



**UFAM**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS**

**FACULDADE DE PSICOLOGIA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

Discente: Nayandra Stéphanie Souza Barbosa

Orientador<sup>a</sup>: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denise Machado Duran Gutierrez

**A DINÂMICA DA REDE DE CUIDADOS DE FAMÍLIAS ACOMPANHADAS NA  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E NA ATENÇÃO BÁSICA EM MANAUS.**

Abril/2017

Manaus – AM



**UFAM**

**NAYANDRA STÉPHANIE SOUZA BARBOSA**

**A DINÂMICA DA REDE DE CUIDADOS DE FAMÍLIAS ACOMPANHADAS NA  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E NA ATENÇÃO BÁSICA EM MANAUS.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia, na linha de pesquisa: “Processos Psicológicos e Saúde”.

Orientador<sup>a</sup>: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denise Machado Duran Gutierrez

Abril/2017

Manaus – AM

## Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

B238d      Barbosa, Nayandra Stéphanie Souza  
A dinâmica da rede de cuidados de famílias acompanhadas na  
atenção psicossocial e na atenção básica em Manaus / Nayandra  
Stéphanie Souza Barbosa. 2017  
197 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Denise Machado Duran Gutierrez  
Dissertação (Mestrado em Psicologia: Processos Psicológicos e  
Saúde) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Rede. 2. Cuidado. 3. Família. 4. Abordagem Sistêmica. 5.  
Psicologia da Saúde. I. Gutierrez, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Denise Machado  
Duran II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

## PARECER FINAL

NAYANDRA STÉPHANIE SOUZA BARBOSA

**“A DINÂMICA DA REDE DE CUIDADOS DE FAMÍLIAS ACOMPANHADAS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E NA ATENÇÃO BÁSICA EM MANAUS.”**

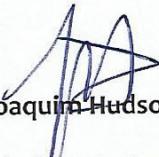
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, na **Linha de Processos Psicológicos e Saúde.**

*Aprovada em 27 de abril de 2017.*

## BANCA EXAMINADORA

  
Prof.ª Dr.ª Denise Machado Duran Gutierrez

Universidade Federal do Amazonas

  
Prof. Dr. Joaquim Hudson de Souza Ribeiro

Faculdade Salesiana Dom Bosco

  
Prof.ª Dr.ª Adriana Rosmaninho Caldeira de Oliveira

Universidade Federal do Amazonas

*Á Deus meu alicerce e à minha família fonte infinita de inspiração, afeto, apoio e incentivo durante toda minha trajetória acadêmica e de vida, sempre acreditando em meus planos e sonhos. Dedico-lhes essa conquista com muito amor!*

*Aos sujeitos e às famílias que protagonizaram as cenas do cotidiano de cuidados e que deram vida a este estudo, pois com generosidade compartilharam suas histórias e deixaram-me fazer parte de suas trajetórias, de suas dinâmicas, de suas redes. Dedico-lhes essa narrativa de nossas vivências com muita gratidão!*

*A todas as pessoas que vivem a esperança de encontrar novos caminhos na luta por um cuidado ético, pela saúde, pela liberdade e, sobretudo, pela vida. Dedico-lhes essa construção científica em prol de um agir coletivo, com muita esperança!*

## AGRADECIMENTOS

Gratidão e exaustão! Essas são as palavras que melhor expressam o que estou sentindo. Sonhava com o dia em que chegaria este exato momento, especificamente, o momento de escrever os meus agradecimentos, pois isso significaria que teria finalizado, ao menos na escrita, essa tão árdua e difícil caminhada que foi o Mestrado! E aqui estou... VIVA!!! Um “VIVA” que expressa os mais diversos significados, dentre eles, o de pulos de alegria seguidos do “*Consegui! Estou VIVA, foi possível chegar até aqui!*” (risos).

E essa alegria se multiplica por lembrar que várias pessoas contribuíram nesse percurso! E estas, sem dúvidas, são parte da minha *rede social significativa*, cada uma com um papel singular e potencial de apoio. Assim, agradeço a cada uma delas! Laços e nós da minha rede. Primeiramente, somando o reconhecimento e a minha fé, agradeço de todo o coração ao meu bom Deus, fonte de luz, paz, serenidade e força, ajudando-me a perseverar, fortalecendo meu espírito e revigorando minha alma. Obrigada Pai!

**Família:** À minha mãe, Nádya Souza, presença insubstituível, pelas diversas referências positivas e valores ensinados, pela força, compreensão, ternura e apoio que sempre me destinou do jeito mais espontâneo e acolhedor de ser mãe e do mais forte e empoderado de ser mulher. Sem você, nada disso seria possível. Obrigada mãezinha linda!

Ao meu pai, Dirsley D’Angelo, por sua presença simples e constante, a sua maneira, revelando-me formas diversas do exercício da paternidade, em especial, por laços de afeto construídos e fortalecidos a cada dia. Não imaginas o quanto és especial meu pai. És presente de Deus na minha história. Obrigada paizinho querido!

Aos meus irmãos Leandro D’Angelo, Lucas D’Angelo e Grasielle Costa, por tudo o que representam em minha vida, cada um com sua singularidade, complementam-me e me motivam a buscar ser sempre uma pessoa melhor para que possam se orgulhar de mim, assim como me orgulho de cada um de vocês. Obrigada amorzinhos da mana!

Ao meu amado noivo Marcelo Costa, que trouxe calma em dias de caos, acalanto em dias de pura angústia, sem pedir nada em troca, com sua simplicidade, companheirismo, afetividade e, principalmente, demonstrando compreensão e apoio em todo esse percurso, mostrando-me que de fato “na alegria e na tristeza” estará sempre ao meu lado. Amor, li em algum lugar que: “*A vida requer cuidados... e os amores também*”, e então meu pensamento foi levado automaticamente até você, pois descobri que é ainda melhor quando esse cuidado vem de graça, repleto de amor e respeito, como o seu.

Obrigada por preencher essa frase de sentidos lindos e tão reais. Agora já poderemos começar a planejar o casório para alegria de todos, pois também não teremos mais desculpas, afinal “*Já acabei o mestrado!*” (risos).

**Trabalho e Estudos:** À minha chefe Socorro Bacelar, gestora do CAPS SUL e aos meus queridos colegas de trabalho, companheiros de lutas diárias na saúde mental, mestres na arte do compartilhar e de se superar, cada um atuando como *sujeito e agente do cuidado* nesse constante “*fazer saúde*”. Agradeço imensamente por terem compreendido minhas ausências durante o período em que estive me dedicando ao Mestrado e, sobretudo, pelos momentos em que me davam forças e incentivavam-me a continuar em frente, acreditando na relevância da pesquisa, dando sugestões de leituras, de caminhos, de possibilidades. A vocês minha profunda admiração, amizade e gratidão por continuarem a acreditar, junto comigo, em dias melhores na Saúde Mental em nossa cidade. Obrigada meus amigos!

Ao meu antigo orientador, Nilson Gomes Vieira, que apesar de todas as dificuldades que se esboçaram na primeira fase deste percurso, despertou em mim sentimentos de admiração, afeto e carinho, chegando a ser paradoxal face aos rumos que nossa relação acadêmica levou. Hoje consigo entender o quanto foi necessária essa mudança de orientação para nós. Mas o que quero guardar dessa experiência foram as ricas leituras sobre a Psicologia da Saúde, o despertar de um olhar sensível às redes sociais e, sobretudo, a permissão para que me deixasse ser levada pelos meus sujeitos durante a pesquisa, e não o contrário. Tenho orgulho de termos conseguido, atualmente, superar nossas diferenças e dialogarmos sem rancor, culpa ou qualquer sentimento ruim. Não tenhas dúvidas que tiveste sua importância em minha trajetória. Obrigada Nilsinho!

À minha atual orientadora, Denise Gutierrez, que exerceu várias funções importantes em minha rede de apoio em momentos cruciais. Foi *apoio emocional e guia cognitivo e de conselhos* ao me dar acolhida afetuosa no instante em que me vi só, assustada com a mudança repentina, insegura, indagando-me se esse tinha sido o melhor caminho a se tomar e se valeria mesmo ainda tentar. E eis que como uma “salvadora da pátria”, mostrou-me que o importante ainda estava por vir, comprou minha ideia e disse “dá pra fazer”! E fomos em frente, momento em que exerceu a função de *ajuda material* ao me ofertar um mundo de caminhos metodológicos e teóricos, sempre muito agradável, sensível e atenciosa às minhas dúvidas, de maneira que nossos encontros sempre despertavam em mim novas reflexões e recarregavam as energias que outrora já haviam se esvaziado, transformando toda a insegurança e fragilidade, em entusiasmo e motivação. Por tudo isso,

a você o meu mais profundo agradecimento, respeito, admiração e afeto. Foste fundamental para que eu conseguisse chegar até aqui. Muito obrigada Dêdê!

**Relações de amizades:** Essas mudanças e tropeços no caminho também foram oportunidades para a construção de novos laços de amizade, afinal foram dois anos e meio de convivências, apertos, prazos, agonias, mas também de muito sorriso solto, de muito abraço que envolve, colo que acolhe e apertos de mãos que significavam “*calma, tô contigo*”! Essas, sem dúvidas, são amizades que vou levar para toda a vida, e aqui quero agradecer a estes amigos: Bruna Borges, Hillene Freitas, Juliana Prado, Fabiane Rodrigues, Flávia Dias, Josafá Ramos. Vocês se tornaram essenciais na minha rede de apoio e no círculo mais íntimo e significativo no meu mapa de rede. Obrigada minhas flores e anjos!

Às amigas de toda uma vida, Ágata Karolinne e Fabíola Vieira, irmãs de coração e exemplos de cumplicidade, de lealdade e de cuidado mútuo. Vocês, sem dúvida, têm suas contribuições neste trabalho. Nossa amizade é inspiração para acreditar que com afeto, empatia, presença, disposição e vínculo, qualquer relação é potencializadora de cuidado à saúde. Tenho muito orgulho de nosso “casamento” a três, construído e fortalecendo diariamente nestes quase 12 anos de amizade, pois mesmo quando passamos dias sem nos vermos ou falarmos, sabemos que podemos contar sempre umas com as outras. Vocês são uma das melhores partes de mim e oro pra que sempre estejam na minha rede de apoio significativa. Obrigada por serem o que são: minhas amigas!

**Relações comunitárias:** Aos profissionais de outros pontos da rede, amigos psicólogos, pessoas da vizinhança, dentre outros que procuram minha ajuda e se fazem presentes em meu dia a dia, adotando-me como membro de sua rede de apoio, solicitando tão pouco de mim e, por sua vez, dando-me tanto ao gerar inquietação com suas inquietações, ao gerar reflexão e ação diante de um caso que exige outras tantas conexões, ensinando-me também com suas experiências e ao mesmo tempo me fazendo sentir importante suporte em suas práticas, em suas vidas. Obrigada pela confiança!

Aos sujeitos e famílias participantes do estudo, que me acolheram, ajudando-me a compreender algumas “redes”, “trajetórias” e “territórios”, diante de tantos outros incompreensíveis. Minha sincera gratidão por tudo que representaram em minha trajetória profissional, acadêmica e em minha história de vida. Agradeço pela disponibilidade, pela confiança e, principalmente, pelo presente a mim destinado ao permitirem conhecer suas histórias e fazer parte de suas redes. Saibam que estas redes, com seus sentidos e significados, são legítimas, pois são suas. Obrigada por transformarem teoria em realidade!

*Nós vos pedimos com insistência:  
Nunca digam: Isso é natural!  
Diante dos acontecimentos de cada dia,  
Numa época em que reina a confusão,  
Em que corre o sangue,  
Em que se ordena a desordem,  
Em que o arbitrário tem força de lei,  
Em que a humanidade se desumaniza...  
Não digam nunca: Isso é natural!  
Para que nada passe a ser imutável,  
Sob o familiar, descubram o insólito,  
Sob o cotidiano, desvelem o inexplicável.  
Que tudo que seja dito ser habitual,  
Cause inquietação...  
Na regra é preciso descobrir o abuso,  
E sempre que o abuso for encontrado,  
É preciso encontrar o remédio.  
Vocês aprendam a ver,  
Em lugar de olhar bobamente.  
É preciso agir em vez de discutir.  
E por isso, pedimos com insistência:  
Não digam nunca: Isso é natural!*

**Bertold Brecht**

## RESUMO

A presente dissertação de mestrado é fruto de um estudo realizado no contexto da *articulação de rede* em prol de *famílias* acompanhadas pelos serviços da Atenção Psicossocial e da Atenção Básica de Saúde, em Manaus, no período de julho a dezembro de 2016. Neste estudo, buscou-se compreender como se constitui a *dinâmica da rede de cuidados à saúde de famílias* que possuem membros com transtorno mental em seus núcleos familiares. Assim, adotamos como **objetivo geral** analisar esta *dinâmica da rede de cuidados à saúde* de famílias que demandam acompanhamento em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em articulação com a Atenção Básica (ABS) de seu território. Para tanto, os **objetivos específicos** foram: 1) Compreender o processo de acompanhamento ofertado às famílias no cotidiano do CAPS e em articulação com a ABS, buscando conhecer a natureza de suas demandas em geral; 2) Conhecer as ações de cuidado utilizadas pelas equipes para a efetivação da assistência às famílias em âmbito domiciliar e em território, observando os aspectos psicossociais *in situ*; 3) Identificar as trajetórias terapêuticas destas famílias em suas dinâmicas cotidianas, visando compreender os fatores incidentes, motivações e necessidades que as levam a recorrer a uma *rede social de apoio*; 4) Refletir sobre as trajetórias terapêuticas e as relações possíveis entre os aspectos e fatores observados nessas *dinâmicas de cuidados* e a constituição de uma *rede de cuidados à saúde de famílias* significativa para seus membros, considerando suas especificidades. Utilizamos a **metodologia** de pesquisa qualitativa de caráter descritivo exploratória, através do método da *observação participante*, tendo como recursos metodológicos os seguintes instrumentos: diário de campo; registro de conversações nos encontros familiares; construção de genograma, ecomapa e mapa de redes com as duas famílias participantes; material documental, e por fim, a realização de uma reunião de restituição das primeiras análises dos dados à equipe de referência, em coerência com o método da observação participante que permitiu a posição do pesquisador enquanto observador-colaborador. Desse modo, a análise do *corpus* da pesquisa foi realizada a partir de Análise de Conteúdo Temática, com base no **marco teórico** da Abordagem Sistêmica em interlocução com a Psicologia da Saúde, tendo como construtos principais os conceitos de Rede, Cuidado e Família. Os **resultados** demonstraram que a dinâmica da rede de cuidados à saúde destas famílias pode ser compreendida a partir da constituição de duas lógicas de redes principais, em um plano sistêmico, a saber: conhecendo a *dinâmica da articulação de rede pela lógica dos serviços da atenção psicossocial e da atenção básica* em prol das famílias, com seus avanços, rupturas e práticas de cuidado em evidência; e reconhecendo a existência de uma *dinâmica da rede a partir da lógica das próprias famílias*, resgatando suas histórias, percorrendo suas trajetórias de cuidado e mapeando as redes sociais de apoio significativas, favorecendo assim a constituição e a ativação de uma *rede de cuidados de famílias* de maneira significativa, integral e efetiva às suas realidades. Nessa perspectiva, poderemos caminhar para práticas de cuidado em saúde mais eficazes, que incluam a participação ativa dos sujeitos e de suas famílias, e integrem seus direitos de cidadania e de qualidade de vida.

**Palavras-chaves:** Rede, Cuidado, Família, Abordagem Sistêmica, Psicologia da Saúde.

## ABSTRACT

This Masters' dissertation is the result of a study undertaken in the context of the *articulation of a network for families* that are supported by the Psychosocial Care and Basic Health Care services, in Manaus, in the period July to December 2016. This study sought to understand what constituted *the dynamics of the healthcare network for families* who have close relatives with mental health problems. Therefore our **general objective** was the analysis of the *dynamics of the healthcare network* for families who require support from Centre for Psychosocial Care (CAPS) together with the Basic Health Care (ABS) from their neighbourhood. Therefore, the **specific objectives** were: 1) to understand the monitoring process offered to families on an everyday basis by CAPS and jointly with the ABS, and seek to understand the nature of their demands in general; 2) to understand the care used by teams for the effective assistance given to families at home and in their locality, observing the psychosocial aspects *in situ*. 3) to identify the therapeutic trajectories of these families in their everyday activities, aiming to understand the incidental factors, motivations, and necessities that lead them to turn to a *social network of support*; 4) to reflect on the therapeutic trajectories and the possible relations between the observed aspects and factors in the *dynamics of care* and the constitution of a *family healthcare network*, significant to its members, considering their specific situation. We used a qualitative research **methodology** of a descriptive, exploratory character, using *participant observation*, having the methodological resources of the following instruments: field diary; conversation log of the family meetings; construction of a genogram, ecomap and map of networks with the two participating families; documentary material, and finally, holding a meeting to return the first analyses of the data to the reference team. This is in keeping with the method of participant observation that permits the researcher's position as observer-collaborator. Thereby, the analysis of the *corpus* of the research was carried out by the Analysis of Thematic Content based on the **theoretical framework** of a Systemic Approach with reference to Health Psychology, having as its principal constructs the concepts of Network, Care and Family. The **results** demonstrated that the dynamic of the healthcare network of these families can be understood by the constitution of two logics of the principal networks, in a systemic plan, specifically: knowing the *dynamic of the network articulation by the logic of the Psychosocial Care and the Basic Health Care services* for the benefit of the families, with their advances, breakthroughs and care practices in evidence; and recognizing a *network's dynamic from the logic of the families themselves*, rescuing their stories, traveling their trajectories of care and mapping the significant social support networks, thereby favouring the constitution and activation of a meaningful *network of care for families*, integrated and effective for their realities. In this perspective we can move to more effective healthcare practices that includes the active participation of the subjects and their families, and integrates their rights of citizenship, and quality of life.

