



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – VRPPG
Centro de Ciências da Saúde – CCS
Mestrado em Saúde Coletiva

**ANÁLISE DA REDE ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL:
o exemplo de inserção social promovida pelo CAPSi em
Fortaleza-CE**

PATRÍCIA MOREIRA COSTA COLLARES

Fortaleza - CE

Abril, 2010

PATRÍCIA MOREIRA COSTA COLLARES

**ANÁLISE DA REDE ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL:
o exemplo de inserção social promovida pelo CAPSi em
Fortaleza-CE**

Dissertação apresentada à banca de examinadores do curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Fátima Luna Pinheiro Landim
Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Mônica de Oliveira Nunes

Essa pesquisa conta com o apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

Fortaleza - CE

2010

C697a Collares, Patrícia Moreira Costa.
Análise da rede assistencial em saúde mental: o exemplo de inserção social promovida pelo CAPSi em Fortaleza-CE / Patrícia Moreira Costa Collares. -2010. 95 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2010.
“Orientação: Profa. Dra. Fátima Luna Pinheiro Landim.”
“Co-Orientação: Profa. Dra. Mônica de Oliveira Nunes.”

1. Redes de Apoio Social – Fortaleza (CE). 2. Crianças - Saúde mental.
3. Centro de Atenção Psicossocial. I. Título.

CDU 614.2(813.1)

PATRÍCIA MOREIRA COSTA COLLARES

ANÁLISE DA REDE ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL: o exemplo de inserção social promovida pelo CAPSi em Fortaleza-CE

Grupo de pesquisa: Cultura e humanização do cuidado
Linha de pesquisa: Cultura e humanização em saúde
Núcleo temático: Rede e saúde dos grupos sociais

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Fátima Luna Pinheiro Landim - UNIFOR
PRESIDENTE

Prof. Dr. Fernando Lefèvre – USP
1º MEMBRO EFETIVO

Prof.^a Dr.^a Francisca Lucélia Ribeiro de Farias - UNIFOR
2º MEMBRO EFETIVO

Prof.^a Dr.^a Violante Augusta Batista Braga - UFC
MEMBRO SUPLENTE

Aprovada em 20/ 04/ 2010.

Aos meus pais, Raimundo Collares e Aglaís Moreira, e ao meu marido, André Luís Costa, pelo amor e incentivo em todos os momentos desta e de outras caminhadas.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua presença forte em todos os momentos, de vitória e de desafios, por me confortar e fazer entender a hora certa para cada coisa que Ele planejou para mim.

Aos meus pais, maiores representações da Sagrada Família de Jesus em minha vida, pela compreensão e ternura sempre manifestas.

Ao meu marido, André Luis, pela paciência e compreensão reveladas, mas, acima de tudo, por seu terno amor.

A minha irmã, Danielle, que com muito apoio e carinho, não mediu esforços para que eu cumprisse esta etapa de minha vida.

À professora doutora Fátima Luna, amiga e orientadora, que me acompanha e incentiva desde a graduação, pelo seu exemplo de professora e pesquisadora que eu tanto admiro. Meus sinceros agradecimentos pelo saber compartilhado e por sua amizade.

Ao nosso Grupo de Pesquisa, por todos os momentos vivenciados em parceria, como uma verdadeira Rede de Apoio Social.

Aos meus primos Rafael Mesquita e Raphael Moura, por sua sincera amizade e orações.

Aos professores doutores, Fernando Lefèvre, Lucélia Farias e Violante Braga, que, ao comporem banca de examinadores da dissertação, proporcionaram meu crescimento como pesquisadora.

À professora doutora Mônica Nunes, coorientadora desta dissertação, pelo apoio que servirá para aprendizado e incentivo à pesquisa.

A coordenação do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva, na pessoa extraordinária e carinhosamente chamada de professora doutora Raimundinha e ao corpo docente do Mestrado, pela oportunidade de aprendizado, crescimento, realização profissional e pessoal.

Aos colegas de Mestrado, pelos momentos de aprendizagem compartilhados, e pelos excelentes vínculos de amizade fortalecidos.

Aos funcionários do Mestrado, em especial a Cleide, pelo apoio constante e incondicional.

Aos profissionais e usuários dos CAPS infantis de Fortaleza-Ceará, por sua disponibilidade em participar dessa pesquisa.

“Viver é construir lembranças para o futuro, sejam elas tristes ou felizes”.
Padre Fábio de Melo.

RESUMO

Muitos cenários consolidam campo fértil para o estudo das redes de apoio social. O conhecimento do contexto que envolve as redes das pessoas com transtorno mental guarda aspectos coincidentes com o modelo psicossocial vigente. Esta pesquisa teve por objetivo: analisar aspectos qualitativos e quantitativos da rede assistencial em saúde mental na cidade de Fortaleza, dando ênfase ao dispositivo CAPS i. O estudo combinou técnicas e instrumentos quantitativos de coleta e análise de dados com outros da metodologia qualitativa, procedimento próprio à Análise de Redes Sociais. Envolveu gestores, profissionais e familiares cuidadores de crianças com transtorno mental assistidas no CAPSi. Os dados quantitativos foram processados por meio do SPSS, e os qualitativos pelo DSC. A pesquisa seguiu os preceitos éticos sendo aprovada pelo Coética da UNIFOR, sob protocolo de no 267/2009. Os resultados relativos à rede percebida pelos informantes mostram 22 dispositivos; sendo que os profissionais, mais que os usuários, reconhecem quais são os seus parceiros. Os dados qualitativos, de 11 profissionais do CAPSi entrevistados, após processamento, produziu três IC's e respectivos DSC's para a primeira questão, para a segunda, a terceira e a quarta questões duas IC e respectivos DSC's. Relativo aos 18 familiares cuidadores produziu-se duas IC's e respectivos DSC's para a primeira questão, quatro IC's e respectivos DSC's para a segunda. O DSC possibilitou a percepção de uma singularidade de pensamentos, permitindo uma análise de dados positivos e críticos acerca da efetivação do CAPSi na RASM, dentro da lógica de inserção social da criança e do adolescente com TM. Dos 18 familiares acessados identificou-se que 77,8% foram referenciados por outro serviço, 33,3% trazem suas crianças para acompanhamento no CAPSi a pelo menos 1 ano, 77,8% reconhecem em sua rede social o fornecimento de apoio informativo, emocional e material. Encontrou-se relação significativamente estatística entre as mudanças percebidas na criança com o acompanhamento no CAPSi e a satisfação com o apoio proveniente de profissionais de saúde. Do exposto pode se extrair o fato de que a RASM na cidade de Fortaleza tem como importante dispositivo o CAPS i, porém necessita de maior investimento para garantir o seu papel inclusivo dentro da rede assistencial.

Palavras-chave: Apoio Social, Transtorno Mental, Centro de Atenção Psicossocial Infantil.

ABSTRACT

Many types of scenery have reinforced a rich field to study the social supporting nets. The context knowledge which wraps people nets with mental disorder hold conterminous aspects with the working psycho-social model in Fortaleza city, emphasizing the CAPSi device. The trial combined techniques and quantitative tools of gathering and data analysis with other qualitative methodologies, proceedings itself to Analysis of Social Nets. Involved managers, professionals and mental disorder children caring relatives helped by CAPSi. The quantitative data were processed through SPSS and the qualitative by DSC. The research followed ethical commandments being approved by UNIFOR's Coética, under the 267/2009 protocol. The relevant results to the noticed net gathered by the informants show 22 devices; as the professionals, more than users, acknowledge who are their partners. The qualitative data, from 11 CAPSi professionals interviewed, after processing, have produced 3 ICs and respective DSCs to the first question, four ICs and respective DSCs to the second. The DSC enabled the perception of a thought unity, allowing an analysis of positive and critical data about the effectuation of CAPSi on RASM, in the logistical of child and teenager social insertion. From 18 relatives accessed, it has been identified that 77,8% were referred by another service, 33,3% bring their child with CAPSi accompaniment at least for 1 year, 77.8% acknowledge in their social net the support, emotional and material provision. It has been found significantly statistics relationship between the noticed changes in children with CAPSi accompaniment and the satisfaction with the support from health professionals. From the exposed it can be draw the fact of Fortaleza's RASM has as important device the CAPSi, although it needs a bigger investment to guarantee its inclusive role inside the aid net.

Key-words: Social support, mental disorder, Child Psycho-social Health Centre.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

- Quadro 1:** Assistência Psiquiátrica – Modelos de Atenção - p. 28
- Quadro 2** - Relação da Implantação dos Serviços na Rede Assistencial de Saúde Mental de Fortaleza - p. 29
- Tabela 1:** Caracterização sociodemográfica dos familiares cuidadores e dos usuários com transtorno mental participantes do estudo e atendidos no CAPSi, Fortaleza- Ceará, 2009. - p. 68
- Tabela 2:** Dados sobre o tratamento das crianças com TM participantes do estudo e atendidas no CAPSi, Fortaleza- Ceará, 2009. - p. 70
- Tabela 3:** Dados sobre o tipo de apoio percebido, bem como a origem e satisfação com ele por parte de FC de crianças com TM participantes do estudo e atendidas no CAPSi, Fortaleza- Ceará, 2009. - p. 77

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO -	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ARS -	Análise de Redes Sociais
CAPSad -	Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi -	Centros de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência
CIF -	Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde
CRAS -	Centro de Referência de Assistência Social
DSC -	Discurso do Sujeito Coletivo
ENADE -	Exame Nacional de Desempenho de Estudantes
ESF -	Estratégia de Saúde da Família
ECH -	Expressão-Chave
FC -	Familiar Cuidador
HIAS -	Hospital Infantil Albert Sabin
IAD -	Instrumento de Análise de Discurso
IAPP -	Instituto de Atendimento e Pesquisa Psicossocial
IC -	Idéia Central
MS -	Ministério da Saúde
NAPS -	Núcleos de Atenção Psicossocial
NAMI -	Núcleo de Atenção Médica Integrada
OMS -	Organização Mundial de Saúde
ONU -	Organização das Nações Unidas
OPAS -	Organização Panamericana de Saúde
PACS -	Programa de A gentes Comunitários de Saúde
PNASH -	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PSF -	Programa de Saúde da Família
RAÍZES/EFAC -	Instituto de Desenvolvimento Integrado Raízes – Espaço da Família e da Comunidade
RASM -	Rede Assistencial em Saúde Mental
SENAC -	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SER -	Secretaria Executiva Regional
SRHad -	Serviços de Referência Hospitalar Álcool e Drogas
SRTs -	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS -	Sistema Único de Saúde
TM -	Transtorno Mental
UFC -	Universidade Federal do Ceará
UNIFOR -	Universidade de Fortaleza
UPHG -	Unidades psiquiátricas/hospitais gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo Geral	17
2.2 Objetivos Específicos	17
3 REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 O Papel das Redes Sociais no Campo da Saúde Mental	18
3.2 O Campo Temático da Saúde Mental	20
3.3 As Políticas Públicas de Saúde	26
3.4 O Centro de Atenção Psicossocial	30
4 PERCURSO METODOLÓGICO	35
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
5.1 Mapeamento dos dispositivos da RASM infantil na cidade de Fortaleza	41
5.2 O grau de participação do dispositivo CAPSi na RASM, na perspectiva dos gestores e profissionais de saúde mental	45
5.3 Perspectiva dos gestores e profissionais do CAPSi sobre os modos de conceber o que é inserção social.....	58
5.4 Caracterização dos familiares cuidadores e das crianças com TM.....	68
5.5 Realidades vivenciadas pelos membros familiares de crianças com TM.....	72
5.6 Rede de apoio social do componente familiar de crianças com TM.....	75
5.7 Grau e espaços de participação das famílias nos CAPSi, na perspectiva de componentes familiares	79
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS	84
APÊNDICE A – Instrumento de identificação da RASM.....	90
APÊNDICE B – Instrumento aplicado aos gestores e profissionais	91
APÊNDICE C – Instrumento aplicado ao Familiar Cuidador	92
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	93
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	94
ANEXO B – Parecer do Corretor de Português.....	95

1 INTRODUÇÃO

Muitos cenários consolidam campo fértil para o estudo das relações interpessoais, e, por conseguinte, das redes de apoio social – tanto do ponto de vista da reconstituição de um cotidiano, como também pelo importante auxílio no tratamento e recuperação de transtornos, prevenção de doenças (FONTES, 2007).

Dentre outras funções, as redes de apoio social atuam para a inserção da pessoa em campos de sociabilidade os mais variados e amplos. O que torna isso possível é o caráter “articulador” de vários dispositivos de apoio, sejam estes formais (programas oficiais, ambulatoriais e hospitalares), como também provenientes da solidariedade oferecida pelos atores inscritos no terreno da informalidade (família, vizinhança, clubes, igreja etc) (COMARU et al., 2006; LANDIM et al., 2003).

Concorda-se com a idéia de que o conhecimento do contexto que envolve as redes sociais das pessoas com transtorno mental (TM) guarda aspectos coincidentes com o modelo psicossocial vigente, quando este propõe que fatores políticos, biopsíquicos e socioculturais sejam tomados como determinantes das doenças, partindo de uma perspectiva que associa o cuidado à intervenção territorial e, sobretudo, à possibilidade de inserção social.

A necessidade de mudanças na assistência – reguladas pela reforma que preconiza um modelo de cuidado centralizado na comunidade – traz, mais uma vez, para o centro das discussões o tema das redes sociais - justamente por se tratar de uma lógica de favorecimento de espaços extra-hospitalares inclusivos, ou seja, que colaboram mutuamente para a reinserção social das pessoas com TM.

A esse respeito, o Ministério da Saúde (MS) se pronuncia, sugerindo, por meio dos textos que socializa, que as políticas públicas devam privilegiar os vários fatores que determinam o adoecimento, de tal modo que as pessoas com TM e suas famílias possam ser adequadamente beneficiados com programas governamentais. Enfatiza, ainda, a utilização do modelo de intervenção em redes sociais, pautando-se na suposição de que o suporte ou apoio social proporcionado por uma rede de

sociabilidade bem estruturada auxilie, sobretudo, para romper com o isolamento individual, minimizando os riscos de privar esse contingente populacional de recorrer à ajuda disponível e necessária (BRASIL, 2008).

O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, do ministério, preconiza a formação/fortalecimento das redes de apoio social, ou seja, são reconhecidos os laços de sociabilidade como instrumentos importantes, indispensáveis, no enfrentamento das adversidades provocadas, bem como do sofrimento que os usuários dos serviços e suas famílias, direta ou indiretamente, sofrem com o evento do TM (BRASIL, 2007; FONTES, 2007).

Como se pode deduzir, na medida em que o novo cuidado se desloca para os chamados serviços substitutivos em saúde mental, eleva-se a importância dada à produção de relações interpessoais (nos espaços intra e extrainstitucional), na medida em que essas favorecem a reinserção do indivíduo na sociedade, convidando outros atores da área médica e não médica para participar no seu tratamento.

Do lado do paciente, por meio da intervenção em rede, são fornecidas ferramentas para que eles encontrem ajuda, inclusive no seu meio de convívio familiar e comunitário, ou seja, utilizando-se de recursos próprios que favoreçam uma interação mais igualitária com o sistema institucionalizado. A esse respeito, Nunes, Jucá e Valentim (2007) escrevem que, dessa forma, as terapias abandonam o alvo medicamentoso exclusivo, ou prevalente, e o indivíduo ganha espaço como participante fundamental no tratamento, sendo os familiares e, eventualmente, um grupo mais ampliado também incluso como ator no cuidado.

Finalmente, defende-se a noção de que, por caracterizar a união de ideias e recursos em torno de valores e interesses compartilhados, a rede pode e deve ser utilizada em prol de uma sociedade mais justa e igualitária para as pessoas com TM, crianças, adultos e idosos, e suas famílias. De fato, considerando o atual padrão centrado na comunidade em substituição ao modelo hospitalocêntrico, constata-se nas redes sociais um molde alternativo de organização, facilitador da articulação entre os dispositivos formais e a sociedade civil, ampliando o alcance e o poder de resolução de ambos.

Neste estudo, analisa-se a Rede Assistencial em Saúde Mental (RASM) de crianças que sofrem com transtornos mentais e o exemplo de inserção social promovido pelos centros de atenção psicossocial da infância e adolescência (CAPSi) - um serviço que, na atualidade, é referência no atendimento em saúde mental infantil em Fortaleza-CE.

O fato de se tomar em estudo o CAPSi, como segmento representativo da rede, decorre da realidade de ele constituir porta de entrada na RASM. É interesse adentrar as formas de cuidado desenvolvidas e os efeitos produzidos nos profissionais e usuários em termos de produção da subjetividade e inserção social da criança com TM. Trata-se de buscar conhecer de concepções centrais, como: reinserção psicossocial; estratégias de interferência no território; inovações terapêuticas; parcerias e alianças estabelecidas; significantes terapêuticos de inserção social; dinâmica de relação entre trabalhadores, usuários e famílias de crianças com transtorno psiquiátrico.

Os fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes têm sido bastante investigados. Observa-se em pesquisa de Fleitlich e Goodman (2000) a sensibilidade em perceber os fatores de risco que envolvem a criança e o adolescente, como: características sociodemográficas, história de transtornos psiquiátricos nos pais, práticas disciplinares adotadas pelos pais, discórdia conjugal e presença de doença física capaz de trazer limitações às crianças. Referidos autores seguem afirmando que, no Brasil, ainda há muitas questões não respondidas na área de epidemiologia psiquiátrica infantil e são poucos os estudos nesse terreno, sendo considerado um espaço relativamente novo e a pesquisa nessa área vir crescendo nas últimas três décadas.

Em entrevista realizada com o Dr. Osvaldo Lopes Amaral, no ano de 2008, observou-se a referência a diversos sinais e sintomas que caracterizam os transtornos mentais, não havendo referência as potencialidades a serem desenvolvidas por essa clientela.

Pesquisa realizada, ainda no final da década de 1970, um levantamento feito no Setor de Terapia do Serviço de Higiene Mental com crianças na faixa etária de um a 13 anos revelou ser reduzida a busca pelo serviço nos extremos desta faixa,

sendo significativo o número de crianças com idade acima de três anos, pois é desde esta faixa etária que surgem importantes distúrbios de conduta. Os problemas mais encontrados foram: retardo mental; distúrbio do aprendizado, da dinâmica familiar, de conduta na área de sociabilidade e na linha de agressividade; distorção do vínculo mãe e filho; depressão; pré-psicose, ansiedade difusa, dentre outros. Destaca-se o fato de estes distúrbios virem combinados entre si, ou seja, uma mesma criança apresentava mais de uma queixa (TEIXEIRA; ROSSI; SLYWITCH, 1979).

No artigo retrocitado, observou-se de forma clara a predominância do modelo biomédico, pelo enfoque dado à doença. Constata-se a desumanização da atenção à saúde, quando esta fica "aprisionada" pela busca incessante da doença, do anormal, do que deve ser subtraído, ensejando tal processo, caracterizado também pelo uso excessivo de técnicas e instrumentos, desfigurando as relações pessoais entre os envolvidos (terapeuta e usuário do serviço). O atual modelo no campo da saúde preconiza uma visão global do paciente, que, em decorrência da forte tendência à fragmentação e hierarquização – que inclui os aspectos biológicos, psíquicos e sociais não ocorre de modo efetivo (DEGENSZAJN, 2006).

Estudos com essa natureza ainda são incipientes no Brasil. Acredita-se que se possa vir a contribuir significativamente para evidenciar, bem como para ampliar, a capacidade de implementação dos dispositivos extra-hospitalares, em particular do CAPSi, assim como fortalecer a relação com a atenção básica, devendo ser encarado como de fundamental importância para a comunidade científica e usuários dos serviços de saúde mental.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar aspectos qualitativos e quantitativos da rede assistencial em saúde mental na cidade de Fortaleza, dando ênfase ao dispositivo CAPS i.

2.2 Objetivos Específicos

- Mapear a rede assistencial em saúde mental, em seus dispositivos que privilegiam a criança e o adolescente;
- definir o grau de participação do dispositivo CAPSi na RASM, de acordo com os gestores e profissionais da saúde mental;
- registrar os modos como gestores e profissionais percebem a inserção social da criança com transtorno mental;
- descrever, com base no discurso de familiares de crianças com TM, como ocorre o acesso aos CAPSi;
- identificar, na rede pessoal e profissional, o tipo de apoio percebido pelo componente familiar, bem como sua satisfação com o modelo de inserção social;
- conhecer o espaço reservado às famílias, bem como o grau de participação destas nos CAPSi; e
- identificar, na perspectiva de familiares, os elementos que facilitam ou dificultam essa participação.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O Papel das Redes Sociais no Campo da Saúde Mental

Com suporte em uma ética na solidariedade para a prática da saúde coletiva, conceituam-se as redes de suporte social como toda e qualquer estrutura de articulação que permita o estabelecimento de interações e comunicações interpessoais francas, claras e solidárias, para que os indivíduos possam sentir-se amparados, protegidos, e valorizados. A “rede” deve estar relacionada com os aspectos das interações sociais que conferem um efeito benéfico à saúde física e mental.

Também vale destacar a atenção conferida nos últimos dez anos pela ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – à relação entre comunicação, redes sociais e promoção da saúde; e o fato histórico da inclusão do tema na regulamentação do Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE) 2004 para a área de saúde (AGUIAR, 2007).

