada F20.9 Esquizofrenia Paranoide F20.0 Esquizofrenia residual F20.5 Esquizofrenia simples F20.6 Outras esquizofrenias F20.8 Psicose não orgânica não especificada F29 Transtorno Delirante F22 Transtorno Esquizotípico F21 Transtorno psicótico agudo de tipo esquizofrênico F23.2 Outros transtornos afetivos bipolares F31.8 Transtorno Afetivo bipolar, episódio atual hipomaníaco F31.0 Transtorno Afetivo Bipolar, episódio atual maníaco, sem sintomas psicóticos F31.1 Transtorno Afetivo Bipolar, episódio atual maníaco, com sintomas psicóticos F31.2 Transtorno Afetivo Bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado F31.3 Transtorno Afetivo Bipolar, atualmente em remissão F31.7 Transtorno Afetivo Bipolar, não especificado F31.9 Transtorno esquizoafetivos não especificados F25.9
Diagnósticos da ICPC – 2
Esquizofrenia P72 Psicose Afetiva P73 Psicose outra P98

Fonte: Elaboração do autor, 2018.

Num primeiro momento, consideramos todos os diagnósticos que possuíam as palavras esquizofrenia ou termos correlatos, assim como psicose, além de diagnósticos que possuíam a palavra Transtorno Bipolar. Isso foi feito, inicialmente, para aumentar a sensibilidade às pessoas com diagnóstico pois consideramos que, muitas vezes, o diagnóstico oferecido não apresentava a precisão do especialista na seleção do diagnóstico pela CID-10.

Como já descrito, buscaram-se também as pessoas que retiraram medicações psicotrópicas na farmácia da Clínica da Família. Muitas vezes, as pessoas estão em acompanhamento apenas na rede especializada, privada ou, durante as consultas, não recebem diagnóstico no prontuário, tendo apenas a sua receita renovada. Considerando que a imensa

maioria das pessoas com diagnóstico de TMG fazem uso de medicação psiquiátrica, a farmácia se torna um local privilegiado para levantamento de informações como essa.

O QUADRO 3 apresenta as medicações selecionadas para o levantamento destas informações:

Quadro 3 - Medicamentos para levantamento dos TMG.

Ácido Valpróico
Carbamazepina
Carbonato de Lítio
Clorpromazina
Decanoato de Haloperidol
Haloperidol
Levomepromazina
Risperidona

Fonte: Elaboração do autor, 2018.

Obviamente, há uma sobreposição de pessoas nesses levantamentos. Há várias delas que retiram medicamentos e que possuem diagnósticos no Prontuário Eletrônico. Após cruzar esses dados, ficamos com um número de 220 pessoas que possuem diagnóstico de Transtorno Mental Grave no Prontuário Eletrônico e/ou retiram os medicamentos psiquiátricos acima citados na Clínica da Família.

Ao mesmo tempo há um conjunto de pessoas que fazem uso das medicações acima descritas que não possuem diagnóstico de TMG. Elas utilizam esses medicamentos por quadros de epilepsia, agitação secundária a demência, como auxiliar no tratamento de uso problemático de substâncias psicoativas, etc. Além disso, não podemos descartar a possibilidade de erros no preenchimento do diagnóstico no Prontuário Eletrônico. Não é incomum que médicos e enfermeiros da Atenção Primária não tenham familiaridade com quadros e, conseqüentemente, com diagnósticos psiquiátricos.

Em razão disso, foi feita uma revisão dos prontuários das 220 pessoas presentes no banco de dados, após a retirada das duplicações. Com isso, realizamos a exclusão de situações que não se enquadravam no objetivo do levantamento. Também tivemos que excluir pessoas que não possuíam informações no prontuário que minimamente nos possibilitasse supor que

possuíam alguns destes diagnósticos. Em suma, utilizamos os seguintes critérios de exclusão neste momento

Quadro 4 - Critérios de Exclusão.

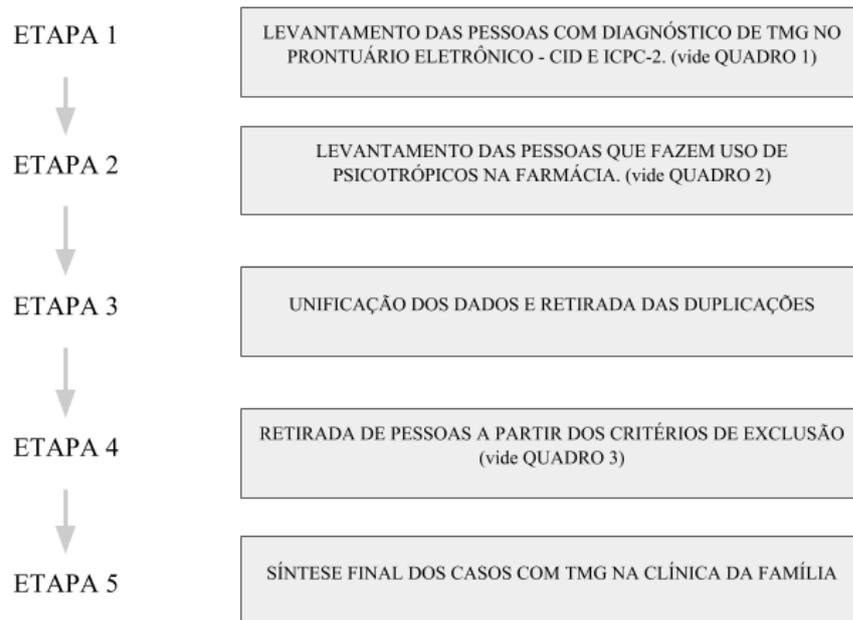
1) Possuir diagnóstico que não se enquadra na proposta do levantamento
2) Apresentar informações insuficientes no Prontuário Eletrônico que não descrevia informações sobre o quadro psiquiátrico ou que possuía cadastro desatualizado, sem distinção da equipe de saúde da família, sem endereço, etc.
3) Não possuir cadastro na Clínica da Família

Fonte: Elaboração do autor, 2018

Nessa etapa, avaliamos apenas os seguintes itens no prontuário: cadastro e diagnóstico codificado no PEP (Avaliação no SOAP⁴). Não foram avaliadas as descrições textuais no PEP. A partir disso, a base de dados de pessoas com Diagnósticos de Transtornos Mentais Graves e persistentes ficou com 118 pessoas. É provável que ainda existissem pessoas cujo diagnóstico psiquiátrico fosse outro, que estivessem erradamente diagnosticados ou mesmo pessoas com Autismo ou Retardo Mental pois, ou não haviam recebido diagnóstico no Prontuário Eletrônico ou ele havia sido dado de forma errada. De toda forma, a imensa maioria das pessoas dessa base de dados atual possui diagnóstico de TMG.

⁴ O SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) são as siglas dos eixos organizadores do Registro Orientado por Problemas, estratégia universalmente utilizada para registro das informações das pessoas acompanhadas na Atenção Primária à Saúde (LOPES, 2012b).

Figura 1. Etapas da Construção da Base de Dados.



Fonte: Elaborada pelo autor, 2018.

Após esse refinamento inicial e a construção dessa base de dados com 118 pessoas, outros critérios (descritos no Quadro 5) foram aplicados às diversas abas do Prontuário Eletrônico de cada usuário (identificação, diagnóstico, medicações, etc.), bem como ao próprio SOAP*, o espaço do Prontuário Eletrônico destinado ao preenchimento livre pelo profissional de saúde durante a consulta. Em muitas ocasiões, a certeza de que se tratava de um caso de interesse só foi possível após a leitura completa das informações registradas no SOAP de consultas de um mesmo usuário em dias diversos.

Quadro 5 - Critérios de Avaliação dos Prontuários.

Equipe
Faixa etária
História Clínica no prontuário ⁵
Acompanhamento em Serviços especializados ⁶
Diagnóstico ⁷
Medicações ⁸
Projetos Terapêuticos ⁹

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

⁵ HISTÓRIA CLÍNICA NO PRONTUÁRIO: Considerou apenas SIM ou NÃO. Essa avaliação foi bastante generosa e considerou SIM relatos mínimos sobre o quadro psiquiátrico.

⁶ ACOMPANHAMENTO EM SERVIÇOS ESPECIALIZADOS: Consideramos apenas as informações presentes no prontuário. É provável que um número maior de pessoas sejam acompanhadas em serviços especializados.

⁷ DIAGNÓSTICO: Foram usados quatro critérios: ESPECTRO DA ESQUIZOFRENIA, TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR, OUTROS e SEM REGISTRO. O ESPECTRO DA ESQUIZOFRENIA engloba do F.20-29 do CID 10, além de ESQUIZOFRENIA e PSICOSE OUTRA N/E no ICPC-2. Nas situações em que, pela descrição do prontuário, era possível deduzir um desses diagnósticos, a contabilização também foi feita. O TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR engloba F.31.0 - 31.9 na CID 10 e PSICOSE AFETIVA no ICPC-2 além de diagnósticos presumidos pelo prontuário. A classificação OUTROS engloba todos os demais diagnósticos (Autismo, Demências, Retardo Mental, Transtornos de Humor e Ansiosos, etc) e diagnósticos presumidos pelo prontuário diferente do ESPECTRO DA ESQUIZOFRENIA ou do TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR. E o critério SEM REGISTRO engloba as pessoas que não possuem diagnóstico psiquiátrico ou neurológico no prontuário e quando nem foi possível deduzir qualquer diagnóstico a partir da descrição clínica.

⁸ MEDICAÇÕES: Buscou-se sistematizar padrões. Isso se mostrou um desafio pois as associações não seguiam padrões descritos na literatura científica. Foram usados os seguintes critérios: ANTIPSICÓTICO; ANTIPSICÓTICO + OUTROS; ANTIPSICÓTICO + ANTIDEPRESSIVO; ESTABILIZADOR DE HUMOR + OUTROS; OUTROS; SEM REGISTRO. O critério ANTIPSICÓTICO + OUTROS, refere-se a quadros psicóticos em que o antipsicótico é associado a outras medicações, como anticolinérgicos, ansiolíticos, estabilizadores de humor/anticonvulsivantes e outros antipsicóticos sedativos. Já o critério ESTABILIZADOR DE HUMOR + OUTROS refere-se a quadros em que o centro do tratamento é o uso de Estabilizadores de Humor.

⁹ PROJETOS TERAPÊUTICOS: Usaram-se cinco critérios: RENOVAÇÃO DE RECEITA - casos em que havia registro de condutas apenas de renovação de receitas já previamente prescritas. PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS - utilizado para pacientes que tiveram sua medicação prescrita ou modificada pela eESF. Foi considerado modificação da receita a troca de medicamentos e também o manejo da dose, com aumento ou diminuição da substância já anteriormente prescrita. INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL - foi considerado nos casos em que, além do tratamento medicamentoso ou da renovação de receitas, foram propostas intervenções relacionadas ao contexto de vida da pessoa, suas relações familiares, hábitos, além do uso de ferramentas terapêuticas não medicamentosas, como atenção plena, atividade física e etc. ENCAMINHAMENTO - utilizado para acompanhamentos em que se optou por encaminhar para a Psiquiatria ou para a Psicologia. Em alguns casos, além do encaminhamento há registro de Prescrição de Medicamentos ou manejo da dose de remédios já prescritos. Esses casos optamos por classificar como ENCAMINHAMENTO. NENHUM - utilizada para casos em que não há qualquer registro de intervenção no caso, nem mesmo renovação de receitas já previamente prescritas.

Os critérios foram definidos com o objetivo de avaliar o perfil de cuidado às pessoas com diagnóstico de Transtorno Mental Grave oferecido pela Clínica da Família. Buscou-se critérios objetivos, que pudessem ser mensurados em qualquer prontuário e que fizessem parte do cotidiano da clínica da Atenção Primária. Eles foram definidos a partir de discussões de supervisão do mestrado e sua adequação para análise foi medida a partir da avaliação de cinco prontuários aleatoriamente escolhidos.

4.1.2. A Entrevista com as Equipes da Clínica da Família

Um segundo momento na avaliação do cuidado às pessoas com diagnóstico de TMG ofertado pela Clínica da Família foi buscar avaliar qual era o entendimento das equipes sobre o que seriam casos graves de Saúde Mental. Para isso, o pesquisador participou de uma reunião de cada uma das equipes de Saúde da Família que compunham a clínica e realizou uma entrevista narrativa em grupo cujo roteiro se encontra no Quadro 6.

Quadro 6 - Questões utilizadas nas entrevistas

1. Existem casos acompanhados por vocês com problemas graves de Saúde Mental?
2. Se sim, quem são eles?
3. Você pode me dizer o que fez você lembrar dessa(s) pessoa(s) quando eu te perguntei sobre pacientes com problemas mentais graves?
4. Esses pacientes são acompanhados exclusivamente na Atenção Primária? Os que não são, vocês sabem me dizer qual o serviço esse paciente é acompanhado? Com que frequência ele vai a esse serviço?
5. Você já prestou atenção em como essa pessoa percebe seu problema de saúde mental? Você pode me contar como ela relata o problema?
6. Explicação sobre o projeto: dentre esses pacientes acompanhados na Atenção Primária, estou buscando aquelas que, apesar do problema mental, conseguiram dar conta da sua vida, ou seja, conseguiram trabalhar, cuidar dos filhos, manter relações sociais, participar de espaços da comunidade, cuidar da casa, etc
7. Após essa explicação, desses pacientes que me relataram, vocês sabem se algumas dessas pessoas construíram formas de se virar, de tocar a vida?

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018

O objetivo das três primeiras questões foi extrair como concretamente, no dia a dia, se dá a percepção dos trabalhadores da CF sobre o que seriam Transtornos Mentais Graves. Além disso, buscava-se levantar casos que pudessem fazer parte do segundo momento da pesquisa

em que estratégias de “tocar a vida” das pessoas com TMG seriam descritas. As questões 4 a 7 também buscavam informações sobre os casos, com o objetivo de orientar o momento posterior da pesquisa.

Todas as entrevistas foram audiogravadas, tendo seu conteúdo analisado. As respostas foram sistematizadas e os resultados serão apresentados no Capítulo 6.

As questões 4 a 7 não funcionaram como esperado. As informações trazidas foram pouco úteis e as equipes tiveram dificuldade em responder. Parece que as equipes tinham pouca atenção à dinâmica de vida dos sujeitos e com isso, não se aprofundam ou mesmo percebem os aspectos questionados. Parece que o olhar das equipes é muito direcionado para aspectos medicamentosos ou simplesmente há pouco investimento nos casos, posição que reflete uma dificuldade de manejo por parte dos profissionais, o que acaba gerando pouco envolvimento nas histórias clínicas, e a força dos estereótipos e do estigma sobre os trabalhadores da saúde. Optou-se inclusive por não apresentar o resultado destes trechos da entrevista, focando apenas nas questões anteriores.

Ao todo foram realizadas seis entrevistas com as Equipes de Saúde da Família. O conteúdo foi audiogravado e o conjunto das entrevistas teve um total de cento e cinquenta minutos e quarenta e sete segundos (150min47seg).

Na seção 6.3 do capítulo RESULTADOS serão apresentados os conteúdos surgidos nestas entrevistas.

4.1.3 Feedback dos dados levantados para os profissionais da Clínica da Família

Após a sistematização dos dados objetivos sobre o cuidado às pessoas com diagnóstico de TMG (vide “O levantamento das pessoas com diagnóstico de Transtorno Mental Grave.”), realizou-se uma reunião com profissionais das diversas categorias da CF, em que tais dados foram apresentados e debatidos. Estiveram presentes médicos, médicos residentes, ACS, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Gerente e Farmacêutico. Das categorias profissionais da CF, apenas as relacionadas à Saúde Bucal não participaram da atividade. Todas as equipes estiveram representadas.

O pesquisador fez uma apresentação inicial em que expôs os dados sistematizados e posteriormente realizou-se um debate sobre informações apresentadas, sem prévio roteiro. O objetivo de tal momento foi captar a percepção dos profissionais da CF sobre os resultados

encontrados, além de permitir um momento de reflexão sobre a situação atual do cuidado em saúde mental oferecido. O debate foi audiogravado e posteriormente transcrito. O áudio teve uma duração de quarenta e três minutos e trinta e quatro segundos (43min34seg). Seu conteúdo será analisado e apresentado de forma descritiva.

4.2 O LEVANTAMENTO SOBRE AS ESTRATÉGIAS DE "TOCAR A VIDA" E AS EXPERIÊNCIAS DE ADOECIMENTO DE ALGUNS USUÁRIOS COM DIAGNÓSTICO DE TMG DA CLÍNICA DA FAMÍLIA

O segundo momento da pesquisa teve como foco as estratégias de “tocar a vida” construídas por usuários com Esquizofrenia acompanhados na Clínica da Família. Foram realizadas entrevistas narrativas com 4 usuários e com seus familiares sobre a experiência do adoecimento, suas percepções sobre o Transtorno Mental e sobre as formas como conduzem a vida cotidiana. As entrevistas audiogravadas foram posteriormente transcritas. Também foi utilizado Caderno de Campo.

A narrativa é a forma pela qual a experiência é representada, subjetivada e relatada. (LEAL; DAHL; SERPA JR; 2013; PITTA et al, 2014.) Entretanto ela é mais do que isso, a narrativa é, em si, uma dimensão da experiência. Apesar da experiência pura ser inacessível ao outro e, em alguma medida, ao próprio sujeito que a vivência, é a narrativa que a molda, fornecendo contornos ao vivido. Ao mesmo tempo, é no ato de contar a história que o sujeito se distancia da experiência vivida e proporciona um processo de autoconhecimento. (LEAL, DAHL, SERPA JR, 2013)

A narrativa se torna, dessa forma, uma forma privilegiada de acesso à experiência de adoecimento e das formas como os sujeitos construíram seus caminhos para “tocar a vida”. (PITTA et al, 2014)

Ao mesmo tempo, estudos têm indicado que a recuperação dos transtornos mentais não está única e diretamente ligada à presença ou ausência de sintomas e que guarda íntima relação com o modo como o sujeito lida com esses fenômenos e os significa em suas vidas (CORIN; LAUZON, 1992).

Narrativas serão descritas e analisadas (FLICK, 2009) considerando os objetivos de cada uma das entrevistas realizadas. Foram realizadas três entrevistas narrativas com cada um dos participantes e uma entrevista com familiares próximos, quando possível. Os eixos das

entrevistas serão apresentados em detalhes nos próximos parágrafos. Em todos os encontros também foram realizadas entrevistas sobre cotidiano dos sujeitos. Estratégia semelhante foi usada por Poirel e Corin (2011), que inspirou o desenho dessa etapa.

Foram escolhidas quatro pessoas para participar da pesquisa. Utilizamos como critério sujeitos que possuem diagnóstico dentro do espectro da Esquizofrenia, que tenham razoável grau de autonomia, sendo capazes de conduzir a vida de forma independente em aspectos fundamentais da vida como se alimentar, ter moradia, ser capaz de trabalhar e ser capaz de interagir com a comunidade para questões objetivas da vida. Entre esses casos, buscou-se diversidade de sexo, cor e tempo de diagnóstico do Transtorno, buscando pessoas com diagnóstico antigo (mais de 20 anos), com diagnóstico mais recente (até 15 anos e tendo menos de 30 anos de idade). Os casos foram escolhidos a partir das entrevistas com as equipes e por indicação de profissionais da CF. Realizamos a pesquisa com dois homens e duas mulheres, dois deles com diagnóstico recente e dois com quadros já crônicos.

Optamos apenas por pessoas do espectro da Esquizofrenia pelos seguintes motivos: uniformização dos participantes deste momento da pesquisa, pela esquizofrenia ser um quadro que desafia, muitas vezes, nossas noções e desejos de normalidade; por serem marcados por forte estigma e por uma tradição de tratamento muito centrada na institucionalização e na medicalização, características que os tornam, muitas vezes, grandes desafios para as equipes de APS.

Chamamos de espectro da Esquizofrenia pessoas que podem ser diagnosticadas entre um dos quadros descritos no capítulo F20 (F.20 – F.29) da Classificação Internacional de Doenças – 10 (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (OMS).

4.2.1 As entrevistas

Foram realizadas, ao todo, 21 entrevistas: 19 entrevistas com pessoas com diagnóstico do espectro da esquizofrenia e 2 entrevistas com familiares. Cada pessoa com diagnóstico foi entrevistada pelo menos três vezes e no máximo seis vezes (contando as entrevistas sobre o cotidiano que foram realizadas em todos os encontros). As entrevistas com os participantes tiveram, em sua totalidade, uma duração de quatrocentos e sessenta e dois minutos e cinquenta e seis segundos (456min56seg) e as entrevistas com os familiares tiveram um total de sessenta e cinco minutos e vinte e três segundos (65min23seg).

4.2.1.1 Primeiro Encontro

O primeiro encontro teve como objetivo apresentar às pessoas pré-selecionadas para a participação na pesquisa os objetivos do estudo, a sua metodologia e buscar o consentimento do sujeito para participar da pesquisa. Posteriormente seria assinado o TCLE.

4.2.1.2 Primeira Entrevista

“Me conte tudo que você achar importante pra eu conhecer a sua história”

Foi esta a questão, sugerida pela fundadora da Medicina Narrativa para iniciar um encontro clínico (CHARON, 2015), que guiou a primeira entrevista realizada com os participantes.

Dessa forma opta-se por oferecer ao narrador a delimitação da relevância do que deverá ser narrado. O entrevistador deve usar apenas técnicas de facilitação da narrativa ("hum", "entendo", ecos...) e intervir apenas para esclarecimentos.

Em contraste com uma lista de medições ou uma descrição do resultado de um experimento, não existe uma definição evidente do que é relevante ou do que é irrelevante em uma narrativa particular. A escolha do que dizer e o que omitir reside inteiramente no narrador e pode ser modificada, a seu critério, pelas questões do ouvinte. (GREENHALGH, HURWITZ, 1999)

As entrevistas foram audiogravadas, tendo seus áudios transcritos para posterior análise de conteúdo.

Algumas questões orientam a análise das transcrições:

- 1) Como as pessoas experienciam o adoecimento e como elas narram?
- 2) Há um padrão de narrativa que é culturalmente compartilhado?
- 3) Como as pessoas se relacionam com o mundo e qual o lugar da doença nessa relação que ele estabelece com o mundo?
- 4) Como ele se relaciona consigo mesmo e qual o lugar da doença na construção da identidade que ele tem como a identidade mais central em sua vida.

4.2.1.3 Segunda Entrevista

A segunda entrevista visou avaliar a forma como essas pessoas com diagnóstico de Transtornos do espectro da Esquizofrenia narram a sua experiência de adoecimento e que impacto esta experiência de adoecimento produziu em sua vida.

Para alcançar tais objetivos optou-se por utilizar dois dos módulos da *McGill Illness Narrative Interview – MINI*, um modelo de entrevista para a pesquisa dos sentidos e dos modos de narrar a experiência do adoecimento, traduzida e adaptada para o contexto brasileiro, sendo testada, para problemas psiquiátricos e relacionados ao câncer.

A *McGill MINI* é uma entrevista semiestruturada, qualitativa, que possibilita a produção de narrativas sobre a experiência de adoecimento para qualquer problema, condição ou evento de saúde, incluindo sintomas, conjunto dos sintomas, síndromes, diagnósticos biomédicos ou rótulos populares. É dividida em cinco sessões: narrativa sobre a experiência inicial do adoecimento; narrativa de protótipo; narrativa de modelo explicativo; serviços e respostas ao tratamento e impacto sobre a vida. Para nossos objetivos, optamos por usar apenas a seção I (narrativa sobre a experiência inicial do adoecimento) e a sessão V (impacto sobre a vida). (LEAL et al, 2016)

Todas as entrevistas foram audiogravadas e transcritas para posterior análise do conteúdo.

Quadro 7 - Seções 1 e 5 da Entrevista MINI.

Seção I: NARRATIVA SOBRE A EXPERIÊNCIA INICIAL DO ADOECIMENTO
1. Fale sobre a primeira vez que você sentiu que estava com o seu problema de saúde ou dificuldade
2. Nós gostaríamos de saber um pouco mais sobre como você se sentiu. Você pode nos dizer quando você se deu conta que tinha esse problema?
3. Você pode nos dizer o que estava acontecendo quando você teve seu problema de saúde?
4. Estava acontecendo alguma coisa a mais?
5. Você procurou algum tipo de ajuda, tratamento espiritual, tratamento alternativo ou tratamento de qualquer outro tipo? Nos fale sobre como foi e o que aconteceu depois.
6. Se você procurou um médico, conte-nos sobre sua ida ao médico/hospitalização e sobre o que aconteceu depois.
Seção V: IMPACTO SOBRE A VIDA
1. Como o seu problema de saúde modificou a sua vida?
2. Como o seu problema de saúde mudou o modo como você se sente ou pensa sobre você mesmo?
3. Como o seu problema de saúde mudou o modo como você vê a vida em geral?
4. Como o seu problema de saúde mudou o modo das pessoas te olharem?
5. O que te ajudou a passar por esse período da sua vida?
6. Como a sua família ou amigos te ajudaram a passar por esse período difícil da sua vida?
7. Como a sua fé, sua vida espiritual ou alguma prática religiosa ajudou você a atravessar esse período difícil da sua vida?
8. Tem alguma coisa a mais que você gostaria de falar?

Fonte: Leal et al, 2016

4.2.1.4 Terceira Entrevista

A terceira entrevista se caracterizou por ser um feedback das entrevistas anteriores aos entrevistados. A proposta foi que, a partir dessa metodologia, o participante possa contribuir e opinar nos resultados da pesquisa.

O pesquisador realizou um resumo dos achados das entrevistas anteriores, sucinto e descritivo. Evitou-se interpretações a partir da perspectiva do entrevistador, minimizando a possibilidade de reconstruções narrativas das experiências da pessoa a partir do ponto de vista do pesquisador. O pesquisador produziu um texto e leu ao entrevistado. A partir disso, foi solicitado que a pessoa complemente, refute ou corrija informações apresentadas.