**Keywords:** Network, Care, Family, Systemic Approach, Health Psychology.

## **LISTA DE SIGLAS**

ABS - Atenção Básica de Saúde  
ACS - Agente Comunitário de Saúde  
APS - Atenção Primária de Saúde  
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial  
CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas  
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa  
CPER - Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro  
CRAS - Centro de Referência da Assistência Social  
CREAS - Centro de Referência Especializado da Assistência Social  
CRDQ - Centro de Reabilitação em Dependência Química  
DISA - Distrito de Saúde  
DM II - Diabetes Mellitus tipo II  
ESF - Estratégia Saúde da Família  
FASM - Fórum Amazonense de Saúde Mental  
GRAPS - Gerência da Rede de Atenção Psicossocial  
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica  
MS - Ministério da Saúde  
NASF - Núcleo de apoio à Saúde da Família  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
PTI - Projeto Terapêutico Institucional  
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial  
RAS - Redes de Atenção à Saúde  
SEMMASDH – Secretaria Municipal da Mulher, Assistência Social e Direitos Humanos  
SEMSA - Secretaria Municipal de Saúde de Manaus  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TR - Terapeuta de Referência  
UBS - Unidade Básica de Saúde  
UBSF - Unidade Básica de Saúde da Família (Estratégia Saúde da Família)

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - atendimentos dos CAPSs municipalizados em Manaus-AM.....	56
Quadro 2 - Categorização dos dados coletados – Mapa de cenários.....	68

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Genograma da Família da Maria da Fé.....	120
Figura 2 - Genograma da Família do José Amoroso.....	126
Figura 3 - Ecomapa da Família da Maria da Fé.....	144
Figura 4 - Ecomapa da Família do José Amoroso.....	150
Figura 5 - Mapa de rede da “Fezinha”.....	153
Figura 6 - Mapa de rede do “Zé”.....	157
Figura 7 - Mapa de cenário familiar-psicossocial-sistêmico.....	164

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>1 MARCO TEÓRICO</b> .....	22
<b>1.1 A PSICOLOGIA DA SAÚDE E AS REDES DE CUIDADOS: Contribuições de um olhar biopsicossocial na dinâmica da rede.</b> .....	22
1.1.1 Psicologia da Saúde: em busca da valorização dos aspectos psicossociais no cuidado em território. ....	22
1.1.2 Rede: noções, dinâmicas e seus desdobramentos no campo da saúde. ....	26
<b>1.2 FAMÍLIA E A REDE SOCIAL NA ABORDAGEM SISTÊMICA: Refletindo sobre a dinâmica familiar de cuidados à saúde e a rede significativa de apoio</b> .....	32
1.2.1 Família: contribuições de um olhar sistêmico na dinâmica familiar de cuidados no contexto da saúde mental. ....	32
1.2.2 Rede social de apoio: contribuições de uma olhar sistêmico na dinâmica da rede de cuidados à saúde de famílias. ....	39
<b>1.3 O CUIDADO E A MICROPOLÍTICA DO TRABALHO EM SAÚDE: (Re)pensando conceitos e práticas de cuidados</b> .....	44
1.3.1 Cuidado: entre sentidos e (re)significados na compreensão de uma ética do cuidar. ....	44
1.3.2 Micropolítica do trabalho em saúde: entre atos de cuidado e as interconexões de redes vivas. ....	49
<b>2 MARCO METODOLÓGICO</b> .....	54
<b>2.1 NATUREZA DA PESQUISA</b> .....	54
2.1.1 Método de observação participante .....	54
<b>2.2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO INVESTIGATIVO</b> .....	56
<b>2.3 SUJEITOS PARTICIPANTES DA PESQUISA</b> .....	57
<b>2.4 RECURSOS PARA COLETA DE DADOS</b> .....	59
2.4.1 Diário de campo .....	59
2.4.2 Registro das conversações nos encontros familiares .....	60
2.4.3 Construção de genograma, ecomapa e mapa de rede com a família .....	60
2.4.4 Material documental .....	61
<b>2.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE MATERIAL NO CAMPO</b> .....	62
2.5.1 Posições do observador participante .....	63
<b>2.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DO MATERIAL COLETADO</b> .....	65

<b>2.7 CUIDADOS ÉTICOS.....</b>	<b>69</b>
<b>3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>70</b>
<b>3.1 A DINÂMICA DA REDE A PARTIR DA LÓGICA DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E DA ATENÇÃO BÁSICA: Avanços, rupturas e práticas de cuidado em evidência. ....</b>	<b>70</b>
3.1.1 O cuidado às famílias no cotidiano do CAPS e nas ações de articulação de rede em geral: Compreendendo o processo de acompanhamento e a natureza das demandas. ....	70
3.1.2 O cuidado às famílias no cotidiano das visitas domiciliares e nas ações de Apoio Matricial no território: Observando os aspectos psicossociais <i>in situ</i> . ....	90
<b>3.2 A DINÂMICA DA REDE A PARTIR DA LÓGICA DAS FAMÍLIAS PARTICIPANTES: Narrando histórias, percorrendo as trajetórias de cuidado e mapeando as redes sociais de apoio. ....</b>	<b>110</b>
3.2.1 O cuidado das famílias no cotidiano doméstico: Entre sentidos e significados na dinâmica familiar <i>in locu</i> . ....	110
3.2.2 O cuidado das famílias no cotidiano de seu território: Entre sentidos e (re)significados na dinâmica de <i>rede viva</i> . ....	137
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>165</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>174</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>183</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>191</b>

## INTRODUÇÃO

Com os avanços das Reformas Sanitária e Psiquiátrica no Brasil, muitas mudanças ocorreram no setor da saúde, principalmente no campo da saúde mental, onde certamente a maior conquista tem sido o processo de desinstitucionalização do sujeito em sofrimento psíquico<sup>1</sup> e a gradual criação de serviços de saúde de base comunitária como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as residências terapêuticas e os leitos em hospitais gerais. Além desses serviços de média e alta complexidade, a saúde mental também passou a ser preocupação da Atenção Básica, a partir de dispositivos como a Unidade Básica de Saúde (UBS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (SANTIN; KLAFKE, 2011).

Tendo como ponto de partida tal reformulação, os sujeitos que antes viviam isolados nos hospitais psiquiátricos, agora podem contar com um acompanhamento à saúde mais próximo de seus familiares e da comunidade onde vivem (ROTELLI; MAURI, 1990 *apud* BREDA *et al.*, 2005). Ao adotarem o território como estratégia, tais reformas fortaleceram a ideia de que os serviços de saúde deveriam integrar a *rede social* das comunidades em que se inserem, assumindo a responsabilidade pela atenção à saúde nesse espaço e incorporando, na sua prática, o saber das pessoas que o constituem, dentre as quais ressaltamos as *famílias*.

Surge, nessa época, uma pluralidade de representações sobre as relações da família com o sujeito em sofrimento psíquico a partir do quadro de intervenção ou do papel que lhe é atribuído na realidade social. Toma força aquela em que a família é vista como provedora de cuidado e principal agente potencializador de mediações entre a pessoa com transtorno mental e a sociedade em suas redes de relações, constituindo historicamente um lugar privilegiado de *cuidados* (ROSA, 2011, p. 81).

---

<sup>1</sup> Os termos “sofrimento psíquico” e “transtorno mental” são utilizados de forma análoga, não havendo um consenso entre os autores quanto aos seus usos, uma vez que há autores que não utilizam o termo “sofrimento” por entenderem que nem todos os sujeitos adoecidos mentalmente estejam sofrendo, por outro lado, outros estudiosos destacam que utilizar o termo “transtorno”, tem igual conotação negativa ao adoecimento mental. Por tais razões, não entraremos no mérito desta discussão e os utilizaremos como empregado por cada referência. Contudo, ressaltamos que temos preferência pelo emprego do termo “sujeito em experiência de sofrimento psíquico”, por dar ênfase à vivência e singularidade do sujeito.

Dentre os estudos que se propõem a discutir o conceito de cuidado, quatro propostas distintas e complementares são identificadas e apresentadas por Gutierrez e Minayo (2010) a partir de uma revisão de literatura sobre a produção de *cuidados à saúde no âmbito da família*. As autoras constataram a existência de uma visão extremamente limitada tanto pelos usuários dos sistemas de saúde, como pelos profissionais da rede, desconsiderando a natureza complexa e dinâmica que envolve qualquer ação de cuidado e restringindo-se a dar ênfase a ações de saúde que se desenvolvem no âmbito dos serviços de saúde a partir das ações dos técnicos, não dando relevância aos cuidados em âmbito familiar, apesar de sempre se falar da importância da família no contexto das reformas.

De forma análoga, para se falar de cuidados neste contexto, devemos fazer alusão a uma *rede de cuidados à saúde* bem articulada. Para Dimenstein *et al.* (2013), essa rede deve possuir sim uma coordenação entre serviços e garantia de continuidade de cuidados, necessitando de integração em todos os âmbitos da saúde, mas além disso, necessita também de uma boa articulação com as redes de caráter social, redes de cuidados informais, dentre outros espaços, envolvendo usuários, as famílias e as comunidades.

Nesse ponto, a ideia de integralidade amplamente discutida nas coletâneas organizadas por Pinheiro e Mattos (2003, 2006) vem ao encontro dessa discussão e pressupõe processos em rede para sua efetivação. As referidas autoras sugerem que a integralidade se realiza como produto da ação social em dois planos, a saber: *plano individual* – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o *plano sistêmico* – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços e, sobretudo, numa lógica do território, pois somente assim será possível minimizar as referências a especialistas, a hospitais psiquiátricos e superar o modo de atenção asilar, na medida em que se tecem planos de cuidado que abarcam tanto a atenção ao sujeito em sofrimento psíquico, quanto ao seu entorno familiar e social.

Diante deste panorama, a problemática desta pesquisa ganha contornos a partir do interesse da pesquisadora pelo tema da *família e articulação de redes de cuidados à saúde*, que possui como **justificativa** as experiências de sua própria trajetória acadêmica e profissional, as quais proporcionaram vivências diárias com sujeitos em sofrimento psíquico e com seus respectivos núcleos familiares, aproximando-a também das dificuldades cotidianas enfrentadas pelos serviços que integram a rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), no contexto da saúde mental.

Sendo assim, atuando como psicóloga em um CAPS na cidade de Manaus, a partir de uma constante reflexão teórico-prática, a pesquisadora pôde perceber que, mesmo com todos os avanços da reforma psiquiátrica no Brasil, ainda há uma lacuna expressiva entre o cuidado que se almeja ter e o cuidado que se tem, ou seja, entre o que se preconiza pelo Ministério da Saúde (MS) e o que se coloca em prática nessa nova lógica de cuidado em saúde mental na realidade local. Tal compreensão parte do pressuposto de que o Ministério da Saúde destaca que a consolidação da Reforma Psiquiátrica depende fundamentalmente da construção dessa rede comunitária de cuidados, em que diferentes serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos articulam-se entre si, de modo a constituir um conjunto de referências com capacidade de acolher os sujeitos em sofrimento psíquico (CHIAVAGATTI *et al*, 2012).

Entretanto, em Manaus, os serviços de saúde mental, em todos os níveis de complexidade, ainda são incipientes. Até 2005, não havia qualquer modificação na oferta de serviços em saúde mental neste município, permanecendo a assistência restrita ao Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (CPER), ao Ambulatório “Rosa Blaya” e ao PAM Codajás. Somente em 2006, cinco anos após a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, implantou-se o primeiro serviço substitutivo na cidade de Manaus, um CAPS III. E entre os anos de 2010 e 2016, apenas mais três CAPS foram inaugurados, estando os demais serviços - residências terapêuticas, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, consultórios na rua, unidades de acolhimento e ações de saúde mental na Atenção Básica de Saúde (ABS) - aquém da necessidade.

Fazendo uma análise somente da ABS, estima-se que a cobertura assistencial chegue a 55% do território manauara. Contudo, nem todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) funcionam com a Estratégia Saúde da Família (ESF). Ao considerarmos essa Estratégia, a cobertura desse ponto da rede cai para 34% da população, segundo nota técnica do Ministério da Saúde<sup>2</sup>. Somado a estas faltas, quase não há um acompanhamento por parte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na cidade, caracterizado como um dos principais dispositivos de suporte interdisciplinar para a UBS e ESF, pois a referida nota técnica aponta a existência de apenas três equipes de NASFs implantadas na cidade de Manaus, número certamente inferior às necessidades de saúde da população.

---

<sup>2</sup> Disponível em: <http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>. Acessado em 10 de janeiro de 2017.

Pelas informações oficiais, podemos inferir que a cobertura dos serviços é de fato insuficiente em Manaus, considerando uma população de 2.057.711 de habitantes<sup>3</sup>, o que nos leva a pensar que há sinais claros de que a saúde, sobretudo a saúde mental, vem sendo negligenciada pelas gestões públicas locais há algum tempo. Além disso, os serviços que existem vêm funcionando com uma demanda bem superior à sua capacidade e enfrentando dificuldades para trabalhar em rede de forma efetiva, ofertando um serviço quase de forma ambulatorial, em que os fatores e aspectos psicossociais correm o risco de ficarem em segundo plano em suas práticas cotidianas.

Diante deste panorama, o Apoio Matricial surge como uma metodologia de trabalho promissora, pois se caracteriza como uma *intervenção de rede* que visa favorecer a corresponsabilização entre os serviços e a diversidade de ofertas terapêuticas através de uma equipe que acompanhe sistematicamente as UBS e ESF, permitindo o conhecimento da demanda em saúde mental que chega à Atenção Básica, propondo que os casos sejam de responsabilidade mútua (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Contudo, a inserção de ações de saúde mental no contexto da Atenção Básica ainda deixa muito a desejar. Um estudo bibliográfico realizado por Gama e Campos (2009) sobre esse tema no período de 1997 e 2007, aponta que as poucas experiências existentes consistiam, basicamente, a momentos de capacitação, discussão de casos, implementação de equipes de referência e de apoio matricial. Uma análise da produção mais recente demonstra praticamente a mesma realidade: experiências incipientes que não possibilitam a caracterização de uma articulação expressiva em nível nacional; constantes relatos da falta de diretrizes práticas para a ação; profissionais que se declaram despreparados tecnicamente para lidar com as demandas do campo de saúde mental; dificuldade para identificar possíveis intervenções no território e demanda constante por suporte, seja na forma de capacitação, seja pela via de supervisões (FIGUEIREDO e CAMPOS, 2009; JUCÁ, NUNES e BARRETO, 2009; SILVEIRA e VIEIRA, 2009; DELFINI *et al*, 2009).

Essa realidade, por si só, já demonstra a importância em realizarmos um estudo que tenha como um dos *locus* de observação, a *articulação de rede* entre esses dispositivos em prol dos sujeitos/usuários e seus familiares, pois pressupomos que, dessa forma, poderão ser reconhecidos os aspectos psicossociais emergentes nessa prática de cuidados à saúde *in*

---

<sup>3</sup> Fonte: IBGE 2015.

*situ*, evitando-se um olhar apriorístico das dificuldades que possam ser usadas como justificativa para a não realização dessa articulação.

Além disso, a proposta de pesquisa também leva em consideração a superação desse senso comum sobre as *intervenções em rede* ou *rede de cuidados*, o qual implicaria em vermos modos bem lógicos de organização de serviços de atenção à saúde que se relacionam entre si, e pelos quais os sujeitos passariam seguindo uma trajetória terapêutica que lhe seria imposta pelo modelo de atenção construído, dentro de certa política de saúde.

No contexto da política de saúde mental, o CAPS é considerado estratégico, articulador e organizador de uma rede de atenção construída sobre várias instâncias de um território que inclui a Atenção Básica, alinhado aos princípios do SUS, com uma equipe multiprofissional atuando no resgate das potencialidades do território à sua volta, buscando garantir integralidade e resolutividade na atenção prestada, acolhendo uma clientela com transtornos mentais graves e seus respectivos familiares, seguindo uma lógica de acesso (BRASIL, 2015). Entretanto, nosso estudo pressupõe a existência de outras lógicas, dentre elas, as dos sujeitos e de suas famílias.

Nessa perspectiva, alguns estudiosos defendem a ideia de que andar por esses serviços não é linear, pois o usuário “entra onde lhe abrem as portas e isso não traz a hierarquia como princípio organizador” (MERHY, 2014, p. 1), fazendo-nos pensar que há outros fatores e aspectos implicados na constituição de uma *rede de cuidados*. E descobrir isso no mundo do trabalho em saúde é, além de muito instigante, fundamental para que possamos compreender a lógica desse outro, que de fato é quem constrói essa *rede de cuidados à saúde*.

A família, nesse contexto, também aparece implicada nessa construção, quando partimos do pressuposto de que os sujeitos aprendem e desenvolvem as atividades de cuidados, valores e de crenças de saúde, inicialmente, no bojo familiar. Helman (2009) contribui nesta reflexão sobre o papel da família no cuidado à saúde, quando constata que a família é o primeiro espaço em que a assistência informal ocorre e onde se dá a maior parte dos cuidados de saúde. Ele refere que no próprio imaginário social compete à família o cuidado de seus membros. Porém, o modo como cada um cuida do seu doente é influenciado por vários fatores.

A esse respeito, Martin e Angelo (1998) nos dizem que é preciso reconhecer que a instituição familiar está imersa na cultura que oferece às pessoas uma série de conhecimentos para interpretar a experiência e induzir comportamento. Sendo assim, no

processo saúde – adoecimento – cuidado, como em outros aspectos da vida, o sujeito corre o risco de repetir os comportamentos, valores e crenças assimilados na cena doméstica. Portanto, quando os usuários demandam atendimento de saúde, eles trazem suas demandas e necessidades pessoais, mas também trazem, de certo modo, a sua família.

Assim, refletindo sobre as influências da família na constituição de uma rede de cuidados à saúde do sujeito com transtorno mental, passamos a pensar em uma *rede de cuidados à saúde da família* como um todo, pois estamos falando de uma família que é dotada de uma história, concepções, significações e de uma trajetória terapêutica que não é somente desse usuário, mas sim de toda a família que demanda cuidados e caminha junto nessa construção de rede.

Diante desse panorama, considerando as transformações nas formas de se pensar os cuidados à saúde em rede e do aumento dos questionamentos em relação ao papel da família, foram emergindo várias indagações, levando-nos ao seguinte **problema de pesquisa**: *Como se constitui a dinâmica<sup>4</sup> da rede de cuidados à saúde de famílias que possuem membros com transtorno mental em seus núcleos familiares, no contexto do SUS em Manaus?*

Em coerência com o referido objeto de estudo, a pesquisa teve como **objetivo geral**: *Analisar a dinâmica da rede de cuidados à saúde de famílias que demandam acompanhamento em um serviço da Atenção Psicossocial (CAPS) em articulação com a Atenção Básica (ABS), em Manaus.*

Para tanto, visamos alcançar os seguintes **objetivos específicos**, a partir do **método** da observação participante:

1. Compreender o processo de acompanhamento ofertado às famílias no cotidiano do CAPS e em articulação com a ABS, buscando conhecer a natureza de suas demandas em geral;

2. Conhecer as ações de cuidado utilizadas pelas equipes para a efetivação da assistência às famílias em âmbito domiciliar e em território, observando os aspectos psicossociais *in situ*;

---

<sup>4</sup> A palavra dinâmica vem do grego *dynamike*, significando “forte”, sendo um termo relacionado ao movimento e forças, aplicado originalmente a corpos e objetos. (SIGNIFICADOS, 2016). Em nosso estudo, utilizaremos esse termo articulado tanto ao conceito de família (dinâmica familiar) como ao de rede de cuidados (dinâmica da rede) para uma melhor compreensão do nosso objeto de estudo.

3. Identificar as trajetórias terapêuticas destas famílias em suas dinâmicas cotidianas, visando compreender os fatores incidentes, motivações e necessidades que as levam a recorrer a uma *rede social de apoio*;

4. Refletir sobre as trajetórias terapêuticas e as relações possíveis entre os aspectos e fatores observados nessas dinâmicas de cuidados e a constituição de uma *rede de cuidados à saúde de famílias* significativa para seus membros, considerando suas especificidades.

Face ao exposto, a Abordagem Sistêmica surge como principal **marco teórico** em nosso estudo, uma vez que, a partir da revisão de literatura, pôde-se perceber que essa abordagem possui um histórico vasto de contribuições em pesquisas na área da família, oferecendo amplas perspectivas para nossa pesquisa. Nesse sentido, partimos da perspectiva que compreende a *família* como microssistema de relações, não podendo ser concebido dissociado dos macrossistemas sociais. Esse enfoque sistêmico configura-se como um enfoque biopsicossocial e que entende o trabalho com as famílias e seus contextos como uma prática social (SCHNITMAN, 2006), alinhando-se assim à abordagem da Psicologia da Saúde.