Reconhecidas como estratégia ou modelo de auto-organização, as redes de apoio emprestam luz ao tema dos modelos de intervenção em sociedades que, na realidade da pessoa com transtornos mentais, denunciam, de acordo com Nunes et al. (2008), esforços encetados para superar a situação manicomial. A esse respeito, Fontes (2007) acrescenta que, como instrumento que mobilize recursos baseadas nas redes primárias de sociabilidade (amizade, família, vizinhos), o apoio social tem importante função no tratamento e acompanhamento de pessoas com transtorno mental. Reintroduz-se, desta forma, o indivíduo na sociedade, convidando outros atores para a participação no seu tratamento.

A ativação de tais redes favorece as pessoas experimentarem o sentimento de solidariedade, e diminuir o de abandono, além de possibilitar a busca e obtenção de ajuda de toda espécie. A presença da família ou dos membros da comunidade favorece, assim, na reorientação de interesses e no desenvolvimento de novas motivações na reinserção social.

Existem fatores comuns entre os conceitos de redes de suportes sociais, deixando claro que um grupo não pode existir, a não ser que esteja apoiado no encadeamento dessas redes. Uma vez bem instruídos, os elementos que a compõem passam a decidir sobre a importância de se reforçarem sociopoliticamente dentro de uma rede, assumindo responsabilidades sobre si e sobre o grupo no qual estão inseridos.

Na situação atual do Brasil observa-se a tendência de redução do modelo hospitalar, extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, para uma ampliação expressiva da rede extra-hospitalar, de base comunitária, que se expressa na ratificação das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei Federal 10.216/01, e III Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2008).

No Ceará, a legislação vigente é a Lei Estadual Mário Mamede, de 29 de julho de 1992, nº 12.151. A trajetória local de Reforma Psiquiátrica no estado foi fortalecida em julho de 2000, sendo marcada com o fechamento da Casa de Repouso Guararapes, em Sobral, contribuindo, assim, para a consolidação de lutas históricas no que diz respeito ao fechamento de serviços excludentes, vindo a fortalecer o protagonismo do Movimento na Luta Antimanicomial no Brasil (ANDRADE et al., 2007).

Faz-se necessário destacar as diferenças básicas entre as redes formais e informais. Os espaços sociais formais são caracterizados pelas organizações, onde os atores estão ligados entre si por funções definidas, desempenhadas de acordo com normas orientadoras de suas práticas e discursos (AGUIAR, 2006).

Leal (2000) refere-se às estruturas de suporte formal no plano de saúde pública (hospitais, programas, médicos etc.) e acentua que no Brasil elas ainda se mostram frágeis, sem constituir uma rede de apoio organizado e sistemático; é quando as pessoas necessitam de competência para acionar as suas redes informais. São caracterizados como compondo as redes informais os indivíduos familiares, amigos, vizinhos, padres etc., grupos sociais como clubes e igrejas, que vêm a colaborar para as atividades do dia a dia (COMARU et al., 2006; LANDIM et al., 2003).

Como exemplo de uma rede formal, há a proposta da RASM. Esta se baseia em princípios e diretrizes que tornem possível a constituição de um novo discurso, bem como novas práticas para a saúde mental. Andrade et al. (2007) enunciam alguns destes, como: a implementação de uma política de promoção de direitos em saúde mental comprometida com a população; o estímulo de práticas que viabilizem maior humanização e acolhimento dos serviços de saúde e dos espaços públicos em geral; e a promoção da integralidade das ações de saúde mental com as demais redes de assistência.

Com a compreensão da saúde como fenômeno social, tornou-se inevitável a percepção da importância das redes sociais nesta seara complexa, uma vez que estas favorecem o desenvolvimento de ações de suporte ao enfrentamento dos grupos vulneráveis ante as situações de agravo à saúde no cotidiano e, no caso particular, de pessoas com TM, vir a favorecer o modelo de assistência extra-hospitalar.

3.2 O Campo Temático da Saúde Mental

Desde o início do século XXI, aproximadamente 450 milhões de pessoas estão sob tratamento pelo fato de sofrerem de algum transtorno mental ou de comportamento. O que localiza essa problemática entre as de grande importância para a Saúde Pública/Coletiva está ligado ao fato de ser ela uma tendência crescente, considerando os enormes problemas de ordem social enfrentados, bem como o fenômeno da longevidade no País (BRASIL, 2008).

Os transtornos mentais ocupam lugar de destaque entre as primeiras causas de incapacidade, e sua prevalência é elevada na população brasileira, em geral, com peso relevante entre as principais causas de anos de vida saudável perdidos. De acordo com o que escrevem Onocko Campos e Furtado (2006), o Brasil gasta cerca de 2,4% do orçamento do SUS com a saúde mental, para uma prevalência de 3% de TM severos e persistentes. E ainda, os custos indiretos gerados pela

desassistência – provenientes do aumento da duração dos transtornos e incapacitações – superam os custos diretos.

Os transtornos mentais ocupam lugar de destaque entre as primeiras causas de incapacidade, a sua prevalência é elevada na população brasileira. Em geral, têm peso relevante entre as principais causas de anos de vida saudável perdidos (BRASIL, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), por intermédio da Conferência de Genebra, em 2001, revelou que uma de quatro pessoas será acometida por um distúrbio mental em certa fase da vida e que, o risco de alguns transtornos aumenta com a idade. Destaca-se o fato de que a maioria das doenças, mentais e físicas, é influenciada por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Revela-se o fato de a crescente aproximação entre saúde coletiva e saúde mental suscitar a necessidade de constituição de um campo interdisciplinar de saberes e práticas. Destaca-se também um panorama acerca da saúde mental no Brasil: 3% da população geral sofrem com transtornos mentais severos e persistentes; mais de 6% da população apresentam transtornos psiquiátricos de natureza grave, decorrentes do uso de álcool e outras drogas; e 12% da população necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual (BRASIL, 2008).

A OMS, no Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001, reforça a ênfase concedida a alguns dos princípios divulgados pela Organização das Nações Unidas (ONU) na década de 1990. Em síntese, eles ressaltam: não dever existir discriminação em virtude de doenças mentais; a necessidade de conceder a todo paciente o direito de ser tratado e atendido em sua comunidade; e o fato de todo paciente ter direito de ser tratado em ambiente menos restritivo, com o tratamento menos restritivo ou intrusivo (OMS, 2001).

À vista destes indicadores, a comunidade científica e profissionais da saúde necessitam estar preparados para lidar com esta clientela, devendo também ser conhecedores das políticas públicas de saúde mental e de estratégias, para facilitar a inserção social dessa população, garantindo melhores condições de vida e saúde para o usuário do serviço que sofre com transtorno mental, estendendo-se a família.

Andrade et al. (2007) asseguram que o ato de cuidar em saúde mental ultrapassa o tratamento e envolve também diversos recursos comunitários, exigindo ações interdisciplinares e intersetoriais; ou seja, devem-se reunir todos os recursos disponíveis para promover bem estar, qualidade de vida, apoio social às pessoas que sofrem com algum transtorno mental.

Sobre o assunto, Onocko Campos e Furtado (2006) assinalam que a saúde coletiva vem ampliando seu espaço na academia, sem o correspondente aumento de seu emprego nos serviços de saúde mental, que requerem uma indispensável adaptação desse e não apenas extrapolação de categorias já consagradas em outros domínios.

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS)/OMS preconizou, em documento referente à reestruturação da atenção em saúde mental na América Latina, a necessidade de modificação do currículo, bem como a utilização de outros recursos assistenciais da comunidade, fora dos hospitais psiquiátricos, no treinamento e habilitação dos profissionais de saúde, para que tenha êxito a implantação de tal reestruturação (OMS, 2001).

O Ministério da Saúde traçou alguns desafios para a área da saúde mental: o fortalecimento de políticas de saúde destinadas para grupos de pessoas com transtornos mentais de alta prevalência e baixa cobertura assistencial; a consolidação e a ampliação da rede de atenção de base comunitária e territorial, promotora da reintegração social e da cidadania; a implementação de uma política de saúde mental eficaz na assistência às pessoas que padecem com a crise social, a violência e o desemprego; e o aumento de recursos do orçamento anual do SUS para a Saúde Mental (BRASIL, 2008).

O cuidado com a elaboração de uma política pública de saúde mental pode ser observada no trecho há pouco referido do Ministério da Saúde, no qual os desafios propostos apontam para a necessidade de garantir proteção a uma parcela da população, muitas vezes, negligenciada, no que diz respeito à assistência a saúde e ocupação de espaços públicos.

A Reforma Psiquiátrica

A reforma psiquiátrica é definida pelo MS como a ampla transformação da assistência pública em saúde mental, garantindo o acesso da população aos serviços e o respeito aos seus direitos e liberdade. Do ponto de vista legal, está amparada pela Lei 10.216/2001, resultado da conquista de uma batalha social que durou 12 anos. Assim, significa a permuta do modelo de tratamento: no lugar do isolamento, a convivência em rede social familiar e a comunitária (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, as redes de apoio social são reconhecidas como importante instrumento, atuando para a inserção da pessoa em campos de sociabilidade mais amplos – tanto do ponto de vista da reconstrução de um cotidiano, como também pelo importante auxílio no tratamento – baseada nos diversos dispositivos de apoio e de solidariedade oferecidos pelos atores não inscritos na área médica.

As reformas no sistema de atenção à pessoa com transtorno mental, iniciadas ainda na década de 1990, encontram-se em pleno crescimento no Brasil, e seus pressupostos partem do fato de que a âncora territorial e os laços de sociabilidade primários são instrumentos importantes, indispensáveis no enfrentamento das adversidades provocadas pelo sofrimento psíquico (FONTES, 2007). No Ceará, a Reforma Psiquiátrica teve seu marco inicial com a Lei Estadual Deputado Mário Mamede, há mais de 16 anos e a subsequente criação dos CAPS.

A Reforma Psiquiátrica atualizou a dimensão de individualidade, enfatizando a necessidade do profissional de saúde e sociedade olhar para a pessoa com TM e perceber suas singularidades. A moderna luta brasileira em prol da cidadania da pessoa com TM, da organização extra-hospitalar do sistema assistencial, da prática interdisciplinar e da coordenação municipal de uma política de saúde mental, realiza um salto de qualidade ante uma história repleta de tentativas abortadas de reforma, onde o ideal asilar sempre foi dominante (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

De um modo geral, observa-se a tendência evolutiva da "desospitalização" como sendo um progresso das novas políticas públicas de atendimento. O fortalecimento da rede de apoio social à pessoa com transtorno mental reflete-se com a criação de abrigos, oficinas e outros ambientes de socialização. Deste modo,

espera-se proporcionar uma assistência multiprofissional mais eficaz a essa população. Alves (2001) garante ser a saúde mental o primeiro terreno da Medicina onde se trabalha intensiva e obrigatoriamente com a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. Em adição há o fortalecimento dos laços familiares que garantem um processo terapêutico mais digno.

A saúde mental na infância e adolescência

Dentro do cuidado geral prestado à criança, deve-se prever que várias situações tanto podem precipitar o aparecimento de um sofrimento psíquico – que ocorreria mesmo sem a presença do estressor, dada a predisposição – como também determinar o seu aparecimento (CAVALCANTI et al., 2007). É, pois, significativo o papel a ser desempenhado pela equipe multiprofissional na prevenção de transtornos psiquiátricos nessa faixa etária.

Destarte, no final do século passado, pesquisadores já abordavam o caso particular do cuidado integral em saúde mental infantil como um desafio para a organização de uma rede assistencial. Ressalte-se o fato de que a criança e o adolescente desassistidos apresentam maior probabilidade de ter comprometidos seu desenvolvimento e inserção social (LAURIDSEN; TANAKA, 1999).

Os TM não têm uma causa precisa, específica e única, em geral, são consequência do somatório de fatores diversos como: alterações no funcionamento cerebral; genética; a própria personalidade do indivíduo; agressões físicas e/ou psicológicas sofridas; perdas, frustrações e sofrimentos físicos e psíquicos. A exemplo de TM, citam-se: depressão; estado de mania; estado de ansiedade exagerada (síndrome do pânico); fobia social; transtornos obsessivo-compulsivos e transtorno psicótico (esquizofrenia) (AMARAL, 2008).

Tendo em mente a situação real enfrentada no dia a dia dos serviços de saúde, recorde-se o trabalho desenvolvido por Cavalcanti et al. (2007), em que obtiveram dados sugestivo de que o abuso ocorrido na infância ou adolescência tem, quase sempre (81%, na realidade do estudo realizado pelo autor), por consequência a desordem mental – na qual a violência sexual contra a criança e o

adolescente pode ser identificada, iniciando-se, precocemente, a prevenção de um transtorno psiquiátrico.

As investigações de caráter epidemiológico dos transtornos mentais na infância e adolescência têm características e dificuldades próprias. Apesar disso, deve ser incentivada a sua realização, a fim de contribuir para melhorar os serviços de saúde mental para crianças, fazendo conhecer a distribuição, magnitude, causas e curso dos transtornos mentais, podendo assim proporcionar dados essenciais para o planejamento, execução e avaliação das ações de prevenção, controle e tratamento (LAURIDSEN; TANAKA, 1999).

Em virtude das particularidades inerentes à psiquiatria infantil, chama-se atenção para os dados do seguinte estudo: em 109 (74,0%) casos de crianças com sintomas de desordem mental foi referido pelos informantes que não houve busca de ajuda de qualquer tipo, nem do tipo formal (médico, psicólogo) nem informal (parente, amigo, vizinho). A maior parte (56,4%) respondeu “não achar preciso” (LAURIDSEN; TANAKA, 1999). Estes dados chamam a atenção para dois aspectos, o primeiro, de quem é a falta de informação dos cuidadores em relação aos sintomas de distúrbios psiquiátricos na infância, o segundo é a inexistência de acolhimento nos serviços de saúde.

Teixeira, Rossi e Slywitch, em 1979, já constatavam o papel do acolhimento e da triagem na adesão ao tratamento. Os autores acentuavam que, além da pesquisa de novas formas de atendimento, era importante para os seus pacientes que houvesse um preparo para a aceitação do tratamento, fato presente em nos serviços na atualidade.

Dando continuidade ao estudo há pouco citado, dos 27 casos que buscaram ajuda, 19 (55,6%) procuraram médico. A maior parte buscou auxílio em centros de saúde ou hospitais gerais. A referência a serviço especializado foi feita em apenas um caso. Busca de ajuda informal também foi citada em seis casos (31,5%); parentes próximos foram a fonte de ajuda. Em dois casos (12,9%), apareceu o psicólogo. Outras fontes de ajuda possíveis, como escolas, igrejas e outras entidades da comunidade, não foram citadas (LAURIDSEN; TANAKA, 1999).

A rede social formal e informal explorada na pesquisa há instantes referida apresenta-se, com efeito, como área de conhecimento com vasta aplicação, sendo explorada pelas ciências afins, que buscam uma forma interdisciplinar de compreender a organização e o funcionamento da vida social em sua diversidade de manifestação. Seu bom emprego na seara da saúde mental preconiza a estratégia como forma de buscar compreender para modificar a complexa realidade social do “Ser” que está enfermo.

3.3 As Políticas Públicas de Saúde

A implantação de novas políticas de saúde, entre as quais a de saúde mental, tem como marco a proclamação da Constituição, em 1988, e a criação do Sistema Único de Saúde, que estabelece as condições institucionais para a elaboração de tais políticas (BRASIL, 2008).

As políticas públicas em sua gênese são carregadas de uma visão de senso comum e o papel dos profissionais de saúde é batalhar para que adotem pontos de vista mais globais, cercados de cientificidade, menos normativos, sem, no entanto, perderem a objetividade e aplicabilidade. Deve-se ter um olhar crítico diante deste panorama e questionar-se sobre: que concepções de família e sociedade, condições de vida e saúde, economia, educação, bem-estar e qualidade de vida, estão presentes nas políticas públicas de saúde? - O que tais políticas objetivam proporcionar? - Que modos de vida estão sendo planejados e produzidos com a aplicação destas políticas? - Elas estão atingindo a clientela a que se propõe ao ponto de ensejar mudanças benéficas?

Alves (2001) chama atenção para a falta de integralidade das políticas e espaços públicos de implementação destas. O autor exemplifica: se o paciente é psicótico e, somado a isso, é usuário de cadeira de rodas, não há a possibilidade de acompanhar a diversidade de programas existentes nos centros de saúde especializados – pois, em geral, só possuem escadas ou não têm banheiros próprios para usuários com necessidades físicas especiais, uma vez que é um serviço para

psicóticos. Assim, a presença de várias deficiências torna o cliente não apto para o “programa”, sendo o critério de exclusão o hegemônico, pois a premissa de política pública aplicada durante décadas somente leva em conta “um” problema.

O contexto que engloba a Política Pública de Saúde Mental

Consoante com distintas experiências de reforma da assistência psiquiátrica no mundo ocidental, e as sugestões da OPAS, presentes na Carta de Caracas, o Ministério da Saúde, a partir da década passada, estabelece a nova política de saúde mental, que redireciona progressivamente recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo de base comunitária. Deste modo, incentiva-se o surgimento de serviços em saúde mental de atenção comunitária, pública, de base territorial, e em paralelo, determina-se a implantação de critérios mínimos de adequação e humanização do parque hospitalar especializado (BRASIL, 2008).

A OPAS, a OMS e a ONU realizaram grupos de trabalho, encontros e documentos, cuja inspiração concentra-se em um projeto de lei. A ONU, na declaração aprovada na Assembleia Geral de 17 de dezembro de 1991, adota princípios para a proteção de pessoas com TM e para a melhoria da assistência à saúde mental, além de solicitar à Secretaria Geral que inclua alguns princípios na próxima edição do documento sobre Direitos Humanos, conferindo ampla divulgação a este. Em síntese, destacam-se algumas das recomendações: proporcionar tratamento na atenção primária; garantir o acesso aos psicoterápicos; Educação em Saúde para a população; envolver as comunidades, as famílias e os usuários; estabelecer políticas, programas e legislação nacional; monitorizar a saúde mental na comunidade e dar mais apoio à pesquisa (OMS, 2001).

Na leitura do quadro 1 abaixo que retrata a evolução da assistência psiquiátrica e dos modelos de atenção a saúde mental no Brasil pode-se melhor compreender a passagem do modelo hospitalar/manicomial para o padrão de base comunitária/territorial, que favorece o fortalecimento e implementação de estratégias em redes sociais, nas quais se beneficia o desenvolvimento de habilidades pessoais do indivíduo para lidar com o problema.

Quadro 1: Assistência Psiquiátrica – Modelos de Atenção

Período	Pressupostos	Serviço
Até os anos 70	Preventivismo Especialização	Simplificado Hospícios
Anos 70 – 80	Especialização	Hospícios ou AMB
Anos 80 – 90	Setorização Racionalidade Regionalização Hierarquização Intensidade	Especializados Porta de entrada Rede serviços regionais Referência / contra-referência
Anos 90	Território Diversificação Complexidade	Responsáveis regionais Único / integral Rede social
Tendência no ano 2000	Inversão modelo Cidade saudável	PSF / PACS Sem serviço Internação domiciliar

Fonte: Alves (2001).

No Brasil, o modelo - ainda hegemônico - utilizado na assistência aos usuários com transtornos psíquicos severos é o biomédico, acrescido de instrumentos inovadores, como o atendimento familiar, as atividades terapêuticas em geral. Essa prática produziu uma cultura manicomial marginalizadora, excludente, que é assegurada pelas instituições formadoras de profissionais de saúde e permeia o imaginário, não só trabalhadores de saúde, como também dos próprios usuários, de suas famílias e da sociedade civil em geral.

Nos anos 1980 houve um movimento marcado por intensos questionamentos, relativos ao caráter iatrogênico e cronificador, e de exclusão social, do hospital psiquiátrico. O movimento, a Reforma Psiquiátrica, proposto no País tinha outra perspectiva sobre as partes constitutivas do processo de trabalho dos profissionais de saúde - este ia além da dimensão biológica da doença mental, com a finalidade de recuperar os indivíduos (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Na atualidade o atendimento é realizado nos centros de atenção psicossocial, serviços residenciais terapêuticos (SRTs), centros de convivência, ambulatórios e unidades psiquiátricas/hospitais gerais (UPHG). As internações, quando imprescindíveis, ocorrem em UPHG ou CAPS/24h. Os hospitais psiquiátricos de grande porte estão sendo progressivamente substituídos (BRASIL, 2008).

Na realidade de Fortaleza, ambiente desta pesquisa, compete atentar para o teor do quadro 2, retirado de artigo de Andrade et al. (2007), mostrando a implantação dos dispositivos da RASM até 2006 e os previstos para 1º semestre de 2007, que estavam sendo estruturados.

Quadro 2 - Relação da Implantação dos Serviços na Rede Assistencial de Saúde Mental de Fortaleza

SERVIÇOS	ANO	2004	2007
CAPS Geral		03	06
CAPSad		00	06
CAPSi		00	02
SRT		00	02*
SRHad		00	01*

Fonte: Coordenação Colegiada de Saúde Mental, 2006.

Faz-se necessário enfatizar a noção de que esta substituição não deve ocorrer apenas no plano estrutural, ou seja, os profissionais de saúde e de educação, bem como a população, de um modo geral, deve se despir de preconceitos e acolher esses indivíduos em seu convívio social de modo não excludente.