4.2.1.5 Entrevistas com familiares

Na pesquisa qualitativa, a utilização de mais de um ponto de vista sobre o fenômeno estudado pode contribuir para uma maior qualidade da análise. Estratégia semelhante foi utilizada por Noiseux et al (2010), utilizando a perspectiva da pessoa, de um familiar e do profissional de saúde no processo de *Recovery* de um Transtorno Mental.

O método foi entrevistar familiares das pessoas pesquisadas que têm papel importante no cotidiano do sujeito, participando do dia a dia e contribuindo com o cuidado.

Para a realização dessa Entrevista Narrativa foi utilizado o roteiro a seguir. Nele buscou-se abordar a experiência e percepção do familiar com o adoecimento mental da pessoa. Os seguintes pontos foram priorizados: experiência com o adoecimento; explicação/causalidade; impacto sobre a vida; estratégias de lida; percepção sobre formas de tocar a vida; percepção sobre os tratamentos. Tal roteiro foi produzido visando captar a experiência do familiar com o adoecimento do participante da pesquisa. Segue abaixo as questões que orientaram a entrevista:

- 1) "Como foi que você percebeu que ela tinha um problema de saúde mental?"
- 2) "Como foi isso? Como foi ter alguém que você ama com um problema de saúde mental? Você se lembra do que foi para você? Como as coisas mudaram para você desde então?"
- 3) "Por que você acha que aconteceu com ela? Você pode me contar o que estava acontecendo?"
- 4) "Como o problema de saúde mental mudou a vida dela?"
- 5) "O que a ajuda a lidar/dar conta com esse/desse problema? E como é o dia a dia dela?"
- 6) "Se você pudesse informar aos médicos sobre suas experiências com essa doença da pessoa amada e o seu tratamento, o que você gostaria de dizer? O que você gostaria que eles considerassem ao tratar alguém como ele/ela no futuro?"

As entrevistas foram audiogravadas e posteriormente transcritas para análise.

4.2.1.6 Entrevistas sobre o cotidiano

Com o objetivo de conhecer em detalhes a dinâmica de vida dos participantes da pesquisa, realizou-se, em todos os encontros, também uma entrevista sobre o cotidiano dos entrevistados.

Essa entrevista consiste em reconstruir, em detalhes, conjuntamente com o pesquisando, o dia anterior ao da entrevista, fazendo questões de forma que a pessoa descreva todas as atividades do seu dia. Segue abaixo exemplo de questões que podem ser utilizadas:

- 1) "Que horas você acordou ontem?"
- 2) "Ao acordar, você fez algo antes de se levantar da cama? O que? Qual a função? (...)"
- 3) "Quando estava voltando pra casa passou por qual caminho? Parou pra conversar com alguém no caminho..."

Tais entrevistas foram audiogravadas e posteriormente ouvidas repetidamente buscando reconstruir detalhadamente o cotidiano dos participantes.

A análise das entrevistas narrativas se dará por ordenação, tipificação/categorização e análise de conteúdo, conforme as proposições de Minayo (2012).

5 CONTEXTO DO ESTUDO

A Clínica da Família do estudo localiza-se na região central do município do Rio de Janeiro, cuja população é de aproximadamente trezentas mil pessoas. Essa região não possui nenhum Centro de Atenção Psicossocial para atender a sua população. Na verdade, apenas uma pequena parte deste território, que faz divisa com a região norte do município, é atendida por um CAPS localizado nesta região norte, o que não é a realidade da Clínica da Família. O único dispositivo especializado em Saúde Mental presente no território é um Hospital Psiquiátrico que, apesar de agregar ambulatório, emergência, hospital-dia, enfermaria, atua pouco articulado aos demais equipamentos formais de saúde da rede e com baixa articulação com o território, além de pequena capacidade de absorção de novos casos. Essa região possui apenas 2 equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que contam com Psicólogos e Psiquiatras, mas cobrem apenas 20% das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Além das equipes NASF, o território possui 14 psicólogos e 1 psiquiatra, que realizam atendimentos ambulatoriais em diversos Centros Municipais de Saúde deste território. A gestão dessa região de saúde tem buscado substituir o modelo ambulatorial por uma estratégia que se aproxime do matriciamento oferecido pelos NASF, mas esse ainda é um processo em construção. O território também possui um serviço multiprofissional de cuidado a pessoas que fazem uso problemático de Álcool e outras Drogas, que oferece atendimentos individuais e em grupo. O território possui uma cobertura da Estratégia de Saúde da Família de 75%.

A Clínica da Família abrange um território onde são cadastradas 32.584 pessoas, atendidas por oito equipes de Saúde da Família. Além disso esta unidade conta com três equipes de Saúde Bucal. A unidade conta com oito médicos, oito enfermeiros, três dentistas, um farmacêutico, oito técnicos de enfermagem, três técnicos de saúde bucal, trinta e sete agentes comunitários de saúde, sete agentes de combate a endemias, três auxiliares administrativos e um gerente, além de um jovem aprendiz. Além disso, é uma unidade escola, contando com Residência de Medicina da Família e Comunidade e Internato de Medicina de Família e Comunidade da UFRJ. Por conta destas atividades, a unidade de saúde também conta com treze médicos-residentes, oito estudantes do internato, além de cinco estudantes de medicina que realizam estágio de 10 horas semanais. Por ser um espaço de formação, a unidade conta com a atuação de dois psiquiatras, que realizam matriciamento semanal, um vinculado à UFRJ e outro ligado ao programa de residência médica. A Clínica da Família não conta com a atuação de

nenhuma equipe NASF mas três psicólogos realizam atendimentos ambulatoriais de seus pacientes mediante encaminhamento em um Centro Municipal de Saúde próximo e iniciaram uma estratégia também de matriciamento das equipes. Esses dados são de agosto de 2018.

6 RESULTADOS

A pesquisa iniciou a partir da seguinte questão: “Quem são as pessoas com diagnóstico de Transtorno Mental Grave e persistente (TMG) que moram no território de abrangência da Clínica da Família?”. Esses dados não existem de forma sistematizada.

A prevalência de pessoas com diagnóstico de Transtornos Mentais Graves e persistentes é de aproximadamente 2 a 3% da população (SANTOS; SIQUEIRA, 2010). Considerando que a população atendida na Clínica da Família em questão de aproximadamente 32 mil pessoas, por uma estimativa meramente matemática a partir desses dados epidemiológicos esperaríamos ter entre 600 e 900 pessoas com algum diagnóstico de TMG.

Entretanto sempre há um *gap* entre a prevalência esperada de diagnósticos de Transtornos Mentais Graves e os casos acompanhados pelos serviços de saúde. Dados internacionais mostram que 32% dos casos de esquizofrenia não tem qualquer tipo de acompanhamento. No Transtorno Bipolar esse valor é de 50%. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

De uma forma grosseira e como mero exercício estatístico, vamos imaginar que o *gap* de diagnóstico/accompanhamento esperado seja 40%. Considerando esses valores, o número de pessoas com diagnóstico de TMG na Clínica da Família ficaria entre: 60% de 600 pessoas (aproximadamente 2% de 32 mil), já que foi considerado um *gap* de 40%, o que daria aproximadamente 360 pessoas. Já calculando 60% de 900 pessoas (aproximadamente 3% da população de 32 mil), daria algo em torno de 540 pessoas. Logo, a população esperada de pessoas com o diagnóstico de Transtorno Mental Grave ficaria entre 360 e 540 pessoas.

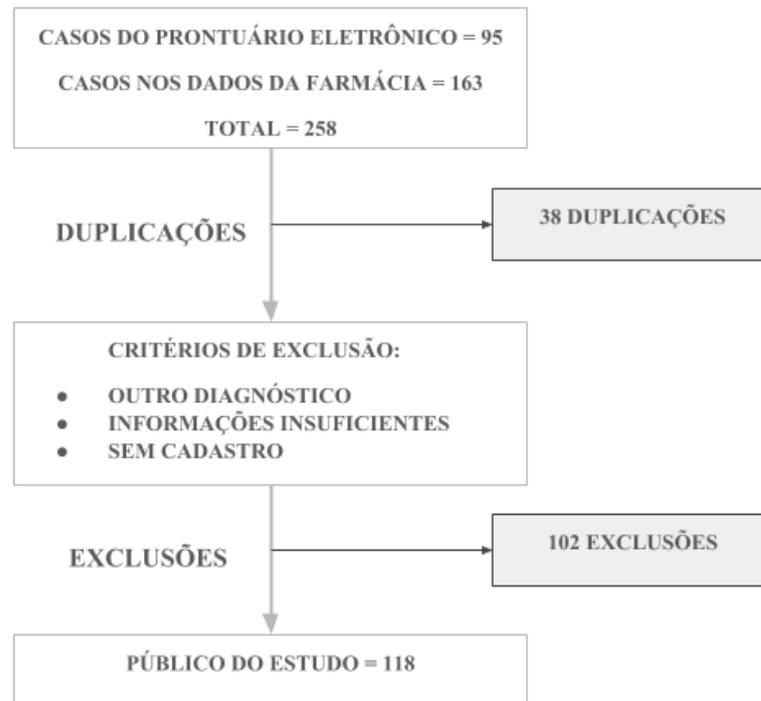
Como já descrito na seção 4 construímos nossa base de dados de pessoas com diagnóstico de TMG a partir dos dados do Prontuário Eletrônico e da Farmácia (ver em detalhes o Método de Levantamento de Dados na seção 4).

A partir das classificações do CID-10 e do ICPC-2, foram identificadas 95 pessoas cadastradas no Prontuário Eletrônico. A planilha de controle da dispensação de medicações psicotrópicas na Clínica da Família, organizada pela farmácia (ver medicações na seção 4) identificava 163 pessoas fazendo uso destas medicações. Obviamente uma sobreposição de pessoas nesses levantamentos ocorreu. Após cruzar esses dados, um número de 220 pessoas com diagnóstico de Transtorno Mental Grave no Prontuário Eletrônico e/ou que retiram os medicamentos psiquiátricos acima citados na Clínica da Família foi contabilizado.

É sabido, todavia, que há um conjunto de pessoas que fazem uso das medicações acima descritas que não possuem diagnóstico de TMG. Elas utilizam esses medicamentos por quadros de epilepsia, agitação secundária a demência, como auxiliar no tratamento de uso problemático de substâncias psicoativas, etc. Considerando isso, foi realizada revisão de todos os prontuários dos 220 pacientes presentes no banco de dados até esta etapa. O propósito foi excluir aqueles que não cumprissem os critérios abaixo. Nestes prontuários avaliou-se apenas os itens Diagnóstico (Avaliação no SOAP) e dados cadastrais:

- possuir diagnóstico que não se enquadra na proposta do levantamento;
- apresentar informações insuficientes no Prontuário Eletrônico que não descreviam quadro psiquiátrico ou que possuía cadastro desatualizado, sem distinção da equipe de saúde da família, sem endereço, etc e
- não possuía cadastro na Clínica da Família.

Após essa etapa, a base de dados de pessoas com Diagnósticos de Transtornos Mentais Graves e persistentes ficou com 118 pessoas (FIGURA 2). É provável que ainda existam entre esses cadastrados pessoas cujo diagnóstico psiquiátrico seja outro e estão erradamente diagnosticados ou pessoas com Autismo e Retardo Mental. Isso foi avaliado apenas na etapa seguinte e está apresentado no Quadro sobre Diagnósticos (QUADRO 6).

Figura 2. Etapas das exclusões

Fonte: Elaborada pelo autor, 2018.

Após esse refinamento inicial nesses casos e a construção dessa base de dados com 118 pessoas, os prontuários foram avaliados de forma sistemática buscando analisar as características dos casos e qualidade de cuidado oferecida. Foram utilizados os seguintes critérios de análise:

- pessoas com diagnóstico de TMG por Equipe;
- faixa etária;
- história Clínica no prontuário;
- acompanhamento em Serviços especializados;
- diagnóstico;
- medicações;
- projetos Terapêuticos.

Os Quadros a seguir evidenciam os resultados obtidos após a análise dos critérios expostos acima.

O QUADRO 8 mostra a divisão dos casos por equipes.

Quadro 8 - Transtornos Mentais Graves por equipe.

Equipe	Número de Pessoas
1	21
2	20
3	15
4	14
5	8
6	10
7	20
8	10
TOTAL	118

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

Já o QUADRO 9 divide os casos por faixa etária. Optou-se, por uma questão meramente didática, dividir os casos em seis faixas etárias: menor de 20 anos, entre 20 e 30 anos, entre 30 e 40, entre 40 e 50, entre 50 e 60 e acima de 60 anos.

Quadro 9 - Transtorno Mental Grave por faixa etária.

FAIXA ETÁRIA	NÚMERO DE PESSOAS
MENOR DE 20 ANOS	5
ENTRE 20 E 30 ANOS	17
ENTRE 30 E 40 ANOS	13
ENTRE 40 E 50 ANOS	26
ENTRE 50 E 60 ANOS	32
ACIMA DE 60 ANOS	24
SEM REGISTRO	1
TOTAL	118

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018

O QUADRO 10 descreve a qualidade da história clínica encontrada nos prontuários. Considerou-se como História Clínica, qualquer descrição que relatasse minimamente a história de adoecimento da pessoa e não apenas o seu diagnóstico:

Quadro 10 - História Clínica no Prontuário.

POSSUI HISTÓRIA CLÍNICA	NÚMERO DE PESSOAS
SIM	91
NÃO	27
TOTAL	118

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018

Também foram identificados os serviços de saúde mental em que as pessoas com diagnóstico de TMG faziam acompanhamento. Foi considerada apenas as informações contidas no prontuário. Os dados estão descritos no QUADRO 11.

Quadro 11 - Serviços Especializados.

SERVIÇO ESPECIALIZADO	NÚMERO DE PESSOAS
CPRJ	22
IPUB	3
CMS MARCOLINO CANDAU	2
REDE PARTICULAR	2
CAPS	1
HESFA	1
PARN	1
PINEL	1
NENHUM	85
TOTAL	118

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018

O QUADRO 12 apresenta os diagnósticos das 118 pessoas que constituíram o conjunto final de pacientes identificados com TMG. Para a constituição desse quadro, recorreu-se aos diagnósticos registrados no Prontuário Eletrônico e às descrições clínicas registradas ao longo do acompanhamento dessas pessoas, ou seja, o diagnóstico apresentado e sistematizado nesse quadro foi presumido pelo pesquisador a partir dessas informações.

Quadro 12 - Diagnósticos.

DIAGNÓSTICO	NÚMERO DE PESSOAS
ESPECTRO DA ESQUIZOFRENIA	65
TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR	11
OUTROS	33
SEM REGISTRO	9
TOTAL	118

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018

Buscou-se também sistematizar os padrões de medicamentos utilizados nos casos em questão. Tal classificação se mostrou um desafio enorme pois de maneira geral as pessoas com diagnóstico de TMG fazem uso de várias classes de drogas psiquiátricas. Optou-se por utilizar os seguintes critérios para classificar os tratamentos medicamentosos: ANTIPSICÓTICO; ANTIPSICÓTICO + OUTROS; ANTIPSICÓTICO + ANTIDEPRESSIVO; ESTABILIZADOR DE HUMOR + OUTROS; OUTROS; SEM REGISTRO (maiores detalhes dos critérios utilizados estão na seção 4). O QUADRO 13 apresenta esta sistematização:

Quadro 13 - Medicações em uso.

MEDICAÇÕES	NÚMERO DE PESSOAS
ANTIPSICÓTICO	28
ANTIPSICÓTICO + OUTROS	44
ANTIPSICÓTICO + ANTIDEPRESSIVOS	7
ESTABILIZADORES DE HUMOR + OUTROS	12
OUTROS	6
SEM REGISTRO	21
TOTAL	118

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018

O QUADRO 14 apresenta as propostas terapêuticas descritas nos prontuários das pessoas incluídas neste levantamento (maiores detalhes sobre os critérios utilizados estão na seção 4).

Quadro 14 - Intervenções Realizadas.

INTERVENÇÃO	NÚMERO DE PESSOAS
RENOVAÇÃO DE RECEITAS	26
PRESCRIÇÃO DE MEDICAÇÕES	11
INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL	14
ENCAMINHAMENTO	6
NENHUMA	61
TOTAL	118

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018

6.1 A ENTREVISTA COM AS EQUIPES DA CLÍNICA DA FAMÍLIA

Para a descrição do cuidado às pessoas com diagnóstico de TMG ofertado pela Clínica da Família, foi investigado como as equipes identificam pessoas com Transtorno Mental Grave e cuidam. Para tal, o pesquisador participou de uma reunião de cada uma das equipes de Saúde da Família e realizou uma entrevista narrativa (vide capítulo METODOLOGIA).

A seguir serão apresentados os resultados referentes à questão “Você pode me dizer o que fez você lembrar dessa(s) pessoa(s) quando eu te perguntei sobre pacientes com problemas mentais graves?”. Desta questão foi possível extrair os critérios que profissionais da APS,

principalmente Agentes comunitários de Saúde, utilizam para identificar TMG. As demais questões do Roteiro de Entrevista contribuíram para o levantamento de casos para as entrevistas que investigaram as formas de tocar a vida de pessoas com diagnóstico de Esquizofrenia, moradores do território da Clínica da Família.

A questão acima foi feita após outras duas questões:

1. Existem casos acompanhados por vocês com problemas graves de Saúde Mental?
2. Se sim, quem são eles?

Tal estratégia de entrevista permitiu que o pesquisador acessasse como os profissionais identificam pessoas com TMG sob sua responsabilidade. Com isso, foi possível conhecer a experiência e o entendimento das equipes sobre TMG a partir de situações concretas e não através de ideias puramente abstratas sobre o que seriam TMG. A reflexão sobre “o que me fez lembrar de tal pessoa” permitiu ao pesquisador explicitar os critérios utilizados pelos trabalhadores em (e a partir de) suas experiências cotidianas de trabalho.

Participaram dessas entrevistas médicos, enfermeiros e ACS. As respostas foram muito variadas e foram sintetizadas em quatro eixos. A produção de tipologias são recortes da realidade sendo sempre simplificações dela. Além disso, por ser uma simplificação de algo complexo há uma artificialidade em sua construção. Ao mesmo tempo é uma forma importante de olhar a realidade de forma sistemática. Os padrões produzidos a partir das narrativas dos trabalhadores da Clínica da Família indicam que a identificação de pessoas com transtorno mental grave se deu a partir do diagnóstico psiquiátrico prévio; da dificuldade do manejo clínico; por alterações de comportamento com comprometimento das relações interpessoais, funcionalidade e autocuidado e história de tratamento psiquiátrico prévio.

6.1.1 Pessoas identificadas a partir de diagnóstico prévio

As narrativas que sugeriram o diagnóstico como referente para a identificação das pessoas com TMG aludiam a diagnósticos previamente recebidos pelas pessoas citadas. A indicação desses sujeitos partiu dos diagnósticos previamente conhecidos, mas a alusão a ele como critério principal se apoiava em lembranças sobre a pessoa, que levava em conta características da história clínica dela. Percebe-se também que, na maioria das vezes, não é a dimensão diagnóstica por si só que leva os trabalhadores a olhar àquelas pessoas como casos graves de Saúde Mental, mas o diagnóstico adjetivado por aspectos da história do sujeito ou de

dimensões clínicas associadas, ou seja, não foram citados os esquizofrênicos em geral mas sim aqueles que, além do diagnóstico, traziam algum elemento que sugeria gravidade ao seu quadro como Transtornos de Personalidade com Ideação Suicida. Mesmo quando o foco é a dimensão diagnóstico, como Depressão com sintomas psicóticos, não é o transtorno em si que denota gravidade, mas sim um sintoma possível associado a esses quadros, os sintomas psicóticos (Ver QUADRO 15).

6.1.2 Pessoas identificadas a partir da dificuldade de manejo clínico

Neste padrão as respostas foram centradas na dimensão relacional entre a equipe de Saúde da Família e a pessoa que recebia cuidados. A centralidade não estava no diagnóstico clínico, mesmo que adjetivado (inclusive por aspectos contextuais e relacionais), mas sim nos desafios contextuais singulares enfrentados pelos profissionais para ofertar cuidado àquele indivíduo. As dificuldades citadas foram Contexto familiar complexo, ausência de rede, muito solicitante, com idoso com Demência; Diversos Transtornos Psiquiátricos na mesma família, sem suporte social e; Necessidade de cuidado intensivo, por risco de suicídio, automutilação. (Ver QUADRO 14)

6.1.3 Pessoas identificadas a partir de alterações de comportamento, perceptíveis a um observador, que comprometem relações interpessoais e com o ambiente, funcionalidade e autocuidado

As narrativas que tomaram as alterações de comportamento como critério para identificar pessoas com TMG, aludiam a alterações perceptíveis por parte do profissional. Tais alterações comportamentais podiam situar-se no campo das relações interpessoais, da funcionalidade e/ou do autocuidado. Foram referidas como alterações que se associavam a algum Transtorno Mental Grave, o isolamento social, agressividade, agitação, higiene pessoal e/ou domiciliar comprometida (Ver QUADRO 15).

6.1.4 Pessoas identificadas a partir de histórico de tratamento psiquiátrico prévio

Neste grupo, pessoas foram lembradas porque fazia parte de sua história prévia e/ou atual de vida algum fato relacionado a tratamentos psiquiátricos anteriores. O uso de remédios

“controlados” (não há descrição das medicações); histórias de internação em hospitais psiquiátricos, de crises (“surto”) e tratamentos prévios ou atuais em algum serviço especializado de Saúde Mental foram os tratamentos prévios citados. (Ver QUADRO 14).

Há uma nítida diferença entre as respostas dos Agentes Comunitários de Saúde e as respostas dos Médicos e Enfermeiros. Enquanto os agentes centraram suas respostas em percepções sobre as alterações de comportamento dos usuários e em seu histórico de tratamento psiquiátrico, com raríssimas citações sobre diagnósticos (item c e d), os Médicos e Enfermeiros partem dos diagnósticos psiquiátricos e das dificuldades de manejo clínico (itens a e b).

O QUADRO 15 apresenta uma síntese das narrativas dos profissionais entrevistados durante as reuniões de equipe da Clínica da Família. Na primeira coluna são apresentados os quatro grandes eixos narrativos citados acima. A segunda coluna faz uma tradução que sintetize as questões concretas surgidas nas entrevistas. Na terceira coluna apresenta-se trechos de narrativas exemplificando os padrões sintetizados na segunda coluna.

Quadro 15 - Síntese das Narrativas dos profissionais sobre o que consideram TMG.

Eixos Narrativos	Elementos surgidos nas entrevistas	Narrativas
pessoas identificadas a partir de diagnóstico prévio	- Depressão com sintomas psicóticos	<i>“Alguns indícios de algum Transtorno Depressivo com sintomas psicóticos, porque ela chegou a ter ideação suicida e desejo de querer matar os outros também” (Médica)</i>
	- Transtorno de Personalidade com Ideação suicida	<i>“Veio com a gente com uma ideação suicida e começou a desenvolver um Transtorno de Personalidade” (Médica)</i> <i>“Apresentou o mesmo perfil de sintomas (Transtorno de Personalidade com ideação suicida)”// (Médica)</i>

	- Esquizofrenia com histórico de violência	<i>“Ele é esquizofrênico e tem um relato que esfaqueou a tia...” (Enfermeira)</i>
pessoas identificadas a partir da dificuldade de manejo clínico	- Demência com contexto familiar complexo, ausência de rede, muito solicitante	<i>“São sozinhas, não tem filhos, não tem rede de apoio nenhum... ela solicita muito a unidade.”</i>
	- Diversos Transtornos psiquiátricos na mesma família, sem suporte social	<i>“Todos os membros tem algum problema de saúde mental...resumindo é isso, todo mundo tem problema mental na casa. E todos vivem da pensão da avó.” (Médica)</i>
	- Necessidade de cuidado intensivo, por risco de suicídio, automutilação	<i>“Tentou 3 vezes suicídio e agora está praticando auto-mutilação... É um cuidado muito intensivo, a gente tem que ver toda semana, ela e a mãe.” (Médica)</i>
pessoas identificadas a partir de alterações de comportamento, perceptíveis a um observador, que comprometem relações interpessoais e com o ambiente, funcionalidade e autocuidado	- Isolamento social	<i>“ela se isola também...não quer visita. Só o marido perto. Não se cuida, anda assim sujinha...” (ACS)</i> <i>“Ele perdeu 2 filhos seguidos e assim, ele ficou com medo de sair de casa...ele num tá saindo mais...”</i> <i>“menina de 11 anos, fala porem não conversa com ninguém, só fica trancada dentro do quarto. Não tem amigos não vai pra escola. Só fica o dia inteiro com fone do ouvi...”</i> <i>“Mal ele fala comigo (...) fica trancado. Era uma pessoa que estudava, que fazia academia (...)</i>

		<p><i>agora não quer ver ninguém, só fica deitado, num gosta de receber amigo, de sair...”</i></p>
	<p>Excentricidade</p>	<p><i>“Anda na Ambiré sujo... a Ambiré toda. Ele é andarilho... anda cheio de apetrechos...” (ACS)</i></p>
	<p>- Situação de rua/Andarilho</p>	<p><i>“Ele fica o dia todo perambulando pelo morro... Vai lá toma um banho uma vez por semana... chegava a dormir na rua...”</i></p> <p><i>“Ele fica na rua bebendo, daquele jeito que ele fica (...) ele fica jogado assim na rua.”</i></p>

	<p>- Desorganização do discurso e conteúdo incompreensível</p>	<p><i>“fala muito, diz que tudo que a mãe tá passando é porque ela foi errada, agora Deus tá punindo ela (...) tudo é justificativa religiosa. Fica falando que uma criança foi estuprada...”</i></p> <p><i>“Num fala coisa com coisa, quando fala, fala tudo errado, num dá pra assimilar o que ela fala...”</i></p> <p><i>“Tem problema mental, num fala coisa com coisa...”</i></p> <p><i>“É totalmente agressivo, fica falando que os policiais vão matar ele, que os bandidos vão matar ele...”</i></p>
	<p>- Choro fácil, agitação e nervosismo</p>	<p><i>“ela chora à toa, fica o tempo todo agitada (...) tá sempre muito nervosa, agitada, chora do nada”</i></p> <p><i>“Num fala coisa com coisa, usa bebida pra se acalmar (...) tudo ela chora”</i></p>
	<p>- Agressividade física e verbal</p>	<p><i>“A mãe dela sofre muito porque ela é agressiva em casa (...) faz uso de medicação controlada mas nem sempre toma.”</i></p> <p><i>“Gosta de agredir os familiares dela. É xingar, bater, pegar a sobrinha dela bebezinha e jogar no chão. Aí gosta de morder os outros sobrinhos, agredir os vizinhos...”</i></p>

	<p>- Agitação psicomotora</p>	<p><i>“ele fica muito agitado sem tomar a medicação...”</i></p> <p><i>“muito agitado, eu vejo que ele tem problemas”</i></p>
	<p>- Higiene pessoal e/ou domiciliar precária</p>	<p><i>“é uma pessoa suja que num toma banho”</i></p> <p><i>“a casa é bem suja (...) faz cocô na roupa, tira a roupa e deixa no meio da sala (...) Tem 20 gatos dentro de casa...”</i></p>
	<p>- Não se comunica, comportamento infantilizado</p>	<p><i>“lembrei por conta das limitações mesmo, ele não se comunica muita, muita dificuldade (...) eu acho que ele entende alguma coisa, pouca coisa...”</i></p> <p><i>“ele já nasceu assim (...) ele fica na janela, chamando e dando língua...”</i></p>
<p>peças identificadas a partir de histórico de tratamento psiquiátrico prévio</p>	<p>- Uso de medicação psiquiátrica</p>	<p><i>“Ela não gosta de tomar remédio, toma remédio escondido na comida (...). Ela faz uso de remédio controlado...”</i></p> <p><i>“Toma remédio controlado, ela toma alguns medicamentos que a mãe dela relatou pra mim (...) É uma paciente que eu sempre tenho ela na minha cabeça...”</i></p> <p><i>“Paciente psiquiátrica (...) Mas ultimamente ela tá bem, quando ela tá medicada ela fica bem...”</i></p>

	- História de tratamento psiquiátrico	<p><i>“Ele faz tratamento no capsí (...) toma vários remédios fortes...”</i></p> <p><i>“Ela faz tratamento, onde ela pega medicação...”</i></p>
	- História de internação	<p><i>“Ela é paciente psiquiátrica de internação. De vez em quando ela fica internada...”</i></p> <p><i>“Ele fica perambulando, já teve internado, fazia acompanhamento...”</i></p>
	- História de surto (“crise”)	<p><i>“Após o parto, o famoso resguardo quebrado, ela ficou meia surtada, já ficou internada...”</i></p> <p><i>“Toma remédio controlado, teve um surto quando foi trabalhar e não soube voltar pra casa, ficou três dias desaparecido...”</i></p>

Fonte: Elaboração do autor, 2019.