Desse modo, considerando que a Psicologia da saúde é uma abordagem de natureza interdisciplinar, biopsicossocial e que dialoga com a prática de saúde *in situ* ao permitir uma constante tensão teoria e prática, buscaremos também contribuições nesse campo que possam auxiliar na compreensão de nosso objeto de estudo, articulando sua perspectiva praxiológica a uma leitura sistêmica dos fenômenos observados.

Cabe ainda ressaltar, que a escolha dessas abordagens também se justifica pela relevância social da pesquisa no compromisso de contribuir na construção de práticas de saúde que considerem a importância de olhar os sujeitos e suas famílias em suas especificidades, numa perspectiva sistêmica e repousando a atenção nos fatores incidentes em seus cotidianos e nos aspectos psicossociais implicados nestes processos de forma dinâmica e complexa.

Esse olhar que visa uma integralidade favorece ações de articulação de rede com e pelos próprios sujeitos, pois entendemos que não basta apenas realizar a intervenção em rede pela ótica dos profissionais que os acompanham nos serviços da rede formal, deve-se também conhecer e compreender a dinâmica dessa rede a partir do olhar da própria família – sujeito incluído – e do que seria considerado terapêutico por elas em seus cuidados, ampliando assim essa ótica para além dos muros institucionais e superando as lógicas normativas lineares.

Sendo assim, visando abordar o problema exposto e cumprir os objetivos propostos, o presente trabalho foi estruturado em cinco partes, da seguinte maneira:

1. **Introdução** - com a apresentação do tema, problemática, justificativa e objetivos do estudo;

2. **Marco teórico** - abrangendo uma revisão de literatura acerca dos construtos: Rede, Cuidado e Família, atrelados à base teórica da Abordagem Sistêmica, às contribuições da Psicologia da Saúde e aos contextos da Atenção Psicossocial e Atenção Básica de Saúde, no âmbito do SUS.

3. **Marco Metodológico** - explicitando o tipo de pesquisa, o método, a caracterização do campo, os sujeitos, as estratégias de coleta e de análise de dados, ressaltando-se durante todas as etapas, os aspectos éticos adotados;

4. **Apresentação dos resultados e discussão** - em que são apresentadas as análises dos dados de natureza qualitativa, considerando o caráter descritivo-exploratório da pesquisa, e as discussões de forma articulada com o marco teórico, respondendo aos objetivos propostos.

5. **Considerações finais** - onde trazemos considerações à guisa de conclusão, refletindo sobre o alcance dos objetivos do estudo numa síntese de seus resultados, bem como a sugestão de alguns direcionamentos a partir das análises efetuadas.

Deste modo, após termos apresentado o contexto em que nossa pesquisa se insere, a problemática de estudo, a justificativa, os objetivos e a estruturação deste trabalho, seguiremos para a apresentação de nosso marco teórico.

# 1 MARCO TEÓRICO

## 1.1 A PSICOLOGIA DA SAÚDE E AS REDES DE CUIDADOS: Contribuições de um olhar biopsicossocial na dinâmica da rede.

### 1.1.1 Psicologia da Saúde: em busca da valorização dos aspectos psicossociais no cuidado em território<sup>5</sup>.

A Psicologia da Saúde tem seu início marcado pela criação de uma abordagem em psicologia que não fosse direcionada às elites, mas sim centrada na saúde pública, “para todos” (VIEIRA FILHO, 2012). Em consonância com essa proposta e visando compreender de forma mais clara as possíveis contribuições da Psicologia da Saúde, neste estudo, consideramos relevante destacar que essa abordagem teve sua origem na revolução cubana nos anos 70 e hoje é reconhecida internacionalmente.

Seu surgimento se deu como resultado natural das controvérsias com o modelo biomédico tradicional e suas limitações na prática em saúde, com o fracasso dos sistemas sanitários de caráter restritivo e pela possibilidade de compreender variáveis sociais e psicológicas implicadas nos problemas de saúde, podendo ser entendidas como fatores desencadeantes, facilitadores ou mantenedores do processo saúde-doença (VIEIRA FILHO, 2012; ABALO e MELÉNDEZ, 2004).

A aparição desse campo, apesar de pouco explorada pela literatura, é relacionada também ao desenvolvimento dos recursos profissionais para a nova proposta de atenção primária de saúde em Cuba. As mudanças sociais ocorridas na Revolução Cubana determinaram a direção das ações do Ministério da Saúde no sentido de considerar necessária e oportuna a criação de condições para que a Psicologia como ciência e disciplina independente, pudesse contribuir com os esforços conjuntos no desenvolvimento de uma saúde para a população voltada fundamentalmente para a prevenção, ultrapassando os limites dos consultórios e vinculando-se às demais especialidades de saúde, podendo, assim, redirecionar seu olhar e contribuição a outros níveis de atenção do sistema de saúde (ABALO; MELÉNDEZ, 2004).

---

<sup>5</sup> Esse território é compreendido não apenas como espaço geográfico, mas também como território de pessoas, de instituições, dos cenários nos quais se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares e constituem-se como um “lugar” na comunidade (BRASIL, 2015, p. 7).

Diante dessa inserção do psicólogo nos diferentes setores de saúde em Cuba, abriu-se um campo de possibilidades para o surgimento de novas práticas e, por conseguinte, de um novo profissional psicólogo, que considera a atuação interdisciplinar e articulada com as ciências sociais, fisiológicas e médicas, buscando produzir um conhecimento que dialogasse com os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença em toda sua complexidade, bem como em contribuir para o sistema de saúde, convergindo para elevar os níveis de saúde e bem-estar da população (LOURO BERNAL, 2009).

A partir deste processo de construção progressiva do saber psicológico, que acontecia para além dos tradicionais espaços acadêmicos e se baseava principalmente na prática do exercício profissional, a Psicologia da Saúde pode ser entendida como o ramo da psicologia voltado à compreensão dos componentes subjetivos implicados no processo saúde-doença e da atenção ofertada à saúde pública, interessando-se:

[...] com o estudo dos processos psicológicos que participam na determinação do estado de saúde, no risco de adoecer, na condição da doença e na recuperação, assim como pelas circunstâncias interpessoais que são evidentes na prestação de serviços de saúde, o que se expressa, em termos práticos, em um amplo modelo de atividade que inclui ações úteis para a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a atenção dos doentes e à adequação dos serviços de saúde às necessidades dos que os recebem (CALATAYUD, 2011, p. 194).

Assim, a proposta cubana define a Psicologia da Saúde como uma contribuição da psicologia aos cuidados da saúde, devendo promover o bem-estar psicológico ao sujeito e sua família, contribuir para a integralidade da atenção em saúde, bem como auxiliar numa eficaz prestação dos serviços de saúde mediante a valorização dos aspectos psicossociais (VIEIRA FILHO, 2012).

Desse modo, observamos que essa concepção cubana da Psicologia da Saúde parte de uma compreensão integradora do sujeito, constituída a partir de um modelo biopsicossocial, contribuindo na saúde e bem-estar, de maneira que sua ação pode estar voltada para os sujeitos, grupos e comunidade, além de reconhecer o caráter multicausal do processo saúde-doença, a partir do momento que não lida apenas com uma demanda em si, mas a olha buscando relações com o todo que envolve o sujeito.

Fazendo referência a esse processo saúde-doença, Pérez Lovelle (1987 *apud* CALATAYUD, 2011) traz contribuições teóricas nesse campo, destacando que a saúde não existe como algo absoluto, pelo contrário, entende-a como um processo *continuum* prolongando-se até a doença e constituída por um conjunto de qualidades sistêmicas complexas. Ou seja, a saúde seria ao mesmo tempo: a ausência de dano morfológico e de limitações funcionais; determinado nível de bem-estar subjetivo e social; determinado

nível de desenvolvimento da personalidade, refere-se à autorrealização das potencialidades produtivas da personalidade e seu autodomínio. Assim, para cada uma dessas qualidades, existe uma linha de continuidade com um limiar acima do qual se pode falar de saúde e abaixo de doença. Dessa forma, o nível de estado de saúde individual dependerá das complexas inter-relações deste conjunto de qualidades.

Dito isso, compreender o processo saúde-doença em sua integralidade requer um olhar para além do corpo físico, analisando as diversas inscrições psicossociais que estão marcando esse “adoecer”. Calatayud (1997), nessa perspectiva, destaca que a importância de se compreender a complexidade de tais conexões pode ajudar nas ações de promoção e prevenção em saúde, uma vez que conhecer as comunidades, famílias e os indivíduos em suas reais condições de vida, normas, valores, motivações, comportamentos e crenças possa ser a melhor forma de identificar fatores de risco e de proteção no seu cotidiano<sup>6</sup>.

Nesse contexto, o autor reconhece a amplitude do conceito “psicossocial” e adverte sobre as possíveis controvérsias encontradas na literatura, podendo até assumir um caráter polêmico ao se discutir de que forma podem ser operacionalizados esses aspectos na prestação de serviços à saúde, propondo que esse conceito seja refletido com base em três dimensões, são elas:

- 1) *Dimensões psicossociais macrossociais* - relacionadas à sociedade de modo geral e aos seus complexos sistemas de relações de classes, abarcando também características culturais e religiosas próprias do contexto de vida dos membros de determinada sociedade;
- 2) *Dimensão microambiente* - inclui a família, o trabalho e as relações mais imediatas, ou seja, que se estabelecem nas condições de trabalho e vida concreta de um indivíduo;
- 3) *Dimensão individual* - compreende o sujeito tanto em sua constituição psíquica, como personalidade e também nas formas em que se expressam seus comportamentos.

Diante desse panorama, torna-se de fácil percepção que o campo da Psicologia da Saúde está em crescente desenvolvimento, favorecendo condições de elaborar tanto técnicas de trabalho para a solução dos mais diversos problemas concretos relacionados à saúde, como também estratégias gerais e globais para o enfrentamento de diversas

---

<sup>6</sup> Ressalta-se que o “cotidiano” é entendido aqui como o *locus* social onde se expressam não somente experiências de vida, na perspectiva individual que o termo possa conter, mas também contextos de relações sociais distintas que envolvem tanto pessoas, como grupos específicos, coletividades e instituições (PINHEIRO; LUZ, 2003).

problemáticas, trazendo benefícios, para os sistemas e serviços de saúde (ABALO; MELENDEZ, 2004).

Dentro dessa perspectiva, a *comunidade* destaca-se como o espaço mais importante para as ações de cuidados à saúde. Partilhando desse pensamento, Morales Calatayud (2011) resgata a estratégia de Atenção Primária à Saúde (APS) - também conhecida como Atenção Básica<sup>7</sup> de Saúde (ABS) - formulada pela OMS em 1978, como sendo o modo mais integral para o propósito do cuidado da saúde dos membros na comunidade, pois entende que nela a psicologia pode desempenhar um papel importante e de grande utilidade pública e, em certa medida, inovador.

Entretanto, concordamos também com Castro e Bornholdt (2004) ao afirmarem que o alcance das práticas interventivas da Psicologia da Saúde vai muito além da Atenção Básica, uma vez que se associa a um campo de atuação profissional bastante vasto, desde hospitais até as próprias casas dos sujeitos. Este fato ressalta a potência interdisciplinar dessa área à medida que favorece a interação do psicólogo com diferentes profissionais de saúde, possibilitando a ampliação dessas intervenções, embasadas em diferentes saberes, concepções de homem e de mundo, do processo histórico, cultural e social na qual se inserem.

Dessa maneira, fundamentados na amplitude das contribuições que a Psicologia da Saúde tem a nos ofertar, consideramos pertinente adotá-la como um dos marcos-teóricos em nosso estudo, por permitir uma constante tensão teoria e prática, a partir de uma perspectiva praxiológica, e por adotar um olhar biopsicossocial diante dos fenômenos de saúde-adoecimento-cuidado em qualquer espaço-tempo que se possa estar. Nesse contexto, para Venturini (2016), a desinstitucionalização se coloca no âmbito das concepções epistemológicas modernas, que modificaram a concepção linear de causa/efeito para vínculos/oportunidades, também sendo parte de uma revolução simbólica mais ampla, que não implica a substituição de um poder por outro, mas pressupõe um processo contínuo e indefinido de transformação.

---

<sup>7</sup> Os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária em Saúde” são identificados como equivalentes em documentos recentes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) e assim também serão considerados em nosso estudo. Destaca-se que há várias querelas envolvendo defensores de ambos os termos, com o destaque para o descontentamento de alguns com relação ao primeiro termo, por sugerir que a palavra “Básica” descon sideraria a complexidade inerente a essa esfera. Contudo, ao adotarmos deste o título o termo “Atenção Básica” não queremos desprezar a inequívoca complexidade que lhe é inerente.

Em qualquer caso, segundo este autor, a desinstitucionalização nos permite romper as fronteiras do tempo. Parafraseando Kapuscinski (2005):

Aquilo que nos torna homens e nos distingue dos animais é a nossa capacidade de narrar histórias e mitos: partilhar histórias e lendas reforça o sentido de comunidade, que é a única condição na qual o homem pode viver. A ideia da narração nasce da eterna luta do homem contra o tempo, contra a labilidade da memória, contra a tendência a ofuscar-se e desaparecer (KAPUSCINSKI, 2005, p. 247 *apud* VENTURINI, 2016, p. 156).

É justamente essa exigência da narração que nos possibilita dar um sentido ao tempo que acompanha os escritos dessa pesquisa. Nessa perspectiva, considerando o processo histórico, cultural e social a qual nos encontramos, essa abordagem vem ao encontro de uma nova lógica de cuidado que foi dando consistência a um leque de possibilidades terapêuticas, pautadas em políticas públicas de saúde mental comprometidas com os princípios do SUS e que consideram outras dimensões de vida do sujeito, ao se trabalhar com o ideário de um cuidado compartilhado em rede por vários pontos de atenção à saúde, dando corpo a uma *Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)*. No mais, se faz necessário, retomarmos alguns conceitos para dar sustentação aos nossos resultados, dentre eles, daremos destaque, primeiramente, ao conceito de *Rede* e, posteriormente, apresentarmos a *RAPS* com o intuito de contextualizar o estudo e ajudar na compreensão do espaço-tempo do processo de desinstitucionalização em que ocorre a pesquisa.

### **1.1.2 Rede: noções, dinâmicas e seus desdobramentos no campo da saúde.**

A noção de rede vem despertando interesse nos trabalhos teóricos e práticos em campos tão diversos como a ciência, a tecnologia e a arte, que temos a impressão de estarmos diante de um novo paradigma, ligado, sem dúvida, a um pensamento das relações em oposição a um pensamento das essências.

Para Musso (2013) a polissemia desse termo explica seu sucesso, porém lança a dúvida sobre a coerência do conceito. Esta dúvida é reforçada pela multitude de metáforas que cercam a noção e suas utilizações. O excesso de seus usos metafóricos parece condenar a própria noção, como se o excesso de empregos “em extensão” ocasionasse o vazio “em compreensão”, ou até mesmo sua diluição. Entretanto, o autor também reforça a existência de uma conclusão em sentido contrário, constatando-se que a utilização de sua noção é uma prova de seu poder e de sua complexidade. A rede, nesse sentido, é um

receptor epistêmico ou um cristalizador, eis por que tomou, atualmente, o lugar de noções outrora dominantes, como o sistema ou a estrutura.

A evolução histórica da “palavra” em si até chegar ao “conceito” de rede se deu de forma lenta. Até o fim do século XVIII, o termo permaneceu no discurso médico, no qual foi introduzida para descrever o “corpo reticular da pele”, até então reservado à renda, em seu sentido original proveniente da tecelagem. A grande ruptura que se tem na virada do século XVIII para o século XIX é a sua “saída” do corpo. Assim, a rede não é apenas observada sobre ou dentro do corpo, ela passa a poder ser construída, tornando-se autônoma. O corpo, nesse momento, poderá até mesmo ser tomado pela rede enquanto se desloca pelas suas malhas, no seu território (MUSSO, 2013).

Saint-Simon (1966 *apud* Musso, 2013, p. 26) nos fala que quanto mais um corpo é organizado, mais ele tem ação sobre seu ambiente. Por analogia, ele afirma que, quanto mais uma sociedade está organizada, mais ação ela produz sobre a natureza, ou seja, quanto mais sua organização interna é feita de redes, mais ela as estabelece sobre o território. A rede, nesse sentido, designa o espaço do território sobre o qual se conectam dispositivos de fortificação ou de circulação, de maneira que controlar ou fazer circular, se torna a ambivalência original da rede.

Outros estudiosos, também citados por Musso (2013), adentram a discussão com suas noções de rede. Michel Serres (1964) aborda-a de maneira negativa e a define contra uma racionalidade linear; Henri Atlan (1979) constata que a rede é um ser intermediário entre a racionalidade formalizada do cristal e o caos da fumaça, referindo-se à incerteza do caos; Anne Cauquelin (1986) toma esse caráter intermediário da rede como a própria natureza desse conceito produtor de passagem, de mediação e de ligação, em outras palavras, para essa autora a rede é uma ferramenta de produção de passagem, entre ordem e desordem ou entre várias ordens diferentes.

Tomando emprestadas estas diversas contribuições, é proposta a seguinte definição do conceito de rede:

É uma estrutura de interconexão instável, composta de elementos em interação, e cuja variabilidade obedece a alguma regra de funcionamento. Pode-se distinguir três níveis nesta definição: 1. A rede é uma estrutura composta de elementos em interação. Estes elementos são os picos ou nós da rede, ligados entre si, por caminhos ou ligações, sendo o conjunto instável e definido em um espaço de três dimensões. 2. A rede é uma estrutura de interconexão instável no tempo. A gênese de uma rede (de um elemento de uma rede) e sua transição de uma rede simples a outra mais complexa são consubstanciais a sua definição. A estrutura de rede inclui uma dinâmica, que se considere o desenvolvimento de um elemento em um todo-rede ou de uma rede em uma rede de redes. Trata-se sempre de pensar uma complexificação autogendrada pela estrutura da rede. 3.

Enfim, terceiro elemento da definição da rede, a modificação de sua estrutura obedece a alguma regra de funcionamento do sistema, como se o primeiro fosse o invisível do segundo, portanto seu fator explicativo (MUSSO, 2013, p. 31-32).

Nas palavras de Musso (2013, p. 33), “ela é, ao mesmo tempo, o vínculo de um elemento com um todo, o vínculo entre diversos estados de um todo e o vínculo da estrutura de um todo com o funcionamento de um outro”. Diante desta ótica, graças à rede, tudo é vínculo, transição e passagem, a ponto de confundirem-se os níveis que ela se conecta. Desse modo, passamos a pensar que a rede não é apenas um conceito, mas um operador para a ação, uma vez que permite a passagem ao ato, de maneira que sua realização é um trabalho de interesse público.