O Governo brasileiro objetiva reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos bem como, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar - CAPS, SRTs e UPHG; incluir as ações da saúde mental na atenção básica; implantar o programa "De Volta Para Casa"; manter um programa de desenvolvimento de recursos para reforma psiquiátrica; promover direitos de usuários e familiares, incentivando a participação no cuidado; garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator e avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/ Psiquiatria (BRASIL, 2008).

Na proposta do novo cuidado inscrito nos serviços substitutivos em saúde mental, sabe-se da importância que deve ser dedicada à produção de relações interpessoais no espaço intra e extrainstitucional. A esse respeito, Nunes, Jucá e Valentim (2007) escrevem que, dessa forma, as terapias fugiriam do alvo medicamentoso exclusivo, ou preponderante, para o sujeito ganhar destaque como

participante principal no tratamento, sendo a família também incluída como a gente fundamental do cuidado.

Nesta linha, inscrevem-se algumas práticas mediante as quais se consolidam as redes sociais, permitindo que as pessoas encontrem ajuda para si no seu meio de convívio familiar e comunitário, utilizando-se, portanto, dos próprios recursos e favorecendo uma troca mais igualitária com o sistema institucionalizado. A ativação das redes favorece as pessoas experimentarem o sentimento de solidariedade, e diminuir o de abandono, além de possibilitar a busca e a obtenção de ajuda de toda espécie. A presença da família ou dos membros da comunidade favorece, com efeito, a reorientação de interesses e o desenvolvimento de novas motivações para a reinserção social.

3.4 O Centro de Atenção Psicossocial

A rede de serviços de saúde está composta por serviços públicos substitutivos de saúde mental, interligados aos demais serviços públicos de saúde, bem assim a dispositivos, equipamentos e recursos da comunidade, dentre os quais se destaca o CAPS.

Os CAPS no Brasil acumulam experiência de mais de dez anos de existência como fatores decisivos na história recente para um substancial incremento e para a relativização do papel (ainda) hegemônico dos hospitais psiquiátricos na atenção em saúde mental. Este serviço deve garantir às pessoas que a ele são referenciadas ou que espontaneamente o procuram o acolhimento às suas demandas singulares, de um modo particular conforme cada situação, consoante suas necessidades (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

Abordando a lógica de funcionamento e estrutura dos CAPS, o Ministério da Saúde, em seu sítio na internet, garante existir até agosto do ano de 2004, apenas 546 CAPS em todo o País, dos quais 441 eram destinados aos adultos com todos quadros mórbidos, especialmente psicoses (64 eram para álcool e drogas e 41 para

crianças e adolescentes). Outra estatística ressaltava ter ocorrido um salto no número de atendimentos nesses dispositivos de 389 mil em 2002, para 3,7 milhões em 2003. Com o novo modelo de CAPS, no entanto, têm-se no Brasil 1.291 CAPS e irão ser implantados 50 novos CAPS.

Na realidade de Fortaleza, a Coordenação Municipal de Saúde Mental reúne esforços na ampliação da rede de CAPS. Em 2005, foram reformados prédios, contratados profissionais e discutida a política a ser adotada. Hoje, funciona um CAPS geral em cada “regional” da Cidade (sendo o Município dividido em seis “regionais”), atendendo pacientes oriundos de internações psiquiátricas. Além dessas seis unidades, há dois CAPS i, e outros cinco CAPS AD, destinados a usuários de álcool e droga (FORTALEZA, 2009).

De acordo com Andrade et al. (2007) os pressupostos apresentados na Política de Saúde Mental do Município de Fortaleza preveem os seguintes eixos organizativos: ampla rede de serviços de saúde mental regionalizados, desde a atenção básica até os hospitais gerais, em parceria com a sociedade civil; incentivo a projetos de geração de renda e economia solidária, com o intuito de promover inclusão social; e apoio aos espaços intermediários da comunidade e os serviços que deem suporte a questões psicossociais da população.

O primeiro CAPS do País surgiu em março de 1987, com a inauguração do CAPS Luis da Rocha Cerqueira, na cidade de São Paulo. Este juntamente com os núcleos de atenção psicossocial (NAPS), inaugurados em 1989, em Santos, constituíram a referência obrigatória para a implantação de serviços substitutivos ao manicômio no Brasil (ONOCKO CAMPOS; FURTADO, 2006).

Os CAPS foram concebidos inicialmente como serviços comunitários regionalizados, de abrangência populacional definida, como referência para as demandas em saúde mental desta população (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008). Estes configuram-se como serviços comunitários ambulatoriais e regionalizados, nos onde os pacientes deverão receber consultas médicas, atendimentos terapêuticos individuais e/ou grupais, podendo participar de ateliês abertos, de atividades lúdicas e recreativas promovidas pelos profissionais do serviço, de maneira mais ou menos intensiva e articuladas em torno de um projeto terapêutico individualizado voltado

para o tratamento e reabilitação psicossocial, devendo também haver iniciativas extensivas aos familiares e às questões de ordem social presentes no cotidiano dos usuários (ONOCKO CAMPOS; FURTADO, 2006).

Os CAPS diferenciam-se em seu perfil de clientela, tendo sido criados para atender a pessoas com demandas em saúde mental em geral, mas também se voltam a clientelas específicas, como dependentes de álcool e outras drogas (CAPS AD) e às crianças e adolescentes (CAPS i), serviços estes preconizados no processo de uma reforma psiquiátrica.

Nos Caps, os pacientes são assistidos em regime de atenção diária. Há atendimentos individuais, coletivos, e oficinas terapêuticas. Uma equipe multidisciplinar – formada por enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, psiquiatra, farmacêutico, auxiliar de enfermagem e artista – trabalha no sentido de garantir o correto tratamento clínico, desenvolver a autonomia dos pacientes, despertar o exercício da cidadania e fortalecer o vínculo dessas pessoas com a comunidade. (FORTALEZA, 2009).

A condução da Coordenação Municipal em Fortaleza está em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental, buscando a redução progressiva e gradual dos leitos em hospitais psiquiátricos e a garantia da assistência aos pacientes oriundos dos hospitais, além da criação e sustentação de rede extra-hospitalar voltada para defesa e promoção dos direitos humanos dos pacientes e de suas famílias (FORTALEZA, 2009).

De acordo com Gentil Filho (2007), trata-se de uma rede de serviços que não visa à ampla prevenção secundária psiquiátrica: é basicamente voltada para o acompanhamento por equipe multiprofissional a um determinado grupo de pacientes, numa variedade de doenças. Trabalha com reabilitação para dar atendimento substitutivo da hospitalização, o que é importante, mas não faz prevenção secundária dos principais transtornos mentais (como depressão, pânico, fobias, transtorno obsessivo-compulsivo, ou transtorno bipolar maníaco-depressivo). Dificilmente é acessado o dispositivo CAPS, ou por que as pessoas não precisam, ou não procuram, ou não aceitam o tipo de atendimento oferecido.

Contraditoriamente retrocitado autor, acredita-se que a implantação de CAPS venha servir como centro para coordenar um programa especializado de

prevenção em saúde mental, trabalhando em parceria com as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), assumindo o propósito de garantir o atendimento extra-hospitalar de qualidade aos usuários com transtornos mentais (bem como à sua família); além de poder contribuir para com a saúde de uma forma mais integral, promovendo o acesso ao trabalho, lazer, direitos civis e o fortalecimento dos laços familiares e sociais.

Os problemas relacionados à saúde mental da criança aparecem de forma bastante prevalente na atenção primária, não estando confinados aos consultórios especializados. Assim, cabe aos pesquisadores acadêmicos divulgar esta situação, pois estão em centros universitários e detêm o conhecimento suficiente acerca da distribuição dos problemas de saúde na comunidade (HALPERN; FIGUEIRAS, 2004).

Com efeito, os CAPS assumem especial relevância na realidade das novas práticas em saúde mental no País, configurando-se como dispositivo tornado estratégico para a reversão do modelo hospitalar, por quanto constituem uma estrutura alinhada aos princípios que norteiam os demais serviços de saúde pertencentes ao SUS: compõem-se de uma instituição própria, inserida na gestão pública, buscando garantir acesso, integralidade e resolutividade na atenção prestada, acolhendo diariamente (em alguns casos, diuturnamente) uma clientela constituída de pessoas com transtorno mental grave (e respectivos componentes familiares) por uma equipe multiprofissional (ONOCKO CAMPOS; FURTADO, 2006).

Os CAPSi, de acordo com Durman et al. (2005), são unidades de saúde que possuem uma população restrita, definida pelo nível local, e que se prestam ao atendimento de cuidados intermediários ao regime ambulatorial e hospitalar por equipe multiprofissional. A assistência prestada ao usuário do serviço inclui: atendimento individual (medicamento, psicoterápico, orientação etc.), atendimento grupal (psicoterapia, oficinas terapêuticas etc.) e visitas domiciliares com atendimento familiar.

Considerando a aproximação entre a saúde coletiva e a mental uma necessidade para a formação de um campo interdisciplinar de saberes e práticas, a escolha do CAPSi para a realização deste estudo encontra respaldo em outras

pesquisas, como, por exemplo, a realizada por Onocko Campos e Furtado (2006), que reconhece no CAPS um potencial gerador de subsídios para a Reforma Psiquiátrica Brasileira e, ao mesmo tempo, impulsiona um novo território de pesquisa no âmbito das políticas públicas e de avaliação de serviços de saúde.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Esse estudo combinou técnicas e instrumentos quantitativos de coleta e análise de dados com outros da metodologia qualitativa, procedimento próprio à Análise de Redes Sociais - ARS (HANNEMAN, 2001; FREEMAN, 2000). É a flexibilidade do conceito que permite combinar os resultados quantitativos da ARS com outros métodos qualitativos.

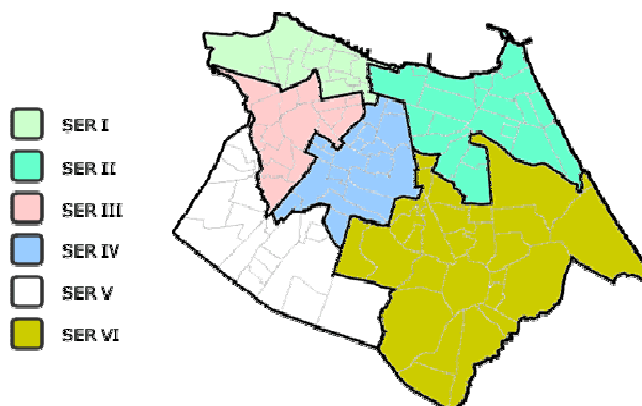
A dimensão quantitativa, dentre outras possibilidades, permite determinar a estrutura e, por conseguinte, estabelecer os limites de possibilidades de atuação dos dispositivos/indivíduos que formam parte de uma rede social.

Na abordagem qualitativa, põe-se foco na função das redes sociais, realizando pesquisa por meio de metodologias compreensivas e interpretativas que visam a descrever os benefícios dos arranjos em rede. Trata-se de assumir em análises a idéia de que as redes sociais são, em essência, dinâmicas. Tudo o que é invisível à análise estática, ou seja, as relações de trocas que estão acontecendo e as mensagens/informações que se transmitem, é o que se sobressai importante de saber nos estudos das redes sociais.

Os dados foram coletados nos dois centros de atenção psicossocial a criança e ao adolescente de Fortaleza, no período de agosto a setembro de 2009. As visitas aos locais da pesquisa foram possibilitadas mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde, consentimento das “regionais” e agendamento com os CAPSi.

Faz-se necessário informar que Fortaleza, Ceará, tem sua força administrativa descentralizada em seis secretarias executivas regionais (SER I, II, III, IV, V e VI) – que dividem a Cidade em igual número de regiões e têm papel executivo das políticas setoriais. O CAPSi III destina-se ao atendimento de clientes que moram nas SERs I, III, V (números ímpares) e o CAPSi IV aos clientes que moram nas SERs II, IV, VI (números pares) (figura 1).

Figura 1: Mapa de Fortaleza – divisão em secretarias executivas regionais.



Fonte: <http://cmsf.sms.fortaleza.ce.gov.br/imagens/layout/mapasCMSSERS.gif>. Acesso em: 10 mar 2010.

A divisão de Fortaleza em regiões administrativas denominadas de secretarias executivas regionais tem o propósito de executar as políticas setoriais e, de forma articulada, definir prioridades, estabelecer metas específicas para cada grupo populacional, prestando serviços articulados em uma rede de proteção social (ANDRADE, 2006).

Foram considerados na investigação o acesso, e a disposição dos profissionais para darem seus depoimentos, de maneira que compuseram *corpus* as entrevistas de onze informantes, assim distribuídos: CAPSi III - dois psicólogos, duas enfermeiras, um psicopedagogo, uma técnica de enfermagem, uma médica/psiquiatra e uma assistente social; CAPSi IV - um psicólogo, uma terapeuta ocupacional e uma enfermeira. Nos dois CAPSi, foram acessadas as coordenadoras do serviço. Pelas mesmas razões, os familiares cuidadores, informantes na pesquisa, totalizaram dezoito - sendo nove do CAPSi III e nove do CAPSi IV.

O acesso aos gestores e profissionais, bem como aos componentes familiares das crianças assistidas no CAPSi foi favorecido por visitas à instituição, mediante prévio consentimento. A coleta de dados foi realizada por meio da entrevista individual (APÊNDICE B e C, respectivamente).

Os dados de predomínio quantitativo, que possibilitaram produzir os mapas das características estruturais da rede na cidade de Fortaleza (quantos são os

dispositivos, quais são, onde estão e como se articulam os nós), foram coletados por meio de um instrumento estruturado (APÊNDICE A), aplicado às fontes documentais (relatórios institucionais e documentos de *internet* - de *sites* oficiais), sendo complementados pelas entrevistas aplicadas aos gestores e profissionais do CAPSi.

O apoio social percebido foi analisado tendo-se em mente o tipo e o grau de satisfação com o apoio disponibilizado pela rede, com ênfase naqueles que favorecem a inserção social das crianças com TM. O questionário gerador de nomes e qualificador de relação foi adaptado de Silva (2003) e aplicado aos usuários do CAPSi, exatamente aos membros familiares cuidadores principais de crianças com TM (APÊNDICE C). Mencionado instrumento é denominado gerador de nomes porque, no primeiro momento, se direciona ao levantamento, junto a cada ator, dos nomes das pessoas que fazem parte de suas redes sociais. É qualificador da relação por permitir tipificar o apoio percebido: se material, informacional ou emocional.

Dando continuidade à análise do apoio social percebido pelos componentes familiares cuidadores, utilizou o modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF) (APÊNDICE C). A utilização da CIF justifica-se pelo fato de esta oferecer um modelo estrutural sobre as dimensões relativas aos fatores ambientais que envolvem a criança e o membro familiar cuidador, facilitando assim a correlação entre os dados.

A CIF é um modelo de classificação de componentes da saúde, que possibilita aos investigadores desenvolver inferências causais utilizando métodos adequados (OMS, 2003). Apresenta a proposta de uma linguagem unificada e padronizada, sendo uma taxonomia universal recomendada pela OMS. A CIF apresenta uma descrição baseada em domínios descritos com base na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade, em duas listas básicas: a primeira delas é denominada “funções das estruturas do corpo” e a segunda “atividades e participação”. Esta oferece a apreciação de dados até então pouco explorados, como, por exemplo, apoio e relacionamentos, dentro da taxonomia de fatores ambientais, que facilitam a compreensão do fenômeno que envolve a criança com transtorno mental.

Na fase qualitativa, foi dada voz aos profissionais e aos gestores, dentro de objetivos especificados. Os cuidadores tiveram a oportunidade de conceder seu depoimento acerca da satisfação com o apoio proveniente da rede e a participação das famílias nos CAPSi, observando elementos que facilitam e os que dificultam acesso ao serviço.

Os dados quantitativos relativos às variáveis relacionadas aos aspectos sociodemográficos, como idade, gênero, bem como por intermédio de variáveis referentes ao tratamento, às condições clínicas atuais dos pacientes e ao apoio social disponível, foram submetidos à Estatística descritiva, utilizando-se o *software* SPSS, versão 14.0. Os resultados foram expressos por meio de tabelas, posteriormente discutidos e interpretados com base na literatura específica.

Dentro da visão do método qualitativo, torna-se imperativa a possibilidade de se captar a forma como as pessoas realmente se sentem em relação a qualquer tipo de situação. E, neste estudo, foram utilizados os discursos para reconstituir o universo de representações feitas pelos familiares e profissionais do CAPSi.

A técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) foi, pois, aplicada na organização dos dados qualitativos, conforme as suas fases descritas em Lefèvre e Lefèvre (2005). Trata-se de uma forma de representar a opinião coletiva por meio de uma série de discursos, pensamentos, ideias ou posicionamento sobre um dado tema presente em certa formação sociocultural. Como estratégia metodológica, visa a tornar mais clara a expressão de uma determinada “figura”, ou seja, a representação social sobre um fenômeno vivenciado.

A título de sustentação teórica, quando a técnica tende a afirmar o pensamento individual como representação do que pensa a coletividade, os autores expressam o pensamento coletivo como se tratando da presença internalizada na reflexão de cada um dos membros da coletividade, de esquemas sociocognitivos ou de pensamento socialmente compartilhado. Para obter o pensamento coletivo, é preciso, portanto, convocar os indivíduos, um a um, que exporão seu pensamento social internalizado, livre de pressão psicossocial do grupo. O conjunto dessas individualidades opinantes pode representar, sociologicamente, uma coletividade.

A despeito dos passos da técnica, descritos por Lefèvre e Lefèvre (2005), no primeiro momento, as entrevistas foram gravadas e transcritas para serem agrupadas e tabuladas.

Na prática, no primeiro passo, as respostas dos sujeitos à questão número um foram transcritas literalmente em peça denominada “Instrumento de Análise de Discurso 1” (IAD 1) e, do mesmo modo, as respostas à questão 2 no instrumento IAD 1 e assim todas as outras questões, de modo que cada instrumento consta de um quadro com duas colunas, sendo a primeira disposta “Expressões-Chaves” (ECH) e a segunda, as “Idéias Centrais” (IC). O conjunto dos depoimentos compôs as “Expressões Chaves” (ECH). Assim, cabe ao pesquisador ler o conjunto dos depoimentos coletados nas entrevistas, destacando expressões-chave. Para Lefèvre e Lefèvre (2005), as ECH são transcrições literais ou trechos do depoimento que revelam a essência do discurso.

No segundo momento foi a vez de identificar e retirar as ECH partes dos discursos que foram eleitos com o *status* de IC, em que Lefèvre e Lefèvre (2005) abordam a IC, definindo-se como expressão linguística que revela ou mesmo descreve, de forma sintética e o mais fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados.

No terceiro passo, etiquetadas e transferidas para o IAD2, as ICs foram trabalhadas no sentido de agrupá-las em ICs-sínteses, ou seja, reduzindo o mais possível o escopo de análises.

A quarta etapa ocorreu com a “etiquetagem” dessas IC’s, com letras A, B e C etc., assim agrupando-as, de forma que todas as IC’s com a mesma etiqueta se tornassem síntese que denota todas as expressões em conjunto, sendo este o quinto passo.

Na sexta e última etapa, deu-se origem ao Discurso do Sujeito Coletivo, quando as ICs coincidentes foram editadas de um modo que permitiu resguardar uma natureza discursiva e, ainda, sua autonomia como objeto empírico.

Os dados, após serem processados, configuram-se como o DSC de 11 profissionais do CAPSi. Dessa forma, obtivemos três IC’s e respectivos DSC’s para

a primeira questão. Para a segunda, a terceira e a quarta questões duas IC e respectivos DSC's.

Assim, os dados processados se configuram como o DSC de 18 componentes familiares cuidadores de crianças com TM assistidas no CAPSi. Dessa forma foram obtidas duas IC's e respectivos DSC's para a primeira questão, quatro IC's e respectivos DSC's para a segunda.

Todos os quadros elaborados e expostos representam o pensamento coletivo, que equivale a sua explicação ou interpretação. Assim, durante a feitura do DSC, o pensamento foi o de tentar dar sequência para se criar um discurso lógico e agora coletivo. Para realização deste objetivo, foi preciso estar atento ao início, meio e fim, do mais geral para o menos, utilizar conectivos para a coesão do discurso e evitar ideias repetidas e as particularidades, já que se trata agora de um DSC.

Considerando o estabelecido na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, critérios éticos foram obedecidos, de maneira que a fase de coleta de dados tomou corpo somente após serem prestados esclarecimentos acerca do propósito da pesquisa e da conduta ética a ser adotada pelo pesquisador, inclusive para resguardar a privacidade e assegurar total anonimato aos informantes, realizado com o auxílio do "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido". O estudo foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Universidade de Fortaleza, tendo recebido parecer favorável, de nº 267/2009 para sua posterior execução, que obedeceu os princípios bioéticos da pesquisa, *in anima nobili*.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Merhy e Chakkour (2006) enunciaram que debruçar-se sobre um serviço de saúde, buscando analisá-lo como um espaço de ricas trocas de experiências e informações, é abrir-se para a produção da informação como ferramenta analítica. Tal estratégia permite ao pesquisador a compreensão de como agir nos interstícios dos processos instituídos, ao mostrar os “ruídos” do mundo, em especial os ruídos “espontâneos” e “naturais” de situações cotidianas singulares. A pretensão analisadora pode possibilitar aberturas para processos mais transparentes e partilháveis entre seus atores sociais e novos rumos para o serviço.