Vale destacar alguns pontos das entrevistas narrativas. A primeira delas se refere aos casos descritos como Problemas Graves de Saúde Mental em crianças e adolescentes. Nestes casos, o elemento que predominou nas narrativas foi o isolamento social, descrito como não sair de casa, passar a maior parte do tempo no quarto, não falar com ninguém e não ir à escola.

Outro ponto que merece destaque nas narrativas dos trabalhadores foi a recorrência da percepção de Transtorno Mental Grave a partir de certas alterações comportamentais. Tais formas de perceber a gravidade de um Transtorno surgiram principalmente nas falas dos Agentes Comunitários de Saúde e as principais alterações comportamentais descritas foram: Isolamento Social, agressividade, desorganização do discurso (“não falar coisa com coisa”) e higiene pessoal precária. O histórico de tratamentos com o uso de medicações psiquiátricas (independente da classe) e o histórico de internação em algum serviço psiquiátrico especializado também são narrativas recorrentes entre os ACS.

6.2 FEEDBACK DOS DADOS LEVANTADOS PARA OS PROFISSIONAIS DA CLÍNICA DA FAMÍLIA

Como já descrito no Capítulo Metodologia, realizou-se uma reunião com profissionais das diversas categorias da CF, em que foram apresentados e debatidos dados previamente levantados, em prontuário e sistema de informação da Farmácia da Clínica, sobre o cuidado das pessoas com TMG.

O pesquisador expôs os dados sistematizados com posterior discussão. O resultado mostrava um baixo número de casos diagnosticados com TMG na Clínica da Família, além de informações que sugeriam baixa qualidade do cuidado ofertado a esse público. Houve intenso debate e a indicação de algumas hipóteses para explicar essas questões, tendo a discussão sido centrada nas causas do baixo número de casos diagnosticados no prontuário eletrônico. Essas hipóteses podem ser sistematizadas em seis eixos que serão expostos em seguida.

O primeiro aspecto narrado para explicar tal questão é a acomodação dos profissionais em apenas atuar renovando receitas de psicotrópicos de pessoas que já realizam acompanhamento em outro serviço ou que simplesmente já fazem uso da medicação há algum tempo. Além disso, os profissionais relatam a falta de aprofundamento no cuidado destes casos, percebendo a necessidade de ter um papel mais ativo na gestão do cuidado destas pessoas.

O relato de um médico da Clínica da Família ilustra bem essa questão.

Ah não, é só uma paciente que não sei o que... que acompanha lá no CPRJ e que... pega o remédio aqui...é um pouco que eu acho também da... de falha nossa, de... de ir atrás, né?... “Ah, não, beleza! Vamos resolver aqui...” . Às vezes, no... na rotina nossa... na pauleira do dia a dia... Vamos resolver isso logo, não pode ficar sem remédio e tal... Vamos resolver e depois a gente corre atrás. E aí nunca... esse depois nunca chega, né? “Depois a gente vai correr atrás...uma parte... da falha nossa, talvez... relaxamento... se não... de não fazer a busca... e outra... parte... até que é desse nosso relaxamento... por saber que tem alguma outra unidade acompanhando, né?”

Outra hipótese surgida nas narrativas dos trabalhadores da Clínica da Família é a de que há várias pessoas com diagnóstico de Transtorno Mental Grave que acompanham exclusivamente em serviços especializados e serviços privados, não utilizando a Clínica da Família para o seu cuidado de saúde. O relato de uma ACS expõe essa ideia:

Porque muitos não procuram a clínica, entendeu? Já está no especialista, né? Tá sem... eu falo também pelo meu pai... meu pai, ele tem plano de saúde e ele faz o tratamento dele pelo plano de saúde.

Outro ponto apresentado durante o debate como uma justificativa para o baixo número de pessoas com diagnóstico de TMG acompanhadas na Clínica da Família está relacionado a aspectos estruturais do processo de trabalho das equipes. Na opinião do profissional, tais casos exigem uma dedicação maior de tempo e um certo “jogo de cintura” para a sua adequada abordagem. Tempo é sempre um elemento muito escasso no cotidiano do trabalho das Unidades Básicas de Saúde, principalmente entre os profissionais médicos. Já o “jogo de cintura”, que pode ser entendido como habilidade de manejo, expressa a necessidade de uma maior qualificação técnica. Para esse profissional:

Eu acho... Eu acho que essa demanda... é... sobre esse aspecto mental... de saúde mental... ela requer muito tempo, uma dedicação... O médico da família, ele não tem esse tempo pra poder cuidar totalmente de uma pessoa que requer um cuidado, um tempo mais... Quando você já tem um agravante, eu acho que a coisa se arrasta mais... você tem que ter mais uma paciência, ter mais um jogo de cintura... porque você vai respeitar o tempo daquele paciente, ali, na visita ou na consulta.

A Clínica da Família onde o estudo foi realizado é uma clínica nova, inaugurada no final de 2016 e para um dos médicos da Clínica da Família, o fato da Unidade de Saúde ser recente pode explicar o baixo número de pessoas com diagnóstico de TMG nos cadastrados da UBS. Este profissional acredita que pelo pouco tempo de funcionamento da unidade, poderia haver dois públicos de pessoas com TMG que não estariam sendo acompanhados na Clínica da Família. O primeiro deles seria de pessoas acompanhadas por serviços de saúde, mas que realizam todo o seu acompanhamento em serviços especializados em Saúde Mental. Provavelmente casos mais graves que foram absorvidos pela rede especializada do município ao longo de sua experiência de adoecimento. E haveria um segundo grupo de pessoas que simplesmente não são acompanhadas. O médico supõe, e é uma possibilidade real, que algumas dessas pessoas, junto com seus familiares, foram naturalizando o processo de adoecimento e foram produzindo estratégias próprias de lidar com sintomas associados ao quadro, se adaptando àquela realidade, e não procuram a Clínica da Família para acompanhamento com profissionais de saúde. Segundo este médico:

Acho que o fato de a clínica ser nova, ela traz... é... Tem uma questão que é assim: como a clínica é nova, esses pacientes, eles... ou eles já eram acompanhados em outro serviço, ou eles não eram acompanhados... esses pacientes que já são acompanhados... E esses pacientes que não são acom... não... que não eram acompanhados, muitas vezes a família já encontrou... ou então o próprio paciente já encontrou formas de lidar, ele mesmo, com o próprio problema. Que, por exemplo, a gente encontra muito... é... muitos pacientes que, por exemplo, é... com transtorno mental grave, que a família controla tudo dentro de casa. Tem uma forma que eles encontram.

Um outro elemento interessante levantado por um médico da Clínica da Família foi que os profissionais da Atenção Primária do município do Rio de Janeiro não são avaliados quanto à qualidade do cuidado ofertado em Saúde Mental. O município do Rio de Janeiro produziu um conjunto de variáveis de qualidade do trabalho da Atenção Primária mas nenhuma delas contempla o cuidado a TMG. Tal fato acaba induzindo os profissionais deste nível de atenção a secundarizar o cuidado a esse público. É interessante a narrativa dos profissionais sobre essa questão:

- Tem um outro extremo. Tem essa... esses dados que você apresentou. Um outro extremo, assim... uma outra situação que é, por exemplo, gestantes. Quantas gestantes vocês têm na área? Vocês conhecem todas as gestantes. - - - Todas. Se alguma gestante faz acompanhamento de pré-natal em outro lugar, vocês continuam acompanhando? Continua. Se a gestante tem sífilis... “Ah, ela não acompanha direito...”. A gente só falta mandar polícia na casa da mulher. Não é isso? Por que que isso acontece com as gestantes e não acontece o mesmo com os pacientes de saúde mental? (Médico)

- É a meta... (Enfermeira)

- A gente não é cobrado por conta disso... (Médico)

- É isso que eu tô falando! (ACS)

- Não é? (Médico)

- Por isso que eu tô falando. A prioridade é hipertenso, diabético, tuberculoso, blabláblá... Mas, saúde mental... (ACS)

- Pois é, mas se acontecer alguma coisa com a gestante... (Médico)

- Pira todo mundo, a clínica para! Não tem essa de uma... de uma equipe só. A clínica para. Quem estiver na hora vai ter que correr atrás. (ACS)

Por fim, um último ponto surgido durante o debate foi a dificuldade de realização de diagnósticos de TMG. O profissional argumenta que, muitas vezes, a pessoa busca a unidade por queixas não relacionadas à saúde mental e que nos atendimentos para essas demandas não é percebido nem abordado o Transtorno Mental. Um médico da Clínica trás o seguinte relato:

...nem sempre... nem sempre é tão... são evidentes. Né? Às vezes, é um grave que ele não vai chegar pra você e falar assim: oh, eu sou pancadão das ideias... (Médico)

O QUADRO 16 a seguir sintetiza as explicações produzidas pelos profissionais da Clínica da Família sobre os dados encontrados nos levantamentos de prontuário. Além disso, chama-se a atenção do componente da mudança e propõe-se estratégias para a superação dos problemas apontados.

Quadro 16 - Síntese das explicações produzidas pelos profissionais da Clínica da Família.

Explicações	Componentes da mudança	Estratégias de mudança
Acomodação dos profissionais - atuação limitada a renovação de receitas	- Processo de trabalho	- Discussão sistemática dos casos - Equipe produzir lista de casos
Pessoas com diagnóstico de TMG acompanhadas apenas em outros serviços ou cuidadas apenas pela família	- Processo de trabalho	- Busca ativa de pessoas com suspeita de TMG
Falta de tempo e “jogo de cintura” para lidar com os casos complexos	- Formação - Processo de trabalho	- Supervisão e Educação Permanente por profissionais especialistas em Saúde Mental - Gestão de casos
Falta de “cobrança” da gestão em relação ao cuidado de TMG na APS	- Gestão	- Avaliação das equipes no cuidado em Saúde Mental
Dificuldade de diagnóstico	- Formação	- Supervisão e Educação Permanente por profissionais especialistas em Saúde Mental

Fonte: Elaboração do autor, 2019.

6.3 O LEVANTAMENTO SOBRE AS ESTRATÉGIAS DE "TOCAR A VIDA" E AS EXPERIÊNCIAS DE ADOECIMENTO DE QUATRO USUÁRIOS COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA DA CLÍNICA DA FAMÍLIA

Neste momento da pesquisa, realizou-se entrevistas narrativas com 4 pessoas e com seus familiares sobre a experiência do adoecimento, suas percepções sobre o Transtorno Mental e sobre as formas como conduzem a vida cotidiana. Foram realizadas três entrevistas com cada um dos participantes e entrevista com um familiar mais próximo de dois dos participantes. Além disso, em todos os encontros também se investigou sobre o dia-a-dia, reconstruindo, em detalhes, o dia anterior.

Os roteiros para as entrevistas e para a análise dos conteúdos podem ser revisitados no Capítulo de RESULTADOS (Seção 4.2.1. As entrevistas).

Os resultados serão apresentados por entrevistado. Será apresentado o resultado de cada entrevista de forma descritiva e ao final da exposição do conteúdo das entrevistas de cada pessoa será descrita uma análise do conteúdo das narrativas. No final da exposição do conteúdo dos quatro entrevistados, também será feita uma análise de aspectos que perpassam o conjunto das narrativas. Os nomes utilizados são fictícios, buscando preservar o anonimato dos participantes da pesquisa.

As entrevistas de Feedback, em que o pesquisador realizou um resumo dos achados das entrevistas anteriores, sucinto e descritivo, terão suas informações omitidas e não serão apresentadas neste trecho da Dissertação. De maneira geral, os participantes da pesquisa, após ouvirem o conteúdo produzido pelo pesquisador, apenas referendaram a informação exposta, não acrescentando dados novos. Essa é a razão para que seu conteúdo não seja apresentado afinal se tornará redundante ao já previamente descrito.

6.3.1 João

João possui 25 anos, é branco, solteiro e recebe benefício BPC (Benefício de Prestação Continuada) /LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social)¹⁰. Possui Ensino Médio incompleto e mora com os pais. Não frequenta nenhuma igreja e se considera cristão.

No final da adolescência, apresentou uma crise que ocasionou uma internação em hospital psiquiátrico. Faz acompanhamento por conta do diagnóstico de Esquizofrenia desde então. Atualmente, seu acompanhamento se restringe basicamente a renovação das medicações que faz uso. Possui também uma doença oftalmológica, que tem reduzido sua acuidade visual mas que atualmente não gera nenhuma limitação.

João entrou na pesquisa por indicação dos profissionais de saúde que o atendiam na Clínica da Família após a apresentação dos critérios de inclusão no estudo durante a entrevista realizada com a equipes.

¹⁰ O Benefício de Prestação Continuada - BPC da Lei Orgânica da Assistência Social- LOAS (BPC) é a garantia de um salário mínimo mensal ao idoso acima de 65 anos ou à pessoa com deficiência de qualquer idade com impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo, que o impossibilite de participar de forma plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas. Tem direito pessoas com renda familiar de até 1/4 do salário-mínimo (BRASIL, Lei n 8.742; Loas, de 7/12/1993; Decreto no 1.744, de 8/12/1995).

6.3.1.1 A primeira entrevista: *Me conte tudo que você achar importante pra eu conhecer a sua história*

A primeira entrevista narrativa partiu da seguinte questão: “*Me conte tudo que você achar importante pra eu conhecer a sua história*”.

A narrativa produzida a partir desta questão será apresentada a seguir. Para sua descrição, buscar-se-á expor a forma como o sujeito experencia o adoecimento, como narra, e também como descreve a sua relação com o mundo e consigo mesmo.

Para iniciar a discussão sobre esses aspectos vale destacar um trecho da narrativa:

Olha só, eu consigo... eu consegui o benefício LOAS... que tanto eu tentava conseguir. Com a ajuda da minha mãe, principalmente da minha mãe. Porque ela é um pouco diferente de mim, mas, por ser diferente de mim, ela é igual às outras pessoas. E... ela consegue... manusear mais o pensamento dela em relação... é... se comunicar mais. Aí ela conseguiu pra mim. Eu tava tentando antes... é, mas eu não consegui.

Neste fragmento, é possível perceber como o sujeito se descreve como alguém “diferente” das outras pessoas, como isso é experimentado como marca peculiar, pessoal e narrado como elemento importante para que se conheça sua história. O sujeito não descreveu essa característica como da ordem do adoecimento. Aqui neste fragmento, aquilo que poderia ser descrito por um observador como um problema, doença, se transforma em uma marca constitutiva, um distintivo de sua personalidade, uma característica individual. Não se percebe na narrativa um momento de adoecimento. O que aparece são períodos que nomeia como de maior “nervosismo”, desencadeadores inclusive da internação e limitações que experimenta como frutos das suas características pessoais.

Em outro trecho:

Aí eu consegui...é... o ensino fundamental. E isso com muito esforço, porque eu tenho uma limitação muito pequena a re... a... em relação a relacionamento com as pessoas.... É, eu sofri até bullying na escola, muito bullying mesmo. E você imagina... é... bullying... é... eles não conseguiam me entender e eu não conseguia entender eles (...) tacavam bolinha... é... às vezes, chegavam até me chutar. Mas eu... eu não sabia... eu não sabia por que eles faziam isso... eu não sabia por que... é... por que eles faziam isso. Então... aí eu não via nenhum outro... nenhum outro colega, da escola, sofrer isso.

Novamente, a narrativa é marcada por um discurso de diferença em relação às outras pessoas (“eles não conseguiam me entender e eu não conseguia entender eles”). Além disso, é recorrente a comparação de sua vida com outras, como o pai, o irmão e colegas da escola, majoritariamente com uma conotação negativa de si.

Sua relação com o mundo é marcada pelo constante enfrentamento de grandes dificuldades impostas por suas limitações na busca dos seus projetos de vida. Mas apesar de todas essas dificuldades enfrentadas cotidianamente, num outro trecho da entrevista o participante nos indica como essa experiência negativa pode ser superada. A superação que ele nos narra, que muda a sua experiência negativa e o faz se sentir “melhor”, “feliz”, foi promovida não pela mudança das características propriamente ditas, mas pelo acesso a bens - dinheiro - e a possibilidade de realizar alguns projetos que são valorados positivamente: emagrecer, ter namorada, ter condições de pensar em ter um filho:

Hoje eu tô numa fase bem melhor, porque... o dinheiro... ele, ele ajuda as pessoas a... a ter um... uma estabilidade (...) E engordar mais não traz felicidade pra ninguém, né... Ai, quando eu emagreço... eu me sinto feliz. Ai, por isso que eu... eu tô mais feliz hoje... eu tô... com mais planos... eu até tô com uma namorada (...) na descida pra cá... eu tava pensando assim: “ah, meu irmão já foi como eu... já foi, já foi... já foi como eu, né?”. Então, ele... o que ele teve, eu posso ter. (...) Como um filho, um filho... um filho é o... é a primeira coisa que eu penso em ter, que ele teve, que eu nunca sonhei em ter...

Podemos interpretar essa narrativa como um processo de *Recovery*? De acordo com Anthony (1993), o *Recovery* é um processo profundamente pessoal, único, de mudança de atitudes, valores, sentimentos, objetivos, habilidades e / ou papéis de alguém no sentido de viver uma vida satisfatória, esperançosa e produtiva, mesmo dentro das limitações causadas pela doença.

O sujeito, através de um processo individual, reconstruiu hábitos e formas de lidar com a vida e têm relatado uma vida satisfatória, esperançosa e permeada por planos. Pela narrativa há um processo de recuperação em curso. Três aspectos de sua vida se modificaram e um deles parece ter tido centralidade: a autonomia financeira devido ao BPC. O emagrecimento conquistado a partir de uma dieta e o relacionamento com uma garota são igualmente relevantes desse processo. Além disso, ter projetos futuros, como a ideia de ter um filho, se expressa como valor.

Ao mesmo tempo, ao falar sobre rumos de sua vida, usa a famosa frase do samba: “deixa a vida me levar”. Tal narrativa tem um aspecto positivo por expressar um momento com menos preocupações sobre os rumos da vida, de maior leveza e tranquilidade.

6.3.1.2 Segunda Entrevista: a Entrevista MINI

Esta segunda entrevista tomou como roteiro as seções I e V da *McGill Illness Narrative Interview* – MINI. A seção I - Narrativa sobre a Experiência inicial de adoecimento - é composta por 6 perguntas abertas, que provocam narrativas sobre a experiência inicial de adoecimento, a experiência de se dar conta de ter um problema, o contexto da vida da pessoa naquela ocasião, e o tipo de ajuda que procurou (médica ou outras). O interesse era conhecer a experiência inicial dessas pessoas com diagnóstico de Transtorno do espectro da Esquizofrenia. A seção V - Impacto sobre a vida - tem 8 perguntas que tratam do impacto da experiência do adoecimento na vida do entrevistado.

Os resultados serão apresentados de forma descritiva, a partir dos elementos que surgiram ao longo da narrativa e não como respostas às questões do roteiro.

O trecho da entrevista apresentado a seguir expõe a experiência inicial de adoecimento de João:

Tava contando que o estresse pós-traumático... e isso me custou muito é... tava... tava armando o... já acabou já, é... estresse pós-traumático, é... me custou muito por causa do... (...). É, isso é porque estresse pós-traumático com gente, entendeu? Com o público, assim... Em caixa, é... assim, na visão das pessoas, isso me deixa estressado Teve sim... No Mcdonald, eu trabalha... eu trabalhava até no... na... na frente, me deixava... eu ficava muito estressado quando eu ia pra casa, aí eu conseguia, conse.. ah, aí eu ouvia música pra me desestressar, quando o a músi... quando o celular quebrou o mp3, quebrou, aí eu num consegui mais, aí eu saí, porque a música ela desestressa, me deixa mais relaxado, quando quebrou eu nunca mais consegui trabalhar.

Como pode ser observado, a narrativa da experiência inicial em que o adoecimento o impacta de forma mais intensa (crise) é descrita como uma sensação de estresse vivida no ambiente de trabalho. Tal situação é nomeada pelo participante como estresse pós-traumático. O trauma é descrito como algo complexo, associado a diversos fatores: à exposição da pessoa, ao ambiente do trabalho, ao público, à sobrecarga, ao deslocamento, e a impossibilidade de manejar isso por causa da limitação de seus recursos. A expressão “estresse pós-traumático”,

que é uma expressão utilizada também como categoria diagnóstica, nomeando um tipo de transtorno mental - transtorno de estresse -pós-traumático - aparece aqui como uma definição particular dada pelo participante.

Num outro fragmento, o participante se vale de dois vocábulos que vem do campo médico – estresse e nervosismo – para explicar o que aconteceu com ele no início de seu adoecimento e que teria sido a causa de sua primeira internação:

Quando eu fui internado no CPRJ é... foi um estresse nervoso mesmo, porque eu tava em cima preso (...) eu tive uma briga com meu irmão, aí ele chamou a polícia, a polícia chamou o SAMU pra me levar pro hospital, aí é.. aí, aí eu tive uma crise nervosa me levaram (risos) com bombeiro, tava muito nervoso. A gente fica muito nervoso quando a gente tá preso, aí, aí eu fui preso... não, preso não, é... pro hospital onde... numa área onde não pode sair, eu me senti como um passarinho numa gaiola (...)

A primeira internação e o início do tratamento psiquiátrico também foram narrados a partir de “eventos estressores”: briga com o irmão, polícia, SAMU. O conflito com o irmão e o confinamento no quarto foram relatados como determinantes. Sintomas da Esquizofrenia, tais como delírios e alucinações, em momento algum aparecem na narrativa do participante. Os vocábulos nervoso e estresse, que são de tradições diferentes dentro da linguagem médica - o primeiro alude aos nervos e o segundo aos neuro-hormônios - parecem ser utilizados aqui para sublinhar a reação a fenômenos externos e ambientais que requerem capacidade de adaptação.

Ao mesmo tempo, ao descrever os caminhos para a melhora do “nervosismo”, ele relata também dimensões que não se associariam a elementos que, de imediato, se consideraria do âmbito do tratamento psiquiátrico, no seu senso mais estrito. As categorias do nervoso e do estresse, como utilizada por ele, parecem amplificar a força do ambiente na sua melhora. Embora ele considere a possibilidade de que o envelhecimento tenha lhe ensinado, por exemplo, a como lidar com as pessoas – brigar ou não brigar – não é a esta marca pessoal - idade - que atribui peso para sua mudança. Não é a idade que lhe dá “base psicológica” para “enfrentar problemas”, ou lhe traz “tranquilidade”, como chega a cogitar. O que acaba com as “crises”, afirma, é o LOAS. Algo externo, ambiental, com força para mudar a sua posição no mundo, para mudar o lugar que ocupa na rede de relação com os outros a partir do “sentimento de independência” que lhe proporciona:

Ah, eu fiquei mais... a idade foi passando, né, a gente foi crescendo, foi ficando mais velho... eu acho que eu tô quase a mesma coisa do que aquilo, mas eu tô mais comportado, eu tô... tô mais velho, eu to... aquilo ali me serviu de... assim... toda vez que você for tentado sei lá, pra brigar, você fala assim "Eu não posso brigar, eu não posso brigar" aquilo ali me ensinou a isso. Não posso fazer nenhuma coisa contra ninguém, porque essa pessoas (...) Ah, a idade... A idade ela num mudou? Ai... ah, não, num foi a idade não, foi o benefício do loas, o loas ele me mudou praticamente tudo em mim, porque eu fiquei mais tranquilo, não tenho mais crise, é... a crise (...) Ele me deu base... base... psicológica pra... pra enfrentar os problemas, num me deixou... ali, ele es... ele... me ajudou eu com outras coisas... aí me deu uma senti... um sentimento de independência, entende? Ela me apoiou... uma pessoa que não pode trabalhar é... tendo o seu é... Invés é de não trabalhar, ter o seu dinheiro, aí me deu um sentimento de independência muito forte, tão forte que... que... as crises acabaram, tudo acabou. É isso...