Neste panorama, Castells (2010), em sua obra intitulada “A Sociedade em Rede”, conclui que as Redes constituem a nova morfologia social de nossas sociedades e a difusão da lógica de redes modifica de forma substancial a operação e os resultados dos processos produtivos e de experiência, poder e cultura. Além disso, afirma essa lógica de redes gera uma determinação social em nível mais alto que a dos interesses sociais específicos expressos através das redes, ou seja, como se o poder dos fluxos fosse mais importante que os fluxos do poder. Por fim, o autor pontua que a presença da rede ou a ausência dela, bem como a dinâmica de cada rede em relação às outras são fontes cruciais de dominação e transformação de nossa sociedade. “Uma sociedade que, portanto, podemos apropriadamente chamar de sociedade em rede, caracterizada pela primazia da morfologia social sobre a ação social” (CASTELLS, 1999, p. 565) e, por conseguinte, um “espaço de fluxos”.

Assim, embasados nessa retomada histórica em que se desenvolve o conceito de rede, que em 2011, com a publicação do Decreto Presidencial nº 7.508/2011<sup>8</sup>, a *Atenção Psicossocial* passou a ser uma “rede” indispensável nas regiões de saúde. Para sua operacionalização, seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Saúde Mental, a Portaria GM/MS nº 3.088/2011 instituiu a *Rede de Atenção Psicossocial* (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no contexto do SUS (PARANÁ, 2014).

---

<sup>8</sup> Regulamenta a Lei nº 8.080/1990 e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Com esta finalidade e outras tantas diretrizes de funcionamento, a RAPS adota como principais objetivos: a ampliação do acesso da população em geral; a promoção do acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção e a garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, de acordo com esta Portaria, a *Rede de Atenção Psicossocial* (RAPS) é formada por sete componentes. São eles: Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial. Além disso, a RAPS é composta por serviços e equipamentos variados, sendo os principais pontos de atenção os seguintes: Unidades Básicas de Saúde; Núcleos de Apoio à Saúde da Família; Consultórios Na Rua; Centros de Convivência; Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades; Atenção de Urgência e Emergência; Unidades de Acolhimento; Serviços de Atenção em Regime Residencial; Leitos de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas em Hospitais Gerais; Serviços Residenciais Terapêuticos (idem).

Sendo assim, devido à transversalidade e complexidade do campo da saúde mental, bem como a abrangência dos pontos de atenção, é imprescindível que se tenha clareza das competências para organizar a Rede de Atenção à Saúde Mental. Para tanto, atendendo ao propósito deste estudo, daremos neste momento uma ênfase na *Atenção Básica* e na *Atenção Psicossocial Especializada*, pois no contexto da Reforma Sanitária, a Atenção Básica tem sido pensada como um lugar estratégico a partir do qual seria possível consolidar-se, verdadeiramente, a mudança ao novo modelo de atenção à saúde.

De forma análoga, os avanços produzidos pela primeira década de implantação dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos têm indicado a necessidade de que a Atenção Básica seja compreendida e funcione efetivamente como espaço de acolhida também das questões relacionadas à saúde mental. Tal movimento faria com que o princípio da integralidade deixasse de ser apenas uma indicação dogmática do Sistema Único de Saúde (SUS) ou uma palavra vazia a constar nas provas e teses que o estudam e criticam (PAULON; NEVES, 2013).

Na perspectiva da reabilitação psicossocial proposta por Saraceno (1996), a qual foi incorporada como diretriz do cuidado em saúde mental no país, um foco importante a ser trabalhado é justamente a questão de contratualidade e seus efeitos na produção de saúde. Este aspecto estaria ligado à capacidade de o indivíduo realizar as trocas afetivas e materiais no seu meio social, de maneira que o foco da atenção e do cuidado não seja a doença, mas sim a existência de sofrimento e as condições materiais de produção de vida e, conseqüentemente, de produção de saúde e adoecimento.

Desse modo, a questão da saúde mental na Atenção Básica passa, necessariamente, pelo redimensionamento da relação saúde-doença-cuidado, pela relevância dos vínculos entre profissionais de saúde e comunidade, pelo desenvolvimento de ações em perspectiva multidisciplinar e pela promoção de saúde em prol de melhorias na qualidade de vida na população (PAULON; NEVES, 2013).

Tal proposta foi discutida no ano de 2001 em âmbito nacional, durante a Oficina de trabalho para a construção do plano de inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica (BRASIL, 2001 *apud* MIELKE e OLCHOWSKY, 2010, p. 901). Como eixo organizador dessa inclusão, o Ministério da Saúde incorporou o conceito de *Apoio Matricial* ou *Matriciamento*, o qual foi desenvolvido na perspectiva da mudança de modelos assistenciais em saúde.

Para Campos e Domitti (2007) citados por Mielke e Olchowsky (2010, p. 901) o *Apoio Matricial* constitui-se ainda como uma metodologia de trabalho complementar ao sistema hierarquizado de referência e contrarreferência, pretendendo oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência e às equipes de saúde da família, no caso da saúde mental na atenção básica. Isso implica priorizar as ações de promoção da saúde, possibilitando estratégias de atendimento das necessidades de saúde dos usuários no âmbito da ABS, o que requer compromisso e corresponsabilidade de todos os que participam do processo de cuidado: profissionais da equipe de referência e da equipe matricial, o usuário e sua família, bem como a comunidade.

Em outras palavras, o *Apoio Matricial* surgiu a partir da constatação de que a Reforma Psiquiátrica não poderá avançar enquanto a Atenção Básica não for incorporada ao processo, pois não é viável concentrar esforços somente na rede substitutiva, é preciso estender o cuidado em saúde mental para todos os níveis de assistência. Tais pontuações explicitam a necessidade de avanço na construção destas articulações, bem como de um maior conhecimento sobre os distintos atores que compõem este cenário.

As UBS, com as equipes de ESF, passam a fazer parte desse quadro elegendo a família como foco de suas ações numa visão mais proativa e preventivista em que os profissionais de saúde se deslocam para dentro do ambiente dos lares, rompendo o antigo modelo hospitalocêntrico de assistência. Para Gutierrez (2012), esse trânsito não é fácil, pois “para atender à família é preciso entender a família objeto da intervenção em saúde, em suas relações internas e externas com esses mesmos serviços” (p.18).

Paulon e Neves (2013), a esse respeito, destacam que as equipes de ESF ao assumirem o desafio de prestar cuidados aos usuários do SUS em suas casas, em seus locais de vida, em meio a suas redes sociais, provocam movimentos em todo um conjunto de instituições enrijecidas em torno da instituição saúde e convoca à reflexão de novos modos de cuidar e ofertar serviços cujos propósitos sejam de cuidar da vida.

As autoras reforçam que os cuidados em saúde mental representam apenas uma parte desses movimentos, mas uma parte significativa na medida em que atinge diretamente umas das mais intangíveis das instituições associadas à saúde: a instituição loucura. A ABS poderia, por este motivo, ser considerada uma das abordagens a alavancar não apenas a Reforma Sanitária, no bojo da qual foi criada, mas também este outro importante movimento reformista conhecido sob a ampla denominação de Reforma Psiquiátrica.

Para tanto, se faz necessário reforçar a importância das equipes da *Atenção Psicossocial Especializada*, que compõem os CAPS<sup>9</sup>, se deslocarem de espaços tradicionalmente institucionalizados e passarem a realizar um trabalho junto às equipes da *Atenção Básica*, seja UBS, ESF (em Manaus também aparece nomeada como “UBSF”), ou NASF. Pois todos estes dispositivos, pela proximidade com as famílias e as comunidades, são essenciais para garantir o acesso e o enfrentamento às diversas formas de sofrimento psíquico, afinal, falar de cuidado no contexto da desinstitucionalização é fazer alusão a uma *rede de cuidados à saúde* bem articulada.

Para Dimenstein *et al.* (2013), essa rede deve possuir uma coordenação entre serviços e garantia de continuidade de cuidados, necessitando de integração em todos os âmbitos da saúde. Além disso, necessita também de uma boa articulação com as redes de

---

<sup>9</sup> Os CAPS são os instrumentos centrais na proposta de reforma da assistência psiquiátrica no Brasil e que além de criados para ser um dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, visam promover a construção de uma rede efetiva em saúde mental nos diferentes territórios, buscando uma ação integradora entre os serviços do SUS (GASTÃO; CAMPOS, 2005).

caráter social, educativo, ocupacional, redes de cuidado informais, grupos de autoajuda, dentre outros, abarcando tanto a atenção ao sujeito em experiência de sofrimento psíquico, quanto ao seu entorno familiar e social.

Nesse contexto, podemos pensar que esses aspectos, de alguma maneira, influenciam na adesão e na qualidade do cuidado à saúde em todos os pontos de atenção que fazem parte desta dinâmica da *rede de cuidados* de maneira sistêmica e complexa. Desse modo, face às inúmeras possibilidades de contribuições do pensamento sistêmico no campo da saúde mental, consideramos pertinentes adentrar o campo da Abordagem Sistêmica, buscando construtos teóricos que nos auxiliem na compreensão do nosso objeto de estudo. No mais, abordaremos tais contribuições no tópico a seguir.

## **1.2 FAMÍLIA E A REDE SOCIAL NA ABORDAGEM SISTÊMICA: Refletindo sobre a dinâmica familiar de cuidados à saúde e a rede significativa de apoio.**

### **1.2.1 Família: contribuições de um olhar sistêmico na dinâmica familiar de cuidados no contexto da saúde mental.**

As evidências de que a *família* funciona de um modo sistêmico aparecem em inúmeros estudos que trabalham com esse pressuposto e que demonstram com bastante clareza, as relações de interdependência entre vários aspectos dos comportamentos de seus membros e condições ligadas ao contexto das relações.

Dentre as contribuições desse pensamento sistêmico, partimos da perspectiva que compreende a *família* como microssistema de relações, não podendo ser concebido dissociado dos macrossistemas sociais. Esse enfoque sistêmico configura-se como um enfoque biopsicossocial e que entende o trabalho com as famílias e seus contextos como uma prática social (SCHNITMAN, 2006).

Sendo assim, a abordagem sistêmica de família nos proporciona uma perspectiva que permite a identificação de múltiplos níveis alternantes de ordem e desordem, de padrões e caos, de sistemas incluídos em sistemas, e assim por diante, de maneira que esta apreensão depende do ponto de referência assumido por quem se debruça nessa observação, a qual se altera em função da própria distância tomada desse conjunto (SLUZKI, 1997).

Devemos considerar, desse modo, que para estudar, pesquisar ou trabalhar com famílias, faz-se necessário lançar um olhar desde seu nível mais micro, onde se dá o fenômeno da *dinâmica familiar*. Bronfman (1993, p. 259), citado por Gutierrez (2012, p. 31), nos auxilia propondo uma conceitualização de *dinâmica familiar* como sendo as “condutas e ações sustentadas em uma normatividade estabelecida e que permeiam a vida cotidiana dos membros do grupo”.

Nesse contexto, Carter e McGoldrick (1995) salientam que é possível reconhecer diferentes padrões na organização das famílias ao longo do tempo, assim como diversas formas de relacionamento entre seus membros. Apesar destas diversidades, podemos também observar muitas características semelhantes ao longo do ciclo de vida das famílias. Ressaltam ainda que ao longo de seu ciclo de vida, as famílias vivem eventos que podem funcionar como estressores, podendo ser verticais ou horizontais.

Os *estressores verticais* são os padrões de relacionamento e funcionamento que são transmitidos para as gerações seguintes de uma família. São as atitudes, tabus, expectativas, rótulos e questões opressivas familiares com as quais nós crescemos e convivemos. Suas histórias em família, seus mitos e medos, seus rituais e seus padrões de comportamento, transmitidos através de gerações de forma explícita ou não. Quanto aos chamados *estressores horizontais*, temos as passagens de uma fase do ciclo de vida para outra, são eventos previsíveis denominados de desenvolvimentais, mas também há outros eventos que podem afetar o caminhar da família trazendo desestabilizações, como doenças crônicas, acidentes, desemprego, mortes prematuras, entre outros (CARTER; MCGOLDRICK, 1995).

Dessa forma, para entender a dinâmica interna da família na atualidade, Gutierrez (2012) destaca que é importante analisar um conjunto de elementos conceituais, dentre eles os referentes aos papéis sociais, à estrutura assumida pela família, à organização do poder e da autoridade, à vinculação e aos conflitos vividos e manejados, uma vez que as interações e os vínculos podem ser determinantes na dinâmica entre os membros e as condições materiais de vida delimitam sua ação.

Para Nichols e Schwartz (2007) os papéis são articulados dentro da família formando um todo organizado em que se descobre uma estrutura familiar, entendida aqui como um “padrão organizado em que os membros da família interagem” (p.183), sendo que a estrutura é reforçada nas interações por expectativas que suscitam regras de funcionamento. Esse padrão aponta a existência de algumas normas silenciosas em ação, as

quais dizem respeito ao sustento da família, às responsabilidades dos membros e à distribuição do poder.

Os autores ainda acrescentam que não é possível entender a estrutura pela mera observação da configuração familiar, ou seja, não se trata de simplesmente ver quem mora junto em uma mesma casa; é necessário considerar-se, sobretudo, o contexto em que as famílias estão inseridas, levando em conta aspectos socioeconômicos e culturais onde se situam valores e crenças, a partir dos quais se constroem concepções específicas de reprodução do funcionamento cotidiano (WAGNER, HALPERN e BORNHOLDT, 1999 *apud* GUTIERREZ, 2012).

Além disso, para se compreender a estrutura e as formas de vinculação existentes entre membros da família, é importante observar as relações de autoridade e poder, pois estas ordenam a cena doméstica, definindo posições hierárquicas desiguais em função do gênero e da faixa etária. Nesse sentido, o conceito de autoridade, “exclui a utilização de meios externos de coerção em que a força é usada, [pois isso indicaria que] a autoridade em si mesma fracassou” (ARENDRT, 2005, p.129). Essa autoridade é obtida pela legitimação e pelo consenso, ou dentro de uma ordem hierárquica em que as experiências comuns passadas geram o reconhecimento, exercendo influência sem demandar obediência.

Já o conceito de poder tem característica diversa. Romanelli (2002) citado por Gutierrez (2012) contribui nesta discussão destacando que o poder compreende a imposição da vontade de uma pessoa sobre outra, ainda que haja resistência. “Esta relação é fluida e pode manifestar-se por meio da força ou da violência física e simbólica, por tentativas de coerção ou intimidação” (p. 35). Por sua vez, Arendt (2005) aborda o conceito do poder vinculado ao de autoridade, sendo legitimado quando existe consenso social sobre quem o exerce e sobre que questões atua. Por tal razão, Gutierrez (2012) conclui que o poder e a autoridade estão interconectados na vida cotidiana das famílias, de maneira que as relações familiares se encontram encharcadas desses elementos que as constituem.

Nessa linha de pensamento, a autora também argumenta que refletir sobre as relações de autoridade e poder pode ser de suma importância ao considerarmos os critérios que as famílias utilizam para descrever e conceituar os conflitos, vislumbrar modos de solução e instrumentos para resolvê-los. Para tanto, partimos da conceituação de conflitos como sendo:

[...] uma disputa não resolvida entre dois ou mais sujeitos dentro do grupo familiar e que comporta diversos graus de agressividade. As disputas crônicas, não resolvidas, podem converter-se em conflitos; estes uma vez rotineiros formam parte da dinâmica da família e das relações entre seus membros (SILVA; TONETE, 2006, p.259 *apud* GUTIERREZ, 2012, p. 36).

Assim, a partir de uma análise das constantes forças em oposição presentes na família, Romanelli (2002) afirma que, “a convivência familiar não é necessariamente harmoniosa, pautada que é pela emergência de anseios e de vontades individualizadas que, com frequência, colidem com aquilo que é qualificado como interesse coletivo” (p. 76). Sarti (2011), por sua vez, caracteriza essa zona de conflitos que envolvem a própria natureza da família, como um grupo onde há convivência entre diferentes individualidades.

Diante deste panorama, concordamos com Duhamel (1995 *apud* GALERA e LUIZ, 2002, p. 144) ao enfatizar que na abordagem sistêmica não se deve buscar a causa do problema, mas os fatores que repetidamente estão presentes e o mantém, pois, geralmente, os fatores que fazem durar o problema são diferentes daqueles que o causam. Dentro da análise de uma problemática de saúde, o "como" é mais importante que o "porquê".

Portanto, para compreender os fatores que incidem numa dinâmica familiar com a presença de um indivíduo com transtorno mental é necessário olhar para uma rede de relações que se superpõem de maneira complexa e contextualizá-la na cultura, na história, e no social, uma vez que, ao longo dos anos, foram ocorrendo mudanças no papel familiar em consonância com os processos advindos da Reforma Psiquiátrica.

Neste contexto, em meados da década de 80, a família passa a constituir um campo de interesse para estudos científicos, no entanto, ainda sob a orientação de uma abordagem antipsiquiátrica, pela teoria da rotulação social. Nogueira (1982 *apud* ROSA, 2011, p. 80), por exemplo, destaca a realidade socioeconômica das famílias como fator desencadeante do transtorno mental, enquanto a análise de outros autores está voltada principalmente para as atitudes dos familiares face à “doença mental”, para a dimensão psicossocial da existência de um transtorno mental na família.

Já nos anos de 1990, aumenta o número de estudos acerca da relação da família com o sujeito adoecido, orientados pelos debates e pelas preocupações suscitadas pelo movimento de reforma psiquiátrica. A esse respeito, Santin e Klafke (2011) destacam que devido às várias mudanças de paradigmas na saúde mental, muda-se também a relação da família com o sujeito com transtorno mental, visto que com a sua desinstitucionalização, a família começa a ser considerada no cuidado. Dessa forma, surge uma pluralidade de representações sobre suas relações com a pessoa em sofrimento psíquico a partir do quadro

de intervenção ou do papel que lhe é atribuído na realidade social, o qual aponta para a família em pelo menos cinco direções, elencadas por Rosa (2011, p. 81), a saber:

1) *A família como um recurso*, no rol das estratégias de intervenção (SANT'ANA; FONTOURA, 1996); 2) *A família como um lugar de possível convivência do portador de transtorno mental*, desde que os laços possam ser mantidos ou reconstruídos. Ou seja, a família como lugar de convívio, mas não o único e nem obrigatório (MIRANDA, 1999); 3) *A família como sofredora*, pois também sofre influência pela convivência, desse modo, precisando ser tratada, assistida e receber suporte social e assistência (MOTTA, 1997); 4) *A família como um sujeito de ação*: sujeito coletivo, ator político que se organiza em associações específicas; e, ainda sujeito avaliador dos serviços, e construtor da cidadania do portador de transtorno mental (SANT'ANA; FONTOURA, 1996; PEREIRA, 1997); 5) *A família como provedora de cuidado*, mas sempre com o auxílio dos serviços de saúde nos momentos de crise e não continuamente. E ainda porque a família é o principal agente potencializador de mediações entre o portador de transtorno mental e a sociedade, constituindo historicamente um lugar privilegiado de cuidados e reprodução social (VASCONCELOS, 1992).