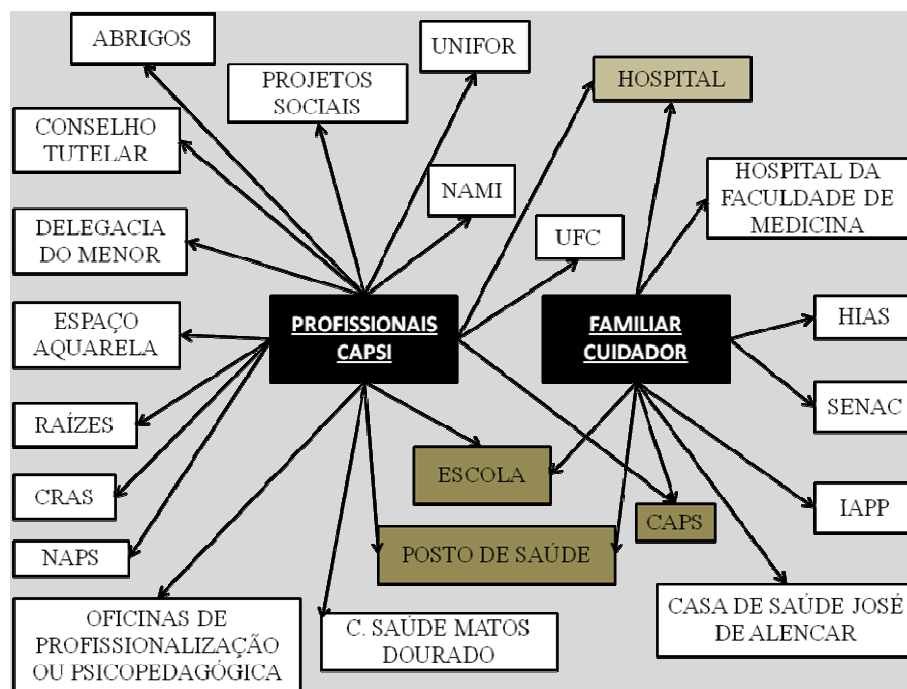
A possibilidade de mapeamento dos dispositivos da rede de assistência em saúde mental infantil com base nos CAPSi de Fortaleza tem, ainda, uma pretensão de dar retorno aos grupos estudados, no sentido de estimular transformações e beneficiamentos da rede que se forma em torno da criança e do adolescente com transtorno mental, bem como de suas famílias.

5.1 Mapeamento dos dispositivos da RASM infantil na cidade de Fortaleza

De acordo com Andrade et al. (2007), a Rede Assistencial de Saúde de Fortaleza está sendo interligada aos demais serviços públicos de saúde e a dispositivos, equipamentos e recursos da comunidade e também formada com serviços públicos de saúde mental substitutivos do hospital psiquiátrico.

A rede de dispositivos apresentada a seguir foi desenhada com suporte na percepção de profissionais dos CAPSi, e dos familiares cuidadores das crianças e adolescentes assistidas. Trata-se da rede percebida, podendo ou não coincidir com a rede real, existente (figura 2).

Figura 2- Mapa da Rede de Assistência em Saúde Mental da Região Metropolitana de Fortaleza, referenciada por familiares cuidadores e profissionais do CAPSi, ago./set. de 2009.



Legenda: RAÍZES/EFAC (Instituto de Desenvolvimento Integrado Raízes – Espaço da Família e da Comunidade); CRAS (Centro de Referência de Assistência Social); NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial); CAPS (Centro de Atenção Psicossocial); IAPP (Instituto de Atendimento e Pesquisa Psicossocial); SENAC (Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial); HIAS (Hospital Infantil Albert Sabin); UFC (Universidade Federal do Ceará); NAMI (Núcleo de Atenção Médica Integrada); UNIFOR (Universidade de Fortaleza).

Foram 22 dispositivos citados, sendo que os profissionais, mais que os usuários, reconhecem quais são os seus parceiros. Importa comentar que a quantidade e a diversidade (em termos de atuação) de dispositivos observados para a rede de serviços sob análise possibilitam inferir um grande potencial a ser explorado, no sentido do acompanhamento (principalmente), mas também da inclusão de crianças com TM em suas redes de sociabilidade primária (família, vizinhança, escola, grupos religiosos etc.).

Em uma leitura mais rasa, poderíamos dizer se está indo ao encontro do que preconiza o Ministério da Saúde quando divulga que a atenção psicossocial deva prever uma rede potencial (de recursos sanitários, sociais, econômicos, culturais,

afetivos, religiosos e de lazer) para permitir a inserção do indivíduo em diferentes espaços, fazendo com que este se ache acolhido e produtivo (BRASIL, 2004a).

Deve-se, todavia – para se falar em potencial real da rede – buscar saber do grau de integração desses dispositivos, do que deriva outro tipo de análise: a que recai sobre a produção e a circulação de informações com essa finalidade.

Outro dado trazido pela Figura 1 alerta para o fato de os dispositivos formais previstos para compor a RASM no Município de Fortaleza não serem em sua totalidade identificados nem mesmo pelos profissionais entrevistados. Dispositivos estratégicos como emergência psiquiátrica, oca de saúde comunitária, serviço hospitalar de referência para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas (SRH-ad), ambulatórios de saúde mental, albergues terapêuticos, serviço residencial terapêutico, dentre outros, não foram lembrados.

Por outro lado, a referência feita a serviços não previstos para compor a rede formal, mas que eventualmente entrou no circuito do atendimento à criança/adolescente com TM, fala da propriedade nata de expansão das redes como um sistema aberto, e que serve para retroalimentar o sistema instituidor, na medida em que esse se abra para reconhecer e ampliar-se por meio da incorporação dos dispositivos já inclusos pela ação de fato.

Os serviços de saúde destacados pelos informantes foram os serviços de atenção primária (Centro de Saúde Mattos Dourado, Casa de Saúde José de Alencar e demais postos de saúde), atenção secundária (Hospital Infantil Albert Sabin, Hospital Walter Cantídio/Faculdade de Medicina e hospitais gerais) e atenção terciária (NAPS, CAPS e NAMI).

Os CAPS e NAPS, desde o início da reforma psiquiátrica, recebem forte investimento e a literatura aponta a considerável reformulação da assistência em saúde mental, objetivando oferecer um tratamento não asilar/hospitalocêntrico e também não excludente. Estes espaços são intitulados de “serviços de atenção à crise” (FERIGATO; ONOKO-CAMPOS; BALLARIN, 2007).

As universidades - UFC e UNIFOR - foram citadas pelos informantes como pontos da rede. A literatura exprime que as universidades desempenham seu papel

em três níveis de atuação: na pesquisa teórica e aplicada, na participação no setor saúde e no ensino. Deste modo, cabe à academia a formação e atualização do conteúdo curricular transmitido aos seus membros. Soma-se a atenção a ser prestada à sociedade, que são necessidades diuturnas, devendo-se produzir respostas técnicas atualizadas para os velhos e os novos problemas em saúde e ambiente (SANTOS; WESTPHAL, 1999).

Em alguns casos, o que profissionais e usuários identificam como dispositivos da RASM podem evidenciar a percepção destes acerca de uma segunda rede social que se entrelaça para tornar efetiva a rede formal no propósito de inserção da pessoa com TM, a exemplo do Conselho Tutelar, Delegacia do Menor, CRAS, oficinas profissionalizantes e pedagógicas, escolas, SENAC, abrigos, projetos sociais, IAPP, Raízes/EFAC e Espaço Aquarela.

No século XVIII, as instituições asilares, que assistiam a pessoa com diagnóstico de doença mental, tinham como princípio terapêutico fundamental o isolamento social. O modelo de atenção psicossocial, proposto pelo Ministério da Saúde, é ancorado em práticas de cuidado integrais fundamentadas na atenção, apoio e reabilitação psicossocial de usuários com TM, sendo uma contraposição ao modelo asilar (TEIXEIRA JUNIOR; KANTORSKI; OLSCHOWSKY, 2009).

Pode-se falar, assim, que a rede analisada tem caminhado, voluntária ou involuntariamente, para o projeto ministerial, em que a intersetorialidade é cobrança de uma lógica globalizada que busca comprometer as sociedades com as causas que lhes dizem respeito, e por meio da junção de áreas como saúde, educação, assistência social e economia. A geração de emprego e renda para as famílias; a criação de infraestrutura ambiental e de lazer, lembrados em Halpern e Figueiras (2004), são intervenção nos fatores de risco e mecanismos de ação que influenciam a saúde mental da criança e do adolescente para além do que a rede em saúde possa de forma isolada produzir.

5.2 O grau de participação do dispositivo CAPSi na RASM, na perspectiva dos gestores e profissionais de saúde mental

Nesta fase, situamos sob análise os dados dos Discursos do Sujeito Coletivo, originados da aplicação das entrevistas a 11 profissionais dos dois CAPS infantis de Fortaleza.

As respostas dos entrevistados à questão de número um – “Fale da estruturação e organização deste CAPSi” – permitiram formular três discursos coletivos correspondentes às IC’s: A) o CAPS está passando por uma reorganização administrativa e de serviço; B) a estrutura é insuficiente e há dificuldade de material; e C) o CAPSi se estrutura de modo a observar o aspecto biopsicossocial do sujeito. Seguem essas IC’s e suas respectivas análises.

Estão envolvidos na composição do discurso da Ideia Central A seis profissionais do CAPSi (sendo cinco da SER III – coordenadora/psicóloga, psicopedagogo, enfermeira, técnica de enfermagem e assistente social e um da SER IV – coordenadora/enfermeira). Nos seus discursos, constata-se ser este momento, para o CAPSi, de transição, pois os dois serviços estão se reorganizando, pois não funcionam exatamente como deveriam. A expressão *“a gente está começando a se reestruturar, se reorganizar”* traduz a representação deste grupo de profissionais.

IC (A) ***O CAPS está passando por uma reorganização administrativa e de serviço.***

DSC

Os CAPSi estão se organizando; não vêm funcionando exatamente como um CAPS deveria funcionar, e não vem sendo feito o que deveria ser feito em um CAPS. As rodas não vinham acontecendo como deveriam acontecer.

Na literatura é tudo muito bonito, mas a realidade é outra. Temos uma equipe multidisciplinar que não vem conseguindo funcionar inter – até porque faltam profissionais, em número de horas. Pelo pouco número de profissionais, a nossa demanda fica reduzida e acabamos não dando resposta efetiva.

A equipe vem trabalhando como se fosse um ambulatório: atendendo, atendendo, atendendo. Tem pacientes aqui no CAPS, hoje, por exemplo, que tem apenas epilepsia e que não são pacientes perfil CAPS. E, infelizmente, nós teremos que chegar para esses pacientes e encaminhá-los para outro serviço. Na maioria das vezes, isso não faz bem ao paciente – que já criou vínculos e acha que a gente não quer mais atendê-los.

Mas, enquanto a gente atende um paciente apenas com epilepsia, tem pacientes que é perfil CAPS: crianças com psicoses, neuroses graves, risco de suicídio, em

situação de violência extrema. Para esses não tem vaga. Nesse sentido, a gente está começando a se reestruturar, se reorganizar.

A organização está baseada no que a prefeitura passa pra gente: nós temos que trabalhar algumas horas em equipe, temos que esquematizar e planejar as atividades, rever o projeto terapêutico do CAPS...

Inicialmente faz-se necessário esclarecer acerca da lógica de funcionamento institucional. Cada CAPS tem uma reunião semanal, que ocorre no formato de roda, em que os funcionários e representantes do conselho local de saúde discutem as estratégias de intervenção no serviço e projetos terapêuticos, bem como são tomadas decisões e feitos encaminhamentos de acordo com as necessidades da equipe. Os coordenadores dos CAPS, dos centros de Saúde da Família, matriciados na rede da atenção básica, e coordenadores de saúde mental das secretarias executivas regionais participam, quinzenalmente, da roda de gestão das SER's (ANDRADE et al., 2007).

A RASM também tem uma roda de gestão, que reúne os coordenadores dos serviços, coordenações de saúde mental das SER's, colegiado de saúde mental, os apoiadores institucionais da RASM e representantes de outras redes que tenham temáticas comuns. Estas reuniões objetivam orientar as tomadas de decisões dos serviços (ANDRADE et al., 2007).

É importante salientar que a integração da equipe do CAPSi deve ser interna entre os membros do serviço e externa entre a equipe, outros serviços e a comunidade, de modo a facilitar a reorganização do serviço e favorecer uma assistência em saúde que esteja de acordo tanto com o previsto pelo Ministério da Saúde e literatura atualizada, quanto para a demanda da comunidade que frequenta estas unidades de saúde.

Durante todas as entrevistas, a definição do que é o paciente com perfil CAPSi esteve presente, o que mostra a preocupação em se manter uma linha de atuação na qual se priorize a assistência a crianças com transtornos graves ou persistentes. O modelo de organização preocupa-se em manter um padrão orientado pela Prefeitura de Fortaleza, que já segue as orientações do Ministério da Saúde, na intenção de evitar equívocos e padronizar estes dispositivos,

nacionalmente, facilitando a troca de saberes e experiências entre os profissionais da área. Segue como preocupação nos serviços estudados, entretanto, o problema da demanda equivocada, o que proporciona uma superlotação no serviço. Com efeito, os profissionais se preocupam em atender toda a demanda que chega até eles; mesmo que seja por meio do encaminhamento dos pacientes (sem o perfil CAPS).

Os atores deste discurso deixam clara a insatisfação com o atual modelo de organização do serviço, uma vez que listam os pontos equivocados, evidenciando-se a consciência destes acerca das mudanças a serem implementadas. Como exemplo, há a equipe multidisciplinar que, apesar da necessidade de funcionar de modo interdisciplinar e da compreensão da importância deste fato, tanto para a organização do serviço como para a evolução do usuário – criança ou adolescente com TM e seus membros familiares – não logra desempenhar este papel de modo satisfatório, ou pela carência de profissionais, ou elevada demanda, ou falta de espaço físico.

Para o cumprimento do papel de profissional de saúde, este deve estar apto a articular responsabilidades, liberdade e compromisso. Não adianta saber e querer ser um agente transformador do contexto de risco no qual seus pacientes estão inseridos, se não se tem a percepção do dever e não se tem poder para acionar os mecanismos de transformação (L'ABBATE, 2006). Os desafios impostos na atualidade destes serviços investigados limitam a ação de seus profissionais, impossibilitando-os de agir em equipe e desempenhar o seu papel com todas as suas potencialidades.

O discurso correspondente a Ideia Central B – “Falta melhorar muita coisa, temos o mínimo de estrutura física” – encontra-se composto dos pronunciamentos de sete profissionais do CAPSi (sendo cinco da SER III – coordenadora/psicóloga, psicopedagogo, técnica de enfermagem, psicólogo e assistente social, e duas da SER IV - psicólogo e terapeuta ocupacional). De modo complementar ao evidenciado no discurso anterior, constata-se a insatisfação dos profissionais com a estrutura do CAPSi, no que diz respeito a espaço físico, carência de recursos materiais, número de salas (para atendimento individual e de grupo) e de profissionais. Eles destacam a necessidade de mudanças, como se observa na

seguinte expressão: “No CAPS infantil, a estrutura hoje é insuficiente, precisa melhorar muita coisa”.

IC (B)	<i>A estrutura é insuficiente e há dificuldade de material</i>
DSC	
	No CAPS infantil, a estrutura hoje é insuficiente; e de espaço física nós temos o mínimo, necessitando de mais salas.
	A gente se divide no espaço que tem: as salas são disponibilizadas por rodízio, com exceção das salas das médicas. Temos a sala de grupo e as salas menores, que às vezes tem grupos pequenos. Tem dias que nós fazemos triagem em locais não apropriados, porque não têm sala.
	O espaço físico também precisa ser maior, por causa da clientela: as crianças. Às vezes, queremos fazer uma atividade diferente com as crianças e não podemos.
	Ainda, o serviço é muito precário. A missão é belíssima, mas há dificuldade na parte de material. No dia a dia, a gente lida com dificuldades, precisando melhorar muita coisa: o material de trabalho, a organização profissional e as salas.

O discurso é bastante centrado nas principais deficiências do serviço. Os profissionais chegam a exemplificar cada uma destas – informação confirmada pela pesquisadora, ao realizar as visitas de campo, com registros em diário da dinâmica do serviço. O número de salas é reduzido, o espaço não foi idealizado para o CAPSi, sendo, nos dois casos (SER III e SER IV), antigas residências, alugadas pela Prefeitura de Fortaleza para o funcionamento destes dispositivos, onde também o espaço é adequado para depósito de material. Há queixa, ainda, em relação à carência de material (terapêutico), de trabalho, parte tendo sido comprada com verba da Prefeitura, ou recebida por doação de empresas e membros da comunidade.

Para que a rede de cuidados em saúde mental tenha uma articulação efetiva, é imprescindível remover dificuldades como falta de recursos humanos, de medicação de uso contínuo, de materiais para desenvolvimento de oficinas, de automóvel para realização de visitas domiciliares e carências na qualificação dos profissionais da rede. Impõem-se esses pontos tratados emergencialmente pela gestão municipal (TEIXEIRA JUNIOR; KANTORSKI; OLSCHOWSKY, 2009).

Ferigato, Onoko-Campos e Ballarin (2007) assinalam que, para o atendimento à crise dentro da saúde mental, são necessários aspectos básicos da infraestrutura institucional. Entre eles, são citados: recursos financeiros e materiais para um funcionamento adequado; condições arquitetônicas antimanicômias, que

proporcionem um ambiente humanizado; e recursos humanos, que favoreçam uma equipe interdisciplinar – constituída no mínimo por psiquiatra, enfermeiro e auxiliar/técnico de enfermagem, psicólogo, terapeuta ocupacional e assistente social; além da equipe de suporte (administrativo, limpeza e segurança).

A literatura retrata as condições necessárias à execução do plano terapêutico dentro dos serviços de saúde mental. Na realidade dos dispositivos investigados, tais carências materiais estão sendo sanadas por iniciativa pública e privada – doações. No que diz respeito aos recursos humanos – em número e qualificação – os informantes estão insatisfeitos, uma vez que a demanda para o CAPSi em Fortaleza se concentra nestes dois serviços, e seus profissionais não conseguem dar uma resposta efetiva a todo esse público. É importante que estes profissionais sejam capacitados e treinados para exercer esta função, dada a complexidade, já relatada, dos usuários.

O discurso correspondente à Ideia Central C – “O CAPSi se estrutura de modo a observar o aspecto biopsicossocial do sujeito” –, contém a representação de um grupo composto por sete profissionais do CAPSi (sendo quatro da SER III - enfermeira, técnica de enfermagem, psicólogo, psiquiatra, e três da SER IV - psicólogo, terapeuta ocupacional e coordenadora/enfermeira). Pode-se inferir deste discurso como se organiza o serviço no que diz respeito à missão, aos atendimentos e à equipe.

IC (C)	<i>O CAPSi se estrutura de modo a observar o aspecto biopsicossocial do sujeito</i>
DSC	

O CAPSi se estrutura dentro de uma equipe multiprofissional, que observa o aspecto biopsicossocial do sujeito.

Tem por finalidade atender às crianças e aos pais (pessoas totalmente fragilizadas). Não foi criado para internação, mas para as crianças ficarem com as famílias.

Na perspectiva psicossocial, tem atendimento clínico direcionado à criança, a família, aos grupos de pais e demais familiares. Nesse sentido, a nossa equipe é muito comprometida e trabalha em conjunto visando o bem estar do paciente.

Temos uma reunião de supervisão semanal, onde todos os profissionais participam. Todos os que tenham a capacidade de estar colocando alguma questão. O assunto vai desde questões burocráticas até o plano terapêutico de um paciente.

A idealização do dispositivo CAPSi privilegiou a missão, o perfil de pacientes e a terapêutica a ser desempenhada. Para isso, estipulou-se quais seriam as categorias profissionais que viriam a compor esta equipe multiprofissional para assistir o usuário do serviço de modo holístico, respeitando os aspectos biopsicossociais, que são facilmente identificados nos discursos. O CAPSi tem a finalidade de atender tanto o público infantil quanto os componentes familiares cuidadores, objetivando a inserção social, dando suporte à família, por serem pessoas fragilizadas por este fenômeno e indispensáveis.

Tendo a família um importante papel para que a criança e o adolescente aprendam a se relacionar com o mundo, o apoio social a ser fornecido a esta deve cobrir aspectos materiais, emocionais e informacionais que possibilitem o fortalecimento destes indivíduos para que eles consigam lidar com o sofrimento de seus parentes com transtorno mental.

As famílias ensinam às crianças como se aproximar e se relacionar com as pessoas, resolver problemas e traçar metas, assim como administrar as tensões entre desejos individuais e expectativas sociais. A resiliência que surge na família dentro na ambiência da saúde mental pode advir de processos de proteção que englobam quatro principais funções: (1) reduzir o impacto dos riscos; (2) reduzir as reações negativas que expõem o indivíduo à situação de risco; (3) estabelecer e manter a autoestima por meio de relações seguras de apego e o cumprimento, com sucesso, de tarefas; e (4) criar oportunidades para reverter os efeitos do estresse (REGALLA; GUILHERME; SERRA-PINHEIRO, 2007).