Como se pode perceber, dois elementos são narrados como determinantes para a melhora dos sintomas vividos como desencadeadores das crises, da internação e do tratamento: a idade (que pode também ser entendido como amadurecimento), mas que é um elemento que considera mas questiona, e o BPC, que ele chama de LOAS. À idade, João atribui o aprendizado construído pelas experiências de vida que o permitiram lidar com fatores estressores, anteriormente desencadeadores de crises, com mais serenidade, controle e os ensinamentos que recolheu da própria crise e da internação. Está claro que tal elemento tem uma dimensão pessoal, de reconstrução de hábitos e formas de lidar com a vida a partir de ferramentas próprias, aprendidas a partir das vivências e de um autoconhecimento, que permitiram ao sujeito uma melhor forma de lidar com situações causadoras de mal-estar. Mas esse fator ele mesmo relativiza para dar a um elemento do ambiente um maior protagonismo. Já a renda proporcionada pelo BPC/LOAS possibilitou ao sujeito um sentimento de independência sobre a sua vida, lhe dando uma estabilidade considerada determinante para a redução das crises.

Em outro momento da entrevista, o sujeito relata as estratégias que produziu para lidar com sensações cotidianas de mal-estar, de forma a ter um controle maior sobre os seus sintomas, conseguindo controlá-los rapidamente, de forma a evitar que ganhem uma dimensão maior:

Com certeza! Eu tenho pequenas crises, pequenas... Que duram, duram três horas... duas horas, três horas mais ou menos, que... eu, eu... hoje em dia como... minha mãe é de Arararuama, região dos Lagos, e é lá é cidade pequena, então lá eles... os parentes dela, vão pra igreja, oram, né, antes de dormir, é... xô ver, oram na hora de comer, e isso foi me... foi me dan... antes, foi antes disso, e isso foi me dando uma base

de comportamento, então hoje eu faço isso e melhora, me dá tipo uma... é... uma neutralidade, neutraliza tudo. Entendeu? O que eu tô sentindo de ruim.

Observa-se que a religiosidade tem um papel importante nas estratégias de lida com os sintomas associados ao adoecimento. As orações, aprendidas no contexto de uma família evangélica, servem-no na “neutralização” de sensações e pensamentos incômodos. Em outro trecho da narrativa não citado, é interessante perceber que o sujeito não se identifica como evangélico, afirma já ter frequentado a igreja da mãe, se reconhece como cristão mas não se vê como membro de nenhuma igreja. Apesar disso, a fé, a oração e a religiosidade tem um lugar de conforto e alívio nos momentos de maior mal estar, mostrando ser uma ferramenta apreendida a partir de seu contexto cultural e utilizada para o enfrentamento desses aspectos do Transtorno Mental.

6.3.1.3 As entrevistas sobre o dia-a-dia:

Esta entrevista se propôs a conhecer a dinâmica de vida e o dia-a-dia da pessoa e buscou reconstruir os dias anteriores aos das entrevistas.

Os resultados apresentam aspectos sobre o contexto de vida do sujeito que não surgiram durante as entrevistas narrativas, como potencialidades e restrições presentes em suas rotinas.

As entrevistas evidenciaram que a rotina de João é muito restrita ao ambiente doméstico, centrando-se em atividades dentro do próprio quarto, como uso do computador, além de longas horas de sono, vistas como um hábito normal por ele e pela família. Essas horas de sono provavelmente estão associadas aos medicamentos psiquiátricos que faz uso.

Foi também possível observar que essa rotina de vida é quebrada apenas quando acompanha o pai em suas atividades, como trabalho ou mesmo no ambiente doméstico, como assistir futebol. Notou-se um forte vínculo afetivo com o pai.

Essa rotina, vista como um retrato, sem o conteúdo das narrativas já expostas que a complementam, poderia sugerir que a condição clínica do sujeito não está boa, principalmente porque sua rotina é aparentemente empobrecida, restrita ao ambiente doméstico e marcada por certo isolamento social. Entretanto, o modo como João vivencia essa rotina que a um observador externo pode parecer negativa, acessado nas entrevistas anteriores, nos apresenta

elementos outros, diferentes dessa percepção possível, que revelam o período de bem-estar que vem passando e seus projetos de futuro.

6.3.1.4 A entrevista com um familiar (mãe):

Foi entrevistada a mãe de João, familiar com papel central na sua vida. Para a realização dessas Entrevistas Narrativas com um familiar utilizou-se o roteiro já exposto no capítulo METODOLOGIA. Os Resultados serão apresentados de forma descritiva, buscando expor os temas surgidos durante a conversa.

Questionada sobre as explicações do adoecimento do seu filho, ela dá o seguinte relato:

É uma coisa espiritual, é uma coisa espiritual, num é nada na verdade, verdadeiramente, no cérebro, porque se fosse uma coisa mesmo de cérebro o médico talvez tivesse alguma solução, mas por ser espiritual, médico nenhum dá solução, só Deus. E ele sabe, ele sabe. E quem fabrica esses remédios também sabe, porque eu já li na bula desses remédios, ele sabe que essa enfermidade é espiritual... é maligna, é maligna... e por isso que não tem solução, porque é maligna (...) porque sou evangélica, eu conheço a palavra de Deus, entendeu? E na palavra de Deus a gente aprende muitas coisas a respeito da... da... dos espíritos que vive nessa terra, entendeu? (...) O espírito se aproveita daquela pessoa que não tá se dominando, ele tá se mergulhando mesmo no vício, então ele entra e faz com que as pessoas fica com essa enfermidade, por isso que a enfermidade é maligna, é uma enfermidade maligna, ninguém cura.

A narrativa da mãe oferece uma explicação religiosa para o adoecimento do filho na qual a Esquizofrenia é fruto de “espíritos que vivem nessa terra (...) aproveita daquela pessoa que não tá se dominando”. Tal afirmação tem uma dimensão de responsabilização do sujeito por seu adoecimento. Mesmo percebendo que seu arcabouço explicativo da realidade seja organizado a partir de sua fé e que dentro dos fundamentos da sua religião, a autodeterminação dos homens seja limitada pelo divino, há algo de moral em seu discurso ao afirmar que “espírito se aproveita daquela pessoa que não tá se dominando, ele tá se mergulhando mesmo no vício”. A fala da mãe também expõe uma visão de irreversibilidade sobre o adoecimento do filho, sendo a Esquizofrenia “uma enfermidade maligna, que ninguém cura”.

Em outro trecho da entrevista é novamente possível perceber o entendimento da mãe sobre o prognóstico da Esquizofrenia:

Porque o que você quer pro teu filho? Você quer que o teu filho cresça estudando, né, e daí pra frente prosperando nos estudos, né, pra se preparar, fazer uma faculdade,

é isso que a sua mãe ou pai quer o melhor pra um filho, mas quando a pessoa... ele até pretendia... Ele pretendia, tinha vontade... uma vez ele falou pra mim, sabe esses... essas pessoas que cava o chão e acha aqueles ossos? (...) Mas quando você é mãe, você é pai, tá vendo que o teu filho acabou tudo... num vai mesmo... Então o que acontece? Fica triste... num é? Mas acontece com... mas fica triste mas não podemos acusar ele, porque ele não é culpado. Ele não tem culpa de nada.

Percebe-se que o entendimento do familiar sobre o prognóstico da Esquizofrenia é de um transtorno definitivo e incapacitante, porque de causalidade espiritual, que está para além do corpo físico. Observa-se que a mãe não acredita que haja grandes caminhos a serem produzidos que não a gestão cotidiana das limitações impostas pelo Transtorno, como exposto no trecho abaixo em que, questionada sobre formas de lidar com o adoecimento, faz o seguinte relato:

O que ajuda ele a lidar com esse problema é que ele se conforma, ele aceita que ele não tem, assim... ele não tem condições de se curar, ele num tem... ele, ele num tem cura, então ele aceita, ele se conforma, então ele vai levando a vida nesse ritmo, a família lidando com carinho, a... lidando com amor, com compreensão, entendeu? Não agredindo ele, entendeu? Ele tem o salarinho dele que ele recebe, quando ele quer comprar uma coisa com o dinheirinho que ele tem, ele vai lá e compra com o dinheirinho dele, então dá (...) ele se conformou e aceitou levar essa vida, tomando o remédio dele todo dia, né, e... lidar com a gente sem agredir, falando com ele com respeito, com educação, com carinho, então ele aceitou, por esse lado.

A partir da narrativa do familiar é possível perceber que as estratégias para lidar com o adoecimento se constroem principalmente através da adaptação às limitações e não por formas de superar as dificuldades impostas pelo adoecimento. Chama a atenção o trecho em que afirma que o jovem “se conformou e aceitou levar essa vida”. Percebe-se também o uso recorrente de diminutivos, o que sugere uma “infantilização” do sujeito. Todavia, como ela entende que os espíritos se aproveitam da pessoa que não consegue se dominar, e que isso é mais forte do que a pessoa, mais forte do que todos, ela não se vê como responsabilizá-lo por isso. Esse aspecto produz um certo deslocamento da condição inferior que reconhece nele. Esse deslocamento não a permite desrespeitar, julgar, atribuir culpa ao filho pela condição em que ele se encontra. Se ele fracassou em se dominar, torna-se, infelizmente objeto dos espíritos, como um desígnio divino, um destino. Tendo isso ocorrido, aos familiares cabe amar e respeitar.

No fragmento abaixo se revela que a esperança no tratamento medicamentoso, considerada a explicação para o adoecimento do filho, não é de cura, mas de aceitação. Se o

problema fosse no corpo, ela diz, esperar a cura seria razoável. Mas como esperar cura pelos medicamentos se o que está adoecido não é o corpo, mas está no âmbito das relações que o sujeito estabelece com o que o transcendente, com as forças que estão para além dele mesmo? A expectativa num medicamento que conscientizasse a pessoa de seus limites diante dessas forças e por isso modificasse o comportamento do adoecido com seus familiares, revela a complexa relação que a entrevistada supõe entre a dimensão espiritual e física da pessoa:

Eu acho até que o... os médicos, ou melhor, quem estuda a respeito desses remédios que passa para as pessoas que tem esse problema não é pra curar, porque nós sabemos que isso aí é uma enfermidade mais espiritual do que problema... se fosse problema mesmo no corpo, ele daria uma solução mas isso é mais espiritual, mas pelo menos pra reação do corpo ele deveria estudar um remédio que desse mais efeito pra que eles ficasse praticamente nivelar desde que tomasse o remédio direitinho, tivesse uma vida quase normal como de todo mundo, entendeu? (...) Então é isso que eu acho que deveria eles estudarem pra ver se encontra um remédio que conscienti... que conscientize as pessoas que tem esse problema pra quando eles forem pedir alguma coisa pra mãe ou pra alguém eles, eles tem a consciência de que a pessoa pede: Ta bom, mãe; eu digo; Mais tarde; Mais tarde, né; ou pra falar uma roupa ou pra sair, né, então eles num tem essa consciência, e quer e quer e tá acabado...

6.3.1.5 Análise sobre as narrativas de João

Os parágrafos a seguir apresentarão uma análise de elementos relevantes surgidos ao longo das entrevistas narrativas de João.

Um primeiro aspecto importante a se analisar é a forma com que o sujeito experencia o adoecimento e qual construção narrativa é produzida a partir dessa experiência.

Em sua construção narrativa não há uma distinção entre a “experiência de vida” e “experiência de adoecimento”. Chama-se de “experiência de vida” os períodos da vivência de João não afetados diretamente pela experiência do adoecimento, algo como uma fase pré-adoecimento.

Como já afirmado, as “experiências de vida” e as “experiências de adoecimento” estão amalgamadas ao longo de sua história. Os sintomas associados ao adoecimento são narrados como características próprias dele, como elementos de sua constituição como pessoa e muitas vezes descritos como dimensões que o diferencia das demais pessoas e que majoritariamente possuem uma conotação negativa.

Os períodos de crise, por sua vez, não são vividos nem narrados a partir de sintomas psicóticos tais como delírios ou alucinações, como seu eixo. João narra suas crises como

momentos de “nervosismo” extremado, ocasionados por fatores estressores diversos, já descritos anteriormente. O foco parece ser a relação que ele estabelece com o ambiente e como fica ou não vulnerável a tais fatores.

Na história de vida de João, fatores podem ter contribuído para essa construção narrativa. A construção de sua auto-imagem a partir da comparação com o irmão e as experiências escolares, descritas por ele como bullying, parecem ter contribuído para sua experiência de ser diferente e inferior às outras pessoas. Some-se a isso, um discurso religioso expressado a partir de sua mãe, no qual o adoecimento tem uma dimensão espiritual, divina, e por isso só caberia ao adoecido aceitar. Ressalta-se também uma postura de excessiva tutela e infantilização por parte da mãe, reforçando uma percepção de desigualdade e inferioridade em relação às demais pessoas.

Apesar de tudo isso, a narrativa de João sugere que no momento da pesquisa, ele encontrava-se num processo de *Recovery*, favorecido por alguns aspectos em especial. Antes de apresentar tais aspectos referirei elementos propostos por Slade (2011) e seu Modelo de *Recovery*, a fim de contribuir para a análise. Quatro domínios da recuperação emergem dos relatos de pessoas que vivenciaram o transtorno mental, segundo este autor: a) a esperança, que frequentemente é um componente nos auto-relatos de recuperação; b) a auto-identidade, incluindo a auto-imagem atual e futura; c) possuir um sentido na vida, incluindo objetivos e metas de vida e d) a responsabilidade pessoal, que diz respeito à capacidade de assumir responsabilidade pessoal pela sua própria vida.

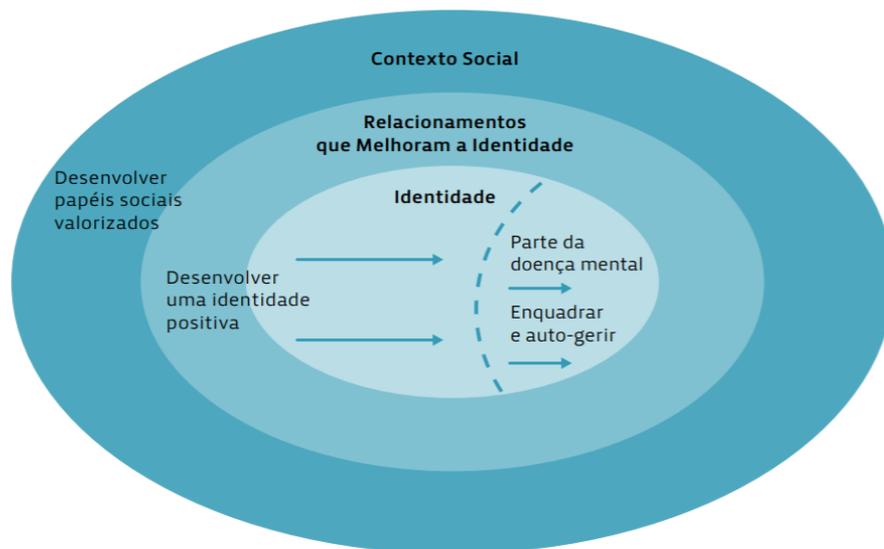
Associado a esses domínios, o *Recovery*, no modelo de Slade (2011), envolve a minimização do impacto da doença mental e a maximização do bem-estar, desenvolvendo uma identidade positiva e papéis sociais valorizados e relacionamentos interpessoais.

Ao observarmos a narrativa de João percebemos que três fatores são descritos como essenciais no seu processo de recuperação pessoal: a renda (BPC/LOAS), o emagrecimento e o relacionamento com uma garota. Surge também o desejo de ter um filho. Além disso, ele também descreve uma maior capacidade de lidar com os sintomas, que ele oscila atribuir ao autoconhecimento experimentado com a idade, que o possibilita perceber momentos de descontrole e minimizá-los, à religiosidade, que pelas orações o ajudam a reduzir pequenas crises, neutralizando o mal-estar que sente e lhe dando base de comportamento, e ao uso de medicações, que possivelmente também contribuem para o minorar sintomas. Todavia, a renda

parece mesmo ter sido o elemento central de sua melhora, ao produzir para ele uma outra experiência de valor na relação com as pessoas e com o seu ambiente de vida.

Quando voltamos à teoria de Slade (2011) percebemos que os componentes auto-imagem (emagrecimento, namoro), responsabilidade pessoal (independência financeira) e ter um sentido de vida surgem realmente como elementos decisivos no processo de *Recovery*. A responsabilidade social, todavia, que em Slade (2011) diz respeito à capacidade de assumir responsabilidade pessoal por sua própria vida, é vivida de forma particular por João. A relação de dependência em relação a sua mãe, não é vivida por ele como algo negativo. A independência financeira parece permitir que ele atribua a si próprio um outro valor no jogo relacional familiar. Além disso, não é secundário a minimização do impacto da doença mental através do controle dos sintomas por estratégias diversas previamente expostas.

Figura 3. Modelo de Recovery de Slade (2011)



É interessante notar também o descompasso entre a auto-percepção de João e a percepção de sua mãe sobre ele. Enquanto João se percebe numa fase melhor da vida, faz planos e relações, sua mãe não reconhece qualquer perspectiva de caminhos que ampliem a sua capacidade de gerir a própria vida. A narrativa dela é baseada na necessidade de se conformar com o fato de que não há muito o que se fazer para além do manejo cotidiano das limitações impostas pelo adoecimento, além de uma posição de tutela e infantilização do seu filho.

Sua mãe tem um papel central em sua vida, participa cotidianamente das suas atividades, ajuda no seu cuidado e, por essa razão, tem uma influência decisiva no seu modo de lidar com a vida/doença. Apesar da visão negativa que ela tem sobre o estado e prognóstico do filho, ele experimenta um processo de recuperação pessoal. O risco de que esta perspectiva negativa vivida pela mãe o deixe sem parceria para os seus projetos de vida e seja barreira para a sua experiência de superação, não o impediu todavia, de ter uma vivência pessoal de melhora e crescimento.

6.3.2 Severino

Homem, 46 anos, negro, solteiro, aposentado por invalidez, possui segundo grau completo, se declara cristão, mora com a mãe.

Possui história de diversas internações psiquiátricas, sendo a última com duração de quase 5 anos. Voltou a residir na casa da mãe há aproximadamente 1 ano. Faz acompanhamento da Esquizofrenia na Clínica da Família, fazendo uso de diversas medicações psiquiátricas.

Diabético, faz uso diário de insulina autonomamente. Apresenta bom controle glicêmico.

Assim como João, o conteúdo das narrativas de Severino e dos demais entrevistados será apresentado por entrevista realizada e ao final será feita uma análise do conteúdo do conjunto das entrevistas. Não foi realizada uma entrevista com nenhum familiar de Severino pois sua mãe não tem uma função relevante em seu cuidado e também não foi possível pactuar com ela essa atividade.

Severino já era acompanhado por mim na Clínica da Família e participou da pesquisa por se enquadrar nos critérios construídos para a inclusão dos participantes.

6.3.2.1 A primeira entrevista: Me conte tudo que você achar importante pra eu conhecer a sua história

A experiência do adoecimento é um dos principais elementos observados no conteúdo desta primeira entrevista. O trecho a seguir exemplifica a construção narrativa da sua experiência de adoecimento:

Trabalhei muito. Trabalhei muito, estudei muito, fiquei maluco... Tanto trabalho, tanto estudo... tanto sofrimento... só apurrinção na minha cabeça... Só apurrinção, só... só... Só sofrimento... Apurrinção, sofrimento... Tortura... Tortura, sofrimento, apurrinção... Humilhação... o que eu passei nessa vida, não foi brincadeira não... Humilhação, tortura... Doença... Outra doença que eu tive, outra doença que eu tive... Agora tô com tremedeira. Eu sei lá, eu não consigo ser feliz. Só te falo isso, eu não consigo ser feliz. Outra apurrinção, outra doença... Só te falo isso, eu sofro pra caramba.

Nesta narrativa percebe-se que o adoecimento foi ocasionado por múltiplos determinantes: aporrinção, trabalho excessivo, estudo excessivo, sofrimento, tortura e humilhação, ou seja, por um processo de esgotamento do corpo e da mente que sofre um efeito negativo do meio.

Sua narrativa tem uma conotação trágica, marcada por uma relação com o mundo permeada pela frustração com os projetos de vida não efetivados e o inconformismo frente às dificuldades enfrentadas ao longo da vida e pelo adoecimento. O trecho abaixo exemplifica as afirmações contidas neste parágrafo:

Eu quero que você entenda... Eu queria renascer de novo. Entendeu? Renascer o.. é a mesma encarnação. Praticamente a mesma encarnação... essa encarnação... num.. é das melhores, meu pai sofreu junto, jogou tudo pro alto e eu merecia o que eu dei...

6.3.2.2 Segunda entrevista - a Entrevista MINI:

Como já exposto, esta entrevista avalia a forma como as pessoas narram a sua experiência inicial de adoecimento e que impactos essa experiência ocasiona em sua vida. Os resultados desta entrevista serão apresentados de forma descritiva.

Como pode ser percebido no trecho abaixo, o processo inicial de adoecimento é descrito como alterações corporais: sensação de perda de força, de perda da energia corporal e sensação difusa de mal estar:

Vinte anos, pedir, pedir éé... pedir éé... explicação a uma pessoa que entendesse mais. Eu tava me sentindo com depressão, tava sentindo depressão (...) Eu tava perturbado, não tava me sentindo bem, entendeu? A minha alma pedia... pedia socorro! (...) Eu senti que a força estava perturbada, a força, a força, a força... a força mesmo, a força tava perturbada porque minha avó estava morrendo, minha mãe perdeu a mãe, minha avó morreu, minha mãe perdeu a mãe, meu pai morreu... uma força perturbada, uma força perturbada, uma força meio, meio, meio, meio... eu fui perdendo a força, fui

perdendo a força, força, força, uma força 'consturbada', uma força como se fosse tipo como fala star wars; de que força esteja mentindo, num é assim? A força está disturbada, está ó ...

Em outro trecho da entrevista ele descreve o período em que teve a primeira internação em um hospital psiquiátrico:

Comecei a trabalhar de três em três meses, em três em três meses, em três em três meses, com vinte e um ano, com vinte e dois, com vinte dois, vinte um, vinte um, vinte dois... vinte e quatro, vinte e quatro... até os vinte e sete e perdi minha vó, perdi minha.. meu pai, meu pai reencarnou em mim se reencarnou em mim. Fui perdendo.. fui perdendo parente... primo, perdi um primo, perdi um tio, perdi um pai, perdi uma vó e assim sei que a força foi disturbando, foi se acabando. (...) Depois disso eu não fui mais homem pra nada, sei que eu parei num instituto Dr. Crispino (?), eu me internei, estourou uma bolinha aqui na cabeça, PÚH! E eu desmaiei. Fiquei três dias e três noites desaparecido, seu eu não me engano. Acordei com muita fome (...) Eu nunca dizia que é saúde mental, eu tava nervoso. Falta de sexo, hã... Eu tinha namorada mas não praticava, entendeu?

Neste trecho também se observa que as percepções iniciais do adoecimento se mostram a partir de alterações corporais, sensações difusas de perda de força, de energia, gerando um impacto nas suas atividades cotidianas e levando-o a alta rotatividade em suas atividades laborais. A crise desencadeante da internação é também a partir de sintomas corporais, como um desmaio. E também nesta narrativa, o termo “nervoso” aparece descrevendo a experiência de crise psicótica, tendo como explicação a falta de relações sexuais.

Na narrativa de Severino, a religiosidade também compõe o arcabouço explicativo das suas crises:

Toda vez que eu me afastava de Deus, Deus se afastava de mim. Entendeu? Num sei se porque eu perdi força, porque eu perdi a força... Toda vez que eu me.. que eu me afastava de Deus, Deus se afastava de mim.

A religiosidade tem funções diversas em sua narrativa pois, além de ser um dos elementos explicativos das causas do seu adoecimento, também faz parte dos fundamentos que dão sustentação às suas elaborações delirantes e ainda, representa uma ferramenta que o ajuda a suportar o sofrimento associado ao Transtorno Mental.

Neste trecho abaixo observamos a religiosidade como parte do arcabouço de sua construção delirante:

É que eu tive contato com Deus (...) Eu tive visão, uma outra visão de...de.. de... tem um outro mundo sem ser esse... O mundo espiritual, o mundo espiritual, o mundo... o mundo mágico, mundo mágico, mundo espiritual, o mundo... o mundo... Que você pode compreender ou não. Eu sei que a tecnologia está ao favor do homem; (...) Você que tem que ir até Deus, porque Noé tirou um casal de cada espécie (...) Cara... Eu me vejo um... quase um homem puro, por que eu também consigo voar como o Superman, eu consigo decolar, eu consigo voar. Eu consegui voar umas quatro, cinco vezes... Contornei o 'Nilo' (...) aterrissei umas quatro, cinco vezes aqui. Solto oo, solto o raio de Jorge, leio pensamento como Darth Vader... Entendeu? Mas eu num sou puro com.. com.. como Jesus. Jesus foi o único homem puro que praticamente... que tem o poder sobre todos, sobre todo mundo. Ele é o homem mais poderoso. Eu tenho que respeitar ele porque, ele é o, é o, é o... o homem mais poderoso, mais puro que tem é Jesus. Lanterna Verde, Superman (...) Só vim acreditar mais em Deus... e Deus é mais que tudo, é mais... é maior que tudo. É mais do que eu, é mais do que eu, é mais do que toda compreensão do que tento saber. O que eu consegui foi atalho até chegar a ele; Foi atalho até chegar a ele; foi atalho pra mim conhecer a presença de Deus. Entendeu?