Gutierrez (2012), dar ênfase a esta última concepção, quando aponta em seus estudos que *é na e pela* família que se produzem cuidados essenciais à saúde, os quais vão desde as interações afetivas necessárias ao pleno desenvolvimento da saúde mental, da aprendizagem da higiene, da cultura alimentar e atingem o nível da adesão aos tratamentos prescritos pelos serviços (medicação, dietas e atividades preventivas). Essa complementaridade se dá através de ações concretas no cotidiano das famílias, o que permite o reconhecimento das doenças, busca “em tempo” de atendimento médico, incentivo para o autocuidado e, não menos importante, o apoio emocional.

Santin e Klafke (2011) destacam ainda, que em outros estudos, diversos autores também começam a enfatizar e dar importância para a função da patologia dentro do grupo familiar. O sujeito com transtorno mental passa a ser o paciente identificado, em outras palavras, o porta-voz das enfermidades de toda a família. Ou seja, cada vez mais, o sujeito com transtorno mental é visibilizado em seu papel positivo, como um agente catalizador que adoece para proteger o grupo familiar, buscando manter sua homeostase, por outro lado, pode também ser invalidado, rotulado e alçado a “bode expiatório” com o mesmo fim, impedindo que se processem mudanças nos padrões relacionais do grupo.

Outro ponto abordado por diversos autores quando se tem como pano de fundo a relação “família e saúde mental” é a sobrecarga do familiar cuidador. A esse respeito, Santin e Klafke (2011) destacam que o medo de sofrer uma agressão ou a necessidade de estar sempre vigil para que o sujeito com transtorno mental não coloque sua vida em risco e possa aderir ao tratamento medicamentoso, fazendo uso dos mesmos de forma correta, entre outros cuidados indispensáveis, acaba gerando uma sobrecarga na família.

Dessa maneira, Melman (2006) destaca que o conceito de sobrecarga familiar foi desenvolvido, nos últimos anos, com o intuito de definir os encargos econômicos, físicos e emocionais a que os familiares estão submetidos e o quanto a convivência com um indivíduo em sofrimento psíquico representa em peso material, subjetivo, organizativo e social para a família cuidadora.

Assim, Koga (1997 *apud* MELLO, 2005, p. 392) considera que:

[...] a família recebe quatro tipos de sobrecarga, são elas: *sobrecarga financeira*: a pessoa doente deixou de trabalhar e receber salário; um dos familiares pára de trabalhar para cuidar da pessoa dessa pessoa; aumento dos gastos em decorrência da compra de medicação ou de consultas; *sobrecarga nas rotinas familiares*: a família precisa assumir as atividades domésticas do doente e um ou mais membros da família ausentam-se do trabalho ou da escola para levá-lo ao médico; *sobrecarga em forma de doença física ou emocional*: acarretada pelo desgaste físico e emocional, ficar noites sem dormir, ansiedade, emagrecimento e; *alteração nas atividades de lazer e nas relações sociais*: aumento dos gastos familiares com o tratamento; impossibilidade de a pessoa ficar só em casa, gerando isolamento aos familiares e a sujeição às intempéries da pessoa doente (KOGA, 1997 *apud* MELLO, 2005, p. 392).

Mello (1997, *apud* SANTIN e KLAFKE, 2011, p. 155) assinala que a presença do familiar doente força os cuidadores a refazerem os seus planos de vida e a redefinir de forma “quase” total os seus objetivos. Ainda neste contexto, Pereira (2002) citado por Santin e Klafke (2011, p. 154) ressalta que pesquisas acerca de sobrecarga familiar apontaram para a importância de os profissionais levarem em consideração a representação que um ente portador de transtorno mental tem para a família.

O conhecimento desse quadro de sobrecarga por parte dos profissionais de saúde indica que as intervenções terapêuticas levem em consideração tal realidade, uma vez que ajudar os familiares na interação, bem como na gestão da vida diária dos sujeitos doentes suaviza o peso dos encargos, promove o processo de estabelecimento de uma cooperação, minimiza os fatores estressantes ativadores de situações de crise, instiga a criação de possibilidades participativas, melhorando, dessa maneira, a qualidade de vida de todas as pessoas envolvidas (MELMAN, 2006).

Diante deste panorama, Rosa (2011) salienta que o cuidador também segue a tendência de medicalizar e individualizar o seu sofrimento. No entanto, como nos últimos anos o uso de medicamentos dessa linha tem aumentado significativamente, fica difícil estabelecer uma relação direta entre a sobrecarga causada pelo cuidado com o sujeito em sofrimento psíquico e o uso de medicação psiquiátrica por parte dos seus familiares, mas é importante fazer o registro pela frequência com que isso aparece em suas falas.

Nesse sentido, observa-se que fazer parte uma família na qual existe um ente acometido por transtorno mental é algo mais complexo do que simplesmente ter uma pessoa em casa que apresenta algum outro tipo de patologia, que não transtorno mental, pois este, por si só, é carregado de estigma que atinge todos os membros da família, principalmente porque, muitas vezes, os próprios familiares trazem consigo preconceitos acerca da doença mental e até procuram se afastar da sociedade para evitar maiores sofrimentos (MACEDO, ANDRADE e SILVA, 2009).

Navarini e Hirdes (2008), já diziam que desde a desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais crônicos tem-se percebido a necessidade de que haja uma rede que possa dar apoio ao indivíduo e à sua família para minimizar as dificuldades encontradas no cotidiano, devendo a intervenção no ambiente familiar fazer parte da rotina também dos serviços de saúde mental, pois melhorando a forma como a família enfrenta a doença, pode-se reduzir a sobrecarga sobre a família, bem como os sintomas e as incapacidades do sujeito adoecido.

No entanto, o que se percebe com maior frequência é a sensação de solidão por parte dos familiares em relação ao provimento de cuidado com o seu ente que adoeceu. As autoras destacam que familiares que não podem contar, muitas vezes, com a sua família ampliada ou com vizinhos, têm o CAPS como único suporte fora da família nuclear. Por outro lado, também existem falas em que estão presentes ideias de que as relações sociais que o sujeito em sofrimento psíquico estabelece com as pessoas da comunidade se constituem como um grande aliado para o seu cuidado, pois essas pessoas, de certa forma, o protegem e procuram os familiares no caso de perceberem alguma situação de risco, formando assim uma rede de apoio solidária (SANTIN; KLAFKE, 2011).

Essas pontuações nos levam novamente a falar sobre os paradigmas do cuidado em saúde e o quanto esse processo de mudança paradigmática é sempre difícil. Bower lembrado por Aun, Vasconcelos e Coelho (2007), que conseguiu uma substancial mudança ao passar o foco do indivíduo para o sistema familiar e para o sistema social, aponta essa dificuldade, dando a ela o nome de “cegueira observacional”, que é a cegueira do paradigma, que limita ver além do que “se sabe”. Passar do paradigma da ciência tradicional, para o paradigma sistêmico, mesmo que seja em um primeiro momento de mudança epistemológica foi difícil, mas acreditamos que esse desafio foi fundamental para hoje acreditarmos na potência de um olhar novo-paradigmático para a compreensão da família e a si mesmo como um especialista sistêmico atuando em contextos diversos.

Desse modo, empenhados nessa desconstrução de paradigmas, retomamos o início deste tópico para enfatizar nosso olhar de que a família exerce suas funções a partir de interações sistêmicas, em que cada parte está ligada a outra, para além de si mesma e conectando-se a outros níveis sistêmicos no seu cotidiano de vivências. Em consonância a essas concepções, somos levados a compreender o conceito de *rede social*, pois a consideração de uma *rede social de apoio* como elemento importante no provimento de cuidados à saúde aparece em um número expressivo de estudos.

### **1.2.2 Rede social de apoio: contribuições de uma olhar sistêmico na dinâmica da rede de cuidados à saúde de famílias.**

Rangel (2007) afirma que a temática das *redes sociais* tem sido utilizada como orientação teórica e como orientação para a intervenção psicossocial em diversos contextos. Explica que a *Rede Social* tem o importante papel de favorecer a auto-organização dos sistemas em que acontece o desenvolvimento pessoal, familiar, grupal, comunitário e social.

No campo das *redes sociais na prática sistêmica*, Carlos Sluzki é um dos principais representantes da temática, desde o início dos anos setenta. Esse autor é guiado por uma ótica sistêmica e construcionista em seu trabalho de terapeuta familiar, explorando as vicissitudes da rede social pessoal em diversos períodos do ciclo vital das famílias atendidas (UBER; BOECKEL, 2014).

Partindo do pressuposto de que os seres humanos participam de uma trama interpessoal que os molda e que contribuem para moldar, Sluzki (1997) define *rede social* como um conjunto de pessoas com quem interagimos de maneira regular e que nos tornam real, considerando as experiências que se constroem e reconstroem no curso de nossas vidas através das interações com as outras pessoas.

Santos (2006), por sua vez, complementa que a *rede social* é um nível intermediário da estrutura social e, assim como a família, mostra-se de fundamental importância para uma compreensão mais inteira dos processos de integração psicossocial, de promoção do bem-estar, de desenvolvimento da identidade e de consolidação dos potenciais de mudança, e conseqüentemente, também amplia a compreensão dos processos psicossociais de mal-estar e de adoecer, de transtornos da identidade, e de perturbação dos processos de adaptação e de mudança.

Nesta linha de pensamento, Elkaim (1989) destaca que a *rede social* implica num processo de construção permanente tanto em nível individual quanto coletivo. Este autor considera a rede social um sistema aberto que, através de um intercâmbio dinâmico entre seus integrantes e entre eles e outros grupos sociais, torna possível a melhor utilização de seus recursos, de maneira que cada membro da família e da comunidade se beneficia das múltiplas relações que estabelecem e que favorecem seu desenvolvimento.

Contribuindo com esse olhar, Bott (1976) afirma que o emprego da noção de *rede social* permite entender como a família, apesar de não estar encapsulada em nenhum grupo ou instituição nas sociedades complexas, articula-se com outros grupos e instituições através da *rede de relações pessoais* que ligam seus membros. Esta temática constitui-se, assim, uma instância necessária para contribuir e desenvolver um trabalho no campo da saúde mental familiar mantendo um olhar ecossistêmico responsável.

Para tanto, recorreremos à Sluzki (1997) com intuito de compreender as características de uma *rede social*. O autor propõe uma organização da rede dividindo-a em macro rede social (a comunidade que fazemos parte, nossa sociedade, nossa espécie) e micro rede social (a relação da minha rede em relação ao outro), abrindo uma reflexão de quem seria significativo à rede, e o que estaria implicado nessa escolha.

Em nível micro dessa rede de relações, o autor define *rede social pessoal* ou *rede de apoio significativa* como “a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciada da massa anônima da sociedade”, caracterizando-se enquanto grupo de referência do sujeito e podendo ser representada por um *mapa de relações* organizado em quatro quadrantes (família; amigos; relações de trabalho/escola; relações comunitárias/serviços/credo) e em três níveis de profundidade (relações íntimas, relações sociais e relações ocasionais) (SLUZKI, 1997).

Em cada um desses quatro campos do *mapa de rede social* de uma pessoa, encontram-se pessoas significativas que têm mantido uma relação positiva ou negativa. A clínica pôde, assim, ganhar uma nova dimensão, estimulando processos de construção de sujeitos que se estruturam ao constituir práticas, conhecimento e dinâmicas sociais, sendo responsáveis pelas construções de um novo mundo de relações (MELMAN, 2006).

Nessa linha de pensamento, Malcher (2010) destaca que, na maioria das vezes, as *redes familiares* são escolhidas e/ou ativadas por expectativas e pressões sociais do que por impulsos de lealdade. Essa consideração corrobora com Sluzki (1997) quando aponta que a

*rede social significativa* afeta a estrutura sistêmica do sujeito, assim como ele afeta a estrutura da sua rede social, podendo ser também de forma positiva ou negativa.

A esse respeito, enfatizamos esta implicação no aspecto da saúde numa relação circular, quer gerando saúde, quer agravando doenças. Esse mútuo efeito produz o que o autor chama de “círculos virtuosos” – quando a rede social ajuda a proteger a saúde das pessoas, fortalecendo e ampliando sua rede –; ou “círculos viciosos” – quando a situação de doença gera o afastamento do grupo de convivência da pessoa enferma, provocando também maior agravamento (GUTIERREZ, 2012).

Para clarificar essa relação, Sluzki (1997) afirma:

Existe forte evidência de que uma rede social pessoal estável, sensível, ativa e confiável protege a pessoa contra doenças, atua como agente de ajuda e encaminhamento, afeta a pertinência e a rapidez da utilização de serviços de saúde, acelera os processos de cura, e aumenta a sobrevivência, ou seja, é geradora de saúde. E também existe evidência de que a presença de doença numa pessoa – especialmente uma doença de curso prolongado (...) deteriora a qualidade de sua interação social e a longo prazo reduz o tamanho (o número de habitantes) e a possibilidade de acesso a sua rede social (SLUZKI, 1997, p. 67).

Além destas características, as redes possuem algumas *propriedades estruturais*, as quais foram apresentadas por Sluzki (1997), López-Cabanas (1997 *apud* RANGEL, 2007, p. 27) e Schnitman (2006) da seguinte maneira:

1. *Tamanho*: refere-se ao número de pessoas ou de instituições que fazem parte da rede social. Há indicadores de que as redes sociais de tamanho médio são mais efetivas porque permitem maior mobilização de seus integrantes e parecem ser mais eficazes. Já as muito pequenas tendem a converter-se em geradoras de tensão devido à sobrecarga de informações no sistema. Nas redes sociais muito extensas, perde-se a efetividade por um mecanismo de inércia, o qual favorece que ninguém assuma prontamente uma ação em benefício de seus membros.

2. *Densidade*: faz referência à conexão e ao vínculo entre os diferentes membros da rede. Quando moderada, aumenta a eficácia deste e do grupo por facilitar o intercâmbio comunicativo. E uma rede social maior favorece o desejo de conformidade já que um grupo grande exerce pressão sobre o indivíduo para que se adapte às regras grupais. Por outro lado, uma menor tem uma eficácia reduzida, por diminuir o potencial de mudança.

3. *Composição e distribuição*: É considerada a composição geral de com quem tece a rede e a proporção total de membros localizados num mesmo contexto: família, amigos, trabalho-estudo, comunidade: lazer, fé, saúde. Acreditamos que este modo de olhar para os diferentes pontos da rede é que nos oferece a possibilidade de conhecer o que

as pessoas têm para compartilhar e do que estas precisam, originando formas particulares de auto-organização de se produzir saúde.

4. *Dispersão*: onde damos destaque para a distância geográfica e também à acessibilidade aos membros e instituições componentes da rede. Esta distância afeta tanto a eficácia quanto a velocidade de resposta ante uma situação da rede, indicando a facilidade ou dificuldade para contatar os membros, em função do tempo e do espaço.

5. *Homogeneidade ou heterogeneidade*: Considera as semelhanças e diferenças sócio-demográficas. Idade, sexo, cultura, nível socioeconômico e reconhecimento das pessoas e das instituições que conformam a rede social. A riqueza da homogeneidade/heterogeneidade permite a auto-observação pela diferença. Os autores destacam que a rede social é produtora de identidades na medida em que pertencer a ela nos permite enxergar as ancoragens culturais compartilhadas ao mesmo tempo em que nos permite como sujeitos e coletivos, nos distinguir de outros sujeitos e coletivos.

Sluzki (1997) e López-Cabanas (1997) definem ainda uma série de *funções das redes sociais*, que podem ser solicitadas e proporcionadas pelos membros em interação. Nesse contexto, Fontes e Stelzig (2007) citados por Gutierrez (2012, p. 64), ressaltam que cada vínculo pessoa-pessoa da rede pode desempenhar várias *funções* concomitantemente e mudar no tempo em atenção às circunstâncias da vida e das mudanças no relacionamento, e isto dependerá das necessidades particulares e do momento vital no qual esteja transitando a rede. No mais, vejamos as funções:

1. *Companhia social*: quando servem como elemento de companhia; são transmissoras da cultura, e promotoras de adaptação.

2. *Apoio emocional*: refere-se aos intercâmbios que conotam atitude emocional positiva, clima de compreensão, simpatia, estímulo e apoio. É característico das amizades mais íntimas, com baixos níveis de ambivalência. É no apoio emocional que se vivencia o afeto, a percepção do aconchego e do pertencer.

3. *Guia cognitivo e conselheiro*: compartilha informações pessoais e sociais, esclarece expectativas e oferece modelos de papéis. Como podemos deduzir, esta função é importante na construção identitária pessoal, grupal, institucional.

4. *Regulação social*: função que visa a regulação social do comportamento e reafirmam as responsabilidades. Ou autores destacam que nesta função o mais correto seria utilizar o modo de auto-organização social em que, através da negociação no convívio

cotidiano, os membros da rede, seja ela pessoal ou social, estabelecem acordos e normas de convivência, coexistindo a diferença entre seus membros.

5. *Ajuda material e de serviços*: fornecem colaboração eficaz com base em conhecimentos especializados ou ajuda física, incluindo os serviços de saúde. Esta é uma das funções mais estudadas, conhecida também como suporte social.

6. *Acesso a novos contatos*: abre as possibilidades de conexão com outras pessoas e redes que até o presente não faziam parte da Rede Social inicial do indivíduo, família ou comunidade, possibilitando sua ampliação. Sobre o acesso a novos contatos, podemos pensar também acesso a novas formas de olhar para si próprios e ampliar sentidos.

Para finalizar este tópico, consideramos pertinente ressaltar que para Rangel (2007), a *rede social*, a partir da metáfora da rede do pescador, está tecida por *nós*. Estes *nós* representam pessoas e instituições que criaram vínculos de diversas qualidades e intensidades. As relações sociais propiciam aos indivíduos a sensação de que estão ali para alguém, o que nos leva a pensar também na ideia de *apoio social*.

Para Gracia (1998) citado por Rangel (2007, p. 32), apesar das diferenças sobre a conceitualização de apoio social, existe um acordo entre os diferentes autores a respeito de três funções básicas fundamentais: apoio emocional, apoio instrumental e apoio de informação. Este autor também enfatiza a importância de diferenciarmos os conceitos de rede social, apoio social e rede de apoio. Esclarece que a *rede social* faz referência às características estruturais das relações sociais; o *apoio social* refere-se às funções que presta essa rede, e o efeito sobre o bem-estar das pessoas; já o conceito de *rede de apoio* é mais restrito, sendo denominado como o conjunto de relações que desempenham funções de apoio. Como esta forma de interação aparece nas diferentes comunidades, este tecido poder-se-ia denominar de *rede de redes*.

Tal compreensão nos leva a pensar que, mesmo vivenciando dificuldades semelhantes, como o fato de possuírem um de seus membros com transtorno mental, cada família possui especificidades. As necessidades estão baseadas em suas vivências, as quais são únicas, sendo essa a referência que deve caracterizar as ações de cuidado em qualquer contexto. Esta proposta precisa ser pautada nessa realidade e favorecer a busca por uma melhor qualidade de vida para cada membro de maneira individual e da família de maneira coletiva, considerando suas *redes sociais de apoio* (NAVARINI; HIRDES, 2008).