Conforme a normatização do Ministério da Saúde, os CAPS devem voltar a sua assistência buscando estratégias para reaver a potencialidade dos indivíduos em sofrimento psíquico. Para tanto, pode contar com abordagens vocacionais, educacionais, sociais e recreacionais, visando a restituir da melhor maneira possível a autonomia do indivíduo na sociedade (BRASIL, 2004b).

De modo complementar, Teixeira Junior, Kantorski e Olschowsky (2009) assinalam que, segundo o novo paradigma de cuidado em saúde mental, os CAPS devem incorporar variadas atividades na prática cotidiana, envolvendo os usuários do serviço conforme as suas afinidades e necessidades. Este é fato positivo

encontrado nos serviços investigados, que ressaltam um cuidado individualizado e humanizado, com valorização do usuário (crianças, adolescentes e familiares cuidadores).

As respostas dos entrevistados à questão de número dois – Como se dá a dinâmica de assistência desta clientela, desde a chegada, até a alta do paciente? – permitiram constituir dois discursos coletivos correspondentes às IC's: A) o paciente perfil CAPSi passa pelo acolhimento, triagem e acompanhamento individual e em grupo; e B) o CAPS infantil atende transtornos mentais, como também atende ao público AD. Seguem essas IC's e suas respectivas análises.

O discurso equivalente à Ideia Central A, da segunda questão, compõe-se dos depoimentos dos onze profissionais do CAPSi (sendo oito da SER III – coordenadora/psicóloga, enfermeiras, psicopedagogo, técnica de enfermagem, psicólogo, psiquiatra e assistente social, e três da SER IV – psicólogo, terapeuta ocupacional e coordenadora/enfermeira). As falas retratam o percurso do paciente perfil CAPSi no serviço, desde o acolhimento, passando pela triagem e acompanhamento individual e em grupo, junto à família.

IC (A) ***O paciente perfil CAPSi passa pelo acolhimento, triagem e acompanhamento individual e em grupo.***

DSC

A dinâmica é diária, funciona de oito da manhã até as cinco da tarde, o paciente pode vir espontaneamente ou ser encaminhado.

Atuando dentro da atenção psicossocial das mais diversas áreas do paciente/usuário, a gente faz um acolhimento - na sala de espera, escuta o problema e vê se é caso para o CAPS ou não. Se for, deverá passar por uma lista longa de espera, ou dependendo da gravidade, se for urgência, a gente encaminha logo para o psiquiatra.

O acolhimento é, assim, o primeiro passo, e o mais importante de todos. É feito pelos profissionais de nível superior. Há uma escala onde, todo dia, tem uma pessoa responsável: os assistentes sociais, os terapeutas ocupacionais e a enfermagem. Porém, a recepção, o porteiro, a auxiliar de limpeza pode está acolhendo, dando uma informação para eles (paciente e familiar) irem para a recepção, dar o nome e de acordo com o caso, ele possa vir a ser assistido.

Na seqüência há a anamnese/triagem, nós avaliamos cada caso, e a partir daí nós vamos escolhendo o plano terapêutico, onde será trabalhado o distúrbio de cada um. No primeiro momento a gente vê o que o paciente precisa e depois encaminha para outras atividades, ou retira das que vimos não se adequar.

Ele entra no CAPS sendo acompanhado no que for preciso, como psicólogo, terapia ocupacional, grupos, etc. A gente trabalha com atendimentos individuais pertinente a cada classe profissional, especialmente para os casos mais delicados. E os atendimentos de grupo, que podem ser divididos por diagnóstico - álcool e droga,

hiperatividade, ansiedade, depressão - ou por idade - de 4 a 6, de 7 a 10, ou adolescentes. Normalmente, funcionam com dois profissionais – sempre um dando suporte ao outro, sendo que os dois coordenam o grupo. São grupos fechados. Pessoas que passam pela nossa avaliação são inscritas, e o grupo não muda.

Os casos do CAPS são pessoas com transtornos graves e persistentes e que devem se tratar com medicamentos, psicoterapias e outras coisas. Se não está dentro do perfil CAPS, fazemos o devido encaminhamento para outro tipo de atendimento.

Também há os atendimentos em visitas domiciliares e institucionais, tanto nos hospitais quando é necessário, quando eles se internam, como na escola.

Aqui temos casos intensivos, semi-intensivos e não intensivo, são os graus de classificação dos pacientes, de acordo com o número de atendimentos que ele tem por mês. Os intensivos têm até 22 atendimentos por mês, os semi-intensivos até 12 e os não intensivos até três. Por exemplo, digamos que o paciente venha para uma consulta com a psiquiatra, antes ele passa pela enfermagem - vê o peso, a pressão arterial e a temperatura. Como esse paciente passou pelas duas categorias, são considerados dois atendimentos.

A rede preocupa-se em tratar toda família e ao detectar o problema encaminhá-la para benefícios. A assistente social acompanha a família e a criança para ver qual abordagem se enquadra na parte social de orientação.

A terapeuta ocupacional tem grupos mistos, é como um “Ambiente Terapêutico”, bem como o de “Resgate de Auto Estima” e o grupo de terapia comunitária - que acontecem extramuros.

Em síntese, a abordagem envolve o paciente e o familiar com avaliações, consultas ambulatoriais com médicos, atendimentos individuais e de grupos, apoio psicológico, terapia comunitária, trabalhos de educação e saúde, palestras e capacitações, visitas domiciliares e institucionais, atividades esportivas, oficinas produtivas com os familiares, passeios semestrais ou festinhas.

Se não tem o perfil do CAPS a gente faz o encaminhamento para o serviço adequado de referência – outros serviços que são especializados em psicologia...

Nas reuniões de profissionais, percebemos alguns casos que são somente a falta da educação, e isso não é caso para o CAPS.

A gente vai encaminhando conforme avaliou, mas sempre deixando o contato, caso haja alguma modificação no comportamento da criança, ou qualquer outro viés para procurar a gente.

Nesse discurso, a representação social dos atores entrevistados encontra-se focada na demanda de pacientes para o CAPSi, espontânea ou por encaminhamentos. Nos casos de encaminhamentos, ressalta-se o papel das redes de suporte formal, em que diferentes dispositivos em comunicação favorecem tanto a referência do paciente como também a contrarreferência.

Menção foi feita à atenção especializada em saúde mental pelas unidades básica de saúde – de acordo com o risco e a gravidade do caso – possibilitada pela estratégia do apoio matricial. A responsabilização compartilhada nesses casos permite regular o fluxo de usuários nos serviços, o que, para Figueiredo e Onoko

Campos (2009) tem importância, na medida em que os CAPS podem se dedicar àqueles pacientes com transtornos graves e persistentes.

Os dados revelam que especial atenção se concede ao acolhimento do paciente, reconhecendo neste o ponto de partida para o sucesso terapêutico. Denota o DSC que o acolhimento valoriza o usuário. Sobre o tema, Andrade et al. (2007) escrevem que, nos serviços de saúde mental, esta escuta confere maior importância e proporção em termos de garantias da acessibilidade, de humanização da assistência e de estabelecimento de vínculos entre usuários e trabalhadores.

As demais etapas da assistência são anamnese/triagem, em que se estabelecem os objetivos a serem alcançados com aquela criança e sua família, avaliando e reavaliando sempre que necessário; o tratamento, que pode suceder por meio de atendimentos individuais ou em grupo fechado, dentro do serviço ou atividades extramuros; as visitas domiciliares e institucionais que objetivam divulgar o serviço, facilitar a inserção da criança e acompanhar sua evolução. A congruência entre os dois serviços evidencia a busca pela padronização na assistência, como uma ferramenta de organização do serviço.

O Ministério da Saúde orienta, por intermédio da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que as atividades dos CAPS devem contar com grupos, oficinas e atendimentos individuais, buscando a prevenção da cronificação das doenças, possibilitando melhoria nas condições de vida e saúde mediante ações terapêuticas interdisciplinares (BRASIL, 2004 b). Assim, constata-se pelos discursos a observância dos CAPS à lei, retrocitada.

O tratamento farmacológico está previsto no plano terapêutico dos serviços investigados. Importante de questionar nesse ponto deve ser o quanto a decisão por esta modalidade de intervenção não revela ação isolada, quando deveria estar inclusa num protocolo geral que tem foco nas necessidades do usuário e não apenas na eliminação dos seus sintomas. Alguns autores se pronunciam:

Na Saúde Mental, além da redução sintomatológica, a medicação tem o papel de não modificar, por si própria, o curso natural do problema do paciente, mas de estabelecer condição de relação diferente entre o paciente e seu problema, entre paciente e equipe,

paciente e meio ambiente. (FERIGATO; ONOKO CAMPOS; BALLARIN, 2007, p.39).

Outro ponto de reflexão importante lembra a classificação por que passam os sujeitos da pesquisa em função dos diferentes casos assistidos pelo CAPS: são pacientes intensivos, semi-intensivos e não intensivos. Dessa classificação decorrem decisões quanto à pertinência do atendimento da criança pelo serviço, como também a inserção destes nas diferentes atividades terapêuticas.

Ainda, a classificação, que respeita o quadro clínico atual do paciente – “intensivo”, “semi-intensivo” e “não intensivo” – representa um esforço por introduzir uma variável clínica na inevitável rigidez da Portaria ministerial. O intensivo designa aqueles pacientes que necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo os pacientes em acompanhamento frequente, não diariamente, fixado no projeto terapêutico; não intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter frequência bem menor (BRASIL, 2004b).

Um ponto de lucidez se revela na busca profissional por envolver a família no tratamento da criança em todas as fases, como forma de garantir o sucesso terapêutico. Concorde-se, todavia, com a noção de que o serviço ainda não se articula de maneira a que o indivíduo que sofre com transtorno mental se torne sujeito da sua terapêutica, discutindo, junto com a equipe multiprofissional e sua família, os rumos do seu tratamento. Preconiza-se, desta forma, a corresponsabilização da pessoa com TM na manutenção e gestão do cuidado, bem como dos espaços em que o cuidado acontece (TEIXEIRA JUNIOR; KANTORSKI; OLSCHOWSKY, 2009).

A importância dessa posição é valorizada por Figueiredo; Onoko Campos (2009), quando torna possível evitar práticas que levam à “psiquiatrização” e à “medicalização” do sofrimento e, ao mesmo tempo, promover a equidade e o acesso, garantindo coeficientes terapêuticos de acordo com as vulnerabilidades e potencialidades de cada usuário.

Para Degenszajn (2006), vale destacar o evidente questionamento ao atual modelo no campo da saúde, que preconiza uma visão global do paciente. A autora acentua que, na prática da clínica pediátrica, isto não ocorre tão efetivamente como

previsto pelas políticas de saúde, em razão da intensiva tendência à fragmentação e hierarquização dos aspectos biológicos e psicossociais. Isto se manifesta por um reducionismo na abordagem dos problemas surgidos na clínica, que privilegiam os fatores biomédicos, em detrimento do psicossocial.

Ainda referente à segunda questão, têm-se a segunda Ideia Central (B), na qual cinco profissionais (sendo três da SER III – coordenadora/psicóloga e enfermeiras e duas da SER IV - coordenadora/enfermeira e terapeuta ocupacional) discorreram sobre a preocupação com a alta do paciente. Conforme DSC:

IC (B) *O CAPS infantil atende transtornos mentais, como também atende ao público AD*
DSC

O CAPS infantil recebe crianças de quatro até 18 anos incompletos. Atende transtornos mentais, como também atende ao público AD (álcool e drogas) de até 16 anos.

Ao fazer dezoito anos, preocupa-se com a inserção deste paciente para outra atividade extra CAPS, por exemplo: primeiro emprego, escolas preparatórias, marcenaria, carpintaria, e o que conseguirmos encaminhar. Como podem ir para outros CAPS.

A gente tem algumas altas, mas não é de rotina. Cada profissional que atende vai dando a sua alta, ou seja, de acordo com a categoria. A partir do momento em que a gente entra em discussão e chega a conclusão de que o paciente já está começando a ter certa autonomia, os aspectos sociais com a família já estão se resolvendo... A partir daí a gente vai começando a trabalhar essa questão com o paciente.

A gente esta também procurando criar um grupo no qual só se fale de transferência (para a preparação do paciente), e procurando ter uma pessoa de referência na ocasião de transferir o paciente para outro CAPS. Porque, por exemplo, temos uma paciente com 20 anos que cada vez que se tentou fazer a transferência ela entrou em surto.

Do discurso, compreende-se que, mesmo não sendo de rotina, existe certo critério no momento da alta do paciente. Entre eles, destacam-se: o adolescente ao completar dezoito anos, ou o usuário de álcool/drogas, ao perfazer dezesseis anos, podem ser encaminhados para outros serviços destinados a populações com esta faixa etária, bem como para atividades profissionalizantes (extra-CAPS); outra situação diz respeito à alta programada por evolução satisfatória do paciente, caso em que cada profissional percebe o seu momento, de modo que o paciente não é desligado repentinamente do serviço.

Os serviços de atenção psicossocial devem estimular o usuário para viver o “fora”, mostrando-se sempre solidários ao seu retorno em momentos de fragilidade,

estando sempre de portas abertas. A discussão/visão de saída do serviço se faz muito importante, e mostra que o modelo de atenção vigente não está proporcionando a cronificação do usuário, mostrando que a ressocialização é possível e entendida por parte do usuário (TEIXEIRA JUNIOR; KANTORSKI; OLSCHOWSKY, 2009).

Com efeito, o conceito de redes ganha espaço, uma vez que o ambiente social extra-CAPS se deve mostrar acolhedor para estes sujeitos. Ferigato, Onoko-Campos e Ballarin (2007) assinalam ser imprescindível uma rede com tais características – esta pode ser constituída pela articulação da assistência ao paciente com os centros de saúde (quando fora da crise), prontos-socorros e Serviço de Atenção Médica de Urgência, quando necessários.

Destaca-se o fato de que a rede a ser formada não deve se concentrar apenas na dimensão intersetorial – criando articulações entre diferentes secretarias: saúde, esportes, cultura, assistência social etc. – e sim também fortalecer os laços afetivos e sociais. Os autores retrocitados atribuem a esta rede informal os laços em seu próprio território, que incluem a família, os amigos, a comunidade, uma vez que nos momentos, dentro ou fora da crise, estas relações não devem ser rompidas, a não ser em casos de enorme gravidade e necessidade.

Andrade e Vaitsman (2002) acentuam que,

Estando debilitada, a pessoa reduz as iniciativas de trocas com seus contatos pessoais afetivos, fazendo com que aqueles com quem se relacionava na rede também diminuam a sua interação. Isso porque as relações sociais têm por base uma troca, um *quid pro quo* em que se espera que a atenção oferecida seja retribuída na mesma intensidade. (p. 927).

Entende-se que os CAPS investigados vão criando estratégias muito pertinentes para enfrentar sua demanda e carências. Também revela o DSC o quanto de interesse há por parte dos trabalhadores em saúde do CAPSi, a despeito das dificuldades, em dar continuidade ao tratamento. Foi relatada preocupação em criar um grupo de transferência ou de alta, porque se considera crítico esse problema na atualidade do serviço. Profissionais relatam dificuldades por parte do usuário e da família para enfrentar a “passagem”, uma vez que se criaram vínculos

de confiança com os profissionais daquele serviço. Afastar-se, para (re) iniciar novo ciclo, para os usuários, transparece ser prática muito dolorosa, difícil de aceitar.

Compreende-se agir corretamente os trabalhadores, preparando e conduzindo paciente e família na inevitável “passagem”, quando se sabe que a atenção psicossocial tem um compromisso com a (re)inserção social. Os dispositivos de cuidado, nesse contexto, devem sempre buscar romper com as barreiras, questionando e repensando as ações limitantes, estigmatizantes e meramente intervencionistas (TEIXEIRA JUNIOR; KANTORSKI; OLSCHOWSKY, 2009).

Em síntese, os DSC's permitem inferir, com base na representação social de uma parcela dos profissionais dos CAPS'i, que, apesar de o serviço passar por uma reorganização e a estrutura, na atualidade, ser insuficiente, os trabalhadores em saúde do CAPSi acreditam desempenhar papel satisfatório junto a sua clientela, respeitando o aspecto biopsicossocial do sujeito, em sua singularidade.

5.3 Perspectiva dos gestores e profissionais do CAPSi sobre os modos de conceber o que é inserção social

Nesta fase, situamos sob análise os dados dos Discursos do Sujeito Coletivo originados da aplicação das entrevistas a 11 profissionais dos dois CAPS infantis de Fortaleza.

As respostas dos entrevistados à questão de número três – Como o CAPS infantil está se relacionando com a comunidade? – possibilitaram a edição de dois discursos coletivos correspondentes as IC's: A) o CAPSi não tem parcerias formalizadas; e B) a intensa ligação com a comunidade são os grupos. Seguem essas IC's e suas respectivas análises.

O discurso equivalente à Ideia Central A, da terceira questão, foi composto dos depoimentos dos sete profissionais do CAPSi (sendo seis da SER III – coordenadora/psicóloga, enfermeiras, psicopedagogo, psiquiatra e assistente social e um da SER IV - psicólogo). As falas evidenciam a fragilidade da rede assistencial em saúde mental de Fortaleza, pois os profissionais queixam-se da falta de parcerias formalizadas entre o CAPSi e outros serviços que favoreçam um encaminhamento seguro dos pacientes, fato retratado pelo seguinte recorte: *“Muitas vezes a gente recebe pacientes e não sabe bem para onde encaminhar”*.

IC (A) ***O CAPSi não tem parcerias formalizadas.***

DSC

Temos uma parceria informal, mas a parceria formal não tem. Tem uma lista de serviços, onde o pessoal encaminha, mas eu ainda não consegui ver em todos os birôs um documento feito, uma listagem de tudo isso. Vejo que vem do interesse de cada um.

No início do CAPS, fomos a todas as regionais e fizemos um mapeamento para divulgar o projeto para eles. Esse mapeamento é importante para estabelecer parcerias e trabalhar com a comunidade, também. Até porque recebemos muita demanda que não é para este CAPS e não podemos dizer simplesmente que retornem para casa. Muitas vezes, a gente recebe pacientes e não sabe bem para onde encaminhar. Diante do mapeamento, encaminhamos para as terapias complementares, para os projetos, os postos de saúde...

Então, precisa ter uma maior proximidade com outras instituições. Uma vez, fizemos um seminário e convidamos as regionais I, III, V, o Conselho Tutelar, escolas. Neste mostramos a realidade do CAPS, o tipo de atendimento. Fomos bem aceitos, o CAPS estava lotado.

Esse diálogo precisa ser feito, pois, muitas vezes, precisamos encaminhar o paciente e não temos o retorno.

Ainda, conversando com outros profissionais, vejo a necessidade de fazer uma

nova territorialização, pois como está é insuficiente. Esta virá a formalizar isso e ter uma garantia de que a pessoa vai ser atendida e algo será feito pela sua problemática.

Neste discurso, evidenciam-se as dificuldades enfrentadas pela equipe para fortalecer e mobilizar os dispositivos da rede assistencial em saúde mental, problema que poderia ser minimizado com maior proximidade entre instituições, refazendo esse diálogo. Os profissionais queixam-se da falta de parcerias formalizadas, além da carência de propagação, entre todos os profissionais, das possibilidades de encaminhamento já estabelecidas entre os serviços.

O apoio social proporcionado pelas redes remete ao dispositivo de ajuda mútua, potencializado por sua força e integração. No discurso, evidencia-se a fragilidade dessa rede formal, que necessita de um investimento para garantir um cuidado satisfatório aos usuários e aos seus membros. Autores referem-se ao apoio social fornecido pelas redes, como proporcionando aspectos positivos às relações sociais, vindo a compartilhar informações, o auxílio em momentos de crise e a presença em eventos sociais (ANDRADE; VAITSMAN, 2002). Acredita-se que este problema não seja exclusivo do CAPSi, mas estendido aos outros pontos da rede.

Nota-se a necessidade, por parte dos profissionais, de que o apoio abranja a troca de conhecimentos, orientações entre as equipes de saúde mental. É importante a continuidade desse suporte para que esses profissionais se achem realmente capacitados e assim desenvolvam com segurança o que propõe a política nacional de saúde mental.

Na existência de uma rede heterogênea ou sociotécnica, os atores são compostos por: seres humanos, artefatos tecnológicos, organizações, instituições, dentre outros. Não há nenhuma rede constituída somente por humanos ou por componentes tecnológicos (CAVALCANTE; VASCONCELLOS, 2007). Assim, cabe aos seus membros identificar quem são os atores e mobilizá-los em prol de um objetivo comum.

Há registros que mostram a iniciativa do CAPSi em divulgar o seu trabalho dentro da comunidade e de outros dispositivos, como uma ferramenta de orientação

da demanda. A necessidade, porém, de uma nova territorialização é um fator impeditivo dentro dessa iniciativa, de acordo com os entrevistados.