Já em outra parte da narrativa podemos observar como a dimensão religiosa se apresenta como uma ferramenta importante para ajudá-lo a enfrentar o sofrimento associado às dificuldades da vida e ao Transtorno Mental:

E comecei a pedir a Deus, eu rezava muito, sempre rezei muito pra que me desse força pra mim... pra mim... vencer os meus obstáculos, vencer os meus obstáculos e rir, vencer mais o meu obstáculo ali. Entendeu? (Silêncio) Pra vencer, pra vencer mais os meus obstáculos. Entendeu? (...) Procurei a Universal... procurei a Universal, procurei a Universal e a Batista

Um outro aspecto relevante a ser observado em sua narrativa é a forma como descreve a percepção dos outros sobre si. O trecho abaixo explicita tal dimensão:

Eles me chamam de maluco, eles não me compreendem (...) eles acham que eu sou maluco, eles acham que sou maluco. Que eles não conseguem selar, mas se eu conversar com eles, eles vão entender o que está acontecendo... mas é tanto mistério que eu me sinto que você... eu acho que você entender o que se passa pela cabeça de uma pessoa, só sendo a pessoa; porque a pessoa não entende... eles quer entender o que está acontecendo, eles quer mordida na boca o que está acontecendo. E isso eu não tenho coragem, se entregar ... Ele não se entrega, eles não se entregam, eles não se entregam, eles não se entregam; porque eles não compreendem

Este trecho evidencia que o discurso de adoecimento psiquiátrico tem uma localização externa ao sujeito e se direciona a ele, com conotação estigmatizante através do termo “maluco”. Ao mesmo tempo se retornarmos alguns parágrafos perceberemos que o próprio sujeito afirma “Trabalhei muito, estudei muito, fiquei maluco”. Ou seja, o próprio sujeito

utilizou o termo “maluco” para definir a sua experiência de adoecimento. Em razão disso, é possível supor que todo o mal-estar vivido pelo sujeito de aporrinhção, sofrimento, perda de força ganha um nome no seu encontro com o discurso psiquiátrico a partir de suas experiências de internação. Em suma, o contato com o serviço psiquiátrico marca e influencia a experiência e pode ter feito com que o sujeito passasse a nomear aquela estranheza, produzindo uma narrativa de que todas aquelas vivências diferentes que experimentou na verdade eram loucura. Por outro lado, tanto a primeira narrativa que descreve o seu adoecimento com o termo “maluco” como consequência do excesso de trabalho, tortura, etc, quanto a narrativa em que retoma o termo para dizer que não é compreendido, parecem atribuir ao meio, ao ambiente a força para explicar o que vive como mal estar.

6.3.2.3 As entrevistas sobre o dia-a-dia

As entrevistas sobre o dia-a-dia de Severino possibilitaram a reconstrução do olhar do pesquisador sobre sua rotina. Havia uma impressão inicial de que sua rede de relações sociais se limitava à mãe e à Clínica da Família. A entrevista permitiu visualizar diversas redes que o sujeito tece cotidianamente no território: a oficina de motos onde conversa “coisas de homem” e atualiza seus conhecimentos sobre mecânica (algo que possui muito interesse), o bar onde ingere bebidas alcoólicas e conversa sobre política e história e vários outras relações que possui no bairro.

Outro elemento interessante desta entrevista foi evidenciar as estratégias diárias de organização da vida e da rotina produzidas por ele. Além de usar de anotações para lembrar de seus compromissos, diariamente, no início da manhã, ele “passa na cabeça” todo o dia, seus compromissos e tarefas. Assim consegue manter uma rotina de vida organizada.

Descobriu também o prazer de ouvir músicas da década de 80, hábito diário em sua rotina de vida e que tem a função de o reconectar ao passado, às lembranças da sua juventude. Além disso, percebeu-se a dimensão do consumo de Substâncias Psicoativas em seu dia-a-dia e a função das drogas no seu cotidiano: a maconha e o álcool são utilizados para relaxamento e indução do apetite (maconha). Já a cocaína é normalmente utilizada como estimulante, visando melhor desempenho em algumas atividades, como nos estudos. Nota-se que a cocaína serve para contrabalancear o efeito sedativo das medicações. Todas estas estratégias são recursos construídos por ele para “tocar a vida”.

6.3.2.4 Análise sobre as narrativas de Severino:

Ao analisarmos o conteúdo das narrativas de Severino, dois pontos merecem discussão: a sua experiência do adoecimento e os caminhos produzidos por ele para “tocar a vida”, tendo como referencial o conceito de *Recovery*.

Na experiência de adoecimento de Severino nota-se uma vida modificada, atordoada e impactada por um conjunto de sinais e sintomas que, em determinado momento o aflige, e tem consequências sobre os caminhos de sua vida. No caso de Severino, percebe-se em sua experiência, uma delimitação entre o período anterior e posterior ao adoecimento: “Trabalhei muito, estudei muito, fiquei maluco”. Há um adoecimento pelo excesso, por vivências extremas sobre o corpo e a mente, que o fizeram “maluco”.

O outro ponto que merece análise diz respeito às estratégias de “tocar a vida” produzidas por Severino. O trecho abaixo ajudará nesta reflexão:

Minha vida foi sacrificada, cara... Trabalhei... estudei na... biblio... estudei na biblioteca... da Santa Úrsula... San... estudei na biblioteca da Santa Úrsula... Estudei na Petrobrás... Estudei na Petrobrás... na biblioteca da Petrobrás, estudei na Marinha... Estudei na Santa Úrsula, na Petrobrás... Estudei na Santa Ursu... estudei na Santa Úrsula... estudei na Santa Úrsula... medicina... medicina... medicina, história... medicina... medicina... medicina, história, engenharia, informática, psicanálise, morfologia... Inventei o motor X... Trabalhei pra General Motors, Volkswagen a vida inteira... A Mercedes Benz classe A, fiz Mercedes Benz classe A... fiz a van... Fiz a NS 10... a Blazer... O Ômega... O Vectra... O Monza... Kadet GTS...

Ao primeiro olhar, observa-se uma narrativa com conteúdo claramente delirante e desorganizada, mas que também nos expõe outros elementos. O mais relevante deles é o fato de que Severino tem o hábito de circular pelas bibliotecas do centro do Rio de Janeiro para realizar seus estudos. Ele frequentemente visita as bibliotecas de Universidades, bibliotecas públicas e de empresas, onde faz estudo sobre temas diversos. Severino tem muito apego pelos estudos e em diversos momentos de sua narrativa lamenta-se por não ter cursado o ensino superior. Outro aspecto relevante desta narrativa é o seu apreço por carros e mecânica, ofício que exerceu durante a sua juventude.

Se olharmos essa narrativa apenas como um retrato a entenderemos apenas como mais um sinal da Esquizofrenia, uma expressão dos seus delírios. Por mais que este aspecto seja

verdadeiro e relevante, o que se percebe também é um sujeito que, apesar de todos os transtornos ocasionados pelo adoecimento, persiste mantendo vivo os seus projetos de vida e age na busca de sua efetivação. Mesmo não conseguindo acessar o Ensino Superior, ele continua estudando os temas que o interessam e circulando pela cidade.

Chama a atenção também as redes que o sujeito constrói no território. Para alimentar o seu interesse por mecânica, ele cotidianamente frequenta uma oficina de motos, onde observa o trabalho dos mecânicos, além de manter relações de amizade. Com outro sujeito do território se mantém atualizado sobre temas da conjuntura política, conversando diariamente sobre estes temas. Para isso também construiu o hábito de ouvir programas de rádio e de Televisão sobre os temas da atualidade.

Diabético, faz uso regular de insulina sem auxílio e mantém um controle glicêmico adequado. Frequenta regularmente a Clínica da Família para consultas e para uso de medicação antipsicótica injetável.

Para enfrentar as limitações associadas ao adoecimento psiquiátrico, organizou uma forma de gestão do tempo e das atribuições diárias no qual repassa diariamente as tarefas do dia, além de manter seus compromissos anotados em diversos papéis que carrega consigo. Como estratégias de relaxamento, utiliza músicas antigas e faz uso de Substâncias Psicoativas, como álcool e maconha.

Chamo a atenção de todos esses fatos porque percebemos neles um sujeito autônomo e independente, capaz de manter vivo seus projetos de vida e atuar no sentido de suas realizações, ao mesmo tempo em que é capaz de gerir seu cotidiano de forma eficaz, cumprindo seus compromissos e cuidando de problemas de saúde graves individualmente. Produziu redes de relações sociais e formas de lidar com as dificuldades associadas ao seu adoecimento.

Ao mesmo tempo, se o nosso olhar se limitar a sua narrativa, perceberemos um conteúdo trágico, marcado por um discurso delirante, permeado por frustrações e lamentos. Não há esperança e satisfação na sua narrativa e ele avalia sua vida como completamente improdutiva, afinal não se casou, não teve filhos, não se formou, não consegue trabalhar, ou seja, o oposto a conceitos clássicos do *Recovery*. Não há experiência subjetiva de superação. Mas e os aspectos acima descritos? Não seriam também relevantes na análise da recuperação do sujeito? Com o corpo ele produziu um enredo marcado pela autonomia, com as palavras nos expõe um enredo trágico. Esse aspecto será melhor aprofundado mais à frente.

6.3.3 Joana

Mulher, 54 anos, indígena, casada, mãe de 2 filhos. É trabalhadora informal (catadora de latinhas e cuidadora) e possui o ensino fundamental incompleto. Mora com o esposo e os dois filhos.

Após o diagnóstico de Esquizofrenia, iniciou tratamento psiquiátrico ambulatorial. Atualmente realiza acompanhamento apenas com o seu MFC de referência na Clínica da Família. Nunca foi internada em Hospital Psiquiátrico.

Joana participou da pesquisa por indicação do seu médico de referência por perceber nela os critérios sugeridos para a inclusão na pesquisa.

6.3.3.1 A primeira entrevista: *Me conte tudo que você achar importante pra eu conhecer a sua história*

Como nas entrevistas anteriormente, a primeira entrevista tem como roteiro a questão exposta no título: “me conte tudo que achar importante para eu conhecer a sua história.” O conteúdo também será analisado de acordo com o roteiro já previamente apresentado nas entrevistas anteriores.

O trecho abaixo expressa características relevantes de sua experiência de adoecimento.

- *Doutor, olha só, eu acho... eu acho que eu não tô escutando mais vozes dentro de, dentro de casa, por quê? Porque eu acho que eu não tô mais frequentando a macumba (...) sabe por que acontece isso contigo? (...) Porque você é médium. (...) Você precisa pôr roupa, (...) roupa branca... pra você poder fazer o desenvolvimento dos seus guia, dos seus guia descer em terra”. É... e eu confio mesmo, doutor, eu confio mesmo (...) Bom... gostar, eu não gosto (...) Mas... se eu nasci assim... O que será, doutor? O que será? Porque, a... quantas pessoas viram pra mim e falam assim: você já tem isso de berço! (...) Aí eu falo assim: “mas o que que é isso?”. “Des... de berço, quando você era pequenininha....*

- *Quer dizer que cê gosta? (Pesquisador)*

- *Gosto! Gosto, gosto. Aí (...) fala: ah, mamã (... você fica andando nessas coisas, eu só vou com você porque você fica, fica indo... fica indo.... Aí, dia de festa, dá comida, dá comida, a gente come, a gente come e tudo (...) me sinto, muito bem, me sinto. Eu sinto. Mas só, que eu tô falando com o senhor, porque esse negócio de tremedeira, tremedeira, desde que eu não tô indo mais lá, não tô mais sentindo tremedeira, sentindo tremedeira... me chamar, também não tô... não tô...*

O que se percebe nessa situação é que as experiências psicóticas se mesclam às experiências religiosas. Dentro de sua religião, ocorrem algumas experiências que podem inclusive se manifestar corporalmente, que são as incorporações. Tais experiências são vivenciadas por alguns membros desta religião que são reconhecidos como médiuns. Estes possuem, entre outras habilidades e funções, a capacidade de incorporar. Joana é médium.

A narrativa de Joana sugere que essa dimensão religiosa englobou o conjunto de experiências do adoecimento, sintomas psicóticos, dando a eles um enredo único, organizado a partir da questão espiritual. Ou seja, todas as experiências corporais estranhas vivenciadas por Joana são interpretadas e narradas como causadas por sua função religiosa de médium.

É interessante perceber que ser médium é uma função reconhecida dentro de sua religião e conseqüentemente, essa narrativa, que incorpora os sintomas psicóticos dentro desse arcabouço religioso, tem uma dimensão de valor positiva para ela, ou seja, a religião atribui valor positivo às suas experiências psicóticas.

Outro elemento surgido nas narrativas e que merece ser destacado é a relação ambígua de Joana com os sintomas psicóticos. Como já descrito acima, toda a sua experiência psicótica (vozes, medos, tremores...) são narrados a partir da sua religião. E essas experiências corporais são relatadas em muitos momentos como geradoras de sofrimento. Vivenciar essas percepções corporais diferentes é algo desagradável fisicamente para ela e assim são descritos. Entretanto, ser médium é uma posição que dá um lugar de valor na religião e ela tem prazer de assumir.

Nos meses anteriores à pesquisa ela não estava frequentando o centro religioso e não vinha sentindo esses sintomas e entendeu que essa diminuição tinha relação com o afastamento da religião. Apesar de associar os sintomas à frequência ao centro religioso e descrevê-los como sensação desagradável, Joana vem fazendo planos para voltar a frequentar a religião. Essa aparente ambigüidade nos chama a atenção: sentir sintomas é desagradável e está relacionado à atuação religiosa, mas tal atuação (que inevitavelmente gerará o sofrimento, ou os sintomas) é algo desejado. Percebe-se que a dimensão controle dos sintomas não é a questão central para ela e é secundarizada frente ao papel assumido na religião. Esse papel lhe atribui valor diante de si e dos outros.

6.3.3.2 Segunda entrevista - a Entrevista MINI

Como já ocorrido em outras entrevistas, seu conteúdo será apresentado de forma descritiva, buscando apresentar os temas relevantes surgidos ao longo da narrativa.

Um aspecto interessante em sua entrevista, também destacado nas anteriores, é a forma como Joana descreve a percepção inicial dos sintomas do adoecimento que desencadearam o início do tratamento para o Transtorno Mental. Estes sintomas são relatados como sintomas corporais, mais especificamente, desmaios:

Antes tem que atravessar aí eu desmaiava, desmaiava na rua, eu desmaiava na rua aí as pessoas corria em cima de mim e falava: não, minha filha, não faça isso não, (...) aí as pessoa corria em cima de mim, me... me tirava! Eu ficava desmaiada, eu ficava desmaiada lá aí eu num sabia, eu num sabia o que tava acontecendo comigo...

Neste primeiro momento, não há nenhuma descrição sintomática que se aproxime de delírios ou alucinações. Todo o mal-estar é narrado a partir de sensações físicas, corporais.

Além disso, é interessante perceber ao longo desta entrevista, ela não delimita bem as experiências com o adoecimento, não conseguindo responder questões associadas ao início dos sintomas, não descreve situações de crise para além dos “desmaios” já previamente descritos, nega impacto do adoecimento sobre a sua vida e sobre a forma como as pessoas a veem. Descreve a realização de tratamento ambulatorial especializado, mas não caracteriza os motivos. Relata o uso da medicação psiquiátrica como vacina. Em momento algum descreve as vivências como algum problema de Saúde Mental. Talvez isso tenha concorrido para que os impactos sobre a vida não tenham sido identificados, pois as perguntas giram em torno de um problema de saúde.

6.3.3.3 As entrevistas sobre o dia-a-dia

O dia a dia de Joana foi captado a partir das entrevistas que reconstruíram em detalhes o dia anterior de sua realização. Nelas pode-se observar muitos aspectos da dinâmica de vida desta mulher.

Por exemplo, pode-se notar que é uma mulher completamente autônoma e independente em relação às necessidades de sua vida. Possui trabalho (catadora de latinhas e outros materiais

recicláveis) com o qual adquire alguma renda, é capaz de administrar todas as necessidades de sua vida, como resolver questões burocráticas referentes ao acesso a benefícios sociais no Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) do bairro, além de ter tomado a iniciativa de se rematricular na Escola para qualificar a sua capacidade de leitura.

Tal entrevista também expõe que, nas relações familiares, é imposto a ela a responsabilidade por todas as tarefas domésticas. Além disso, há demasiada cobrança por conta das demandas do lar. Ao mesmo tempo, nota-se o uso de parte significativa de seu dia para o cuidado de seus animais de estimação (gato e cachorro), os quais descreve com grande afeto.

6.3.3.4 Análise sobre as narrativas de Joana:

A experiência do adoecimento de Joana se caracteriza por fundir as experiências de vida com a experiência do adoecimento, tendo os sinais e sintomas do adoecimento narrados como características próprias dela. No caso de Joana, tal narrativa se constrói embasada por elementos religiosos. O fato dela ser médium em sua religião, organiza e explica o conjunto de experiências psicóticas que vivenciou e vivencia ao longo de sua vida. Esse reconhecimento dentro de sua religião proporcionou uma reconstrução narrativa com essas características e deu às experiências psicóticas um valor positivo em sua vida.

Ao mesmo tempo, é interessante notar que o adoecimento psiquiátrico surge de forma muito pontual em sua narrativa. A percepção de sintomas que induziram o início do tratamento é descrita como sintomas físicos e diversas outras questões relacionadas ao adoecimento foram respondidas negativamente, como se a doença psiquiátrica não impactasse sobre a sua vida ou mesmo não existisse.

A religião possui um papel de suporte à experiência do adoecimento muito importante. É através dela que Joana encontra e constrói um arcabouço explicativo para o conjunto de experiências vivenciadas a partir do adoecimento. Isso permite que ela construa uma existência que não é marcada pelo peso do Transtorno Mental e, pelo contrário, sua dimensão religiosa tem um valor positiva, pois assume um papel que poucos podem exercer.

6.3.4 Camila

Mulher, 30 anos, solteira, parda, evangélica, estudante. Mãe de um filho. Possui ensino médio incompleto. Mora com a avó e o filho. Recebe o Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Teve a primeira internação psiquiátrica na adolescência. Iniciou tratamento para Esquizofrenia após essa crise. Viveu em situação de rua por aproximadamente um ano, período em que engravidou. Tentou suicídio há cerca de um ano após uma crise. Atualmente realiza acompanhamento apenas na Clínica da Família com seu MFC de referência.

Camila fez parte da pesquisa a partir da indicação de sua equipe de referência durante a entrevista realizada com esses profissionais.

6.3.4.1 A primeira entrevista: *Me conte tudo que você achar importante pra eu conhecer a sua história*

O trecho a seguir nos permite observar a experiência de adoecimento de Camila e a forma que a doença assume na dinâmica de vida de Camila:

A menina do meu lado que ficou falando: “você fez cesariana? Você é louca!”. Eu falei: “mas eu tinha que fazer, o que eu posso fazer? Eu não sou normal. Eu tive que fazer a cesariana, eu tava com medo de onde o bebê ia sair (...) é porque eu tenho, tenho problema de cabeça e tomo remédio. Aí, quando tomo o remédio eu fico normalzinha

Somando-se ao trecho acima, esta parte da narrativa também nos ajudará a compreender a experiência do adoecimento dela:

Aí eu me... comecei a ter alucinação, né, e a garota implicava muito comigo (...) Um bandido... tava mexendo comigo, aí eu falei pra vó; vó, tem um bandido na moto que ta mexendo comigo; aí ela achou que era alucinação, aí eu falei... ela falou; você terminou com outro cara de (...) vou olhar... Mas não, no dia que ele... no dia que ele vier devia saber, né, que ia ter alguém pá ver, ele num fazia... Aí eu tava... passava na moto aí ele ficava fazendo sinal pra mim...

Os dois trechos acima evidenciam que na narrativa da experiência do adoecimento, há um limite claro e definido em que o adoecimento ocorre e impacta a sua vida.

O que se percebe também é que as características do adoecimento vão se conformando em características próprias dela, se amalgamando à sua personalidade, sua forma de estar no mundo. Frases como “eu não sou normal” e “tenho problema de cabeça” são exemplos nítidos disso.

Na narrativa sobre o início do adoecimento, os sintomas são descritos tipicamente como experiências psicóticas: vozes, delírios e sensação de estar sendo perseguida. Percebe-se que além de usar termos médicos, como alucinações, a descrição das experiências delirantes (percepção de um bandido mexendo com ela) também é nítida.

A narrativa é infantilizada e a mulher possui uma relação com o mundo marcada pela tutela da avó e pela passividade. Possui uma relação consigo mesma também marcada por hábitos infantilizados e por um prejuízo da autoimagem, que além de “ter um problema de cabeça”, pesa muito questões físicas, principalmente a obesidade. O trecho abaixo demonstra isso:

Eu gosto dele, mas ele... Ele tá de ignorância, tá falando que eu tô gorda, não quer... não quer mulher gorda (...) E se um dia eu operar e ficar magra? Eu queria operar pra ficar magra. Se um dia eu operar e ficar magra também não vou dar confiança. (Entrevistada)

6.3.4.2 Segunda entrevista - a Entrevista MINI:

Será apresentado o conteúdo desta entrevista, tendo como foco o início dos sintomas, as explicações do adoecimento, o impacto sobre a vida, as estratégias produzidas pela pessoa para lidar com o adoecimento e o papel da religião nestas estratégias.

Como já descrito no item anterior, a percepção inicial do adoecimento se deu através de experiências tipicamente psicóticas, com alucinações e delírios e são nitidamente narrados por ela:

Na época, eu tava... eu tava aqui deitada na minha cama, (...) aí eu comecei a escutar vozes... aí a voz conversava comigo aí... aí... aí daqui a pouco o eu... eu falei "vó deixe eu dormir com a senhora" aí ela.. aí ela falou assim "por quê?", eu falei "porque eu tô escutando... eu tô escutando uma 'chicão' falar comigo" aí ela falou assim "é?" aí eu falei "tá na minha janela, eu tô escutando com meu consciente... subconsciente, aí ela falou "é?" aí... aí ela falou pra eu dormir lá com ela. Aí, eu comecei a falar o nome do... do chefão dos cara que... aí ela me batiam me batia, me batia e me levou pro hospital.

Já as explicações para o adoecimento são assim narradas:

Quando eu... foi quando eu sofri esse bullying na escola com essa menina e esse menino, aí eu comecei a ficar neurótica, achando que tinha alguém querendo me seguir no ônibus, aí ficava olhando pra trás... aí... aí fui esse problema. E eu fiquei sem aprender a ler... sem aprender a escrever até os doze anos, e brincava de boneca.

O bullying no ambiente escolar é descrito como uma das causas do processo de adoecimento. A fragilização de sua autoimagem corporal pela agressão dos colegas é apontada como o fator desencadeante da primeira crise.

Além dos impactos ocasionados pelo adoecimento, o tratamento medicamentoso também ocasionou efeitos adversos que a impactaram fisicamente, gerando ganho de peso e sonolência: “É... excesso de peso, tá gorda... tomar aqueles "zyplex", só ficar dormindo...”

E um conjunto de atividades e eventos ocorridos em sua vida contribuíram para reduzir os impactos do adoecimento:

Foi quando meu filho nasceu... meu filho nasceu. Eu fiquei grávida aí fui para num... no hospital da mulher (...) dando remédio... aí eu fui melhorando. Tomando remédio, ficando mais calma (...) fui fazendo uma bijuteria aí fui melhorando... foi como se fosse uma terapia pra mim... as bijuteria. Eu fazia desde doze anos, doze anos eu fazia brinco com lantejola... aí fui aprendendo.

Como se percebe, Camila associa a melhora dos sintomas a três fatores: o nascimento do filho; o uso das medicações e a realização de atividades manuais, no caso, fazer bijuterias.

A religiosidade também aparece como uma dimensão relevante na lida com o adoecimento. Junto com seus familiares, ela tem o hábito de frequentar uma Igreja Evangélica e avalia que a religião contribuiu na melhora do mal-estar associado ao Transtorno Mental: “A minha fé em Deus. Eu sempre vi o filme da bíblia... Sempre ia na Universal quando era criança vê os filmes... me ajudou”

6.3.4.3 A entrevista com um familiar (avó):

Foi entrevistada a avó de Camila, responsável por seu cuidado desde criança e pessoa que a ajuda no cuidado do filho. Será apresentada a sua percepção sobre o adoecimento, seu entendimento sobre o problema e as estratégias produzidas e sugeridas por ela para lidar com os problemas associados ao Transtorno Psiquiátrico.

No trecho abaixo, ela descreve as suas percepções sobre o início do adoecimento e as explicações para o surgimento do Transtorno Mental:

Ah, desde pequenininha... com quatro anos já percebi. (...) ela sempre foi uma criança emburrada, uma criança que não brincava com outra criança, amuada... uma criança diferente, e eu falei... (...) ela num tá normal, num é normal (...) Quando ela fez doze anos, juntou a menstruação com o abandono do pai e da mãe deu um bloqueio na mente dela, deu esse problema. E o Morro também que tava muito perigoso, (...) ela registrou aquilo.

Já abaixo ela descreve seu entendimento sobre o que é a Esquizofrenia e quais seria suas causas e o seu prognóstico:

A esquizofrenia é uma doença que não tem cura, que vem do cérebro; né, e... tem o esquizofrênico agressivo, né, e tem aquele... tem vári... o médico disse que tem vários tipos de esquizofrenia (...) Eu num sei qual é a origem dela vinte e nove, mas diz que é um grau forte, né, pelo que eu sei é uma doença que é incurável, né (...) Veio de família, hereditário. Num é transmissível mas é hereditário porque, como eu já lhe falei, a família do pai dela tudo tem problema de nervo.