Dito isto, acreditamos que somente assim, poderemos evitar a culpabilização dos sujeitos e suas famílias pela permanência do “quadro clínico”, e priorizarmos uma prática

em que a atenção repouse nos fatores e aspectos psicossociais para além dos diagnósticos e dos muros institucionais, uma vez que a integralidade biopsicossocial desse cuidado pode ser uma condição decisiva para que tais sujeitos atinjam uma melhor qualidade de vida. Do contrário, a manutenção de práticas que desvalorizam o biopsicossocial e essa dinamicidade da rede pode, muitas vezes, colaborar para o aumento da incidência de inúmeras doenças, ou mesmo para a cronificação dos estados de adoecimento do sujeito e de sua família, o que nos leva ao próximo tópico deste referencial teórico, dando ênfase ao conceito de *cuidados* e seus agenciamentos.

### **1.3 O CUIDADO E A MICROPOLÍTICA DO TRABALHO EM SAÚDE: (Re)pensando conceitos e práticas de cuidados.**

#### **1.3.1 Cuidado: entre sentidos e (re)significados na compreensão de uma ética do cuidar.**

A palavra *cuidado* inclui duas significações básicas: a primeira vem do latim (*cura*) e aponta para uma atitude de desvelo, de atenção; a segunda derivada de “*cogitare-cogitatus*”, significa preocupação e inquietação com aquele com quem se tem uma ligação afetiva. Partindo dessas premissas, podemos considerar que os dois significados possuem relação entre si, no entanto, o modo como se dará esse *cuidado* é que determina, de fato, o seu lugar e suas implicações (ZOBOLI, 2004).

Nesse processo interativo, Boff (2004) considera que o cuidado:

[...] representa uma atitude de ocupação, responsabilização e envolvimento com o outro; entra na natureza e na constituição do ser humano. O modo de ser cuidado revela de maneira concreta como é o ser humano [...]. Se não receber cuidado desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, define, perde sentido e morre. Se, ao longo da vida, não fizer com cuidado tudo o que empreender, acabará por prejudicar a si mesmo por destruir o que estiver à sua volta. Por isso o cuidado deve ser entendido na linha da essência humana (BOFF, 2004, p.34).

Para Lacerda e Valla (2006), a atitude do cuidado implica acolhimento, solidariedade e compaixão. Na relação do cuidador e da pessoa que recebe o cuidado brota a interação, a troca e o respeito entre os diversos saberes envolvidos. Por exemplo, a homeopatia, o apoio social, e outros recursos, propiciam o acolhimento dos sujeitos e chegam a aliviar o sofrimento. No entanto, o estímulo da consciência crítica e a autonomia

do indivíduo em sofrimento permitem-lhe que restaure ou afirme os seus *sentidos* e *significados* frente às experiências da vida.

Dentre os estudos que se propõem a discutir o conceito de cuidado, quatro propostas distintas e complementares são identificadas e apresentadas por Gutierrez e Minayo (2010, p. 99-101) a partir de uma revisão de literatura sobre a produção de cuidados de saúde no âmbito da família, dentre elas, destacamos a concepção de cuidado atrelada à concepção de saúde integral que envolve corpo, ambiente, psiquismo e relações sociais integrando fatores biológicos e materiais com aspectos mais psicossociais, propondo uma definição ampla de cuidados da saúde incluindo uma perspectiva psicossocial e antropológica.

Apesar de considerarmos essa proposta como a mais coerente à ideia de *cuidados à saúde*, faz-se necessário ressaltar que as referidas autoras nos levam a refletir sobre como esse conceito tem sido entendido de maneira extremamente limitada tanto pelos usuários dos sistemas de saúde, como pelos profissionais da rede, desconsiderando a natureza complexa e dinâmica que envolve qualquer ação de cuidado, visto que, predominantemente, as definições se restringem a dar ênfase a ações que se desenrolam no contexto dos serviços de saúde a partir da ação técnica dos profissionais do setor.

Tal afirmação, nos leva a pensar que na área de saúde, este pode ser visto tanto pelo viés da caridade, da tutela e da vitimização, como pelo viés da autonomia, do acolhimento, da escuta e do respeito ao desejo do sujeito. Para Maia (2009), o primeiro viés ainda se mostra com presença marcante nas instituições de saúde, onde o tratamento de doenças e não de doentes, a abordagem de objetos e não de sujeitos, a crença no saber sobre o outro, sobre o que ele deve ou não fazer, demonstram perpassar as práticas de cuidado das equipes de saúde. Contudo, entendemos a dimensão do cuidado também como uma prática social difusa, que pode ser desenvolvida não só pelas equipes de saúde, mas sim por diferentes setores da sociedade.

Nesse contexto, embasados em Boff (2004), acreditamos na existência de uma ecologia do cuidado, que promove a criação de um ecossistema de sistemas naturais, técnicos e simbólicos na formulação dos cuidados. Estes, na sua multiplicidade de formas, estão absolutamente entrelaçados ao território onde habitam os referidos *sujeitos do*

*cuidado*<sup>10</sup>, imersos em uma cultura, intercedida por diferentes técnicas, sendo que quanto mais complexa seja a sociedade, maior a probabilidade de diferentes recursos terapêuticos estarem disponíveis aos sujeitos.

Kleinman (1980) e Barros (2008), citados por Helman (2009), identificaram que em quase todas as sociedades existem três setores principais desenvolvendo ações de cuidado em saúde: informal, popular e profissional. No *setor informal*, o cuidado é ofertado ou recomendado pela família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, igrejas e grupos de autoajuda. No *setor popular*, os seus agentes de cuidado diferem da comunidade em geral por contarem com um determinado tipo de conhecimento e/ou treinamento, articulando e reforçando valores culturais das comunidades onde vivem. Geralmente são eleitos por herança, nascem em uma família que já tem uma prática de cuidados e aprende a dar continuidade a um saber popular, tal como as benzedeiras e curandeiros. O terceiro setor de cuidado diz respeito ao *profissional*, sendo o único grupo de agentes cujas posições são defendidas por lei. Nesse setor encontram-se os profissionais do campo da saúde. Estes desfrutam de um status social mais elevado, direitos e obrigações mais definidos quanto ao seu papel no processo de cuidado.

Dessa maneira, diante de uma observação mais atenta e criteriosa podemos perceber que os *cuidados à saúde* são produzidos em pelo menos dois contextos distintos, porém inter-relacionados: a *rede oficial* de serviços e a *rede não oficial* (informal). A rede oficial inclui o saber biomédico-científico e as tecnologias terapêuticas modernas, contando com o reconhecimento de produtora de cuidados, por outro lado, a rede não oficial, que inclui os saberes populares e o setor informal, não conta com tanto prestígio.

Entretanto, uma proposta prática que tenha por objetivo a integralidade do cuidado não deve estar alicerçada em modelos pré-definidos, estáticos e burocráticos, deve-se partir de uma prática social coletiva levando em consideração que o sofrimento deve superar a visão central do modelo biomédico-científico e abordar a ordem psicossocial, favorecendo que o sujeito fique no centro das redes terapêuticas que liguem ambas as redes citadas anteriormente, formando um único sistema de cuidado a saúde, de maneira que as práticas de cuidados circulem por essas conexões e sejam analisadas pelas diferentes perspectivas

---

<sup>10</sup> Adotaremos o termo “sujeitos do cuidado” para nos referirmos a uma forma coletiva e sistêmica, que contemple tanto o sujeito que oferta o cuidado, quanto ao que recebe o cuidado.

(informal, popular e profissional) e colocadas em ação ouvindo-se os sujeitos (LACERDA; VALLA, 2006).

É sabido, no entanto, que com o fim do manicômio, vários atores agora fazem parte dessa cena da saúde mental: familiares, sujeitos/usuários, profissionais, vizinhança, etc. Suas vozes constituem a desinstitucionalização em processo. Porém, estas mesmas vozes frequentemente se embaralham, entram em conflito, expressam interesses divergentes, muitas vezes até não escutando o usuário e calando seus interesses e convicções (VENTURINI, 2016).

Diante desse contexto, faz-se necessário destacar que os motivos podem ser dos mais diversos e, segundo Barbato (1999 *apud* VENTURINI, 2016, p. 91), aqueles que incidem de forma determinante referem-se às diferenças quanto à necessidade e prioridade, convicção e perspectiva, pois estes estão ligados à forma como cada ator dessa cena atua, por exemplo: para usuários pode ser importante o bem-estar; para os familiares, o encargo familiar; para o psiquiatra, a condição clínica; para a vizinhança, a perturbação social. Assim, o indicador de qualidade de um serviço de saúde mental deve ser, portanto, a sua capacidade de incorporar esse conflito, tendo em conta a perspectiva da clientela e estando aberta a constante negociação, pois o que está em jogo não é o incentivo para uma boa prática, mas sim a redefinição da própria prática e seus *sentidos*.

Desse modo, falar em integralidade em saúde mental significa sermos protagonistas de novas práticas, no sentido de agenciar e produzir novos territórios de encontros entre profissionais, os serviços e a comunidade, que resultem no agir coletivo da produção do cuidado (MERHY, 2005), ou como bem qualificou Cecílio e Matsmoto (2006), no agir coletivo da formação de *redes de cuidado*.

Como exemplo do quanto essa redefinição da própria prática se faz necessária, podemos enfatizar que mesmo com as constantes transformações macroestruturais, visando a melhoria nos atendimentos aos sujeitos, Campos e Domitti (2007) destacam que a própria lógica em que o sistema de saúde é organizado no Brasil - em níveis e especialidades - pode ser um dos obstáculos para se favorecer uma prática verdadeiramente interdisciplinar, articulada e integral. Justifica seu pensamento na ideia de que está ocorrendo uma crescente divisão do trabalho que dificulta a integração do processo de atenção e cuidado às pessoas, já que as distintas especialidades e profissões de saúde definem objetos de intervenção e campos de conhecimento sem um real compromisso com a abordagem integral.

Podemos pensar, assim, que em decorrência dessa realidade vieram se estruturando organizações de saúde com elevado grau de departamentalização e, por conseguinte, de fragmentação do sujeito e de suas demandas de cuidados, originando práticas também fragmentadas e não condizentes com o princípio da integralidade.

A esse respeito, Saraceno (2009) já dizia que o desafio atual é a transformação de outros inúmeros paradigmas, quais sejam: além de deixar o pensamento biomédico e ampliarmos para o biopsicossocial, deve-se repensar a verticalidade dos serviços que tratam apenas a pessoa que os procuram, ou seja, ir da monomorbidade para as comorbidades, da atenção terciária para a secundária e primária, da atenção em curto prazo para longo prazo (reabilitação), do atendimento individual para o trabalho em equipe.

Merhy (2014) nos fala, entretanto, que há divergências quanto à “regra” de que esses serviços se estruturam de modo analógico, se eles são mesmo ordenados por um mecanismo hierárquico regulatório que obrigue alguém ter que ir do nível primário ao secundário e desse para o terciário. Alguns estudiosos, segundo esse autor, defendem a ideia de que andar por esses serviços não é linear, pois o sujeito entra onde lhe abrem as portas e isso não traz a hierarquia como princípio organizador. No campo do cuidado em saúde mental, essa situação é uma característica marcante ao refletirmos sobre a natureza nômade do usuário pelas *redes de cuidado*, sendo um forte protagonista de produção.

Esses agenciamentos, muitas vezes imperceptíveis para as equipes de saúde, são produzidos em uma *rede rizomática*<sup>11</sup>, não linear, que não fica capturada em um território único. Como nômades, produzem e protagonizam de forma singular os acontecimentos, de onde emanam seus *sentidos e significados* nos seus processos de cuidados.

Sendo assim, essa movimentação dinâmica e complexa dos sujeitos, tecendo suas próprias redes de sociabilidades e cuidado, comporta movimentos de desterritorialização que afetam e convidam às equipes a essa mesma experimentação desterritorializante. Para Gomes e Merhy (2014), aceitar este convite, e sair de territórios pré-concebidos que estabelecem “repertórios de cuidado” marcadamente definidos, cujos rastros remetem ao já conhecido, rastros do especialismo de cada profissão e de suas respectivas competências,

---

<sup>11</sup> O rizoma não possui centro, nem ordenamento preestabelecido, ele é iminente heterogêneo, cada ponto do rizoma se conecta a partir dos afetos e potencialidades, e se produz, de forma imanente no caminhar do próprio usuário. Contrapõe-se a uma rede do tipo “arborescente”, onde esta apresenta uma centralidade, preestabelecendo fluxos e percursos do usuário, com forte caráter ordenador, normativo, homogêneo, e pouco permeável aos afetos e ao território existencial do usuário (DELEUZE; GUATTARI, 1995 *apud* GOMES; MERHY, 2014, p. 62).

não é tarefa fácil, podendo produzir nas equipes processos intensos de angústia e sofrimento. Porém, esses mesmos autores destacam que quando as equipes não apostam neste movimento de desterritorialização de si e dos sujeitos, entendidos como ato de sustentar, dispor-se e aperceber-se no encontro de situações irremediavelmente complexas, mas, ao contrário, acham preferível fixar-se e manter-se “no seu posto”, corre-se o risco da atualização das práticas de institucionalização e encarceramento das subjetividades e da produção do cuidado.

Seguindo essa linha de pensamento e embasados por Merhy (1997), salientaremos no próximo subtópico essa necessidade da mudança no modo de produzir saúde enquanto uma tarefa coletiva do conjunto dos trabalhadores de saúde, buscando transformações no cotidiano dos processos de trabalho no interior dos serviços, e não se restringindo às meras reformas macroestruturais e organizativas, pois estas já se mostraram não serem suficientes. Ou seja, necessita-se de novos olhares, novos pensamentos, novos sentidos para o *cuidado*.

### **1.3.2 Micropolítica do trabalho em saúde: entre atos de cuidado e as interconexões de redes vivas.**

Como ponto de partida para a discussão sobre a micropolítica do trabalho em saúde, Merhy (1997) destaca que em um processo de trabalho, há o trabalho morto e o trabalho vivo em ato, aquele consistindo em todos os produtos-meios, matérias-primas e ferramentas que são resultados de um trabalho humano anterior, já instituído, cristalizado e pronto, e o outro consistindo em um trabalho que está em processo, em ação, em transformação, sendo este o grande desafio dos profissionais da área da saúde. Um trabalho vivo em ato, construído no cotidiano, transformado de acordo com o usuário e com a situação que é colocada no momento.

O processo de trabalho em saúde, na sua micropolítica, quando funciona sob certa hegemonia do trabalho vivo, vai nos revelar um mundo extremamente rico, dinâmico, criativo, não estruturado e de alta possibilidade inventiva. Nesse campo, Merhy nos fala da potência instituinte do trabalho em saúde, do seu alto grau de governar a produção do cuidado e expõe diversas teses sobre a teoria do trabalho e das tecnologias de produção do cuidado, onde o trabalho vivo é o elemento central nessa abordagem (MERHY, 1997 e 2002, p. 46-52 *apud* FRANCO, 2006, p. 226).

O trabalho vivo, como dispositivo de formação de fluxos-conectivos, faz uma cartografia no interior dos processos de trabalho como o desenho de um mapa aberto, com muitas conexões, que transitam por territórios diversos, assume características de multiplicidade e heterogeneidade, sendo capaz de operar em alto grau de criatividade. Assim, o trabalho vivo sofre processos de captura pela normativa que hegemoniza o funcionamento do serviço de saúde, mas, ao mesmo tempo, sua capacidade rizomática, de abrir linhas de fuga e trabalhar com lógicas muito próprias, que são do próprio sujeito que opera o sistema produtivo, é capaz de encontrar novos territórios de significações, que dão sentido para, por exemplo, a produção do cuidado no campo da saúde (FRANCO, 2006).

Para ilustrar um pouco essa afirmação, o autor nos convida a lembrar da organização da rede básica de saúde no SUS, a qual é excessivamente normatizada. Nesse sentido, destaca que o Programa Saúde da Família reflete muito essa diretriz normativa, principalmente quando a rede opera sob a lógica das ações programáticas e determina horários específicos para atender certo tipo de clientela, as fichas e senhas, a disponibilidade de certos procedimentos. Enfim, a norma impõe fortes amarras aos trabalhadores, que se vêem constrangidos no objetivo de produzir o cuidado. Isto é o aprisionamento do seu trabalho vivo, impeditivo para o estabelecimento de relações positivas para com os usuários.

Por outro lado, também somos levados a imaginar que o trabalho vivo em ato é autogovernável e, portanto, passível de subverter a ordem e a norma, e abrir linhas de fuga em que ele possa se realizar com maiores graus de liberdade, mostrando sua potência criativa. E isso, quando os trabalhadores de saúde desejam, eles fazem e operam nas suas relações outros fluxos de conexão com suas equipes, outras unidades de saúde e principalmente com os usuários. Nesses casos o cuidado vai se produzir na rede que se formou e não na estrutura que permanece rígida sob o império da norma. É de certa forma comum trabalhadores que, por atuarem assim, tornam-se “inadaptados” aos serviços e se tornam nômades na rede de saúde, começam a transitar em diferentes equipes e unidades, fazendo vínculos e rupturas, como se fossem perseguidos por um fantasma que tenta enquadrá-los sob certa conduta para o trabalho. Esse fantasma é a instituição da norma sob a qual o trabalho vivo perde sua potência resolutive.

Diante desse panorama, Franco (2003) esclarece que nos serviços de saúde há uma multiplicidade de redes operando em conexões entre si, em diversas direções e sentidos, construindo linhas de produção do cuidado e assim vamos percebendo que a cartografia do

trabalho vivo é composta por muitas linhas em conexão, que se abrem em múltiplas direções, sendo isso que lhe dá essa extraordinária característica, caótica, revolucionária, potencialmente instituinte. Parafraseando Deleuze e Guattari (2006, p.21) “Um rizoma não pode ser justificado por nenhum modelo estrutural ou gerativo”, Franco (2006) discute essas redes na sua constitucionalidade, diferenciando-a em três níveis de organização, destacando que ainda assim, elas se confundem no plano da realidade.

A *primeira* reflexão sugerida é sobre a imanência das redes no processo de trabalho em saúde, onde retrata que elas são constitutivas dos sistemas produtivos, firmando a posição de que a questão em foco é: que tipo de rede há operando em certos processos de trabalho? Ou seja, não questionamos sua existência, e, portanto vamos ao ponto seguinte, que é o de analisar e caracterizar as redes.

Essa ideia de imanência é particularmente importante, pois nos fala de que sempre haverá a articulação de diversas unidades e equipes, saberes, fazeres, subjetividades, singularidades, atuando de modo correlato para fazer com que o cuidado se realize. “Para o institucionalismo, expressa a não separação entre os processos econômicos, políticos, culturais, os naturais e os desejantes. Todos eles são coextensivos, intrínsecos e só separáveis com finalidades semânticas ou pedagógicas” (BAREMBLITT, 1992, p. 176). A imanência das redes nesse processo traz a ideia de pertença, isto é, os trabalhadores pertencem uns aos outros enquanto equipe que opera mesmo que na informalidade; pertencem também a uma rede maior que faz fluxos-conectivos com outras equipes e unidades de saúde e tem suas conexões expandidas para o território da área da unidade e o domicílio do usuário.