A territorialização é preconizada no SUS em diversas iniciativas, a exemplo da descentralização das atividades de assistência e vigilância em saúde; é como se materializa o território, a manifestação das pessoas, sendo um dos pressupostos para organização do trabalho e das práticas em vigilância (MONKEN; BARCELLOS, 2007). Assim, adquire ao menos três sentidos diferentes e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e de referência (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Na realidade do CAPSi, a territorialização favorecerá os contatos e uma observação razoável do cenário de inserção da criança e do adolescente.

No discurso que retrata a Idéia Central B, da terceira questão, os sujeitos (totalidade dos profissionais entrevistados) trazem uma representação positiva acerca da existência de parceria entre dispositivos, em oposição ao DSC anteriormente analisado.

IC (B)	<i>A intensa ligação com a comunidade são os grupos</i>
DSC	

Existe um elo satisfatório com a comunidade, e a ligação forte são os grupos. Levamos grupos de pacientes para piquenique com aula de canto ao ar livre. Isso para que a comunidade sinta o trabalho do CAPS de uma forma diferente.

A gente teve formação para atividades feitas na comunidade - terapias complementares, resgate da auto-estima, massoterapia.

Normalmente as articulações vão acontecendo de acordo com a necessidade. Os profissionais do CAPSi vão até lá, quando muitos não podem vir fazer a terapia ou não querem ir para o CAPS. Essa equipe de saúde mental vai até a comunidade para diminuir a demanda que vem para cá, e mais do que isso tem a troca de aprendizagem. Apesar de se fazer mais a partir da vinda deles para cá.

Também, estamos tentando promover palestras para a comunidade nas questões de disciplina, sexualidade, planejamento familiar, maus tratos, comportamentos que podem ser evitados nas escolas. Além de seminários para apresentação de nossos trabalhos a diversos dispositivos.

Fora isso a gente tem parceria com alguns projetos sociais, ou algumas pessoas da comunidade - nós recebemos doações de empresários.

Através de visitas institucionais a gente vai aos dispositivos - abrigos, delegacia de menores, conselho tutelar, oficinas de profissionalização ou psicopedagógica, escolas, CRAS e outras instituições.

Nas escolas há uma demanda, na qual o psicopedagogo pode atuar. A exemplo de uma criança que tem transtorno e está sendo acompanhada na escola. A psicóloga e a assistente social estão fazendo um trabalho com crianças que enfrentam violência doméstica em parceria com o Conselho tutelar para notificar denúncias, dando palestras educativas nas escolas. Também visitamos as instituições caso haja necessidade de uma resposta, para colher informações, como para ter orientações. Temos pacientes que estão em abrigos, no Espaço Aquarela - que trabalha crianças vítimas de abuso sexual. Assim recebemos crianças, não necessariamente a gente tem essa rigidez de estar só encaminhando. Existe o Conselho Municipal de Saúde e alguns conselheiros são eleitos dentro de cada CAPS. Existem pais que fazem parte desse conselho e acabam divulgando o nosso trabalho na comunidade.

A nossa farmácia tem ligação com postos de saúde. Além do PSF ajudar a identificar os perfis de CAPS e encaminhá-los.

Essa parceria com o posto de saúde se estabeleceu com o matriciamento, aonde nós dos CAPS vamos até os postos de saúde, para conversa sobre Saúde Mental, fazer estudos clínicos e atendimentos conjuntos.

Esse tipo de atendimento externo, esta proporcionando que se estreitem os laços/relações com os postos de saúde e melhore os encaminhamentos - de lá para cá e daqui para lá.

Constata-se neste DSC o reconhecimento, por parte dos entrevistados, de que existe ligação satisfatória entre a comunidade/família e o CAPSi, bem como entre o CAPSi e outros dispositivos – postos de saúde, abrigos, escolas, projetos sociais, delegacias de menores, conselho tutelar etc. Essa articulação, porém, só ocorre “quando necessária”.

Os informantes descrevem as vantagens deste elo, bem como as circunstâncias nas quais ele sucede. O trabalho do CAPSi com a comunidade manifesta-se em diversas ações, antecedidas por um treinamento, com o objetivo de facilitar a divulgação do trabalho do CAPS e estreitar as relações com a comunidade. O apoio às atividades é manifestado pelas doações de empresários da região. O trabalho da equipe de saúde mental dentro deste espaço social funciona como um modo de reduzir a demanda que chega ao serviço, bem como de assistir os usuários que não buscam o CAPSi, apesar da necessidade.

Explorando a literatura, nota-se que, dentre as atividades desenvolvidas no CAPS, destaca-se um espaço semanal em que usuários, familiares, profissionais e pessoas da comunidade têm oportunidade de debater questões relativas ao serviço, a assembleia que obedece à lógica de controle social, indo ao encontro às diretrizes do SUS. A associação de usuários e familiares forma o Conselho Municipal de Saúde, responsável pela representação dos anseios dos usuários de serviços de

saúde mental do Município (TEIXEIRA JUNIOR; KANTORSKI; OLSCHOWSKY, 2009).

Na realidade dos CAPS investigados, a divulgação dos trabalhos e da missão do CAPSi ocorre tanto dentro da comunidade, onde familiares cuidadores dos usuários assistidos no serviço fazem parte do Conselho Municipal de Saúde, quanto por meio de visitas institucionais a creches, escolas, abrigos, delegacia de menores, Conselho Tutelar, oficinas de profissionalização ou psicopedagógica, centros de saúde, projetos sociais, CRAS e outras instituições.

O relato da parceria com a Estratégia de Saúde da Família é um ponto forte da rede, formalizado pelo matriciamento promovido pelo CAPSi aos centros de saúde. O apoio matricial, de seu lado, configura ferramenta sugestiva para agenciar a indispensável instrumentalização das equipes na clínica ampliada, contrapondo-se ao modelo médico dominante. Essa ferramenta visa tanto à expansão da clínica das equipes de saúde, quanto reorientar a demanda para a saúde mental. Fica, assim, estabelecida uma relação entre a ESF e o CAPS.

Sobre matriciamento ou apoio matricial, os autores – Campos e Domitti (2007) e Figueiredo e Onocko Campos (2009) – o definem como suporte técnico especializado oferecido a uma equipe interdisciplinar de saúde com o objetivo de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações; além de investir na construção e ampliação de espaços para comunicar e compartilhar, ativamente, conhecimentos entre profissionais de áreas diversas.

Na saúde mental, o apoio matricial surge, pois, também como forma de amenizar o fluxo de pessoas que lotam as unidades especializadas, permitindo melhoria da qualidade no atendimento: junto com isso, surgem propostas que visam a redirecionar a demanda de casos leves para as unidades de menor complexidade que prestam apoio semelhante às unidades especializadas.

As respostas dos entrevistados à questão de número quatro – Como você avalia o trabalho desenvolvido pelo CAPS na perspectiva da inserção social? – possibilitaram a elaboração de dois discursos coletivos correspondentes às IC's: A) o papel do CAPS é muito eficaz; e B) a questão da inserção ainda está muito a desejar. Seguem essas IC's e suas respectivas análises.

O discurso equivalente à Ideia Central A, da quarta questão, foi composto dos depoimentos de nove profissionais do CAPSi (sendo seis da SER III – coordenadora/psicóloga, enfermeiras, psicopedagogo, psicólogo e técnica em enfermagem e três da SER IV – coordenadora/enfermeira, terapeuta ocupacional e psicólogo). As falas evidenciam aspectos positivos do CAPSi em seu papel de facilitador da inserção social destas usuários que sofrem com um transtorno mental. Os profissionais percebem, na atualidade, um olhar diferenciado da sociedade sobre essas crianças ou adolescentes e suas famílias. A expressão que melhor retrata esta opinião encontra-se no seguinte recorte: *“Até nos transtornos mentais graves, severos e persistentes, vemos a questão da convivência na reinserção familiar, pois passamos que elas podem viver em sociedade. Não como antigamente!”*.

IC (A) ***O papel do CAPS é muito eficaz***

DSC

O CAPSi vem da reforma psiquiátrica é uma perspectiva nova, que está sendo colocado em prática. Tem contribuído muito para o bem estar social não só no tratamento clínico, mas, de alguma maneira, lá fora seu papel é realmente muito eficaz.

Observo que ele (CAPSi) tem grande importância na Saúde Pública, é uma instituição psicossocial muito válida, porque além de atuar na patologia, tem uma missão de realizar o tratamento e inserir o indivíduo na sociedade como um todo. E com o conselho local se tem um processo de inserção social mais ativo.

Quando a gente fala em saúde mental, vê que existe certo estigma. O transtorno psíquico vai levar à dificuldades nas relações com a família, a escola e o meio social em que a criança e o adolescente vivem... A partir do momento que a gente pensa nesta perspectiva, temos condições de favorecer a organização das relações destes com o social. É muito importante a gente esta em contato com esse meio social.

Até nos transtornos mentais graves, severos e persistentes, investimos na convivência, na reinserção familiar; pois pensamos que elas podem viver em sociedade.

Nesse contexto, o papel do CAPS se concentra na questão da orientação, do apoio a família – principalmente quando se tem crises graves, às vezes psicóticas, e a família não entende, por que, para ela, é uma coisa nova.

A gente está iniciando um trabalho de educação na escola, onde se explica um pouco o que é o CAPS e qual a sua filosofia, missão e perfil de pacientes. No momento exatamente da inserção, a gente conversa com os professores acerca do sentimento de estar recebendo aquele aluno. Já que agora toda escola é obrigada a receber as crianças ditas especiais... Às vezes a criança ou o adolescente esta afastado a algum tempo da escola, então a gente favorece retorno dele. Trabalhando sempre na perspectiva de que o paciente tem que retornar as suas atividades. O retorno a escola marca muito, é como se fosse um termômetro. Eles dizem: *“se eu estou voltando para a escola é que estou ficando melhor, né doutora?”*.

Através das terapias complementares, a gente facilita a inserção da criança em outras atividades, também, como: o esporte, a arte e o teatro. Assim ela não fica só aqui dentro. A arte-terapia é muito importante.

Temos muito a ganhar, vemos melhoras dentro de diversas áreas, na terapia ocupacional, enfermagem, psicologia... Vemos os resultados de uma forma mais rápida

e eficaz. Estamos tentando parcerias e colocar o adolescente em projetos como - Melhor Aprendiz e Primeiro Emprego. Eu avalio muito bem o que a gente faz no dia a dia.

Não é que a gente faça o milagre de levar a pessoa para fora do CAPS. A gente trabalha na perspectiva de favorecer o melhor estado para que o paciente se torne cada vez menos dependente. Não adianta o CAPS se tornar um novo espaço, uma nova forma de institucionalização do paciente, em paredes bonitinhas. Essa não é a nossa intenção!

Em síntese, um trabalho legal, a nossa equipe é muito comprometida com o CAPS. A gente vê a questão da inserção, não como uma coisa que a gente defina, depende da evolução do paciente.

Os relatos confirmam a experiência bem-sucedida do CAPSi, ao proporcionar aos seus usuários o bem-estar social e um tratamento clínico satisfatório, fato previsto pela reforma psiquiátrica, que situa este serviço em posição de destaque dentro da saúde pública. Os atores enfatizam que o CAPS não pode ser visto nem se tornar um novo espaço de institucionalização do paciente, em "*paredes bonitinhas*". Deve-se realizar o tratamento e inserir o indivíduo na família e na sociedade, favorecendo a desinstitucionalização, mas, para isso, a atenção também deve se concentrar no apoio à família, seja ele emocional, material ou informacional.

A importância da reforma psiquiátrica para esse cenário reside no fato de esta ter o caráter de movimento contestador da perspectiva "medicalizante" da doença mental, assim permitindo o envolvimento de propostas alternativas em relação aos manicômios e promovendo a liberdade por meio de mecanismos que valorizam o usuário como sujeito de sua existência. Assim, os dispositivos oriundos desse movimento visam a dissolver as barreiras entre profissional e usuário, abolido a reclusão e repressão imposta aos pacientes (TEIXEIRA JUNIOR; KANTORSKI; OLSCHOWSKY, 2009).

Na perspectiva da inserção social, o discurso retrata também algumas experiências concretizadas, como a inclusão de crianças com TM nas escolas locais. Neste aspecto, este é um marco para a criança e o adolescente que veem essa situação como um termômetro que sinaliza sua melhora. Outro exemplo são os projetos sociais destinados aos adolescentes, como "Melhor Aprendiz" e "Primeiro Emprego".

Do exposto decorre a asserção de que as redes assistenciais necessitam permanecer em constante expansão, pois elas é que possibilitam os inúmeros artifícios e progressos na saúde mental. Estas são consideradas instrumentos essenciais para ampliar as oportunidades de tratamento, que não é apenas realizado em consultórios, expandindo-se também ao convívio social.

O discurso correspondente à Ideia Central B – “A questão da inserção ainda está muito a desejar” – encontra-se composto dos pronunciamentos de seis profissionais do CAPSi (todos da SER III – coordenadora/psicóloga, enfermeiras, psicopedagogo, psiquiatra e assistente social). De modo contraditório ao expresso no discurso anterior, constata-se a preocupação dos profissionais com a inserção social das crianças por eles assistidos. A visão do grupo é de que o CAPSi ainda apresenta falhas neste papel, ou por falta de colaboração dos pais/responsáveis pelos pacientes, ou pela própria sociedade excludente, ou ainda pela dificuldade inerente à inserção social. Eles relatam as dificuldades com a seguinte frase: “*É um trabalho de formiguinha de verdade! E ainda está muito a desejar*”.

IC (B) ***A questão da inserção ainda está muito a desejar.***

DSC

É um trabalho de formiguinha, na verdade. E ainda está muito a desejar. O CAPS está ligado à questão social, educacional, moradia e de saúde no sentido mais amplo. Temos uma carência no sentido de intersetorialização com outras políticas públicas. Muitas vezes a criança está agressiva porque ela está sendo abusada, ou mora dentro da favela e tem tiroteio, ou a casa é invadida pela polícia.

A questão da inserção é um pouco difícil, pois, em alguns casos, tem crianças que já desistiram da vida. Mas nós fazemos de tudo, vamos até a casa da família e a escola, encaminhamos para projetos, tentamos sensibilizar as famílias, etc.

Minha maior angústia é conscientizar os pais, para termos condições de melhorar os índices de saúde mental. Às vezes tenho a impressão que é meio passivo. Na hora que pede uma colaboração você não tem. Eles (responsáveis pela criança) dizem: “Ah, não tenho tempo, não!”

Já se criou uma cultura onde a mãe trás o paciente para o médico e acabou-se a história. Eles não percebem que no momento que deixo meu filho fazer tudo o que ele quer é uma forma de adoecer. Está muito difícil a inserção social, e os limites dados aos filhos têm implicação no tratamento.

Se vamos às escolas e dizemos que somos do CAPS, os pacientes são excluídos. E os professores não sabem lidar com a criança, se ela incomoda um pouco já manda para o CAPS. Se o adolescente é rebelde, mandam para o CAPS. Vemos que alguns casos há um problema familiar e social, mas querem medicar de qualquer forma, e não é assim. Não podemos compactuar com isso.

Deveria abrir mais a divulgação dos trabalhos do CAPS, e a mídia é importantíssimo para isso. Deveria existir um processo de descriminalização do estigma do doente mental.

Acho que certas políticas que tentam descriminalizar o CAPS, só pioram. É paradoxal! Os que ainda entram adolescentes, os não psicóticos, não querem aderir aos medicamentos, porque ainda vêm aqui como uma casa de doidos.

Em contraposição ao discurso anterior, as opiniões destes atores evidenciam maior pessimismo ao avaliar o papel do CAPSi na inserção social de seus usuários. Ao fazer isso, declaram dependência em relação a outros setores, quando dividem responsabilidade no cuidado em saúde mental; e destacam a carência de políticas públicas intersetoriais para esse público-alvo.

Também os profissionais responsabilizam a família pelo insucesso das ações empreendidas no sentido da inserção social da criança com TM. De acordo com o discurso, a responsabilidade do prognóstico da criança ou adolescente deve importar aos pais, não sendo mais possível um papel alienado e pouco participativo no tratamento de seus filhos – a cultura antiga, mas que ainda perdura, resume a função da família apenas a “trazer a criança ao doutor”.

São sensíveis, ainda, os profissionais em diagnosticar que os problemas com a inserção não se restringem à posição da família. Algumas escolas têm dificuldades de receber essas crianças; e, quando o fazem, os professores não sabem lidar com as situações criadas – o que culmina com os encaminhamentos para o CAPS, independentemente de ter a criança perfil para esse serviço.

Resta claro que a estigmatização vivenciada pelos usuários do CAPS ao chegar às escolas, mais do que para qualquer outra coisa, deve alertar para a realidade de que o ato de incluir crianças não significa meramente colocá-las em salas de aula por força de lei. A esse respeito, Mesquita et al. (2009) escreveram que não se pode perder de vista a noção de que a determinação legal não garante a efetividade do propósito, apesar de contribuir para a presença das crianças com necessidades educacionais especiais nas escolas regulares.

Ainda foi citada como fator problemático a prática da “medicalização”. Declaram: “alguns profissionais ainda pensam que a solução é a medicalização”. No caso de adolescentes, não psicóticos, a adesão aos medicamentos é mais difícil.

Os sistemas de informações em saúde são fundamentais para o enfrentamento de uma parcela dos problemas em saúde, e permitem, inclusive, planejar/programar da melhor forma o conjunto dos recursos necessários para operar os modelos de atenção saúde (MERHY; CHAKKOUR, 2006).

Os atores enfatizam a importância da mídia na divulgação do trabalho do CAPS, como ferramenta de desmistificação da imagem preconcebida pela sociedade acerca dos usuários de serviços de saúde mental. Os meios de propagação, essencialmente, favorecem intensas transformações globais, comprometendo cada estrato do tecido social com “a parte que lhe cabe” nessa empreitada.

Em termos práticos, Oliveira et al. (2007) contextualizam em sua pesquisa a relação saúde-comunicação. Os meios de comunicação constituem potentes veículos na efetivação do propósito de esclarecimento da população quanto os mecanismos que favorecem estados ideais de saúde.

5.4 Caracterização dos familiares cuidadores e das crianças com TM

Esta pesquisa investigou, no período de agosto a setembro de 2009, dezoito familiares cuidadores (FC) de crianças com TM, regularmente assistidas no CAPSi. Em relação ao gênero dos familiares cuidadores, observou-se que houve predominância de pertencentes ao sexo feminino, perfazendo 94,4% (17) da amostra, enquanto o sexo masculino representou apenas 5,6% (um) dos casos. Destes, 66,7% (12) do total de informantes tinham a maternidade como grau de parentesco; os outros eram pai, irmã e tia (tabela 1).

Em pesquisa desenvolvida por Marques et al. (2008) sobre o apoio social, na experiência do familiar cuidador, foi constatada uma prevalência do sexo feminino dentro do grupo investigado, o que está em consonância com os resultados desta pesquisa.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos familiares cuidadores e dos usuários com TM participantes do estudo e atendidas no CAPSi, Fortaleza- Ceará, 2009.

VARIÁVEIS	N	%
Sexo dos FC (n=18)		
Masculino	1	5,6
Feminino	17	94,4
Sexo das crianças (n=18)		
Masculino	8	44,4
Feminino	10	55,6
Faixa etária das crianças (n=18)		
6 /- 9	9	50,0
9 /- 12	4	22,2
12 /- /17	5	27,8
Grau de parentesco do FC com a criança (n=18)		
Mãe	12	66,7
Outros	6	33,3

Fonte: Pesquisa direta.

As crianças relativas a esse grupo de informantes estão assim distribuídas: 44, 4% (oito) do sexo masculino e 55,6% (dez) feminino; estando 50% (nove) entre seis e nove anos, 22,2% (quatro) entre nove e 12 anos e 27,8% (cinco) entre 12 e 17 anos. A média de idade foi de 9,89 anos, com desvio-padrão de 3,894 para esse

grupo de crianças e adolescentes com TM participantes do estudo e atendidas no CAPSi de Fortaleza (tabela 1).

Estudos recentes demonstram a prevalência de dez até 20% problemas de saúde mental na criança, sendo considerada a causa mais importante de problemas na infância. Os transtornos na saúde mental na infância e na adolescência não só têm impacto imediato nas crianças, como também em suas famílias, vindo a repercutir em problemas psiquiátricos e sociais ao longo da vida (HALPERN; FIGUEIRAS, 2004).

No que concerne ao diagnóstico das crianças e adolescentes envolvidos na pesquisa, 66,7% tinham diagnóstico fechado, sendo eles: transtorno e déficit de atenção e hiperatividade, esquizofrenia, distúrbio de aprendizagem, psicose, distúrbio mental, transtorno bipolar, autismo, ansiedade, deficiência mental, síndrome do pânico e depressão (tabela 2). Os três primeiros são os mais frequentes.

O transtorno e déficit de atenção e hiperatividade é uma importante desordem de saúde, cujas consequências variam desde dificuldades no desempenho escolar até problemas psicológicos e sociais. Seu diagnóstico é clínico e se baseia, nos sintomas atuais, no caso de crianças, ou na combinação entre sintomas atuais e história clínica pregressa do comportamento, no caso de adolescentes (GOMES et al., 2007).

Distúrbios como atraso na linguagem, hiperatividade e transtornos emocionais não são comumente diagnosticados antes dos três ou quatro anos de idade, embora a maioria das deficiências que englobam a saúde mental da criança possa ser reconhecida ainda na infância. Uma hipótese para esse atraso no diagnóstico está no fato de a maioria dos profissionais de saúde da atenção primária não avaliar, na sua prática diária, o desenvolvimento e a saúde mental da criança (HALPERN; FIGUEIRAS, 2004).