Nestes dois trechos da entrevista observa-se que existem explicações diversas para o que seria a Esquizofrenia e quais as suas causas. Parte destas explicações incorporam o discurso biomédico descrevendo o Transtorno Mental como uma doença do cérebro, de causalidade genética, herdada do pai. Mas a narrativa da avó também expõe explicações contextuais para o início dos sintomas, como o abandono do pai, a menarca e conflitos entre facções no território.

No trecho abaixo, a avó descreve o dia a dia de Camila e também apresenta um pouco das suas ideias sobre formas de tratamento mais adequadas:

ela toma remédio mas ela se fecha (...) o dia todo, vendo televisão, gosta muito de DVD (...) ela gosta muito de dançar, gosta muito de música... O que melhorava pra ela, foi que eu falei, era uma casa de apoio pra fazer atividade, assim... digamos, três vezes na semana, ou todo dia, (...) ia melhorar muito porque ela ia conhecer gente, ia se misturar com outras pessoas, pra abrir a mente dela porque aqui esse mundo dela é só esse.

Neste trecho é interessante perceber a sua ênfase na necessidade de um espaço de cuidado com atividades que possibilitem que ela amplie suas relações sociais. Um lugar semelhante a um CAPS?

6.3.4.4 As entrevistas sobre o dia-a-dia

A partir destas entrevistas foi possível mapear fontes diárias de diversão e suas atividades rotineiras. Com isso, foi possível perceber como a vida de Camila estava restrita ao ambiente doméstico e a quase totalidade de suas atividades eram atividades domésticas: tirar o lixo, passar o pano no chão, lavar os pratos. Suas atividades prazerosas eram realizadas normalmente dentro do próprio quarto, assistindo DVDs, escutando rádio e reproduzindo coreografias de cantores famosos. A única rotina externa ao domicílio era buscar o filho na escola, atividade que não vinha desempenhando regularmente nos últimos meses e foi assumida pela avó.

6.3.4.5 Análise sobre as narrativas de Camila

Neste tópico, dois aspectos das entrevistas narrativas serão aprofundados: a narrativa sobre a experiência do adoecimento e o dia-a-dia da participante da pesquisa

Em sua narrativa há uma clara delimitação do momento inicial do adoecimento, descrito como vivências psicóticas e explicado por aspectos diversos: início da menstruação, bullying, abandono do pai, genética, etc. Em sua experiência de adoecimento, as características da doença vão sendo englobadas em suas particularidades como pessoa, explicitando um insight sobre o seu estado e nele se percebe uma dimensão de valor negativa, que a inferioriza e fortalece o estigma e a tutela. O modelo explicativo é complexo e envolve bullying sofrido no ambiente escolar.

Outro aspecto que merece análise é a sua rotina restrita e infantilizada. Apesar de não apresentar qualquer restrição associada ao adoecimento e não apresentar qualquer sintoma no momento da pesquisa, a rotina de vida de Camila se restringe ao ambiente doméstico, realizando tarefas do lar e tendo hábitos infantilizados, como ensaiar coreografias e fazer bijuterias. Apresenta também um discurso infantilizado. O que se percebe é uma vida tutelada pela avó, que organiza a sua rotina, gerencia seus recursos financeiros e cuida do seu filho. A avó tem uma percepção crítica sobre essa realidade, sugerindo tratamentos que ampliem a sua socialização.

7 AS EXPERIÊNCIAS DE ADOECIMENTO E O *RECOVERY*

Este trecho revisará as experiências de adoecimento dos participantes da pesquisa, discutindo elementos de *Recovery* em cada contexto. Também serão abordados temas transversais às narrativas.

7.1 JOÃO E A RETIRADA POSITIVA

João descreve sua primeira grave crise como ocasionada por nervosismo associado ao ambiente de trabalho e fatores como exposição ao público e sobrecarga. Sua narrativa é marcada pela recorrente comparação de si com pessoas de seu convívio, se descrevendo como alguém diferente e inferior. Seus parâmetros sempre se constroem na comparação com o outro. No momento da pesquisa se descreve como alguém vivendo um momento satisfatório da vida, com bem estar e planos. Atribui a três fatores: renda, emagrecimento e um relacionamento. Também descreve melhor controle dos sintomas, que relaciona às orações e maior autocontrole. Some-se a isso uma narrativa da mãe marcada pela tutela, infantilização e desesperança e uma rotina restrita ao ambiente doméstico e vinculada à dinâmica de vida paterna.

A experiência narrada por João de sentir-se permanentemente diferente e inferior enfraquece a visão de estivesse vivendo um processo de recuperação. O emagrecimento e o relacionamento com uma garota contribuíram para a melhora da sua autoimagem. Já a renda, adquirida via BPC, possibilita uma autonomia financeira, dando-o uma maior capacidade de gestão sobre sua própria vida, produzindo menos dependência dos pais e permitindo a construção autônoma de planos de vida. Soma-se a isso uma maior capacidade de gerir seus “nervosismos”, desencadeadores de sua internação psiquiátrica, o que também pode ser compreendido como maior capacidade de gestão da sua vida, através de maior controle de sensações desencadeadoras de descontrole e heteroagressividade.

Uma observação que considere apenas os parâmetros clínicos da Psiquiatria pode considerar que a sua rotina restrita, marcada pelo isolamento social, seja interpretada como sintoma negativo da Esquizofrenia. Entretanto a narrativa de João vai no sentido contrário, mostrando alguém em um ótimo momento da sua vida.

Em clássico estudo realizado em Montreal, em que Corin e Lauzon (1992) pesquisaram pessoas diagnosticadas com Esquizofrenia, analisou suas participações na comunidade

buscando entender as estratégias de reabilitação e as formas específicas de estar no mundo e suas capacidades de permanecer na comunidade. Os dados indicaram que a não reinternação em serviços psiquiátricos esteve associada a uma postura de "retirada positiva" que caracteriza-se por uma posição de certo distanciamento dos papéis sociais e das relações sociais, combinada com várias estratégias de manutenção de vínculos mais tênues com o ambiente social. Faz sentido associar a realidade de João aos resultados deste estudo e sua maior restrição ao ambiente doméstico. Afinal, se expor foi algo que o gerou bastante sofrimento, como na escola e no trabalho como atendente, onde diz ter sofrido bullying e sofrido a primeira crise. Há também uma clara experiência de diferença (e inferioridade) em relação às outras pessoas. Tais fatos fazem com que esta forma protegida de viver e sua rotina articulada à do pai como estratégias de manter vínculos protegidos com o ambiente social.

O estranhamento com o modo de vida de João revela, numa certa medida, o nosso aprisionamento a padrões de cuidado de pessoas com diagnóstico de Esquizofrenia, mais centrados no ponto de vista de quem cuida, do que na experiência de quem vive, o que não deixa de ser uma prática de cuidado que não está centrado na pessoa. Tais práticas caracterizam-se por orientações normativas, que pré-determinam os objetivos a serem alcançados, e por uma abordagem externa à pessoa, centrada em aspectos funcionais da reabilitação. (CORIN, 1992).

7.2 SEVERINO E LUTA POR SEUS PROJETOS DE VIDA: AS POTENCIALIDADES DA PESSOA NA CONSTRUÇÃO DE UM CUIDADO ORIENTADO PELO RECOVERY

A narrativa de Severino é a de uma vida marcada por um conjunto de dificuldades da vida (trabalho excessivo, sofrimento, tortura e humilhação) que ele experimenta como determinantes do colapso do seu corpo e mente e produtoras de adoecimento. Descreve também uma vida marcada por frustrações e lamentos, não tendo alcançado projetos relevantes da sua vida como ter um filho, se casar e cursar o ensino superior.

Ao mesmo tempo, possui uma vida dinâmica e autônoma. Mantém uma rede social diversa na comunidade, possuindo pessoas com as quais conversa sobre interesses intelectuais, como história e política, frequenta regularmente uma oficina mecânica, onde se atualiza sobre o ofício de mecânico, além de conversar amenidades. Circula pela cidade, principalmente por bibliotecas, onde estuda temas de seu interesse. Realiza o tratamento medicamentoso para a Esquizofrenia e para Diabetes de forma disciplinada, tendo bom controle dos níveis glicêmicos.

Em suma, se observarmos seu quadro apenas a partir de critérios clínicos objetivos temos uma pessoa com bons resultados. Entretanto a sua narrativa mostra alguém frustrado, insatisfeito e sem esperança.

A recuperação clínica alega oferecer uma medida de resultado que é invariável entre os indivíduos e contextos sociais. No entanto, a ideia de saúde e bem-estar varia significativamente em diferentes culturas e entre os indivíduos. O processo de *Recovery* é profundamente pessoal e único e muitas vezes não é favorecido pelo que ocorre nos consultórios, sendo influenciados por dimensões da vida que estão além da intervenção da Saúde Mental. Autonomia, independência e resultados clínicos, apesar de relevantes, são muitas vezes insuficientes para uma vida satisfatória (ADEPONLE; WHITLEY; KIRMAYER, 2012).

A tendência a considerarmos Severino como uma pessoa com bons resultados clínicos, apesar de toda a narrativa marcada por profunda frustração, evidencia novamente uma visão normativa, externa ao sujeito e centrada em aspectos funcionais, que desconsidera a experiência do sujeito como elemento central.

Ao mesmo tempo é relevante notar que, apesar de toda frustração e lamento, Severino segue buscando seus projetos de vida e desejos. Mesmo que em uma vida insatisfatória, a capacidade de buscar autonomamente projetos significativos não seria uma dimensão relevante para um cuidado orientado pelo *Recovery*?

O maior ensinamento para um cuidado orientado pelo *Recovery* nesta narrativa não está na resposta destas ou de outras questões que porventura possam ser produzidas. O principal aprendizado é perceber que existem muitas potencialidades em parte significativa das histórias de vida de pessoas com Transtornos Graves e estas virtudes são elementos essenciais para o trabalho clínico nessa perspectiva. E nesta narrativa, é comovente a sua capacidade de continuar construindo caminhos, mesmo diante de tanta frustração e sofrimento e de que tal esforço é uma fortaleza e um alicerce importante na construção do seu processo de *Recovery*.

7.3 JOÃO, SEVERINO E O OLHAR DO PROFISSIONAL DE SAÚDE SOBRE SUAS VIDAS

O que essas duas narrativas têm em comum? Por sinais trocados, elas contradizem a visão do observador sobre a sua situação. No caso de João, percebemos alguém isolado, com atividades sociais muito restritas, ou seja, com parâmetros clínicos que podemos considerar

ruins, afirmando viver um dos melhores momentos de sua vida. Do outro, alguém completamente autônomo, capaz de criar redes sociais no território, circular pela cidade, gerir sua renda, fazer de forma eficaz o seu complexo tratamento para Diabetes insulino-dependente, afirmando ter uma vida completamente infeliz.

Uso a primeira pessoa nesse trecho da dissertação para afirmar que ao meu olhar como pesquisador/profissional de saúde, a avaliação que num primeiro momento fiz dos quadros dessas duas pessoas era diferente e oposto ao que eles próprios faziam de si. Para mim João não estava bem, apesar dele afirmar o contrário e Severino estava muito bem, apesar de afirmar estar totalmente frustrado com a sua vida. Mas por que isso aconteceu?

Como profissional de saúde, o meu olhar se direcionou centralmente para aspectos funcionais da vida do sujeito, para parâmetros objetivos, como normalmente as avaliações são feitas. E por esses parâmetros, as narrativas dos sujeitos não eram condizentes com o que era avaliado objetivamente. Mas quem estaria errado nessa análise? Para essa resposta é possível afirmar categoricamente: o olhar do profissional de saúde.

Primeiramente, o sujeito não avalia a sua vida se lembrando de que tem diagnóstico de esquizofrenia, ele analisa a sua trajetória se olhando como pessoa, que sonha e deseja como pessoas de seu lugar e sua época e como pessoa está ou não satisfeita com os rumos e projetos de suas vidas. Nesse caso, somos nós que não os olhamos como pessoa e sim a partir do filtro da esquizofrenia. Cabe perguntar: estaríamos satisfeitos com nossas vidas simplesmente por sermos capazes de andar de ônibus e tratar um quadro de diabetes insulino-dependente? Seríamos felizes porque somos capazes de pagar nossas contas?

Se almejamos que os sujeitos tenham no transtorno mental apenas uma das dimensões de sua vida, que sejam capazes de construir projetos de vida, não podemos olhá-los estritamente a partir do Transtorno Mental, nem definirmos como resultados satisfatórios, parâmetros centralmente funcionais. Se a vida deve ser satisfatória, produtiva e esperançosa não podemos restringir nosso olhar à funcionalidade das pessoas. A vida humana exige mais.

7.4 CAMILA E A IMPORTÂNCIA DO CONTROLE DOS SINTOMAS OU OS DESAFIOS DO RECOVERY DE QUEM NÃO PODE DESEJAR POR SI.

Os primeiros sintomas de Esquizofrenia surgiram no início da adolescência como experiências tipicamente psicóticas: delírios e alucinações auditivas. Esse adoecimento foi interpretado como sendo fruto do bullying no ambiente escolar e pelo abandono dos pais. Camila viveu situações muito graves por consequência de suas crises. Permaneceu por aproximadamente um ano em situação de rua, quando engravidou. Em outra crise, tentou se matar, tendo tido lesões importantes pelo corpo. Essas situações extremas, produziram uma preocupação excessiva de sua avó com o seu cuidado, restringindo consideravelmente a sua rotina e controlando-a completamente. De certa forma, a marca das crises sobre sua vida, foi a destituição da sua possibilidade de autodeterminar-se e a restrição de sua rotina ao ambiente doméstico e ao controle da avó. Isso gerou uma infantilização de Camila: não pode sair sozinha, não pode decidir por si. E suas possibilidades de vida se restringiram ao ambiente doméstico e é dentro desse ambiente que ela ensaia suas coreografias e produz suas bijuterias. Neste contexto é decisivo questionar como produzir um cuidado orientado pelo *Recovery* com alguém que não decide por si, em que outra pessoa decide por ela? Estratégias que abordem a família e sua experiência com o adoecimento de um familiar próximo é fundamental em situações como essa.

Além disso, sua experiência de adoecimento é delimitada e marcada por experiências psicóticas. Em razão disso, o controle destes sintomas tem relevância importante no seu restabelecimento. Um trecho da narrativa torna nítida esta afirmação: “É porque eu tenho, tenho problema de cabeça e tomo remédio. Aí, quando tomo o remédio eu fico normalzinha”.

7.5 JOANA E A INCORPORAÇÃO

O início da experiência psicótica de Joana se deu a partir de experiências corporais estranhas: desmaios, esquecimentos, etc. Somou-se a isso vozes e tremores. Joana frequenta centros de Umbanda e é identificada como médium dentro de sua religião. O médium tem a capacidade da incorporação. E essas experiências psicóticas, que carregam alguma semelhança corporal com as experiências de incorporação, foram enquadradas a partir desta dimensão

religiosa, ou seja, tais sintomas passaram a ser interpretados como experiências religiosas, mesmo que ocorressem em ambientes diversos aos da religião.

Enquadrar o Transtorno Mental é desenvolver um significado satisfatório para o adoecimento, produzindo uma narrativa que dê sentido aos sintomas, de modo a visualizá-los como uma parte de sua experiência de vida e não como a totalidade da pessoa. Este caminho de construção narrativa pode ter várias estradas, desde um diagnóstico, uma formulação, ou pode fugir dos paradigmas profissionais, como uma crise espiritual ou existencial. Esta tarefa só pode ser construída a partir da experiência de adoecimento da pessoa e das suas construções explicativas neste processo. (SLADE, 2011)

Tal construção narrativa para as experiências psicóticas teve uma dimensão positiva, articulou os sintomas a um papel social valorizado dentro de sua religião de matriz africana, o que fez com que suportá-los tivesse um sentido nobre, sendo fundamental para Joana no seu processo de Recovery.

7.6 TRABALHO E RENDA

Trabalho e renda surgem em algumas narrativas dos participantes da pesquisa como uma dimensão muito relevante em suas vidas. O trabalho aparece como central na afirmação da autonomia, ou seja, ter trabalho produz a possibilidade concreta de autodeterminação. Na narrativa de Joana, o trabalho faz parte de sua afirmação enquanto pessoa: “eu sou uma pessoa assim, é... eu gosto muito de trabalhar”.

A renda também surge com uma dimensão da afirmação de autonomia. A narrativa de João expressa a relevância do Benefício de Prestação Continuada na sua vida:

Ele me deu base... base... psicológica pra... pra enfrentar os problemas, (...) aí me deu um sentimento de independência, entende? Ela me apoiou... uma pessoa que não pode trabalhar é... tendo o seu é... Invés é de não trabalhar, ter o seu dinheiro, aí me deu um sentimento de independência muito forte, tão forte que... que... as crises acabaram, tudo acabou. É isso...

A oportunidade de trabalhar é algo significativo para pessoas com diagnóstico de Transtorno Mental Grave, melhorando a autoimagem e o senso de controle sobre a vida, além de maior pertencimento comunitário. E a renda, vinda do trabalho ou de algum benefício social, possibilita um senso de independência, de autonomia e a capacidade de desenvolver habilidades

para planejar e controlar o orçamento. (TOPOR; LJUNGQVIST, 2017; PAŃCZAK; PIETKIEWICZ, 2016).

O trabalho e/ou a renda parecem ter uma dimensão central no *Recovery* das pessoas no contexto da pesquisa. A possibilidade de garantir materialmente a própria existência permite desfazer amarras da tutela, possibilitando a afirmação do sujeito e seus projetos de vida.

7.7 O INÍCIO DOS SINTOMAS DA ESQUIZOFRENIA

As narrativas evidenciam que o início do adoecimento aconteceu de forma muito diversa entre os participantes. Além disso, os resultados mostraram que, na maioria das situações, a sensação inicial do adoecimento não é vivida a partir dos sintomas psicóticos. As alterações corporais, algumas vezes de difícil descrição, foram majoritárias.

Resumidamente, observamos quatro formas de viver a experiência inicial do adoecimento:

- 1) a experiência inicial do adoecimento vivida a partir de alterações corporais: sensação de perda de força, de perda da energia corporal e sensação difusa de mal-estar;
- 2) sintomas iniciais da experiência de adoecimento como desmaios;
- 3) a experiência inicial do adoecimento narrada como sensação de nervosismo (stress). Tal situação é nomeada pelo participante como estresse pós-traumático. O trauma foi descrito como algo complexo: a exposição da pessoa ao público no ambiente do trabalho, a sobrecarga, o deslocamento e a impossibilidade de manejar o “nervosismo” por causa da limitação de seus recursos;
- 4) a experiência inicial do adoecimento sentida como sintomas psicóticos: vozes, delírios e sensação de estar perseguido.

É nítido que na maioria das experiências de adoecimento das pessoas com diagnóstico de Esquizofrenia participantes da pesquisa, o início do quadro não é sentido e descrito como típicos sintomas psicóticos. Isso coloca um desafio para a Atenção Primária pois é neste nível de atenção que as queixas iniciais e inespecíficas normalmente acessam o Sistema de Saúde. Em razão disso, estas queixas provavelmente transitam pelas Unidades Básicas de Saúde como demandas como as descritas acima. Cabe aos profissionais da Atenção Primária o desafio de perceber nestas queixas a possibilidade de um Transtorno Mental Grave.

7.8 OS FAMILIARES NÃO ACREDITAM QUE GRANDES AVANÇOS SEJAM POSSÍVEIS

Nas Entrevistas com os familiares, os entendimentos sobre as causas do adoecimento possuem dois tipos de explicação: uma que atribui o quadro a fatores sobrenaturais e religiosos e outra que acredita que o transtorno tenha uma dimensão hereditária, congênita.

Como se observa, nas duas narrativas, as explicações do adoecimento se fundamentam em fatores externos a vida dos sujeitos, imutáveis e inalcançáveis. Imposições do destino, seja por decisão de Deus ou pelo acaso da genética. Nos dois casos, o teor irreversível das explicações sobre o adoecimento pode produzir uma posição de paralisia em relação a construção de um caminho de cuidado que supere as dificuldades impostas pelo adoecimento.

Isso se observa no entendimento sobre o prognóstico da Esquizofrenia como um transtorno definitivo e incapacitante e se reflete num conformismo paralisante, que não acredita em caminhos a serem produzidos que não a gestão cotidiana das limitações impostas pelo adoecimento. Tal leitura fortalece uma posição de tutela sobre o sujeito e amplia o peso do estigma sobre a sua trajetória de vida.

Consequentemente, as ideias dos familiares sobre os caminhos do tratamento evidenciam a falta de expectativas sobre qualquer tipo de melhora, não investindo nos tratamentos e acreditando que, no máximo, contribuam para “passar o tempo” ou “ficar mais calma”.

Ao mesmo tempo, é possível perceber que as estratégias para lidar com o adoecimento se constroem principalmente por estratégias de adaptação às limitações e não por formas de superar as dificuldades impostas pelo adoecimento. O conformismo surge com muita força e novamente mostra-se uma posição de pouca confiança na possibilidade de se construir caminhos de autonomia.

É interessante observar que nas duas situações em que os familiares foram entrevistados, as pessoas com diagnóstico de Esquizofrenia tiveram a primeira crise grave ainda na adolescência, fase da vida em que não haviam construído a sua autonomia. Associado ao entendimento da Esquizofrenia como doença crônica e incapacitante, o início do quadro precocemente provavelmente fez com que o cuidador ampliasse as suas preocupações com o cuidado dos familiares atingidos, favorecendo uma postura de excessiva tutela e construindo

um contexto de infantilização e dificuldade de construção da autonomia pelas pessoas com diagnóstico de Esquizofrenia.

7.9 O LUGAR DA RELIGIÃO

Em todas as narrativas, a religião possui algum papel de suporte à experiência do adoecimento. Mesmo em pessoas que não possuem vínculo com nenhuma instituição religiosa, a fé, a oração e a religiosidade têm um lugar de conforto e alívio nos momentos de maior mal-estar, mostrando ser uma ferramenta apreendida a partir do contexto cultural. Os que procuram suporte em instituições religiosas, frequentam igrejas neopentecostais e/ou centros religiosos de matriz africana.

A religiosidade aparece com funções diversas ao longo das narrativas. Seus papéis podem ser sistematizados em quatro formas:

1) orações como forma de controle de sintomas e relaxamento: As orações, aprendidas no contexto familiar, contribuem na “neutralização” de sensações e pensamentos incômodos. A religiosidade tem um lugar de conforto e alívio nos momentos de maior mal-estar, na medida em que faz com que a pessoa se sinta sobre proteção e sob força de algo maior que o protege.

2) A religiosidade como forma de minimizar o sofrimento: a religiosidade surge como uma ferramenta importante no enfrentamento ao sofrimento associado ao transtorno mental. Essa frase exemplifica esse papel: “E comecei a pedir a Deus, eu rezava muito, sempre rezei muito pra que me desse força pra mim... pra mim... vencer os meus obstáculos.” Frequentar uma Igreja também aparece como forma de dar suporte às dificuldades vivenciadas.

3) A religião como parte da elaboração delirante: a religião aparece como parte do arcabouço da construção delirante, fazendo parte do enredo da narrativa.

4) A religião dá sentido às experiências de adoecimento: A religião organiza e explica o conjunto de experiências psicóticas vivenciadas. Neste caso, não é o delírio que incorpora dimensões religiosas, mas a religião que engloba os sintomas da Esquizofrenia, proporcionando-os um lugar dentro das experiências religiosas. Tal processo reconstrói a narrativa dando à experiência de adoecimento um valor positivo.

A religiosidade tem forte presença entre os setores populares brasileiros, o que explica sua presença constante nas narrativas estudadas. Como já exposto, há diversas práticas religiosas, sendo a cristã, evangélica, de orientação neopentecostal a mais comum entre os entrevistados.

Observa-se que a religiosidade aparece com formas e funções diversas nas narrativas e é possível afirmar que majoritariamente assume funções positivas que, de forma diversas, contribuem no enfrentamento às dificuldades associadas ao adoecimento.

8 APRENDIZADOS PARA O CUIDADO ORIENTADO PELO RECOVERY DE PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO MENTAL GRAVE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Esta pesquisa estudou, por diversos olhares do cotidiano do trabalho e da vida, o cuidado de pessoas com diagnóstico de Transtornos Mentais Graves na Atenção Primária e este Capítulo é uma síntese de diversos aprendizados extraídos neste estudo para um cuidado orientado pelo *Recovery*. O Capítulo abordará o processo de trabalho a partir de três níveis: gestão, gestão da clínica e clínica.

Os tópicos deste capítulo apresentarão sugestões concretas do autor para a qualificação do trabalho no nível da Atenção Primária. Busca-se assim contribuir concretamente para a qualificação deste cuidado no ambiente de trabalho da pesquisa e na APS brasileira em geral.

8.1 REFLEXÕES PARA O CUIDADO A PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO MENTAL GRAVE: A GESTÃO

Este tópico discutirá reflexões sobre a gestão dos serviços de saúde. Gestão entendida como espaço institucional de tomada de decisões e implementação das políticas de saúde, sendo o locus dirigente das ações dos serviços sanitários (CARVALHO et al, 2012). As reflexões englobam os seguintes temas: o matriciamento em Saúde Mental na Atenção Primária; ferramentas de avaliação do cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária e a importância da qualificação do cuidado das diversas outras doenças que afligem as pessoas com diagnóstico de TMG.

Além da Revisão da Literatura, os resultados do Feedback realizado aos profissionais de Saúde da Clínica da Família (Tópico 6.2) serviram como principais referências para a produção desta sistematização.