Para verificarmos essa afirmativa, Franco (2006) nos fala que basta observarmos o trabalho de qualquer profissional em um serviço de saúde, tomando como exemplo uma equipe de saúde da família (ESF), verificamos que há conexões em diferentes direções, que podem vir do agente comunitário de saúde (ACS) no domicílio, que faz vínculo com a família e fluxos com entidades da comunidade e ainda se conecta à equipe de saúde; assim como podem vir de qualquer trabalhador da equipe ou mesmo dos usuários. Se o profissional da equipe identifica um problema de saúde, ele tem condições de construir um projeto terapêutico, e vai a partir dele multiplicar sua rede rizomática nos processos de trabalho que virão em seguida, com outros profissionais ou mesmo outros serviços de saúde, sendo essas relações locais ou à distância, pactuadas ou não, é fato que elas existem e operam para a produção do cuidado.

Sendo assim, em uma unidade da Atenção Básica, que tenha o acolhimento como diretriz do processo de trabalho, a equipe faz rizoma com todos os trabalhadores da unidade de saúde, isto é, ela opera múltiplas conexões nas micro-unidades de cuidado, onde há o encontro entre o usuário e o trabalhador, formando redes com alta capacidade conectiva entre si mesmo e para outras instâncias do amplo cenário de produção.

A *segunda* questão colocada diz respeito exatamente a esse caráter rizomático das redes que se constituem no interior dos serviços de saúde, mas agora refletidas, em especial, na micropolítica dos processos de trabalho. Nesse ponto o autor faz a opção por certo tipo de rede que adota como parâmetro para discuti-la sob o foco da micropolítica, e essa escolha tem a ver com a ideia de uma rede não modelar e que não serializa as práticas em saúde, tratando cada caso como um novo cuidado a ser produzido, respeitando singularidades e fazendo a todo o momento novos fluxos de competência. Ou seja, procura significar a rede que opera com base no trabalho vivo em ato e as múltiplas conexões possíveis a partir do ambiente de produção.

No entanto, pelo fato das redes se estruturarem a partir de determinado território de saberes, práticas, semiótico e subjetivo, em certas situações é possível perceber redes em que estão presentes cenários de práticas serializadas, não singulares e com baixo nível de fluxos-conectivos; e ao mesmo tempo, no mesmo cenário, redes rizomáticas operando subjetividades desejanter em alta potência com o trabalho vivo em ato.

Por essa constatação, pode-se perceber o quanto é diverso o processo de trabalho no interior de uma equipe ou unidade de saúde, onde instituído e instituinte estão presentes, significando processos de permanente disputa. Isso é particularmente mais forte em momentos de mudança, que sugerem sempre períodos de transição entre o velho e o novo, quando os cenários se confundem na sua conformação. Mesmo em situações de aparente estabilidade institucional, é possível perceber movimentos de mudanças no interior do processo de trabalho, que podem mexer com perfil das conexões e fluxos exercidos em certa rede de cuidados (FRANCO; MERHY, 2013).

Já a *terceira* questão discutida diz respeito ao caráter auto-analítico e autogestionário presente na rede que opera na micropolítica dos processos de trabalho. Segundo Franco (2006), esse caráter não está dado *a priori*, é colocado como possibilidade e vai depender dos sujeitos que operam a rede e suas singularidades.

A autogestão é possível no caso da saúde, justamente porque aqui o trabalho vivo em ato tem forte presença nos processos produtivos, operando sobre altos graus de

liberdade (MERHY, 2002). Isso faz com que qualquer membro de uma equipe possa fazer suas conexões com outros trabalhadores e disparar “linhas de cuidado” em diferentes direções, promovendo um autocontrole da rede de cuidados que se esboça a partir daí.

Nessa perspectiva, ressaltamos que o conceito de singularidade é central, pois se refere ao fato de não reconhecer um sujeito e um objeto como uno, mas multiplicidades. Assim, partimos da ideia de que o sujeito acessa diferentes campos semióticos quando organiza sua ação no mundo e, dependendo das representações simbólicas acessadas por ele, assume diferentes atitudes. De acordo com Franco e Merhy (2013), é como se essas representações organizassem no sujeito um modo específico de ver o mundo e de nele atuar. Isso faz com que os trabalhadores atuem também de forma singular, compondo sua atitude, sua subjetividade, as representações simbólicas do mundo do trabalho em saúde, dentre outros aspectos da realidade presentes no seu cotidiano. Para estes autores:

[...] estimular os coletivos, isto é, as milhares de equipes de saúde, é procurar torna-los, nesse processo, sujeitos desejantes, capazes de atuar no mundo conforme os preceitos de um projeto de mudança, pautado pela ética do cuidado, em condições de revolucionar o que se impõe atualmente, como uma realidade que vive na repetição. Eles têm potência para mudar a realidade, desde que adquiram capacidade auto-analítica e autogestionária. As redes que operam centradas no trabalho vivo são autogestionárias, ou seja, têm seus fluxos conduzidos pelos próprios sujeitos que fazem as conexões para o seu funcionamento (FRANCO; MERHY, 2013, p. 238).

Face ao exposto, pensar em nosso objeto de estudo, também considerando os conceitos apresentados no decorrer deste tópico, sobretudo quanto aos de redes rizomáticas e a micropolítica do trabalho vivo, se faz relevante, pois significa dar espaço para que as práticas de cuidados à saúde possam ser (re)pensadas como algo que opera através de linhas de cuidado que dão seguimento a inúmeras trajetórias terapêuticas que podem incluir ou não determinado serviço de saúde.

Essa imagem expressa “a ideia geral de múltiplas conexões, realizadas fora de um eixo estruturante, mas de serviços de saúde centrados na ética do cuidado” (MERHY, 2011 *apud* GOMES e MERHY, 2014) e que trabalhem em consonância às especificidades, concepções, sentidos e relações significativas destes sujeitos/famílias que são acompanhados com base em uma “nova” lógica de cuidado em saúde mental.

Destarte, em consonância com estes pensamentos, partimos para o percurso metodológico da pesquisa com a finalidade de sairmos do campo somente teórico e nos aproximarmos do campo da prática, onde buscaremos observar e analisar a dinâmica da rede de cuidados de famílias em Manaus.

## 2 MARCO METODOLÓGICO

### 2.1 NATUREZA DA PESQUISA

O presente estudo caracteriza-se enquanto uma *pesquisa de campo* de natureza *qualitativa*. Esse tipo de pesquisa traz flexibilidades importantes para o trabalho com a natureza complexa da psique, como o princípio de que não é a quantidade de sujeitos que importa, mas a possibilidade de dar significações daquilo que se pretende estudar no momento da pesquisa, sendo esse o enfoque que dá a legitimidade para o estudo proposto (REY, 2005).

Sendo assim, a nossa proposta de trabalho se insere no contexto da *pesquisa qualitativa em psicologia*, pois buscou ir além da experiência isolada, enfatizando a complexa rede de interrelações, assim como sua multifatorialidade que possibilitaram a compreensão mais minuciosa e integral do objeto de estudo da pesquisa. Tal compreensão encontra embasamento em González Rey (2005) ao destacar que:

o estudo dos determinantes qualitativos em psicologia se define pela busca e explicação dos processos que não são acessíveis à experiência, os quais existem em inter-relações complexas e dinâmicas que, para serem compreendidas, exigem o seu estudo integral e não sua fragmentação em variáveis (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 50).

Nesse contexto, considerando a perspectiva teórica adotada, a nossa pesquisa possui caráter *descritivo-exploratório* e leva em consideração a superação de certo distanciamento entre pesquisador e seu objeto, aproximando-o da compreensão das concepções e significações das pessoas, individual ou coletivamente, proporcionando subsídios para compreender suas representações de mundo, organizando suas vidas em função da rede de significações que estruturam suas ações nos processos de saúde-adoecimento e de produção de cuidados (TURATO, 2005).

#### 2.1.1 Método de observação participante

Atendendo à *natureza qualitativa* da pesquisa e de seu caráter *descritivo-exploratório*, utilizamos o método da *observação participante*. A escolha por este método repousou na ideia de que a observação participante pode ser considerada parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa. Sua importância é de tal magnitude que alguns estudiosos a tomam não apenas como uma estratégia no conjunto de investigação, mas

como um *método* em si mesmo para compreensão da realidade, podendo ser definida como um processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social – o campo – com a finalidade de realizar uma investigação científica (MINAYO, 2014).

Com a experiência direta que se dá pela presença no campo, surge a possibilidade de se olhar os sujeitos em suas diversas relações e papéis, e de se colocar no lugar de seus interlocutores, na medida em que o pesquisador pode se aproximar muito mais da perspectiva do outro enquanto o cotidiano é vivenciado. A imersão que se experimenta a partir da observação participante torna o pesquisador menos estranho, fazendo com que sua presença ocorra de forma menos invasiva e o diálogo possa se estabelecer para além da superficialidade (THIOLLENT, 2008).

De maneira complementar, Minayo (2014) afirma que:

A importância dessa técnica reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais importante e evasivo na vida real (p.60).

Para Vieira Filho (2010), em função do posicionamento do pesquisador e, conseqüentemente, dos participantes, a compreensão de pesquisa a partir do método da observação participante sugere diversos possíveis recortes mediados por tal movimentação. Como parte dessa dinâmica relacional, o desejo do pesquisador que se propõe a esta incursão é de que todos os sujeitos também se vejam envolvidos e, através da cooperação mútua, almejem mudanças.

Portanto, falar em observação participante é conceber a variação de posições que o pesquisador desempenha dentro de um grupo sem, no entanto, ensaiá-las, devendo ser perspicaz quanto ao momento de atentar para as demandas dos sujeitos como uma via para entrar em contato com as redes de significações, sendo as flutuações ingredientes inerentes à própria obtenção do conhecimento (VIEIRA FILHO, 2010).

Desse modo, as posições que a observadora participante adotou nesta pesquisa se deu em três momentos distintos, os quais serão descritos de maneira detalhada em tópico específico referente aos *procedimentos de coleta de material no campo*. No entanto, faz-se necessário primeiramente falarmos que campo investigativo é este, quem foram os sujeitos participantes e quais os recursos metodológicos (instrumentais) utilizamos para compor o *corpus* de análise da pesquisa.

## 2.2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO INVESTIGATIVO

O campo de investigação da pesquisa deu-se a partir de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) localizado na zona centro sul de Manaus, incluindo seu território de abrangência. Esse ponto de atenção à saúde caracteriza-se enquanto um serviço especializado em saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

No Brasil, a regulamentação do CAPS foi realizada a partir da Portaria 336/GM de 10 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o papel estratégico dos CAPS na nova organização, além de definir tipos diversos de acordo com a especialidade e público atendido, são eles: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS i.

Em Manaus, a coordenação dos CAPSs de gestão municipal é de responsabilidade da Gerência da Rede de Atenção Psicossocial (GRAPS), que em seu relatório de gestão do período de janeiro a novembro de 2016, informou os seguintes dados desde suas inaugurações:

**Quadro 1 - atendimentos dos CAPSs municipalizados em Manaus-AM**

Atividade	CAPS III	CAPSi Leste	CAPS AD
Nº de acolhimentos	5845	4123	2156
Nº de sujeitos cadastrados	3045	1593	2112
Nº de sujeitos acompanhados	2245	357	1394
Grupos e oficinas terapêuticas	Auriculoterapia; Grupo de apoio ao familiar; Grupo de psicoterapia; Grupo tocando em frente; Oficina das letras e mímica; Oficina de artes e reciclado; Oficina de cidadania; Oficina de esporte e dança; Oficina de karaokê; Oficina de patchwork; Oficina de relaxamento; Oficina expressiva; Terapia comunitária.	Oficina de reciclagem; Oficina de artesanato; Encontro espaço de convívio para adolescentes; Oficina educativa com temas diversos; Oficina da beleza com pais e pacientes; Passeios diversos: Cidade da Criança, Ateliê Artístico, CIGS.	Alimentação é saúde; Caminhada ecológica; Reciclagem & Arte; Mais família; Oficinação; Recantando nossa história; Nós em movimento; Trabalhando o pensamento.

Fonte: Gerência da Rede de Atenção Psicossocial (GRAPS), material documental atualizado pela pesquisadora, 2016.

Dentre estes, o CAPS escolhido para ser campo investigativo deste estudo foi inaugurado em janeiro de 2010 pela Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, caracterizando-se como o primeiro CAPS Municipal, do tipo II, no distrito de saúde sul

(DISA Sul). No entanto, de acordo o Projeto terapêutico institucional (2015) do CAPS em questão, devido ao número expressivo de demandas que chegavam a este serviço, considerando o nível populacional de nossa cidade e a pouca cobertura da rede de assistência à saúde mental, em outubro de 2015 foi realizada a qualificação deste CAPS tipo II em um CAPS tipo III, com a mudança de sua estrutura física para a Zona Centro Sul de Manaus.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), um CAPS tipo III deve atender prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, proporcionando serviços de atenção contínua, com funcionamento 24h, incluindo feriados e finais de semana, ofertando acolhimento noturno e retaguarda clínica a outros serviços de saúde mental. Contudo, somente a partir do mês de abril de 2016, seis meses após sua qualificação em CAPS III, o mesmo passou a funcionar em horário integral, visto que inicialmente haviam dificuldades administrativas a serem superadas, tal como falta de recursos humanos para plantões noturnos e finais de semanas, e de alimentação necessária aos usuários em acolhimento noturno e aos técnicos de plantão que estivessem no serviço, como preconiza a lei de criação dos CAPS.

Face ao exposto, atualmente a unidade funciona 24 h, contando com a atuação de uma equipe multiprofissional (psicólogos, assistente social, educadores físicos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionista, psiquiatras), realizando acompanhamentos aos usuários e suas famílias através de acolhimentos, oficinas terapêuticas (práticas expressivas, corporais, cidadania, etc.), grupos de psicoterapia com usuários, grupos de apoio ao familiar, plantão psicológico, acompanhamento nutricional, orientação social, consulta psiquiátrica, intervenções em rede (visitas institucionais, apoio matricial) e visitas domiciliares, sendo essas últimas as principais práticas interventivas que favoreceram a observação da dinâmica de *articulação de rede* em prol das famílias.

### **2.3 SUJEITOS PARTICIPANTES DA PESQUISA**

Os *sujeitos participantes* da pesquisa foram *dois sujeitos e seus respectivos familiares* que estão em processo de acompanhamento à saúde no contexto da articulação de rede de um CAPS junto a um serviço da ABS do território de referência da família.

A escolha dos sujeitos e de seus respectivos núcleos familiares atenderam aos seguintes *critérios de inclusão*:

- Os dois sujeitos, usuários do CAPS, possuíam diagnósticos clínicos de algum transtorno mental, que justificasse seu acompanhamento em um serviço de atenção psicossocial especializada, e tendo iniciado no período mínimo de um ano;
- Estes sujeitos, usuários do CAPS, foram observados enquanto membros dos seus respectivos grupos familiares e possuíam idade maior que dezoito anos;
- Os grupos familiares aceitaram que a pesquisadora participasse como observadora participante de suas dinâmicas de cuidados à saúde, ou seja, tanto em âmbito institucional, como em âmbito domiciliar, durante a pesquisa;
- Aceitaram voluntariamente a realização dos procedimentos de coleta de dados assinando o termo de consentimento livre e esclarecido no início da pesquisa.

A *priori*, o local escolhido para encontro, visando apresentação do projeto, obtenção dos consentimentos livres e esclarecidos aos sujeitos participantes da pesquisa, foram os espaços de acolhimento do CAPS, com a possibilidade de mudanças se a família preferisse. Nesse sentido, após contato telefônico, ambas optaram por receber a pesquisadora em âmbito domiciliar.

Faz-se necessário esclarecer que *os profissionais da equipe de referência* também foram considerados, no decorrer da pesquisa, como sujeitos participantes, por entendermos que os mesmos foram fundamentais no processo de imersão no campo e na compreensão de nosso objeto de estudo, sendo assim nomeados como *participantes colaboradores* e, para esclarecimento, escolhidos por critério de *acessibilidade* durante as posições do observador participante em campo.

Em tempo, salientamos que as famílias serão identificadas no decorrer da pesquisa pelos termos “*Família da Maria da Fé*” e “*Família do José Amoroso*”, fazendo-se referência às características de gênero (masculino e feminino) e qualidades que mais apareceram nas conversações em relação ao membro familiar que demanda cuidado em saúde mental. Quanto aos sujeitos membros da equipe profissional, serão identificados por sua profissão ou cargo que ocupa.

Por fim, vale ressaltar que o percurso trilhado até a escolha das famílias e as demais etapas de observação participante será detalhado nos tópicos referentes aos *procedimentos de coleta de material no campo* e no decorrer da *apresentação dos resultados e discussão*.

## 2.4 RECURSOS PARA COLETA DE DADOS

Iniciamos este tópico esclarecendo ao leitor que, a pedido do CEP, fez-se necessário a criação de um roteiro de observação participante (Apêndice III), o qual posteriormente foi visto como fundamental pela pesquisadora, pois funcionou como suporte em sua trajetória pelas diferentes posições que vivenciou no campo de estudo. Além deste roteiro de observação, utilizamos como instrumentos para a coleta do material no campo, os seguintes recursos metodológicos:

### 2.4.1 Diário de campo

O diário de campo é o principal recurso de trabalho do método da observação participante, consistindo em registros escritos das observações que foram realizadas no contexto da pesquisa (Apêndice IV).

Nesse sentido, caracteriza-se como um caderno de notas, em que o pesquisador diariamente vai anotando o que observa e que não é objeto de nenhuma modalidade de entrevista. Nele devem ser escritas impressões pessoais que vão se modificando com o tempo, durante as observações e conversações, de comportamentos contraditórios com as falas, manifestações em gerais, dentre outros aspectos que despertam a atenção do observador na situação vivenciada (MINAYO, 2003; 2014).

A importância desse recurso metodológico é a possibilidade de criar um “banco de dados” a partir das observações, propiciando um olhar mais integral do percurso realizado, facilitando a construção posterior do registro das vivências (POPE; MAYS, 2009).

Desse modo, as notas que comporam os registros foram identificadas como:

- **Notas iniciais (N1):** notas da observação no cotidiano de cuidados à saúde das famílias no CAPS e nas ações de articulação de rede no geral, sobretudo por meio das práticas de visitas institucionais, apoio matricial e visitas domiciliares;
- **Notas específicas (N2):** notas da observação no cotidiano de cuidados à saúde das duas famílias em âmbito familiar e em território, incluindo as ações ofertadas em rede;
- **Notas reflexivas (N3):** notas reflexivas sobre o trabalho de campo, incluindo o registro das inquietações, sentimentos, impressões durante a realização da pesquisa.

### 2.4.2 Registro das conversações nos encontros familiares

Consistiu no registro detalhado das conversações informais com os membros da família nos momentos de encontros em âmbito domiciliar (Apêndice V). De acordo com Mendes (2012), as conversações baseiam-se em questões que surgem na interação com o outro de forma natural, podendo ser campo fértil para diálogos sobre as vivências, dificuldades e expectativas das famílias em suas trajetórias terapêuticas e de se conhecer como se configura, atualmente, a dinâmica da *rede de cuidados à saúde dessas famílias*.

De acordo com Menegon (1999, p.215-217) “conversar é uma das maneiras por meio das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam nas relações que estabelecem no cotidiano”. E acrescenta:

Conversas do cotidiano pressupõem dialogia (vozes), que presentifica, também, interlocutores ausentes da situação da conversa e, além do contexto imediato da situação relacional, leva em conta a relação estabelecida entre o tempo curto (face-face) e o contexto mais amplo da circulação de ideias (MENEGON, 1999, 215).