Tabela 2: Dados sobre o tratamento das crianças com TM participantes do estudo e atendidas no CAPSi, Fortaleza- Ceará, 2009.

VARIÁVEIS	n	%
Diagnóstico da criança (n=18)		
Sim	12	66,7
Não	6	33,3
Tipo de demanda para o CAPSi (n=18)		
Espontânea	4	22,2
Referenciada	14	77,8
Tempo de acompanhamento no CAPSi (n=18)		
Até 1 ano	6	33,3
1 /- 2 anos	5	28,0
2 /- 3 anos	3	16,5
3 /- 4 anos	4	22,2
Mudanças percebidas após início do tratamento (n=18)		
Sim	14	77,8
Não	4	22,2

Fonte: Pesquisa direta.

O tipo de demanda mais frequente foi o referenciado por outro serviço (77,8% do total de informantes), evidenciando a existência de uma rede de assistência em saúde mental (tabela 2).

No que diz respeito ao encaminhamento, demanda referenciada, estudos evidenciam o significativo papel da escola, seguida de pediatras, psicólogos e psicopedagogos. A demanda espontânea já surge de uma observação dos pais acerca do comportamento de seus filhos, seguida da iniciativa de busca por apoio especializado (GOMES et al., 2007).

Ao descrever o apoio social, Landim et al. (2004) evidenciam as diferenças que caracterizam a rede informal onde redes pessoais dão suporte às atividades cotidianas (componentes familiares, amigos, vizinhos e outros). Em contrapartida ao apoio formal, é oriundo das organizações como hospitais e demais serviços de saúde, dos programas governamentais, e de profissionais qualificados que possibilitem aos indivíduos a busca e a obtenção de ajuda de toda espécie.

Não foi encontrado na literatura registro de tempo mínimo ou máximo de assistência nos CAPSi, compreendendo que este fenômeno é objeto de intensiva

influência do contexto de saúde da criança e adolescente, bem como social e econômico da família.

O tempo de acompanhamento das crianças no CAPSi distribui-se da seguinte forma: 33,3% até um ano, 28,8% de um a dois anos, 16,5% de dois a três anos e 22,2% de três a quatro anos. As mudanças desde o início do tratamento foram percebidas pelos familiares cuidadores em 77,8% das crianças (tabela 2).

As mudanças notadas nos usuários decorrem tanto da valorização do sujeito em crise e de seu familiar cuidador, quanto do acolhimento pela rede de apoio social formal, que possibilita, por meio do suporte informacional, maior compreensão da patologia que envolve o indivíduo, favorecendo a criação de estratégias para lidar com o problema.

Valorizar o paciente em crise diz respeito à consideração de sua qualidade humana, e não apenas como sujeito em crise, tampouco como doente; significa respeitar seu momento, sua individualidade e especificidade, que nem sempre coincidem com a expectativa da equipe (FERIGATO; ONOKO CAMPOS; BALLARIN, 2007). Somado a este ponto, há no âmbito das intervenções psicossociais a relevância da equipe de saúde em educar a família sobre o transtorno, mediante informações claras e precisas (ROHDE; HALPERN, 2004).

5.5 Realidades vivenciadas pelos membros familiares de crianças com TM

Nesta fase, situamos sob análise os dados os Discursos do Sujeito Coletivo originados da aplicação das entrevistas a 18 familiares cuidadores de crianças com transtorno mental, em Fortaleza.

As respostas dos entrevistados à questão de número um – Qual o significado de ter um familiar com transtorno mental? – permitiram formular dois discursos coletivos correspondentes às IC's: A) essa carga ficou nos meus ombros, é uma tortura; e B) enquanto tiver tratamento eu to correndo atrás. Seguem essas IC's e suas respectivas análises.

Estão envolvidos na composição do discurso da Ideia Central A nove familiares cuidadores. Das suas falas, pode-se inferir que ter uma criança com transtorno mental em assistência no CAPSi traduz um sentimento de sofrimento e sobrecarga. A expressão “*É uma grande responsabilidade e muito trabalhoso, me sinto muito sozinha, porque sou mãe e pai dele*” traduz a representação deste grupo de cuidadores.

IC (A)	<i>Essa carga ficou nos meus ombros, é uma tortura.</i>
DSC	<p>É uma grande responsabilidade e muito trabalhoso, me sinto muito sozinha, porque sou mãe e pai dele. Ficou nos meus ombros essa carga.</p> <p>É uma tortura viver com ele 24 horas por dia. Chega! É tanto o meu sofrimento que eu não sei como fazer. Mas é Deus quem me ajuda, porque eu faço o que está no meu poder.</p> <p>A minha rotina mudou depois que ele adoeceu, e eu tive que estar mais atenta às reações dele.</p> <p>Não vivo! Quer dizer, estou perdendo a minha vida, mas estou ganhando a do meu filho...</p> <p>Eu não saio. Para fazer meus trabalhos é com ele de lado. Assim, eu não posso trabalhar. Eu não vou a um passeio, porque não posso... Eu fico com vergonha, para falar com o povo. Trabalho e vivo só para ele.</p> <p>Foi um trabalho grande demais, porque eu tinha medo de deixar ele só, mas pouco a pouco a gente consegue. Ele só atende a mim e se tornou agressivo. Ele me bate e eu fico ali esperando, tento acalmar ele. E ele fica só e dorme.</p> <p>E não tem sido fácil até porque você acha que seu filho é normal e, de repente, descobre que tem esse tipo de problema.</p> <p>Não sei distinguir, às vezes, o que é da doença ou o que é dele, mas tento estar informada. Eu penso o seguinte: Até quando vou cuidar dele?</p>

Os familiares cuidadores, por meio deste discurso, demonstram seus sentimentos e angústias relacionadas ao ato de cuidar de uma criança ou adolescente que sofre com transtorno mental, mostrando a sobrecarga do ato de cuidar, as mudanças sofridas em suas rotinas, a dedicação exclusiva ao seu parente, o constrangimento em estar em espaços públicos acompanhadas de alguém com uma desordem mental; além da dificuldade em aceitar que seu filho sofre disto e necessita de cuidados que não têm um prazo associado ao prognóstico de cura da patologia.

Em pesquisa realizada por Marques et al. (2008), se confirma esse fato de pesar e sobrecarga, vivenciado pelas famílias, em especial sobre única pessoa. De modo complementar, Falavina e Cerqueira (2008) relatam experiências de superação difícil para as crianças e suas famílias motivadas pela exclusão e o preconceito dirigido aos usuários com doenças mentais ante os comentários dos outros, o que mostra o desconhecimento da sociedade.

Nesse âmbito, o apoio social torna-se indispensável, pois visa ao amparo necessário a quem busca ajuda, em especial ao usuário com TM e seu membro familiar cuidador principal. Outro fator diz respeito a atenção, visto que quem sofre psicologicamente necessita de uma dedicação por parte dos profissionais, no sentido de atender e compreender os pedidos de socorro, ora explícitos, ora implícitos nas relações cotidianas (TEIXEIRA JUNIOR; KANTORSKI; OLSCHOWSKY, 2009).

O discurso evidencia a dificuldade das famílias em aceitar o diagnóstico de seu filho, por meio deste recorte: “[...] *E não tem sido fácil até porque você acha que seu filho é normal e, de repente, descobre que tem esse tipo de problema [...]*”. A equipe de saúde deve estar preparada para intervir precocemente nesta situação, de modo a garantir o sucesso terapêutico e os benefícios aos usuários do serviço.

Ferigato, Onoko-Campos e Ballarin (2007) enunciam que nem sempre a equipe e o usuário estão em consonância em relação ao conceito da crise, e muitas vezes a família, também, pode não estar de acordo com o plano terapêutico. Somado a isto há o contexto sociocultural em que o usuário está inserido, que pode ser desfavorável às estratégias de cuidado. Todas estas questões, no entanto, devem ser expressas por sua pertinência, uma vez que todos estes fatores influenciam diretamente o tipo de abordagem ao usuário e sua família.

Estão envolvidos na composição do discurso da Ideia Central B de familiares cuidadores. Nas suas falas, constata-se maior aceitação deste momento vivenciado pela família. O trecho que melhor representa o sentimento destes familiares é “*Estar aqui no CAPS é uma forma de procurar ajuda, em um sistema gratuito, para quem a gente gosta*”.

IC (B)	<i>Enquanto tiver tratamento eu to correndo atrás.</i>
DSC	<p>Não é fácil! É complicado, triste, mas eu to bem, mesmo com todo distúrbio do meu filho. Faço de tudo pra ele melhorar, mas não tem cura.</p> <p>Vivo dos milagres de Deus. Muitas vezes, não sei como agir, mas eu peço a Deus que me dê saúde, e enquanto tiver tratamento, eu to correndo atrás. Muitas pessoas dizem que eu só posso é ta passando por uma provação. Mas eu aceito, pois é o meu filho.</p> <p>Estar aqui no CAPS é uma forma de procurar ajuda, em um sistema gratuito, para quem a gente gosta. É triste ter que vim para cá, mas ele melhorou bastante fazendo o que o doutor diz, e tomando os remédios</p> <p>Eu fico angustiada e preocupada com ele, por que ele fica triste. Acredito que uma coisa grande ou une ou separa a família, acho que vai estreitar a nossa relação. Com certeza! Seria bom se ele não estivesse passando pelo que ela ta. Rezo muito dia e noite.</p>

As respostas dos entrevistados possibilitaram inferir que, apesar das dificuldades enfrentadas com o tratamento, eles encontram em Deus o apoio emocional. O componente religioso é intenso dentro dos depoimentos.

A espiritualidade desempenha a função de constituir novos sentidos e significados para a vida, sendo capaz de funcionar como fonte de apoio na difícil tarefa de reorganização de sua vida no ato de cuidar, exigida para o enfrentamento de situações adversas e manutenção da saúde (MARQUES et al., 2008).

A busca constante por tratamentos resolutivos mobiliza a família no acesso a novos serviços de saúde e terapias para suas crianças e adolescentes, apesar de compreender a inexistência de cura para tal desordem, existindo apenas modos de controlar e prevenir novas crises.

O poder de resiliência das famílias evidencia-se na capacidade de reagir à adversidade de forma funcional, além do papel desempenhado pela família para desenvolvimento da resiliência do indivíduo (REGALLA; GUILHERME; SERRA-PINHEIRO, 2007).

5.6 Rede de apoio social do componente familiar de crianças com TM

A tabela 3 se reporta aos tipos de apoio percebidos, bem como à origem e satisfação com ele por parte dos familiares cuidadores de crianças com TM participantes do estudo e atendidas no CAPSi.

O apoio social percebido trata da avaliação que o indivíduo faz dos vários campos da sua vida em relação aos quais considera ser estimado e que lhe reconhecem valor, à avaliação generalizada que faz da disponibilidade das outras pessoas próximas e da possibilidade de recorrer a elas quando necessário for (SILVA et al., 2003).

Para 77% dos informantes, há a disponibilidade dos três tipos de apoio – informativo, emocional e material. Sessenta e um por cento dos familiares têm completa satisfação com o apoio oriundo da família nuclear e apenas 38,9% do total de informantes na família ampliada. A maioria dos informantes não reconhece nenhum tipo de apoio oriundo de amigos (27,8%), conhecidos, colegas, vizinhos e membros da comunidade (55,6%), pessoas em posição de autoridade (55,6%), cuidadores e assistentes pessoais (61,1%) ou animais domésticos (66,7%) (tabela 3).

A eleição dessas fontes de apoio é reconhecida e adotada pela Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde. Autores retratam a importância de se utilizar deste modelo de classificação, que pode ser feito indiretamente, preenchido pelo acompanhante do paciente com transtorno mental, e retrata aspectos da vida ocupacional, social, autocuidado e comportamento disruptivos; ou, então, por meio de escalas de fácil aplicação que podem facilitar o acompanhamento (SÁ JUNIOR; SOUZA, 2007). A escala utilizada nesta pesquisa se apresentou viável e de simples execução. Sendo baseada na CIF, focou aspectos da vida social da população investigada.

A expressão apoio (ou suporte) social é amplamente empregada para referir-se aos modos pelos quais as relações interpessoais têm desempenhado o papel presumível na prevenção de perturbações orgânicas e psicológicas (SILVA et al., 2003). O suporte ou apoio social é expresso de formas diversas, sendo classificado

em três tipos: emocional, material e informacional (LANDIM et al., 2003). Assim, quando o indivíduo é confrontado com situações estressantes, ele recorre a sua rede de apoio social como estratégia de enfrentamento do problema, de modo que possa vir a diminuir a gravidade da doença e a recuperação desta.

Analisando a satisfação do familiar cuidador com o apoio social proveniente dos profissionais de saúde, tem-se que: 11,1% não reconhecem nenhum tipo de apoio, 5,6% reconhecem um apoio ligeiro ou moderado, 22,2% um grande apoio e 55,6% completo apoio. Tais dados evidenciam a importância da relação entre os profissionais de saúde com os usuários do serviço (crianças e adolescentes com seus familiares cuidadores).

A equipe de saúde busca destinos criativos para o sujeito em crise, fornecendo o suporte necessário para a família e o indivíduo. Segundo relatam Ferigato, Onoko-Campos e Ballarin (2007),

Este suporte implica a consideração da crise como o paciente a considera, quer dizer [...] o caráter afetivo da experiência que o sujeito afirma ter vivenciado pede que o outro reconheça isso, testemunhe esse fato e o inscreva em sua história, ou seja, é preciso que o terapeuta conceda crédito à realidade do evento e ao sofrimento embutido nele, sem necessariamente sustentar e fortalecer o delírio, por exemplo. (p.37).

A posição do profissional de saúde deve basear-se na atitude de suporte, ou seja, apoiar estes indivíduos e suas famílias que sofrem com esta realidade de transtorno mental, no intuito de sustentar o impacto negativo da doença.

Tabela 3: Dados sobre o tipo de apoio percebido, bem como a origem e satisfação com ele por parte de FC de crianças com TM participantes do estudo e atendidas no CAPSi, Fortaleza- Ceará, 2009.

VARIÁVEIS	n	%
Tipo de apoio percebido(n=18)		
Informativo e emocional	4	22,2
Informativo, material e emocional	14	77,8
Satisfação com o apoio da família nuclear (n=18)		
0	2	11,1
1	0	0,0
2	2	11,1
3	3	16,7
4	11	61,1
Satisfação com o apoio da família ampliada (n=18)		
0	4	22,2
1	2	11,1
2	2	11,1
3	3	16,7
4	7	38,9
Satisfação com o apoio de amigos (n=18)		
0	5	27,8
1	0	0,0
2	4	22,2
3	3	16,7
4	6	33,3
Satisfação com o apoio de conhecidos, colegas, vizinhos e membros da comunidade (n=18)		
0	10	55,6
1	0	0,0
2	4	22,2
3	2	11,1
4	2	11,1
Satisfação com o apoio de pessoas em posição de autoridade (n=18)		
0	10	55,6
1	0	0,0
2	2	11,1
3	1	5,6
4	5	27,8
Satisfação com o apoio de cuidadores e assistentes pessoais (n=18)		
0	11	61,1
1	0	0,0
2	0	0,0
3	0	0,0
4	7	38,9
Satisfação com o apoio de animais domésticos (n=18)		
0	12	66,7
1	0	0,0
2	1	5,6
3	1	5,6
4	4	22,2
Satisfação com o apoio de profissionais de saúde (n=18)		
0	2	11,1
1	1	5,6
2	1	5,6
3	4	22,2
4	10	55,6

Fonte: Pesquisa direta.

Legenda: 0 = nenhum apoio, 1= ligeiro apoio, 2= moderado apoio, 3= grande apoio, 4= completo apoio.

Realizou-se o teste qui-quadrado, cruzando a variável Mudanças percebidas na criança com o acompanhamento no CAPSi, com a Satisfação com o apoio da família nuclear, Apoio da família ampliada, Apoio de amigos, Apoio de conhecidos, colegas, vizinhos e membros da comunidade, Apoio de pessoas em posição de autoridade, Apoio de cuidadores e assistentes pessoais, Apoio de animais domésticos e Apoio de profissionais de saúde. Apenas encontrou-se relação significativamente estatística entre as mudanças percebidas na criança com o Acompanhamento no CAPSi e a Satisfação com o apoio de profissionais de saúde ($p = 0,04$). Evidenciou-se que, entre o grupo de familiares cuidadores que perceberam mudanças nas crianças, a Satisfação com o apoio dos profissionais de saúde, sejam eles do CAPSi ou de outras instituições, era crescente e em maior número para o grau 3 (grande apoio) e 4 (completo apoio).

A rede social na saúde apresenta influências positivas, em particular, quando a referência é feita às patologias com ações terapêuticas prolongadas, como é o caso dos transtornos mentais. A convivência entre as pessoas favorece comportamentos de monitoramento da saúde e, em especial, com uma equipe de saúde orientada a assistir desde o usuário do serviço até sua família.

A condição de enfermidade, por si, expõe os indivíduos e suas famílias a limitações, impedimentos e situações que mudam a relação da pessoa com o trabalho, com seus parentes, amigos e parceiros, bem como abalam sua identidade (ANDRADE; VAITSMAN, 2002), fato que provavelmente justifica os resultados há pouco descritos.

5.7 Grau e espaços de participação das famílias nos CAPSi, na perspectiva de componentes familiares

Na questão de número três – Como é a assistência prestada aqui ao seu familiar? – as respostas dos entrevistados possibilitaram a edição de quatro discursos coletivos correspondentes às IC's: A) a assistência do CAPS é muito boa; B) não tenho outra experiência para comparar; C) o problema não mudou, pois ele só recebe remédios; e D) ele está melhorando a cada dia. Seguem essas IC's e suas respectivas análises.

IC (A) ***A assistência do CAPS é muito boa.***
DSC

Uma assistência muito boa. Atendimentos de imediato. Nunca fui embora sem ser atendida. Gosto muito daqui, pois fui muito bem tratada e os profissionais são muito bons e atenciosos. Para a gente que não tem condição de pagar um plano particular, é muito bom.

A atenção, a conversa com os pais é muito importante. Assim quando existe um problema que os pais não sabem, o CAPS ajuda a descobrir as causas das atitudes. Além da gente participar de grupo e oficina também.

Desde a triagem ele está aqui, fazendo acompanhamento com psicólogo, psiquiatra, neurologista, terapeuta, assistente social, terapia de grupo, entre outros e recebe encaminhamento para outros órgãos. Se precisa a Doutora vai lá em casa visitar ele. Antes ele era mais agressivo e por causa do CAPS tem melhorado bastante. Eu estou gostando do tratamento. Vamos ver no que vai dar!

O discurso ora reproduzido foi compartilhado por 15 familiares cuidadores, os quais avaliam positivamente a assistência prestada pelo CAPSi, e exprimem alguns aspectos, como a atenção aos pais, a diversidade dos profissionais dentro do serviço, o encaminhamento de usuários para outros dispositivos da rede, a assistência domiciliar, quando necessária, dentre outros pontos.

A acessibilidade aos serviços de saúde relaciona-se com o grau de ajuste entre as necessidades dos usuários e suas famílias com a oferta de determinado serviço (FALAVINA; CERQUEIRA, 2008). Assim pode-se inferir que O CAPSi esta garantindo o desempenho do seu papel de modo satisfatório aos seus usuários.

Na Ideia Central B (IC B), três familiares expõem o fato de inexistir outra experiência em um serviço de saúde mental, que permita a comparação, mas, apesar disto, destacam as melhoras presenciadas na criança ou adolescente, em

um breve discurso: “*Eu não tenho nenhuma referência, outra experiência, para poder comparar. Mas é boa, ela tem apresentado melhoras desde que veio para cá*”.

IC (C) ***O problema não mudou, pois ele só recebe remédios.***

DSC

O problema não mudou.

Ele só recebe tratamento se eu comprar os remédios caríssimos. Com o pouco que eu tenho, não vou comprar mais este remédio. A Doutora viu que não estava fazendo efeito, passou uma banda e depois para tomar um inteiro. Então ela recomendou para ir pegar os remédios na Faculdade de Medicina. Quando cheguei, ela me deu uma amostra, mas não serviu, os remédios só pioraram a situação. É um problema.

É muito dispendioso, mas eu garanto uma coisa: a solução para ela seria mais condições, que eu pudesse manter ela com os remédios.

Já o discurso ora exposto exprime as opiniões de quatro familiares, que criticam o serviço, no que se trata da falta de resolubilidade, o custo com os medicamentos, bem como a ênfase dada a ele e muitas vezes sua ineficácia e inadaptação ao caso.

Nesse momento, levanta-se a discussão de que a fonte de apoio social não se deve concentrar nos profissionais de saúde. Assim, alguns familiares dirigem todas as suas expectativas ao serviço e se esquecem da relação do sujeito com o meio ambiente, que tem grande implicação no sucesso terapêutico da criança e do adolescente.

Halpern e Figueiras (2004) recordam que a saúde mental da criança tem intensa ligação com o ambiente social e psicológico, influenciando mais do que as características intrínsecas do indivíduo no seu estado de saúde. Em relação ao tratamento medicamentoso, eles relembram que cada decisão intervencionista farmacológica deve estar incluída numa estratégia geral de abordagem ao sujeito em crise.