O cuidado em Saúde Mental de qualidade no nível da Atenção Primária tem total sinergia com os preceitos do Recovery e da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois se articula e faz uso de recursos do território e das famílias, potencializando a autonomia das pessoas e minimizando a institucionalização. (LANCETTI, 2002)

Ao mesmo tempo, são recorrentes estudos afirmando que profissionais da APS se acham despreparados para lidar com pessoas com diagnóstico de TMG e sentem-se impotentes e

frustrados (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007; JUCÁ; NUNES; BARRETO, 2009; CAMPOS et al, 2011). Os dados desta pesquisa também apontam dificuldades no trabalho das equipes de saúde da família da CF onde o estudo foi realizado. Tais dificuldades foram relatadas como as seguintes: pouco aprofundamento na história dos casos; ausência de “jogo de cintura”, entendida como habilidade de manejo; prática centrada na renovação das medicações e; dificuldade de realização de diagnósticos de TMG.

Souza e outros (2012) apontam que proposições frequentes para o enfrentamento desses problemas passam pela educação permanente dos profissionais da APS através de estratégias de matriciamento, realizada por especialistas em Saúde Mental, como psicólogos e psiquiatras. Os autores afirmam que estes processos não devem se restringir em qualificações sobre questões biomédicas (diagnóstico/medicação) mas possibilitem também que os profissionais formulem novas estratégias de intervenção em suas práticas de cuidado. (FROSI; TESSER, 2015; FORTES et al, 2014).

No âmbito internacional, cada vez mais propõe-se o um modelo colaborativo de cuidados em saúde mental, tendo a Atenção Primária um papel protagonista. Aos especialistas, tem sido sugerido que assumam uma função consultiva, de educação permanente e de supervisão, participando diretamente da assistência apenas em serviços especializados. (BECKER; KLEINMAN, 2013) Modelos expostos no Capítulo Revisão da Literatura, como o Enhanced Primary Care Service (EPC) (REILLY et al, 2012) e o modelo canadense de Gestor de Casos (MENTAL HEALTH COMMISSION OF CANADA, 2012) também se baseiam em estratégias colaborativas, tendo semelhanças com as estratégias nacionais de matriciamento.

O desafio daqueles que constroem as políticas de saúde passa pela ampliação do protagonismo da Estratégia de Saúde da Família no cuidado a pessoas com Transtornos Mentais Graves. Tal tarefa exige a ampliação e o fortalecimento do matriciamento em Saúde Mental, atuando de forma a apoiar e qualificar os profissionais da APS. Neste nível de atenção, deve-se avançar numa maior participação dos Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde no manejo dos casos. Estes profissionais têm papel central na construção de um cuidado que dê relevância a estratégias não farmacológicas, que sejam culturalmente sensíveis ao contexto de vida destes sujeitos e centradas na articulação de recursos comunitários e na intersetorialidade.

Na atuação das equipes de Saúde da Família articuladas às de Matriciamento, é necessário o destaque de duas funções: a supervisão e o gestor de casos. A função da supervisão, realizada por profissional especialista em Saúde Mental, deve atuar junto às equipes de Saúde

da Família, através de reuniões de supervisão periódicas e educação permanente dos profissionais, aproximando-os do conceito de cuidado orientado pelo *Recovery* e dos acúmulos da Atenção Psicossocial e conjuntamente, construir Projetos Terapêuticos Singulares, priorizando ações que se orientem pela experiência do adoecimento, pela singularidade e o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos.

Tal atribuição, no contexto brasileiro, pode ser exercida pelos profissionais vinculados à Saúde Mental do NASF, como psicólogos e psiquiatras, ou por profissionais do CAPS de referência do território da ESF.

Já o Gestor de Casos teria a função de atuar conjuntamente com as Equipes de Saúde da Família (e também dos CAPS quando os casos também estiverem vinculados a este serviço) coordenando e articulando o cuidado das pessoas com TMG. Age como um elo de ligação com dispositivos comunitários, com os serviços de saúde e auxilia a pessoa a ter acesso a programas sociais. Atua também na construção do plano de *Recovery* da pessoa com diagnóstico de TMG, sempre de forma colaborativa com os demais profissionais envolvidos no caso. Esta função poderia ser exercida por profissionais ligados aos NASF, como Assistente Sociais, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais ou mesmo pelos Enfermeiros das Equipes de Saúde da Família.

Ainda no âmbito da Gestão, para a discussão sobre **Avaliação das Ações de Saúde Mental na Atenção Primária**, vale a pena lembrar o diálogo de três profissionais da Clínica da Família:

- *Tem um outro extremo. Tem essa... esses dados que você apresentou. Um outro extremo, assim... uma outra situação que é, por exemplo, gestantes. Quantas gestantes vocês têm na área? Vocês conhecem todas as gestantes. - - - Todas. Se alguma gestante faz acompanhamento de pré-natal em outro lugar, vocês continuam acompanhando? Continua. Se a gestante tem sífilis... "Ah, ela não acompanha direito...". A gente só falta mandar polícia na casa da mulher. Não é isso? Por que que isso acontece com as gestantes e não acontece o mesmo com os pacientes de saúde mental? (Médico)*
- *É a meta... (Enfermeira)*
- *A gente não é cobrado por conta disso... (Médico)*
- *É isso que eu tô falando! (ACS)*
- *Não é (Médico)*
- *Por isso que eu tô falando. A prioridade é hipertenso, diabético, tuberculoso, blabláblá... Mas, saúde mental... (ACS)*
- *Pois é, mas se acontecer alguma coisa com a gestante... (Médico)*
- *Pira todo mundo, a clínica para! Não tem essa de uma... de uma equipe só. A clínica para. Quem estiver na hora vai ter que correr atrás. (ACS)*

Esse diálogo evidencia que os parâmetros de avaliação do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro não priorizam as ações de Saúde Mental e, o mais importante, a avaliação sistemática induz ações.

Indicadores são ferramentas importantes de avaliação e qualificação do processo de trabalho nas equipes mas, ao mesmo tempo, podem induzir os profissionais a direcionar suas ações para o cumprimento dos parâmetros propostos, secundarizando aspectos do trabalho não contemplados nas avaliações (POLI NETO et al, 2016). Este risco se torna ainda mais proeminente em contextos com remuneração variável, onde o cumprimento das metas gera ganhos salariais adicionais aos trabalhadores, realidade do município do Rio de Janeiro.

Como os trabalhadores descrevem, o cuidado em saúde mental não está entre os parâmetros “cobrados” aos trabalhadores da Atenção Primária do município. Na verdade, dentre os 10 parâmetros de avaliação da Variável 3¹¹ da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, há apenas uma variável relacionada a questões de Saúde Mental. Ela aborda a Vigilância ao tabagista, ao alcoolista e ao usuário de outras drogas, utilizando os seguintes critérios: diagnóstico de álcool e outras drogas, consultas com profissional de nível superior, visita do ACS, realização de teste de HIV, consulta com familiar, vacinação para Tétano e Hepatite em dia. (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2014).

Não há indicadores para outros Transtornos Mentais, mesmo com a alta prevalência dos Transtornos Mentais Comuns (GONÇALVES et al, 2014) e a alta morbidade dos Transtornos Mentais em geral (BECKER; KLEINMAN, 2013).

Em âmbito nacional, o Ministério da Saúde utiliza o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) para a avaliação das ações em saúde no âmbito da APS. Instituído em 2013, possui apenas os seguintes indicadores em Saúde Mental: proporção de atendimentos de SM exceto usuários de álcool e outras drogas; proporção de atendimentos de usuários de álcool; proporção de atendimentos de usuários de drogas; taxa de prevalência de alcoolismo (MORAES, 2017).

Como é possível perceber, os dados são insipientes e inespecíficos e, na prática, não possibilitam estabelecer a dimensão do cuidado em saúde mental neste nível de atenção. Há a necessidade de indicadores que sejam sensíveis ao trabalho em SM na APS e ao processo de

¹¹ Variável 3: indicadores que refletem o desempenho clínico de cada equipe de saúde da família. (POLI NETO et al, 2016)

trabalho das equipes da ESF e assim sejam utilizados em ampla escala a fim de avaliar efetivamente este cuidado (MORAES, 2017).

Estudo de Revisão Inglês, que pesquisou critérios para a avaliação do cuidado aos TMG na APS, mostrou que a maioria dos marcadores utilizados naquele país estavam relacionados a aspectos do cuidado físico. Isso é explicado pelo maior risco de Diabetes, Doenças Cardiovasculares e Doenças Respiratórias neste público e pela alta mortalidade dessa população. Um outro conjunto de indicadores relacionou-se a processos de atendimento, incluindo contato contínuo com serviços da APS (KRONENBERG et al, 2017). O risco de priorizar algumas atividades em detrimento de outras e de avaliações estritamente objetivas possibilitam que as equipes secundarizem aspectos pouco quantificáveis, mas decisivos num cuidado orientado pelo *Recovery*.

Este estudo, em levantamento de prontuário, evidenciou dados que explicitaram a baixa qualidade do cuidado prestado a pessoas com TMG pelos profissionais da Clínica da Família. Subnotificação dos casos, prontuários sem registro de intervenção ou registro centrado exclusivamente na renovação de receitas e prescrição de medicações e número alto de pessoas sem qualquer dado da história clínica no prontuário. Os aspectos avaliados se mostraram marcadores interessantes para a avaliação do cuidado em saúde mental, pois ao serem usados em feedback com os profissionais da CF, produziram reflexões produtivas, capazes de reorientar o trabalho no serviço.

Faz-se necessário produzir ferramentas de avaliação que sejam práticas, replicáveis e capazes de avaliar as nuances do cuidado em saúde mental, mesclando avaliações quantitativas e qualitativas, produzidas coletivamente, a partir dos desafios do serviço e baseadas em pressupostos da Atenção Primária e da Atenção Psicossocial.

Outra preocupação para as gestões dos serviços de saúde no cuidado de pessoas com diagnóstico de Esquizofrenia é **enfrentamento dos problemas de saúde física e das graves desigualdades em saúde dessa população**. Na Inglaterra, pessoas com diagnóstico de Transtorno Mental Grave tem uma expectativa de vida de 16 a 20 anos menor que as demais. Esta é a maior desigualdade de saúde do país (NHS, 2018). Dois terços dessas mortes são por causas evitáveis, incluindo doenças cardiovasculares e câncer, tendo o tabagismo como uma de suas principais causas, com prevalência na faixa dos 40%. Além disso, as pessoas com diagnóstico de TMG tem 2 a 4 vezes mais chance de desenvolver doenças cardiovasculares e respiratórias e 2 vezes mais chance de câncer do intestino. Apesar de dados escassos na

literatura brasileira, eles também mostram maior índice de obesidade e doenças cardiovasculares entre as pessoas com diagnóstico de Esquizofrenia (SCORZA; MARI; BRESSAN, 2006; LEITÃO-AZEVEDO et al, 2007).

Na Inglaterra, um terço das pessoas com diagnóstico de TMG são acompanhados exclusivamente na APS, tendo contato recorrente com seu MFC. Apesar disso, há falta de acesso a saúde física para estas pessoas. Menos de um terço delas receberam a avaliação recomendada de risco cardiovascular nos últimos 12 meses. (NHS, 2018) Cada vez mais tem sido reforçado o papel chave da APS no cuidado em saúde física deste público, com vistas a reduzir estas lacunas e desigualdades (KRONENBERG et al, 2017). No Brasil, em que o vínculo das pessoas com TMG com seu MFC é menor, em que o acesso a serviços de saúde em geral ainda necessita de avanços, é possível supor que os dados de saúde das pessoas com TMG sejam ainda mais alarmantes.

É necessário construir um plano sistemático de cuidado da saúde física deste público, como foco em fatores de risco como obesidade e tabagismo, nas doenças cardiovasculares e no diabetes ("Mental Health Toolkit", 2019; NHS, 2014). E para se alcançar este objetivo, a APS tem um papel central. Garantir a atribuição deste objetivo aos profissionais da APS pode ser um passo inicial importante para a construção de vínculo destas pessoas com a ESF, possibilitando que passos relacionados a maior responsabilização deste nível de atenção pelo cuidado em Saúde Mental possam ser posteriormente realizados.

Quadro 17 - Propostas para o cuidado em SM na APS - gestão.

Matriciamento orientado para a supervisão e atendimento conjunto, incluindo, sempre que possível, enfermeiro e ACS, empoderando as equipes de ESF
Supervisão orientada pelo <i>Recovery</i> , construindo uma ideia de cuidado para além do adoecimento psiquiátrico
Definir dentro das equipes de ESF e NASF profissionais responsáveis pela gestão dos casos
Produzir estratégias de avaliação das equipes com parâmetros quantitativos e qualitativos, replicáveis e que considerem as nuances do cuidado em SM
Garantir momentos de avaliação e planejamento do trabalho das equipes de ESF e Matriciamento
Construir protocolos clínicos para a APS para pessoas com TMG
Garantir consultas sistemáticas na ESF para gestão de comorbidades, como obesidade, tabagismo, diabetes e doenças cardiovasculares

Fonte: Elaboração do autor, 2019.

8.2 REFLEXÕES PARA O CUIDADO DE PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO MENTAL GRAVE: A GESTÃO DA CLÍNICA

Este trecho se dedicará a dimensão da Gestão da Clínica e discutirá desafios e ensinamentos sobre este aspecto do cuidado. Serão abordados três pontos relacionados à Gestão da Clínica: Definição de gravidade do Transtorno Mental, Gestão dos Casos e diagnóstico precoce de novos casos. Serão apresentados pontos surgidos a partir da pesquisa e serão discutidas estratégias sobre este eixo de cuidado presentes na literatura científica e sugestões do próprio autor. Mas antes de abordar estes pontos, o que é Gestão da Clínica?

A gestão da clínica é um conjunto de tecnologias de microgestão da clínica, destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade: centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas usuárias e aos profissionais de saúde; eficiente, provida com os custos ótimos; oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada. (MENDES, 2011)

Em suma, são estratégias de gestão do cotidiano do trabalho, que partem de princípios do Sistema Único de Saúde e das boas práticas clínicas, visando ofertar o melhor cuidado possível dentro de determinado contexto. Estes elementos são centrais no trabalho na Atenção Primária, em que os profissionais de saúde são os responsáveis sanitários por um determinado número populacional.

Como já exposto, alguns elementos surgiram como desafios para uma qualificada gestão da clínica e umas dessas dimensões foi a definição da gravidade de um Transtorno Mental. A relevância desta definição é necessária pois a gravidade em saúde orienta a necessidade de maior intensidade do cuidado e possivelmente uso de mais recursos no enfrentamento do problema. O presente estudo usa uma definição diagnóstica para a gravidade dos Transtornos Mentais, incorporando doenças do espectro da Esquizofrenia e o Transtorno Bipolar. Porém, a dimensão de severidade do quadro tem outras definições.

Em um painel realizado no Reino Unido, diversos especialistas em Saúde Mental afirmaram que o diagnóstico psiquiátrico é apenas o ponto de partida para as equipes mas não necessariamente denota gravidade. Este estudo de consenso percebeu que não há uma definição

estabelecida na literatura sobre o que seria gravidade e buscou produzir critérios a partir de diversas oficinas com estudiosos do tema (SLADE et al, 2000).

As discussões afirmaram que a avaliação de gravidade é dinâmica e não centrada em critérios estáveis e que os critérios sistematizados deveriam ser considerados em sua intensidade, o que exigiria a avaliação de diversos elementos. Ao todo, este painel identificou sete grandes critérios:

- **Auto dano intencional**, como ideação e risco de suicídio, comportamentos de risco associados ao uso de substâncias psicoativas.
- **Auto dano não intencional**, como dificuldade de autocuidado e alimentação inadequada.
- **Risco para outros**, como certos quadros paranoicos.
- **Risco de outros**, como ameaças e histórias de violência prévias.
- **Problemas que colocam em risco a sua sobrevivência**, como problemas com moradia, higiene, acesso a alimentação, roupas, capacidade de se deslocar pela cidade, capacidade de lidar com seus problemas de saúde física.
- **Problemas psicológicos**, como agressividade, agitação, problemas cognitivos de memória, orientação e entendimento, falta de estratégias de autocuidado, problemas com leitura e escrita.
- **Problemas sociais**, como ausência de rede social, dificuldade de comunicação, hábitos sexuais de risco.

Tais elementos são parâmetros importantes para definirmos gravidade. Percebe-se que a maioria dos critérios não se baseia em aspectos diagnósticos.

No capítulo RESULTADOS, foi exposta a síntese das entrevistas realizadas com as equipes de saúde da família (Tópico 6.1). Uma das questões da entrevista foi se as equipes acompanham pessoas com problemas graves de saúde mental. O resultado foi sistematizado no QUADRO 16.

Os parâmetros produzidos pelas equipes são uma possibilidade interessante de construção de ferramenta de análise de gravidade a partir das experiências dos profissionais, a partir de critérios já usados por eles. Será proposta uma síntese destes critérios produzidos de forma a servir de referência para as equipes que atuam nessa Clínica da Família

Para isso será utilizada uma ferramenta comum à Atenção Primária: a classificação dos sintomas em bandeiras amarelas (“*yellow flags*”) e vermelhas (“*red flags*”). A bandeira

vermelha representa sinais de alerta para quadros potencialmente graves, já as bandeiras amarelas são sintomas que requerem atenção e, dependendo de sua intensidade ou da sua associação com outros sintomas amarelos, também podem sugerir situações severas.

Os QUADROS 17 e 18 sintetizam os critérios de gravidade apresentados pelas equipes, dividindo-os em bandeiras amarelas e vermelhas. Utilizou-se os critérios produzidos no artigo anteriormente citado como referência para a classificação das bandeiras vermelhas:

Quadro 18 - Bandeiras Vermelhas (“red flags”).

Contexto familiar complexo
Diversos Transtornos psiquiátricos na mesma família
Necessidade de Cuidado intensivo
Isolamento social
Situação de rua/Andarilho
Agressividade
Agitação psicomotora
Sintomas de Paralisia Cerebral

Fonte: Elaboração do autor, 2019.

Quadro 19 - Bandeiras Amarelas (“yellow flags”).

Diagnóstico Psiquiátrico
Excentricidade
Desorganização do discurso
Tristeza
Higiene pessoal e/ou domiciliar precária
Uso de medicação psiquiátrica
História de tratamento psiquiátrico
História de internação
História de surto

Fonte: Elaboração do autor, 2019.

É importante ressaltar que os sintomas psiquiátricos são dinâmicos e a gravidade dos quadros também acompanha tal dinamicidade. Além disso, é decisivo avaliar a intensidade de cada sintoma, pois ela também é definidora de gravidade. Por exemplo, sintomas classificados

como “bandeiras vermelhas”, se brandos, podem não ser necessariamente critérios de gravidade. Em contrapartida, sintomas classificados como “bandeiras amarelas”, se muito severos, podem ser justificativas para a gravidade de um quadro. Ao mesmo tempo é importante considerar a associação de sintomas na definição de gravidade.

Ao mesmo tempo, considerando a discussão acima exposta sobre a relevância dos sintomas físicos nas pessoas com Transtorno Mental Grave e o impacto na expectativa de vida, não seria relevante também considerar como critérios de gravidade a presença de comorbidades clínicas, como diabetes, hipertensão, obesidade e tabagismo?

Outro ponto relevante da gestão da clínica é a **Gestão de Casos**. Este termo significa um processo cooperativo que se desenvolve entre um ou mais profissionais e a pessoa para planejar, monitorar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, de acordo com suas necessidades. A gestão de caso cumpre vários objetivos: advogar as necessidades e as expectativas de pessoas; prover o serviço certo à pessoa certa; aumentar a qualidade do cuidado e; diminuir a fragmentação da atenção à saúde. O papel principal da gestão de caso é a advocacia da pessoa, de sua família e de sua rede de suporte social. Esse papel de advocacia implica, em relação à pessoa e sua família: defender seus interesses; empoderá-las para o autocuidado e para a autonomia; facilitar a comunicação com os prestadores de serviços; e coordenar o cuidado em toda a Rede Intersetorial (MENDES, 2011).

As equipes de ESF (ou equipes de apoio como o NASF) devem possuir um responsável pela gestão de cada caso que necessita desta atribuição e este exercita a coordenação da atenção, cuida da mobilização dos recursos e monitora os resultados. A gestão de caso pode também ser feita por uma pequena equipe multiprofissional. Um bom gestor de caso deve conhecer a natureza dos serviços providos em toda a rede assistencial, ser bom negociador e ser hábil na comunicação.

A gestão do caso deve sempre trabalhar a partir do planejamento de ações coordenadas. A tradição nacional chama esse passo de Projeto Terapêutico Singular (PTS). Um PTS define a melhor maneira de alcançar os objetivos propostos pela gestão de caso. É fundamental a participação, na elaboração do plano de cuidado, da pessoa e de sua família, nesta construção compartilhada (MENDES, 2011).

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas.

Nas clássicas definições, o PTS contém quatro momentos: **1) O diagnóstico:** que deverá conter diversos níveis de entendimento sobre o sujeito e não apenas uma avaliação biomédica. Deve fazer parte desta discussão a experiência do adoecimento do sujeito, assim como seu contexto familiar, cultural e social e o impacto destes elementos e possibilidades destes elementos na construção de um plano de cuidados. **2) Definição de metas:** faz-se propostas de curto, médio e longo prazo; **3) Divisão de responsabilidades:** é importante definir as tarefas de cada um com clareza. **4) Reavaliação:** momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo (BRASIL, 2004).

É interessante que as equipes de APS tenham listas de pessoas com diagnóstico de TMG, com PTS construídos, contendo planos de Recovery, divisão de tarefas e responsáveis, prazos e metas que evidenciem outros espaços de cuidado que esta pessoa faz uso, como CAPS, Centros de Convivência, CRAS e etc, com profissionais responsáveis nestes equipamentos e que possam ser sistematicamente avaliados pela equipe e readequados de acordo com as necessidades demandadas pelos avanços e retrocessos do processo de cuidado. É fundamental que se considere, além da construção compartilhada do plano de cuidados, a mobilização não só da rede formal, mas fundamentalmente da rede informal e intersetorial do território.

Outro aspecto central da Gestão da Clínica é o desafio da **Deteção Precoce de pessoas com diagnóstico de Transtorno Mental Grave**. Essas pessoas muitas vezes apresentam sintomas iniciais que não são descritos como típicos sintomas psicóticos, apresentando queixas físicas inespecíficas, como sensações corporais estranhas. Este desafio diagnóstico possui grande relevância pois a abordagem destes quadros em suas fases iniciais possibilita evitar ou minimizar situações de grave crise, produtoras de impacto clínico e experiencial por toda a vida do sujeito.

Para tal, é necessário construir uma qualificação profissional, associada a estratégias de acesso facilitado e monitoramento dos casos. A supervisão, já anteriormente discutida, tem papel relevante na educação permanente dos profissionais da APS, treinando o olhar destes e possibilitando a avaliação qualificada e muitas vezes compartilhada, de quadros suspeitos. Ao mesmo tempo, é fundamental que essas pessoas com sintomas que podem significar TMG, tenham acesso facilitado ao atendimento profissional nas unidades de Atenção Primária. A possibilidade do acesso e do acolhimento da demanda são centrais para a construção do vínculo, capaz de produzir um cuidado longitudinal, decisivo para diagnósticos desafiadores. Modelos como do Acesso Avançado (PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA, 2014) devem ser

expandidos entre as Equipes de Saúde da Família. Ao mesmo tempo, é fundamental possuir estratégias de monitoramento de situações que geram incerteza. Conceitos como o *Safety netting* (“rede de segurança”) se incorporados à prática diária, podem contribuir para ampliar a capacidade da equipe de lidar com essas situações (NEIGHBOUR, 1998). Este conceito engloba estratégias de comunicação clínica e de gestão cuidado baseadas em três questões: 1) Se estou certo, o que espero que aconteça? 2) Como vou saber se estou errado? 3) O que eu faria então? (JONES, 2018)

Quadro 20 - Propostas para o cuidado em SM na APS - gestão da clínica.

Pactuação da rede sobre critérios de gravidade, que considerem dimensões contextuais e não apenas clínicas
Critérios de gravidade orientem fluxos de rede a partir de pactuações entre os níveis de atenção
Realizar PTS orientado pelo <i>Recovery</i>
Produzir lista de casos a serem discutidas sistematicamente em reuniões de equipe da ESF e supervisão
Supervisão sistemática que qualifique a capacidade diagnóstica da ESF
Acesso Avançado
ESF utilizar estratégias de “rede de segurança”

Fonte: Elaboração do autor, 2019.

c) Reflexões para o cuidado a pessoas com diagnóstico de Transtorno Mental Grave: a clínica.

A clínica orientada pelo *Recovery* deixa de lado a noção de cura ou mesmo a noção de remissão como central, enfatizando a contribuição na busca de uma vida significativa e gratificante na comunidade. Na literatura internacional, um conjunto de elementos são descritos como fundamentais neste processo como: esperança, propósito, auto identidade, conexão, espiritualidade, capacitação e superação estigma, além do manejo dos sintomas. (SLADE, 2011). Estes conceitos são majoritariamente abstratos, carecem de versões que sejam encarnadas na cultura local e na experiência dos participantes, e requerem sua transfiguração em estratégias clínicas práticas capazes de efetivá-los.

Apoiar o *Recovery* exige a mudança do foco de um cuidado centrado na doença, para um olhar orientado para a experiência da pessoa e as suas prioridades e interesses. O Modelo de Slade (2011), já citado anteriormente, possui uma proposta de abordagem clínica capaz de

transformar o conceito de *Recovery* em estratégias concretas de cuidado. Seu modelo possui quatro domínios de *Recovery*: a) a esperança é, frequentemente, um componente do auto relato de recuperação; b) a auto identidade, incluindo a autoimagem atual e futura; c) ter um sentido na vida, incluindo objetivos e metas de vida; d) a responsabilidade pessoal, ou seja, a capacidade de assumir responsabilidade pessoal pela sua própria vida.

Este modelo é baseado em quatro tarefas que sugerem formas de construir o cuidado clínico. Este processo envolve a minimização do impacto do Transtorno Mental, através do enquadramento e auto-gestão e a maximização do bem-estar, ao desenvolver uma identidade positiva, papéis sociais valorizados e relacionamentos interpessoais. Uma vez que o *Recovery* é algo que o indivíduo experiencia, a tarefa dos profissionais é apoiar a pessoa nesta direção (SLADE, 2011). Os parágrafos a seguir apresentam tarefas para a construção de um cuidado clínico orientado pelo *Recovery*.

A primeira tarefa é **desenvolver uma identidade positiva**. Desenvolver uma identidade positiva apesar do TMG é um elemento decisivo no processo de *Recovery* e o que é positivo para as pessoas com TMG são aspectos profundamente pessoais e singulares e só podem ser construídos por uma clínica centrada na pessoa.

A segunda tarefa é **enquadrar o “transtorno mental”**. Para isso, é fundamental desenvolver um significado satisfatório para o adoecimento, sendo necessário que os profissionais de saúde apoiem as pessoas na produção de uma narrativa capaz de enquadrar a experiência do adoecimento, dando-a sentido, de modo a visualizá-la como uma parte de sua experiência de vida e não como a totalidade da pessoa. Este caminho de construção narrativa pode ter várias estradas, desde um diagnóstico, uma formulação, ou pode fugir dos paradigmas profissionais, como por uma crise espiritual ou existencial. Esta tarefa só pode ser construída a partir da experiência de adoecimento da pessoa e das suas construções explicativas neste processo.

Outra tarefa passa pela **autogestão do Transtorno Mental**. O enquadramento da experiência de transtorno mental fornece um contexto em que este se torna um dos desafios da vida, permitindo o desenvolvimento da competência da autogestão. Isto possibilita uma transição do cuidado centrado nos sintomas clínicos e na atuação dos profissionais de saúde mental, para um cuidado centrado na autodeterminação. Isto, obviamente, não significa que a pessoa é responsável por todo o seu tratamento, mas sim que é responsável pelo seu bem-estar, incluindo solicitar ajuda e apoio dos outros quando necessário.

Uma última tarefa está em desenvolver papéis sociais significativos. Isto muitas vezes implica exercer funções sociais que não estejam relacionadas com o transtorno mental, contribuindo para o surgimento de uma nova identidade, reintegrando a si mesmo e à vida depois de experimentar a crise existencial que acompanha o adoecimento (SLADE, 2011).

A perspectiva de diagnóstico-redução de sintomas precisa ser superada para um modelo que incorpora o componente existencial como central no cuidado. Neste movimento, o conceito de saúde deve ser a capacidade de lidar com desafios médicos, sociais e psicológicos, na busca dos objetivos significativos para a pessoa e não a ausência de doença. Em outras palavras, o objetivo do cuidado em saúde mental é ajudar as pessoas a construir os meios para encontrar e perseguir metas significativas em suas vidas. Neste contexto, os profissionais de saúde devem ter como foco os valores existenciais, praticando tomada de decisão compartilhada, ajustando as intervenções às necessidades existenciais da pessoa. (VAN OS et al, 2019).

Um aspecto que diz respeito aos três níveis de cuidado expostos nos últimos parágrafos (gestão, gestão da clínica e clínica) foi discutido por Van Os e outros (2019), em artigo recente.

Pessoas com graves problemas de saúde mental são mais propensas a vivenciar situações sociais complexas como pobreza, isolamento social, exclusão, desemprego, estigma e necessidades de moradia, além de terem aumentadas as chances de morrer prematuramente, de fumar, desenvolver obesidade, diabetes, vícios e outras condições crônicas. Atender a todas essas necessidades é extremamente complexo, e torna-se ainda mais difícil pois os cuidados ofertados para essas diversas demandas estão distribuídos em serviços diferentes que, na maioria das vezes, pouco se articulam.

A integração bem-sucedida do cuidado social, existencial, mental, do uso de substâncias e cuidados em saúde física precisam levar em conta a escala. Tem sido defendido que esta integração pode ser melhor realizada, concentrando-se em redes locais, em territórios relativamente pequenos. Isso favorece a proximidade ao contexto de vida do sujeito. Van Os (2019) sugere que o ideal seria construir redes locais de saúde em territórios de aproximadamente 15 mil pessoas, ou seja, o território de uma UBS de 4 a 5 equipes.

Quadro 21 - Propostas para o cuidado em Saúde Mental na APS - clínica.

Mudança de foco da clínica do controle dos sintomas para o foco no bem-estar e qualidade de vida
Estratégias para minimizar o impacto do adoecimento: enquadramento e auto-gestão dos sintomas
Estratégias para maximizar o bem-estar: construir uma identidade positiva e papéis sociais valorizados
Utilizar ferramentas de compartilhamento de decisão clínica, inclusive sobre o uso de medicações

Fonte: Elaboração do autor, 2019.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa observou, de diversas formas e pela perspectiva do *Recovery*, a questão do cuidado aos Transtornos Mentais Graves na Atenção Primária à Saúde. Para tal, estudou o contexto de uma Clínica da Família no município do Rio de Janeiro que não possui Centro de Atenção Psicossocial de Referência. Aspectos do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família e da experiência de adoecimento de pessoas com o diagnóstico de Esquizofrenia formaram o conteúdo deste estudo.

A importância dessa dissertação está no fato de trazer o debate do *Recovery* para o campo da Atenção Primária à Saúde, refletindo sobre os desafios e estratégias para o cuidado de pessoas com diagnóstico de Transtorno Mental Grave neste nível de Atenção. Outro aspecto relevante deste estudo está na metodologia utilizada que estudou o tema por diversos pontos de vista.

Os resultados sugerem que a religiosidade, das mais diversas matrizes e por variados caminhos é um parâmetro relevante para o processo de *Recovery* no contexto do estudo. Mostra também que o trabalho e a renda contribuem para a melhora da autoimagem, do senso de controle sobre a vida e do pertencimento comunitário de pessoas com diagnóstico de Esquizofrenia. Evidencia também que o olhar da família pode ter um papel reforçador do estigma.

O estudo também aponta que a Atenção Primária pode ter um maior protagonismo no cuidado de pessoas com Transtornos Mentais graves. Ao mesmo tempo, expõe a necessidade de maior qualificação desse nível de atenção, seja na organização do processo de trabalho, seja na qualificação profissional, para o cumprimento dessa missão.

A pesquisa foi desafiadora, primeiramente porque todo o processo produziu uma grande quantidade de conteúdo, que ao ser analisado, se mostrou relevante em sua quase totalidade, exigindo um esforço de sistematização para dar contorno, forma e articulação a todo este produto. Além disso, sua análise exigiu a superação de um olhar esquemático e normativo sobre a reabilitação psicossocial e o conceito de *Recovery*, olhar este que busca enquadrar as experiências singulares dentro de pressupostos estabelecidos, viciando, por vezes, a análise do pesquisador. Ao mesmo tempo, todos esses dados podem ser vistos também como uma limitação da pesquisa afinal, impõem um esforço para a articulação de todo o conteúdo por parte do leitor.

O estudo em questão aponta a necessidade de mais pesquisas no campo da Antropologia Médica que investiguem as formas produzidas por pessoas com diagnóstico de Transtorno Mental Grave para "tocar a vida" e enfrentar os desafios do adoecimento. Elas ajudarão a guiar a atuação dos profissionais de Saúde para um cuidado orientado pelo *Recovery* no contexto das grandes cidades brasileiras. Além disso, é necessário a produção de mais experiências concretas e pesquisas sobre estratégias de cuidado para este público na Atenção Primária à Saúde.

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

About CCGs - NHS Clinical Commissioners. Disponível em: <<https://www.nhscc.org/ccgs/>>. Acesso em: 22 mar. 2019.

ADEPONLE, Ademola; WHITLEY, Rob; KIRMAYER, Laurence J. Cultural contexts and constructions of recovery. *In: Recovery of People with Mental Illness*. [s.l.]: Oxford University Press, 2012, p. 109–132. Disponível em: <<http://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199691319.001.0001/med-9780199691319-chapter-008>>. Acesso em: 15 mar. 2019. <https://doi.org/10.1093/med/9780199691319.003.0008>

ANTHONY, William A. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, v. 16, n. 4, p. 11–23, 1993. <http://dx.doi.org/10.1037/h0095655>.

BANDEIRA, Marina; FREITAS, Lucas Cordeiro; CARVALHO FILHO, João Gualberto Teixeira de. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, [s.l.], v. 56, n. 1, p.41-47, 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0047-20852007000100010>

BECKER, Anne E.; KLEINMAN, Arthur. Mental Health and the Global Agenda. *New England Journal of Medicine*, v. 369, n. 1, p. 66–73, 2013. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1110827>>. Acesso em: 28 fev. 2019.

BIRINGER, Eva; DAVIDSON, Larry; SUNDFOR, Bengt; *et al.* Coping with mental health issues: subjective experiences of self-help and helpful contextual factors at the start of mental health treatment. *Journal of Mental Health*, v. 25, n. 1, p. 23–27, 2016. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1078883>.

BRASIL. Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/dapes Secretaria de Atenção à Saúde - Ministério da Saúde. Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental. 2017. Disponível em: <<http://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/04/2a-Apresentacao-CIT-Final.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2018.

_____. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Assistência Social (Loas). Brasília, 1993.

_____. Decreto nº 1.744, de 8 de dezembro de 1995. Regulamenta o BPC devido à pessoa portadora de deficiência e ao idoso, de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências.

_____. Departamento de Atenção Básica - Dab. Secretaria de Atenção à Saúde - Ministério da Saúde. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. 2018. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php> . Acesso

em: 28 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini (Org.). Brasília: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília. 2006. Série Pactos pela Saúde 2006. V. 4. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 22/07/2018

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf > Acesso em: 23/07/2018

_____. Ministério da Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular 2.^a edição Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília – DF 2007. [s.l.: s.n.], 2004. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/editora>. Acesso em: 13 abr. 2019.

CAMPOS, Rosana Onocko; GAMA, Carlos Alberto; FERRER, Ana Luiza; *et al.* Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 12, p. 4643–4652, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300013>>. Acesso em: 28 fev. 2019.

CARVALHO, André Luis Bonifácio de; SOUZA, Maria de Fátima; SHIMIZU, Helena Eri; *et al.* A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 4, p. 901–911, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400012&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 15 mar. 2019.

CARRIÓ, Francisco Borrell. Entrevista clínica: habilidades de comunicação para profissionais de saúde. Artmed Editora, 2009.

CHARON, Rita. O corpo que se conta- por que a medicina e as histórias precisam uma da outra. São Paulo: Letra e Voz; 2015

CHISHOLM, D; FLISHER, A J; LUND, C; *et al.* Scale up services for mental disorders: a call for action. *The Lancet*, v. 370, n. 9594, p. 1241–52, 2007. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61242-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61242-2).

CORIN, E; LAUZON, G. Positive withdrawal and the quest for meaning: the reconstruction of experience among schizophrenics. *Psychiatry*, v. 55, n. 3, p. 266-78; discussion 279-81, 1992. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1509013>>. Acesso em: 15 mar. 2019. <https://doi.org/10.1080/00332747.1992.11024600>.

DALMOLIN, Bernadete Maria; VASCONCELLOS, Maria da Penha. Etnografia de sujeitos em sofrimento psíquico. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 1, p. 49–54, 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000100007>

DAVIDSON, L., TONDORA, J., LAWLESS, M.S. et al. (2009). *A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice*. Oxford: Oxford University Press

DEEGAN, Patricia E. Recovery and Empowerment for People with Psychiatric Disabilities. *Social Work In Health Care*, [s.l.], v. 25, n. 3, p.11-24, 17 out. 1997. https://doi.org/10.1300/J010v25n03_02

DRAKE, R. E. Anthropology and mental health care. *Epidemiology and psychiatric sciences*, v. 24, n. 4, p. 283-284, 2015.

FLEURY, Marie-Josée; BAMVITA, Jean-Marie; TREMBLAY, Jacques. Variables associated with general practitioners taking on serious mental disorder patients. *BMC family practice*, v. 10, n. 1, p. 41, 2009.

FLICK, Uwe. As Análises de Narrativa e Hermenêutica. In: FLICK, Uwe. *Introdução à Pesquisa Qualitativa*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. Cap. 25. p. 307-317.

FORTES, Sandra et al. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 24, n. 4, p.1079-1102, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312014000400006>.

FROSI, Raquel Valiente; TESSER, Charles Dalcanale. Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 20, n. 10, p.3151-3161, out. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.10292014>.

FURTADO, Juarez Pereira et al. A concepção de território na Saúde Mental. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, e00059116, 2016.

GONCALVES, Daniel Almeida et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 623-632, Mar. 2014

GONÇALVES, Daniel Maffasioli; KAPCZINSKI, Flavio. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 24, n. 9, p.2043-2053, set. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2008000900010>.

GREENHALGH, Trisha. Narrative based medicine in an evidence based world. *Bmj*, v. 318, n. 7179, p. 323-325, 1999.

GREENHALGH, Trisha. *Primary health care: theory and practice*. BMJ Books, 2007

GREENHALGH, Trisha; HURWITZ, Brian. Why study narrative?. *Bmj*, v. 318, n. 7175, p. 48-50, 1999.

JABLENSKY, Assen et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures A World Health Organization Ten-Country Study. *Psychological Medicine Monograph Supplement*, v. 20, p. 1-97, 1992.

JACOB, K. S. et al. Mental health systems in countries: where are we now?. *The Lancet*, v. 370, n. 9592, p. 1061-1077, 2007.

JONES, Daniel; DUNN, Laurie; WATT, Ian; *et al.* Safety netting for primary care: evidence from a literature review. *British Journal of General Practice*, v. 69, n. 678, p. e70–e79, 2018. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30510099>>. Acesso em: 17 abr. 2019.

JUCÁ, Vlória Jamile dos Santos; NUNES, Mônica de Oliveira; BARRETO, Suely Galvão. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 14, n. 1, p.173-182, fev. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232009000100023>.

KIRMAYER, L. et al.. Cultural contexts and constructions of recovery. In A. Rudnick (Ed.), *Recovery of People with Mental Illness: Philosophical and Related Perspectives*, 2012; pp. 109-132. New York: Oxford University Press.

KRASS, Mel; AICHELE, Jill. Family physician–based care of patients with serious mental illness: Using a case-managed approach. *Canadian Family Physician*, v. 62, n. 12, p. 956-957, 2016.

KRONENBERG, Christoph; DORAN, Tim; GODDARD, Maria; *et al.* Identifying primary care quality indicators for people with serious mental illness: a systematic review. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, v. 67, n. 661, p. e519–e530, 2017. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28673958>>. Acesso em: 19 mar. 2019.

LANCETTI, A. (org). *Saúde Mental e Saúde da Família*. São Paulo. Hucitec, 2002. (Coleção Saúde e Loucura 7).

LEAL, Erotildes Maria et al. McGill Entrevista Narrativa de Adoecimento - MINI: tradução e adaptação transcultural para o português. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 21, n. 8, p. 2393-2402, Aug. 2016.

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. *Ciências Humanas e Sociais em Revista*, v. 36, n. 1, p. 55-67, 2013.

LEITÃO-AZEVEDO, Carmem Lucia; GUIMARÃES, Lísia Rejane; LOBATO, Maria Inês; *et al.* Ganho de peso e alterações metabólicas em esquizofrenia. *Archives of Clinical Psychiatry*

(São Paulo), v. 34, p. 184-188, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000800007&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 19 mar. 2019.

LEHMAN, Richard. Sharing as the future of medicine. *JAMA internal medicine*, v. 177, n. 9, p. 1237-1238, 2017.

LOPES, José Mauro Ceratti. Consulta e Abordagem centrada na pessoa. In: LOPES, Gustavo Gusso; Jose Mauro Ceratti. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap. 13. p. 113-123.

LOPES, José Mauro Ceratti. Registro de saúde orientado por problemas. In: LOPES, Gustavo Gusso; José Mauro Ceratti. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap. 40. p. 346-347.

LUCCHESI, Roselma et al. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. *Acta Paulista de Enfermagem*, [s.l.], v. 27, n. 3, p.200-207, jul. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400035>.

McWHINNEY, Ian R. *Manual de Medicina de Família e Comunidade*. Porto Alegre: ARTMED, 2010, 471p

MENDES, E. *As redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENTAL HEALTH COMMISSION OF CANADA. *Changing directions, changing lives: The mental health strategy for Canada*. 2012.

MENTAL HEALTH INNOVATION NETWORK - MHIN. The Department Of Mental Health And Substance Abuse World Health Organization And London School Of Hygiene And Tropical Medicine. *Preventing Mental Illness related Stigma and Promoting Recovery in Primary Health Care in Peru*. Disponível em: <www.mhinnovation.net/innovations/preventing-mental-illness-related-stigma-and-promoting-recovery-primary-health-care-peru>. Acesso em: 28 jul. 2018.

Mental Health Toolkit. Disponível em: <<https://www.rcgp.org.uk/clinical-and-research/resources/toolkits/mental-health-toolkit.aspx>>. Acesso em: 22 mar. 2019.

MILLER, Gavin. Is the agenda for global mental health a form of cultural imperialism? *Medical Humanities*, v. 40, n. 2, p. 131 LP-134, 2014. Disponível em: <<http://mh.bmj.com/content/40/2/131.abstract>>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 621-626, 2012.

MOLINA, Mariane Ricardo Acosta Lopez et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Archives Of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, [s.l.], v. 39, n. 6, p.194-197,

2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-60832012000600003>.

MOREIRA, Juliana Kelly Pinto et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, [s.l.], v. 60, n. 3, p.221-226, 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0047-20852011000300012>

National Health service - NHS. Improving physical healthcare for people living with severe mental illness (SMI) in primary care: Guidance for CCGs. 2018. Disponível em: <<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/02/improving-physical-health-care-for-smi-in-primary-care.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2018.

National Health Service - NHS. Integrating mental health therapy into primary care. 2016. Disponível em: <<https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/iapt/integrating-mental-health-therapy-into-primary-care/>>. Acesso em: 26 jul. 2018.

National Health Service - NHS. The five year forward view for mental health. 2016. Disponível em: <<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/02/Mental-Health-Taskforce-FYFV-final.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2018.

NHS. Looking after mind & body: Primary Care Toolkit – Physical Health Checks for people with severe mental illness. Derbyshire: Derbyshire Healthcare NHS Foundation Trust e NHS Derbyshire County, 2014. Disponível em: <http://www.derbyshirehealthcareft.nhs.uk/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?allId=6060>

NEIGHBOUR, Roger. La consulta interior. Como desarrollar un estilo de consulta eficaz e intuitivo. Esplugues de Llobregat (Barcelona): J&C SL, 1998.

NHS, National Health Service -; RCGP, Royal College Of General Practitioners -. GENERAL PRACTICE FORWARD VIEW.2016. Disponível em: <<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/04/gpfv.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2018.

NOISEUX, Sylvie et al. The process of recovery of people with mental illness: The perspectives of patients, family members and care providers: Part 1. *BMC Health Services Research*, v. 10, n. 1, p. 161, 2010.

NORMAN, Armando Henrique; TESSER, Charles Dalcanale. Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 10, n. 35, p. 1-10, 2015.

NUNES, Mônica; JUCÁ, Vlândia Jamile; VALENTIM, Carla Pedra Branca. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 23, n. 10, p.2375-2384, out. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2007001000012>.

ORTEGA, Francisco; WENCESLAU, Leandro David. Dilemas e desafios para a implementação

de políticas de saúde mental global no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, p. 2255-2257, 2015.

PAŃCZAK, Anna; PIETKIEWICZ, Igor. Work activity in the process of recovery: an interpretive phenomenological analysis of the experiences of people with a schizophrenia spectrum diagnosis. *Psychiatria Polska*, v. 50, n. 4, p. 805–826, 2016. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27847930>>. Acesso em: 15 mar. 2019.

PATEL, Vikram et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, v. 370, n. 9591, p. 991-1005, 2007.

PATEL, Vikram. Global mental health: from science to action. *Harvard Review of Psychiatry*, v. 20, n. 1, p. 6-12, 2012.

PATEL, Vikram; PRINCE, Martin. Global mental health: a new global health field comes of age. *Jama*, v. 303, n. 19, p. 1976-1977, 2010.

PENDLETON, David et al. A nova consulta: desenvolvendo a comunicação entre médico e paciente. In: *A nova consulta: desenvolvendo a comunicação entre médico e paciente*. 2011.

PITTA, Ana Maria et al. Experiência, narrativa e conhecimento. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 24, n. 4, p. 1053-1077, 2014.

POIREL, Marie-Laurence; CORIN, Ellen. Revisiter la notion de traitement à partir de récits de personnes usagères, d'intervenants et de responsables de ressources alternatives en santé mentale: la question de la subjectivité. *Santé mentale au Québec*, v. 36, n. 1, p. 115-130, 2011.

POLI NETO, Paulo; FAORO, Nilza Teresinha; PRADO JÚNIOR, José Carlos do; *et al.* Remuneração variável na Atenção Primária à Saúde: relato das experiências de Curitiba e Rio de Janeiro, no Brasil, e de Lisboa, em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 5, p. 1377–1388, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501377&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 15 mar. 2019.

Prefeitura do Rio de Janeiro. Anexo técnico II do contrato de gestão: acompanhamento do contrato, avaliação e metas para os serviços de saúde, 2014. Disponível em: https://subpav.org/download/prot/2014_Pagamento_por_desempenho.pdf. Acesso em: 29 abr. 2019.

Prefeitura Municipal de Curitiba/Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba/Departamento de Atenção Primária à Saúde/Coordenação do Acesso e Vínculo. Novas possibilidades de organizar o acesso e a agenda na atenção primária à saúde. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2014. Disponível em: http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/cartilha%20acesso%20avan%C3%A7ado%2005_06_14.pdf. Acesso em: 19 mar. 2019.

PRINCE, Martin et al. No health without mental health. *The lancet*, v. 370, n. 9590, p. 859-877,

2007.

RABELO, Míriam Cristina; ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A. Experiência de doença e narrativa. SciELO-Editora FIOCRUZ, 1999.

RAMOS, Vítor. A consulta em 7 passos. Execução e análise crítica de consultas em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, v. 25, n. 2, p. 208-20, 2009.

REILLY, Siobhan et al. The role of primary care in service provision for people with severe mental illness in the United Kingdom. *PloS one*, v. 7, n. 5, p. e36468, 2012.

RÖHRICHT, Frank et al. Implementation of a novel primary care pathway for patients with severe and enduring mental illness. *Bjpsych Bulletin*, [s.l.], v. 41, n. 6, p.314-319, dez. 2017. Royal College of Psychiatrists. <http://dx.doi.org/10.1192/pb.bp.116.055830>.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 22 abr. 2019.

SANTOS, Élem Guimarães dos; SIQUEIRA, Marluce Miguel de. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000300011>.

SARACENO, Benedetto et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, v. 370, n. 9593, p. 1164-1174, 2007.

SAXENA, Shekhar et al. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *The Lancet*, v. 370, n. 9590, p. 878-889, 2007.

SCHRANK, B.; SLADE, M. Recovery in psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, [s.l.], v. 31, n. 9, p.321-325, 1 set. 2007. Royal College of Psychiatrists. <http://dx.doi.org/10.1192/pb.bp.106.013425>.

SCORZA, Fulvio Alexandre; MARI, Jair de Jesus; BRESSAN, Rodrigo Affonseca. Morte súbita cardíaca na esquizofrenia: o psiquiatra deve estar atento? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 28, n. 4, p. 339-339, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000400016&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 19 mar. 2019.

SILVEIRA, Aparecida Rosângela; ALMEIDA, Ana Paula de Souza; SOUZA, Cláudio Luís de; *et al.* Recovery e experiência brasileira na atenção psicossocial: diálogos e aproximações. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 9, p. 17-30, 2017.

SKLAR, Marisa et al. Mental Health Recovery in the Patient-Centered Medical Home. *American Journal Of Public Health*, [s.l.], v. 105, n. 9, p.1926-1934, set. 2015. American Public Health

Association. <http://dx.doi.org/10.2105/ajph.2015.302683>.

SLADE, M; POWELL, R; ROSEN, A; *et al.* Threshold Assessment Grid (TAG): the development of a valid and brief scale to assess the severity of mental illness. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, v. 35, n. 2, p. 78–85, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10784370>>. Acesso em: 19 mar. 2019.

Slade, M. 100 Modos de Apoiar a Recuperação Pessoal: Um Guia para Profissionais da Saúde Mental. trad. M. Cruz, revisão E. Gonçalves e M. Ferraz, Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2011

SOUZA, Luiz Gustavo Silva et al . Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. *Saude soc.*, São Paulo , v. 21, n. 4, p. 1022-1034, Dec. 2012 .

STARFIELD, Bárbara. Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços- tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

STEWART, Moira et al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. Artmed Editora, 2017.

TOPOR, Alain; LJUNGQVIST, Ingemar. Money, Social Relationships and the Sense of Self: The Consequences of an Improved Financial Situation for Persons Suffering from Serious Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, v. 53, n. 7, p. 823–831, 2017. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28497399>>. Acesso em: 15 mar. 2019.

VAN OS, Jim; GULOXSUZ, Sinan; VIJN, Thomas Willem; *et al.* The evidence-based group-level symptom-reduction model as the organizing principle for mental health care: time for change? *World Psychiatry*, v. 18, n. 1, p. 88–96, 2019. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30600612>>. Acesso em: 20 mar. 2019.

WENCESLAU, Leandro David; ORTEGA, Francisco. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 19, n. 55, p. 1121–1132, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000401121&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 28 fev. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1152>.

WHITLEY, Rob; PALMER, Victoria; GUNN, Jane. Harnessing primary care to enhance recovery from severe mental illness. *British Journal Of General Practice*, [s.l.], v. 65, n. 637, p.429-430, 26 jul. 2015. Royal College of General Practitioners. <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp15x686305>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), World Organization of Family Doctors - WONCA. Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global. Lisboa: WHO, WONCA; 2009.

WHO. Mental Health Global Action Programme: Scaling up care for mental, neurological, and

substance use disorders. [s.l.: s.n.], 2008.

WHO. mhGAP Intervention Guide Mental Health Gap Action Programme Version 2.0 for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. [s.l.: s.n.], 2016.

WHO. mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). Geneva: World Health Organization, 2010.