Outros pontos de insatisfação relatados pelos sujeitos dizem respeito à distância entre o serviço e sua residência e os gastos com o tratamento. Falavina e Cerqueira (2008) registram as barreiras no acesso aos serviços, como verdadeiros obstáculos às famílias: geográficos (distância até o serviço e tempo gasto pelo usuário), o modo como uma unidade oferece seus serviços, o tempo de espera para marcação de consulta e horários de atendimento.

IC (D) ***Ele está melhorando a cada dia.***

DSC

Fico observando seu comportamento, ele tem melhorado muito a cada dia que passa. Já entra na escola. Mas se ele faltar, piora. Chovendo ou fazendo sol, tenho que trazer ele.

Antes tinha ataque de nervosismo, era muito disperso e inquieto, chorava direto, não dormia, não comia, não queria nada, não tinha nenhum interesse na vida, se agarrava na gente, gritava direto, batia nas pessoas. Agredia mesmo!

Depois destes tratamentos e dos medicamentos, ele esta cada vez melhor, diminuiu a ansiedade, esta mais independente e tem se aproximado mais de mim. Ave Maria! O tratamento é lento, não posso nem cobrar nada. O que seria sem esses medicamentos que ele toma? Ele é outra pessoa. Digo que hoje estou no céu.

Em contrapartida, o discurso de 13 componentes familiares que perceberam melhoras em suas crianças e adolescentes, tanto nas relações familiares como escolares, mostra a preocupação do CAPSi em oferecer um tratamento adequado para cada caso.

Para Gomes et al. (2007), a intervenção em saúde mental é multimodal, envolvendo abordagens terapêuticas psicossociais e psicofarmacológicas. Soma-se o fato de que o manejo bem-sucedido desses pacientes depende do entendimento da doença e do apoio dos que os cercam.

Os programas institucionais de intervenção precoce em problemas de comportamento e/ou aprendizagem em crianças com transtornos mentais apresentam resultados positivos, principalmente, quando se estuda a população de baixo nível socioeconômico, com tempo de tratamento prolongado (HALPERN; FIGUEIRAS, 2004).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O DSC possibilitou a percepção de uma singularidade de pensamentos, permitindo uma análise de dados positivos e críticos acerca da efetivação do CAPSi na rede assistencial em saúde mental, dentro da lógica de inserção social da criança e do adolescente com TM. Na perspectiva dos gestores e profissionais, o seu papel, somado ao do CAPSi, no que diz respeito à inserção social, ainda precisa ser mais bem trabalhado, apesar de acumular experiências positivas.

Os dois CAPSi do Município de Fortaleza encontram-se em plena fase de implementação na RASM, na perspectiva dos sujeitos entrevistados; porém, por se tratar de um serviço relativamente novo no campo da saúde mental de Fortaleza, observa-se uma expectativa por parte dos profissionais entrevistados no que concerne a sua implementação. Tal esperança se revela no fato de como organizar a demanda que chega ao CAPSi e trabalhar com os recursos de que dispõem, apesar de se constatar certa motivação na adesão à filosofia de trabalho proposta pelo Ministério da Saúde.

Não se ignora, todavia, a necessidade de maiores investimentos materiais e humanos para garantir efetivação das práticas locais.

No que diz respeito à organização/funcionamento da rede, evidenciou-se que, para o correto funcionamento dos dispositivos, como apoio, semelhantes ao que foi analisado por este estudo, faz-se necessário, inicialmente, tornar claros os objetivos da RASM a todos os seus atores, para esclarecer os papéis a serem desempenhados pelos participantes. Por esse fator, o papel inclusivo desses dispositivos, ao que transparecem os dados, encontra-se prejudicado, e nesse domínio considera-se que o método da ARS possa auxiliar na identificação exata de onde reside a falha na rede de dispositivos, bem como na dimensão do humano, quais os papéis que os atores necessitam desempenhar para remover os entraves da inserção social da criança com TM.

Ainda, ao juntar dados e analisá-los, não se pode ignorar que a rede assistencial em saúde mental na cidade de Fortaleza tem como importante dispositivo formal o CAPS i. Considera-se, porém, que caminham ao lado dessa

rede formalizada inúmeras outras microrredes com poder de potencializá-la. Entre os dispositivos que compõem esta rede, foram descobertos tanto serviços públicos, como privados e organizações não governamentais.

De fato, os profissionais cuidadores da saúde mental não podem se restringir a um só dispositivo, devendo, sim, constantemente, ampliar seus conhecimentos e instrumentos para proporcionar aos usuários do serviço um atendimento com resolubilidade. Portanto, a percepção e a incorporação dessas redes no circuito da assistência não só auxiliam no tratamento, como também conectam equipe de saúde a outros segmentos da sociedade, em favor do bem-estar do indivíduo, solidificando, assim, laços e facilitando a inserção social.

Quanto à participação da família nos espaços do CAPSi, com suporte no discurso de membros familiares de crianças com transtornos mentais, identificou-se uma divergência entre os sujeitos entrevistados, pois alguns exprimiam as dificuldades vivenciadas no acesso aos dispositivos da rede, bem como o tipo e a satisfação com o apoio proveniente destes que favoreçam uma inserção social; enquanto isso, outros percebiam positivamente esta relação, apresentando certo grau de participação nos espaços CAPSi.

Entende-se a importância desse tipo de debate como mecanismo legítimo que “empodera” usuários e profissionais envolvidos a implementar a reforma psiquiátrica de forma justa e compartilhada. Assim, bem informados e aptos a decidir, assumem os atores o domínio das situações, compreendendo a necessidade de se reforçarem social e politicamente sob a forma de redes, o que permite a responsabilização por si e pelos outros do grupo, beneficiando a rede no geral.

Ao final, não se tenciona fechar questões, mas ressaltar a necessidade e a importância de se aprofundar a investigação, em especial no que tange ao correto fornecimento de suporte social aos integrantes de redes com as características aqui estudadas, com base em estudos que investiguem os suportes reais existentes, ou disponibilizados pela rede, e os percebidos e empregados pelos seus integrantes.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, S. **Redes Sociais e Digitais**. Disponível em: <http://arruda.rits.org.br/notitia1/servlet/newstorm.notitia.apresentacao.ServletDeSecao?codigoDaSecao=10&dataDoJornal=1157123080000>. Acessado em: 02 ago. 2006.

AGUIAR, S. **Redes sociais e tecnologias digitais de informação e comunicação no Brasil (1996-2006)**. 2006. Disponível em: <http://www.nupez.org.br/downloads/rel_nupez_redes_2006.pdf>. Acesso em: 20 Ago 2007.

ALVES, D.S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-ABRASCO, 2001. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/media/artigo_domingos1.pdf>. Acesso em: 10 Jun 2008.

AMARAL, O. L. **Transtornos mentais**. Disponível em: <http://www.inef.com.br/transtorno.htm>. Acessado em: 28 Maio 2008.

ANDRADE, L.O.M. et al. Saúde mental & cidadania: a resposta de Fortaleza, Ceará. **Divulg. saúde debate**. p.40, p.57-70, 2007.

ANDRADE, L.O.M. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.

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

BEZERRA, E.M.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v.28, n.3, p. 623-645, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política Nacional de Saúde Mental**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134&janela=1. Acesso em: 14 Jun. 2008.

_____. Ministério da Saúde. SAS/DAPE. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de gestão 2003-2006. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004-a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004-b.

_____. Resolução CNS n.º 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, n. 201, p. 21082, 16 out. 1996. Seção I.

CAMPOS, G.W.S; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.23, n.2, p.399-407, 2007.

CAVALCANTE, M. T. L.; VASCONCELLOS, M. M. Tecnologia de informação para a educação na saúde: duas revisões e uma proposta. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, Jun 2007.

CAVALCANTI, A.M.T.S., et al. Portadores de transtornos psiquiátricos de um centro de atenção psicossocial. **Revista de Enfermagem da UFPE (On Line)**, v.1, n.1, p.12–18, 2007.

COMARU, J.L. et al. Redes sociais informais no cotidiano de uma comunidade da periferia de Fortaleza. **Cogitare Enfermagem (UFPR)**, Paraná, v. 11, p. 16-23, 2006.

DEGENSZAJN, R.D. Pediatria e saúde mental da criança: reflexões sobre ensinar. In: Colóquio do LEPSI IP/FE-USP, 5., 2006, São Paulo. **Anales electronicos**. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000032006000100048&lng=es&nrm=abn>. Acesso em: 09 Jan. 2009.

DURMAN, S. et al. CENTRO DE Atenção Psicossocial infantil – CAPSi: um espaço para o ensino em saúde mental. **Revista Nursing**, v.89, n.8, p. 480-483, 2005.

FALAVINA, O.P.; CERQUEIRA, M.B. Saúde mental infanto-juvenil: usuários e suas trajetórias de acesso aos serviços de saúde. **Revista Espaço para a Saúde**, v.10, n.1, p.34-46, dez. 2008. Disponível em: <www.ccs.uel.br/espacoparasaude>. Acesso em 14 jan. 2010.

FERIGATO, S.H., ONOKO CAMPOS, R. T.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**. v.6, n.1, p. 31-44, 2007.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOKO CAMPOS, R.O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, Fev. 2009.

FLEITLICH, B. W; GOODMAN, R. Epidemiologia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 2-6, 2000.

FREEMAN, L. Visualizing Social Networks. **Journal of Social Structure - JOSS**, Pittsburgh, v. 1, n.1, 2000. Disponível em: <<http://www.cmu.edu/joss/content/articles/volume1/Freeman.html>>. Acesso em: 12 Dez. 2008.

FONTES, B.A.S.M. Redes sociais e saúde: sobre a formação de redes de apoio social no cotidiano de portadores de transtorno mental. **Revista das Ciências Sociais**, n. 26, p. 87-104, 2007.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Redes assistenciais**. Disponível em: www.sms.fortaleza.ce.gov.br. Acesso em: 20 Jan. 2009.

GENTIL FILHO, V. Políticas de Saúde Mental. **Interview**. v.9, n. 3, maio/jun, 2007. Disponível em: <http://www.saude-mental.net/pdf/vol9_rev3_entrevista.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2008.

GOMES, M. et al. Conhecimento sobre o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade no Brasil. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, p. 94-101, 2007.

HALPERN, R.; FIGUEIRAS, A. C. M.. Influências ambientais na saúde mental da criança. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 80, n. 2, p. 104-110, abr., 2004.

HANNEMAN, R.A **Introduccion a los Metodos Del Analisis de Redes Sociales**. Capitulo Sexto: Centralidad y Poder. Departamento de Sociología de la Universidad de California, 2001. Disponível em: <<http://wizard.ucr.edu/~rhannema/networks/text/textindex.html>>. Acessado em: 25 Jan. 2009.

L'ABBATE, S. Comunicação e educação: uma prática de saúde. In: MERHY, E.L.; ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2006.

LANDIM, F.L.P. et al. Ética, solidariedade e redes sociais. In: BARROSO, G.T.; VIEIRA, N.F.C.; VARELA, Z.M.V. (Org). **Educação em saúde**: no contexto da promoção humana. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003.

LANDIM, F.L.P. et al. Comunidade mutirante: características familiares e suas redes de suporte social. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v.17, n.4, p.177-186, 2004.

LAURIDSEN, E.P.P.; TANAKA, O.Y. Morbidade referida e busca de ajuda nos transtornos mentais na infância e adolescência. **Revista de Saúde Pública**, v.33, n.6, p.586-592, 1999.

LEAL, M.G.S. O Desafio da Longevidade e o Suporte ao Cuidador. **Rev. Terceira Idade**. Publicação do SESC, a. XI, n. 20, 2000.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. **Discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2. ed. Caxias do Sul: Educs, 2005.

MARQUES, A.K.M.C. et al. Apoio social na experiência do familiar cuidador. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, n.0174, 2008.

MERHY, E.E.; CHAKKOUR, M.. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MESQUITA, R.B. de et al. Apoio social na inclusão de crianças com necessidades educacionais especiais: a perspectiva dos professores. **Ciência Cuidado e Saúde**. v. 8, n.1, p. 34-41, 2009.

MESQUITA, R.B. de et al. Análise de redes sociais informais: aplicação na realidade da escola inclusiva. **Interface (Botucatu)**, v.12, n.26, p. 549-562, 2008.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.3, p.898-906, 2005.

NUNES, M.O. et al. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um centro de assistência psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 188-196, 2008.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. 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**, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, 2007.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF)**. São Paulo: Centro colaborador da Organização Mundial de Saúde para a Família das Classificações Internacionais, 2003.

OMS. Organização Mundial de Saúde/Organização Panamericana da Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006.

OLIVEIRA, V.L.B. et al. Modelo explicativo popular e profissional das mensagens de cartazes utilizados nas campanhas de saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, v.16, n.2, p.287-293, 2007.

PEREIRA, M.P.B.; BARCELLOS, C. O território no programa de saúde da família. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v.2, n.2, p.47-55, jun., 2006.

REGALLA, M.A.; GUILHERME, P. R.; SERRA-PINHEIRO, M. A. Resiliência e transtorno do déficit de atenção/hiperatividade. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, v.56, n.1, p. 45-49, 2007.

ROHDE, Luis A.; HALPERN, Ricardo. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 80, n.2, p.61-70, abr. 2004.

SÁ JUNIOR, A.R.; SOUZA, M. C. Avaliação do comprometimento funcional na esquizofrenia. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.34, n. 2, p.164-168, 2007.

SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 5, p. 71-88, 1999.

SILVA, M.C.M. **Redes sociais intraorganizacionais informais e gestão**: um estudo nas áreas de manutenção e operação da planta hyco-8, Camaçari, BA [Dissertação de Mestrado]. Salvador: Núcleo de Pós-Graduação da Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, 2003.

Silva, I. et al. Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.4, n.1, p.21-32, 2003.

TEIXEIRA, E.; ROSSI, E.; SLYWITCH, M.V. Análise da atuação de um serviço ambulatorial de psiquiatria infantil e higiene mental em uma instituição pediátrica. **Pediatria**, São Paulo, v.1, p.262-273, 1979.

TEIXEIRA JUNIOR, S.; KANTORSKI, L.P.; OLSCHOWSKY, A. O Centro de Atenção Psicossocial a partir da vivência do portador de transtorno psíquico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS). v.30, n.3, p.453-460, 2009.

APÊNDICE A – Instrumento de identificação da RASM

	Nome do Dispositivo	Regional a que pertence	Como se articulam
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
...			

APÊNDICE B – Instrumento aplicado aos gestores e profissionais

QUESTÕES GERADORAS:

- 1.** Fale da estruturação e organização do CAPSi
- 2.** Como se dá a dinâmica de assistência a clientela?
- 3.** Como o CAPSi se articula com a comunidade e outros dispositivos sociais?

Como avalia o trabalho na perspectiva da inserção social?

APÊNDICE C – Instrumento aplicado ao Familiar Cuidador

QUESTÕES GERADORAS¹:

1. Qual o significado de ter um familiar com transtorno mental?
2. Como é a assistência prestada aqui ao seu familiar?
3. Como chegou até aqui?
4. Que mudanças percebe na criança após ingresso no CAPSi?
5. Como você avalia o trabalho do CAPSi?
6. A seguir encontram-se três colunas. Na primeira coluna apresentam-se os nomes de todas as pessoas que participam da rede de atendimento à criança com transtorno mental, organizada a partir dos CAPSi. Na segunda coluna, você deve assinar qual das três escolhas – o tipo de apoio social; que melhor qualifica a sua forma de pensar a respeito do significado de cada uma dessas pessoas para a rede social. Na terceira coluna você informa a sua satisfação com o apoio percebido que favoreça a inserção social da criança.

NOMES	Apoio social	SATISFAÇÃO COM APOIO PERCEBIDO
	Informativo () Emocional () Material ()	
	Informativo () Emocional () Material ()	
	Informativo () Emocional () Material ()	

...

7. A seguir encontra-se o modelo adaptado da CIF?

CÓDIGO	DESCRIÇÃO					
E3 - APOIO E RELACIONAMENTOS		0	1	2	3	4
E310	O apoio da família nuclear está disponível?	0	1	2	3	4
E315	O apoio da família ampliada está disponível?	0	1	2	3	4
E320	O apoio de amigos está disponível?	0	1	2	3	4
E325	O apoio de conhecidos, colegas, vizinhos e membros da comunidade está disponível?	0	1	2	3	4
E330	O apoio de pessoas em posição de autoridade está disponível?	0	1	2	3	4
E340	O apoio de cuidadores e assistentes pessoais está disponível?	0	1	2	3	4
E350	O apoio de animais domésticos está disponível?	0	1	2	3	4
E355	O apoio de profissionais de saúde está disponível?	0	1	2	3	4

Legenda: 0 = nenhum apoio, 1= ligeiro apoio, 2= moderado apoio, 3= grande apoio, 4= completo apoio.

¹ As questões um e dois foram destinadas a formação do DSC. As demais foram analisadas quantitativamente.

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A presente pesquisa intitulada “ANÁLISE DA REDE ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL: o exemplo de inserção social promovida pelo CAPSi em Fortaleza-CE”, objetiva

analisar aspectos quantitativos e qualitativos da rede assistencial em saúde mental na cidade de Fortaleza, dando ênfase ao dispositivo CAPS i. A pesquisa acontecerá através da aplicação de questionários, entrevistas e observações no próprio território dos CAPS.

Ressalvo que esta pesquisa obedece e garante a você informante, todos os direitos assegurados pela Resolução no.196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, dentre os quais vale mencionar: não há qualquer risco em participar da pesquisa; será preservado o anonimato das pessoas envolvidas; as informações coletadas serão utilizadas apenas para os objetivos da pesquisa; os participantes têm a liberdade de desistir a qualquer momento da realização da pesquisa; não haverá qualquer tipo de despesa ou ajuda financeira por parte da instituição e/ou dos participantes.

Este termo será devidamente assinado pelo pesquisador e entregue a cada um dos participantes, ficando os pesquisadores apenas com o “canhoto” assinado pelo informante da pesquisa.

Para esclarecimentos, entrar em contato com a pesquisadora responsável:

Nome: Fátima Luna Pinheiro Landim.

Endereço: Av. Washington Soares, 1321. CEP – 60811-341. Fortaleza-Ceará

Telefone: (85) 34773280

Assinatura do Pesquisador

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____
_____, RG: _____, abaixo assinado, declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido tudo o que me foi explicado, concordo participar da pesquisa intitulada “ANÁLISE DA REDE ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL: o exemplo de inserção social promovida pelo CAPSi em Fortaleza-CE”.

Fortaleza, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Testemunha

Testemunha

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
ENSINANDO E APRENDENDO

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Comitê de Ética em Pesquisa – COÉTICA

PARECER N°. 267/2009

Projeto de Pesquisa: Estudo da rede assistencial de saúde mental a partir dos centros de atenção psicossocial na cidade de Fortaleza-Ce.

Subprojeto: 1. Estrutura e o grau de implementação dos centros de atenção Psicossocial (CAPS): dispositivos, processos e tecnologias de cuidado na perspectiva dos usuários, dos profissionais e dos gestores. 2. O dispositivo Caps na rede assistencial em saúde mental da gestante: vinculação com a atenção básica; 3. Análise da rede assistencial em saúde mental: o exemplo de inserção social promovida pelo Caps em Fortaleza-Ce. 4. Representação social da equipe de saúde da família acerca do matriciamento no município de Fortaleza-Ce.

Pesquisador Responsável: Fátima Luna Pinheiro Landim

Data de apresentação ao COÉTICA: 29/05/09

Registro no COÉTICA: 09-205

CAAE: 1979.0.000.037-09

Parecer: APROVADO na data de 30/07/09

Marília Joffily Pereira da Costa Parahyba

Prof. Marília Joffily Pereira da Costa Parahyba
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR – COÉTICA

ANEXO B – Parecer do Corretor de Português

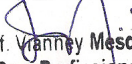


ACADEMIA CEARENSE
DA LÍNGUA PORTUGUESA

DVLCISONAM ET CANORAM LINGVAM CANO

Declara-se, para constituir prova junto ao (à) MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA
do (da) UNIVERSIDADE DE FORTALEZA,
que, por intermédio do acadêmico titular infra-assinado, foi procedida à correção gramatical e estilística
do (da) DSSERTAÇÃO (2ª REVISÃO) intitulado (da) "ANÁLISE DA REDE ASSISTENCIAL EM
SAÚDE MENTAL: O EXEMPLO DE INSERÇÃO SOCIAL PROMOVIDA PELO CAPS I EM FORTALEZA-CE"
da autoria de PATRICIA MOREIRA COSTA COLHARES,
orientado (a) pelo (a) PROF.ª DR.ª FÁTIMA LONNA PIONEIRO NUNES,
razão por que se firma a presente, a fim de que surta os efeitos legais, nos termos do novo Acordo Orto-
gráfico Lusófono, vigente desde 01.01.2009.

Fortaleza (CE) 03 de MAIO de 2010.


Prof. Vianney Mesquita
Reg. Profissional
CE 00489 JP

Prof. João VIANNEY Campos de MESQUITA
Acadêmico Titular da Cadeira número 37 da ACLP.
Escritor e docente Adjunto IV da Universidade Federal do Ceará
Reg. Prof. MTE00489JP.