Ressalta-se ainda, que as conversações “não seguem roteiros, elas são abertas e podem se orientar sobre determinadas problemáticas vivenciadas em campo pelo pesquisador, desde que pertinentes à temática da pesquisa” (VIEIRA FILHO, 2010, p. 2). Dito isto, os registros também foram realizados de forma digital por meio de gravador de áudio, respeitando os cuidados éticos, os quais foram pontuados em tópico específico.

### 2.4.3 Construção de genograma, ecomapa e mapa de rede com a família

Dentre os instrumentos que têm sido apontados como úteis e que aparecem na literatura como ferramentas de grande importância na construção de planos de cuidados às famílias, destacamos o genograma, o ecomapa e o mapa de redes.

O *genograma* é uma representação gráfica da estrutura familiar interna e permite dimensionar e qualificar o conjunto de relações existentes entre seus membros. O *ecomapa*, por outro lado, é uma representação gráfica das relações da família com outras instâncias sociais, externas e interconectadas, permitindo, entre outras coisas, estimar os recursos sociais de que a família dispõe para seu apoio e cuidado (GUTIERREZ, 2014).

Em resumo, trata-se de duas formas gráficas de representar a família no conjunto de relações que a circundam e envolvem. Ambos são construídos a partir de uma legenda convencional de símbolos que permitem a comunicação visual mais imediata da

configuração familiar e de sua dinâmica relacional interna e externa. Além disso, partem de uma perspectiva sistêmica de ver a família e implicam uma visão complexa da realidade social na qual a família está inserida (idem).

Quanto ao *mapa de rede*, este surge como uma proposta de visualizarmos em termos gráficos a *rede social pessoal* dos sujeitos no momento da pesquisa, uma vez que essa rede pode ser registrada em forma de mapa mínimo, incluindo os indivíduos com quem interage, podendo ser distribuídos e representados em quatro quadrantes principais, quais sejam: *Família; amizades; relações de trabalho ou escolares; relações comunitárias, de serviço ou de credo*. Distribuídos em três áreas, a saber: um círculo interno de *relações íntimas* (contato cotidiano, amigos próximos); um círculo intermediário de menor grau de compromisso (*relações sociais* sem intimidade e familiares intermediários); um círculo externo de *relações ocasionais* (conhecidos, bons vizinhos, familiares distantes ou frequentadores da igreja) (SLUZKI, 1997).

Desse modo, a utilização destes instrumentos em nossa pesquisa vem ao encontro de nosso marco teórico, uma vez que acreditamos que cada fenômeno que ocorre na família, em especial as formas de cuidar da saúde, precisa ser visto como evento que se conecta a um sistema complexo de relações múltiplas e circulares, em que cada membro da família influencia e é influenciado pelos outros, sejam eles outros membros da família ou atores sociais do seu entorno. Em tempo, ressaltamos que a construção dos mesmos se deu durante os encontros familiares referentes ao segundo momento da observação participante, estando as tabelas de símbolos anexas ao instrumento de registro de conversações utilizado nestes encontros (Apêndice V).

#### **2.4.4 Material documental**

Oliveira (2007) define que a pesquisa documental caracteriza-se pela busca de informações em documentos que não receberam nenhum tratamento científico, como relatórios, prontuários, reportagens de jornais, gravações, fotografias, entre outras matérias de divulgação.

O uso de material documental, de acordo com Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009), deve ser apreciado e valorizado, em virtude da riqueza de informações que podem ser extraídas dos documentos, além do fato de possibilitar ampliação do entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural. Gil

(2008), por sua vez, define que estes materiais podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.

Desse modo, este recurso metodológico consistiu na análise de documentos que auxiliaram no resgate histórico da instituição e na complementação dos dados que foram obtidos em observação participante, visando uma melhor compreensão do objeto de pesquisa. São eles: Material histórico ligado à instituição (projeto terapêutico institucional); livro de ata das assembléias; fichas de acolhimento inicial às famílias; fichas de registros das visitas domiciliares; prontuários dos dois sujeitos/usuários do CAPS, que também possuem dados de suas famílias, incluindo informações complementares das Unidades Básicas de Saúde que realizam o acompanhamento dos casos em articulação com o serviço.

## 2.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE MATERIAL NO CAMPO

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFAM por meio do parecer de nº 1.622.918, gerando o CAEE: 56646516.7.0000.5020 (Anexo II), bem como da anuência final da instituição emitida pela Gerência de Gestão da Educação na Saúde através do documento de “Autorização da Pesquisa nº 20/2016 – GESAU/SEMSA” (Anexo I) foi oportunizado um momento de diálogo com a equipe do CAPS em reunião acordada com a coordenação do serviço. Esse momento foi fundamental na construção de um espaço para a apresentação da proposta de estudo, a justificativa, os objetivos e a metodologia que seria utilizada durante o período da pesquisa de campo.

Além desses pontos, também se configurou um importante momento para a formalização do lugar de **pesquisadora observadora participante** e da possibilidade de acompanhar a equipe nos momentos de intervenção com as famílias no cotidiano do serviço, na prática de apoio matricial e nas visitas domiciliares, finalizando o encontro com a assinatura coletiva do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice II), uma vez que os consideramos também como *sujeitos participantes e colaboradores* da pesquisa, pela natureza do método da observação participante. Obtivemos 26 TCLE's favoráveis e nenhuma abstenção por parte dos profissionais da equipe.

Feito isso, deu-se início às etapas de pesquisa de campo, as quais serão apresentadas no subtópico a seguir, considerando os momentos marcados pela movimentação e posições do observador participante durante sua imersão gradativa.

### 2.5.1 Posições do observador participante

*1ª Posição do observador: Cotidiano de cuidados à saúde das famílias em âmbito do CAPS e nas ações de articulação de rede em geral.*

Durante a realização da pesquisa de campo, em um **primeiro momento**, a pesquisadora realizou a observação participante no cotidiano do CAPS, de maneira geral. Essa etapa configurou-se como uma exploração do campo, com observações participantes em ambos os turnos de atendimento, em um período de aproximadamente um mês, durante o qual, a pesquisadora esteve na posição de observadora participante nas intervenções terapêuticas em que havia a presença de famílias, assim como nas intervenções de rede, apoio matricial e visitas domiciliares.

Entendemos que realizar essa etapa com uma observação mais geral, nos permitiu uma compreensão de como as famílias, que demandam acompanhamento neste serviço de atenção psicossocial especializada, estão sendo acolhidas pela equipe de referência, suas ações de cuidado, as articulações de rede realizadas em prol dessas famílias, e de outros fatores implicados nessa dinâmica cotidiana do serviço.

*2ª Posição do observador: Cotidiano de cuidados à saúde das famílias em âmbito domiciliar e no território dos sujeitos.*

Após esse primeiro momento de observação participante, as observações da pesquisadora passaram a ser mais específicas, pois dando início ao **segundo momento** de pesquisa de campo, realizou-se a observação participante no cotidiano da dinâmica de cuidados de somente dois núcleos familiares, os quais foram escolhidos em diálogo com a equipe do CAPS, dentro do universo de famílias que estavam sendo acompanhadas por meio das ações de apoio matricial e de visitas domiciliares e que atendiam aos critérios de inclusão elencados anteriormente.

Após essa identificação, foi entrado em contato telefônico e realizado o convite para participação da pesquisa. Após a assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice I) pelas famílias, a pesquisadora participou, juntamente com a equipe de matriciamento, das intervenções em que houve a articulação com a atenção básica do território de abrangência dessas famílias, assim como das visitas domiciliares a

elas realizadas, buscando observar de forma atenta e reflexiva a dinâmica de *articulação de rede* e os aspectos psicossociais emergentes nessa ação de cuidados à saúde *in situ*.

Nessa etapa, também foram realizados encontros com as famílias somente pela pesquisadora, como forma de acompanhar a *dinâmica familiar* cotidiana desses núcleos familiares sem a presença de intervenções formais ofertadas pelos serviços de saúde. Nesses momentos, a pesquisadora buscou observar as ações, compreender as concepções de cuidado, significação de saúde-doença e demais fatores incidentes em suas dinâmicas, observando em que momentos recorriam às suas redes sociais de apoio nas suas rotinas e conhecendo quem eram os principais atores do cuidado em suas trajetórias terapêuticas.

A regularidade de observações nessa etapa da pesquisa deu-se de acordo com os dias e horários definidos de forma coletiva com a equipe de apoio matricial, respeitando o fluxo de demandas do serviço. Quanto aos encontros familiares que não necessitavam da presença da equipe, foram realizados de acordo com a disponibilidade da família em receber a pesquisadora em visita domiciliar.

Essa etapa durou aproximadamente três meses e favoreceu uma observação participante no cotidiano da *dinâmica da rede* e, sobretudo, da *dinâmica familiar* face aos múltiplos acontecimentos e fatores incidentes nessas *dinâmicas de cuidados*.

### ***3ª Posição do observador: Encontro para restituição das primeiras análises à equipe enquanto observador colaborador.***

Por fim, no **terceiro momento** da pesquisa de campo, foi realizada uma reunião de restituição das primeiras análises à equipe do CAPS através de comunicação oral e visual (slides), em coerência com o método da observação participante que nos permite a posição de pesquisador enquanto observador-colaborador.

Esse momento também oportunizou a observação da compreensão coletiva sobre o objeto de estudo em contexto e a possibilidade de dialogar e refletir, junto a essa equipe, sobre a construção de práticas de trabalho em ato vivo que fortaleçam a constituição de uma *rede de cuidados à saúde* significativa, que incluía a família e a rede social de apoio destes sujeitos, considerando suas especificidades.

Tendo em vista que a pesquisadora estava dialogando com a equipe, dificultando o registro de notas, foi possível a gravação em áudio digital da reunião, respeitando os critérios éticos da pesquisa.

## 2.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DO MATERIAL COLETADO

A análise do *corpus* foi realizada através do método de Análise de Conteúdo, à luz do marco teórico descrito anteriormente e em coerência com a natureza qualitativa e o caráter descritivo exploratório da pesquisa. Esse método de análise consiste em um conjunto de técnicas onde se busca descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação por meio de procedimentos que nos permitam o levantamento de indicadores e a realização de inferência de conhecimentos (BARDIN, 1977).

Dentre as várias modalidades de Análise de Conteúdo existentes, a *análise temática* é considerada a mais apropriada para as investigações qualitativas em saúde. Desse modo, realizar uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objeto analítico visado (MINAYO, 2014).

Sendo assim, a escolha dessa modalidade de análise pode ser explicada pela necessidade de ultrapassar as incertezas dos pressupostos, pela necessidade de enriquecimento da leitura por meio da compreensão das significações e, sobretudo, pela necessidade de desvelar as relações e práticas que se estabelecem além das falas propriamente ditas. Seu processo desdobra-se em três etapas (MINAYO, 2014), a saber:

1) *Pré-análise*: etapa de escolha dos materiais a serem analisados e retomada dos pressupostos e objetivos iniciais da pesquisa, podendo ser decomposta nas seguintes tarefas: leitura flutuante do conjunto das comunicações; constituição do *corpus*, termo que diz respeito ao universo estudado em sua totalidade; formulação e reformulação dos pressupostos e objetivos, tendo como parâmetro de leitura exaustiva do material as indagações iniciais e a abertura para novos questionamentos.

2) *Exploração do material*: essencialmente uma tarefa classificatória que visa a alcançar o núcleo de compreensão do texto, encontrando categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo será organizado, ou seja, momento em que se dá uma visibilidade compreensiva para os dados dispondo-os em categorias criadas segundo o que for verificado como conteúdo emergente;

3) *Interpretação dos dados*: momento em que o pesquisador vai realizar interpretações e dar significações aos dados, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou dar abertura a outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material.

Assim, ao fim do processo de análise do *corpus* da pesquisa, elencamos duas grandes categorias principais para responder nosso objeto de estudo. A **primeira categoria temática** de análise contempla dados coletados em todas as posições do observador participante no campo, visto que traz para a discussão considerações sobre *a dinâmica da rede a partir da lógica dos serviços da atenção psicossocial e da atenção básica*, ou seja, de como está constituída essa lógica de cuidado, de acesso, de território e suas articulações de rede pelo olhar dos serviços formais de cuidado à saúde.

Com esta análise, buscaremos responder nossos primeiros objetivos específicos, uma vez que a observação participante destes momentos nos possibilitou de fato “observar” e “participar” do processo de acompanhamento ofertado às famílias no cotidiano do CAPS, bem como em articulação com a rede, sobretudo com os serviços da ABS, dando-nos acesso às *demandas* familiares que chegam a estes pontos de atenção à saúde.

Nessa categoria também apresentaremos as *ações de cuidado* utilizadas pelas equipes para a efetivação da assistência às famílias em âmbito institucional e, principalmente, em âmbito domiciliar e em território, observando os aspectos psicossociais *in situ*, resguardando-se o cuidado de não incorrer no risco de tentar responder as outras tantas indagações que foram surgindo nessa imersão gradativa no campo, pela sua natureza complexa.

Desse modo, inspirados na concepção de que os serviços de saúde constituem “cenário vivo”, onde atuam atores sociais distintos no desenvolvimento de suas práticas, gerando diferentes percepções sobre o que é oferecido e demandado em termos de saúde (PINHEIRO; LUZ, 2003), os dados serão apresentados como “*cenários do cotidiano do cuidado*” e terão igualmente respeitadas as reflexões que foram surgindo a cada um destes encontros, visto que emanam a essência da *observação participante* em ato vivo e implicado da pesquisadora, em conjunto com os sujeitos participantes e colaboradores que vivenciaram as respectivas cenas com a mesma, colocando-se em evidência os *avanços, as rupturas e as práticas de cuidado*.

Para tanto, visando uma melhor compreensão dessa categoria de análise, estas cenas do cotidiano do cuidado e suas respectivas reflexões serão apresentadas em **duas subcategorias temáticas**, cada uma composta por **três cenas de cuidados** que apareceram como significativas e interconectadas à análise de nosso objeto de estudo.

A **segunda categoria temática** de análise traz para a discussão as “*narrativas familiares*” que tivemos acesso durante nosso segundo momento da pesquisa, o qual previa a observação participante de dois casos específicos, representados por *dois sujeitos e seus respectivos familiares*. Este momento da pesquisa teve o intuito de acompanhar as famílias em suas *dinâmicas cotidianas*, buscando conhecer suas *trajetórias* terapêuticas e de vida, além de tentar compreender os fatores incidentes, motivações e necessidades que as levam a recorrer a uma *rede social de apoio*, como forma de reconhecer suas estratégias de enfrentamento face ao aparecimento do transtorno mental em seus cotidianos.

Para isso, as narrativas analisadas nesta segunda categoria são fruto das observações e das conversações que surgiram a cada encontro, não havendo um roteiro de entrevista, apenas seguindo um roteiro de observação participante do que seria importante observar nesta fase da pesquisa, nos possibilitando ainda a construção de um *genograma*, *um ecomapa e um mapa de rede* com as respectivas famílias no decorrer das visitas *in locu*. Desse modo, os dados foram organizados de maneira a contemplar *a dinâmica da rede de cuidados à saúde a partir da lógica das famílias*, respeitando as singularidades de cada um dos núcleos familiares participantes.

Face ao exposto, a fim de tornar o texto compreensivo e coerente ao leitor, as narrativas também serão apresentadas em **duas subcategorias temáticas**, composta por **três cenas do cotidiano de cuidados** cada uma, as quais deram contorno aos elementos significativos que emergiram a cada encontro familiar. Além disso, acreditamos que o modo como os sujeitos constroem as informações carregam elementos significantes específicos que remetem aos seus contextos, lugares que ocupam nestas cenas e as formas com que vivenciam esses cotidianos de cuidado e de vida, por tal razão, utilizaremos alguns fragmentos de falas e termos entre aspas e em itálico, como forma de valorizar suas contribuições no decorrer das narrativas.

Dito isto, elaboramos um quadro geral que representa nosso *mapa de cenários* (categorização) com seus respectivos *cenários* (categoria temática), relembrando os *cotidianos* (subcategorias) em que se deram nossas observações e movimentações dinâmicas, resultando nas *cenas do cotidiano de cuidados* (tópicos temáticos) que deram vida a esta pesquisa. Ou seja, cenários, cotidianos e cenas que representam a verdadeira *tectura da rede* de cuidados à saúde destas famílias. Vejamos:

**Quadro 2 - Categorização dos dados coletados – Mapa de cenários**

CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS COLETADOS (Mapa dos cenários / tecitura da rede de cuidados)		
CATEGORIAS TEMÁTICAS (O cenário / pano de fundo)	SUBCATEGORIAS (O palco / cotidiano)	TÓPICOS TEMÁTICOS (As cenas / ações no cotidiano)
A DINÂMICA DA REDE A PARTIR DA LÓGICA DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E DA ATENÇÃO BÁSICA: Avanços, rupturas e práticas de cuidado em evidência.	O cuidado às famílias no cotidiano do CAPS e nas ações de articulação de rede em geral: Compreendendo o processo de acompanhamento e a natureza das demandas.	<i>Cena 1 – A “família” bate em nossa porta: Acompanhando a dinâmica do serviço e o acolhimento às famílias no CAPS.</i>
		<i>Cena 2 – O coletivo “família” em evidência: Observando o cuidado em grupo e conhecendo as pautas familiares.</i>
		<i>Cena 3 – Rompendo os muros do CAPS: Visitas institucionais e um vislumbre da articulação de rede “em construção”.</i>
	O cuidado às famílias no cotidiano das visitas domiciliares e nas ações de Apoio Matricial no território: Observando os aspectos psicossociais <i>in situ</i> .	<i>Cena 1 – O “CAPS” bate na porta da família: Acompanhando a dinâmica das visitas domiciliares.</i>
		<i>Cena 2 – A “Atenção Básica” entra em cena: Dialogando com a UBS e conhecendo suas demandas.</i>
		<i>Cena 3 – CAPS e Atenção Básica: Vivenciando o Apoio Matricial em “ato vivo”.</i>
A DINÂMICA DA REDE A PARTIR DA LÓGICA DAS FAMÍLIAS PARTICIPANTES: Narrando histórias, percorrendo as trajetórias de cuidado e mapeando as redes sociais de apoio.	O cuidado das famílias no cotidiano doméstico: Entre sentidos e significados na dinâmica familiar <i>in locu</i> .	<i>Cena 1 – Mudando o cenário da observação participante: “um certo olhar, em certos momentos, com certas famílias”.</i>
		<i>Cena 2 – As “tramas familiares” em foco: Construindo o genograma e revisitando suas histórias de vida em família.</i>
		<i>Cena 3 – Os “dramas familiares” em evidência: Acompanhando a dinâmica familiar e observando os fatores incidentes em seus cotidianos de cuidado.</i>
	O cuidado das famílias no cotidiano de seu território: Entre sentidos e (re)significados na dinâmica de <i>rede viva</i> .	<i>Cena 1 – As “trajetórias de cuidado” em foco: Construindo o ecomapa e revisitando seus territórios subjetivos em família.</i>
		<i>Cena 2 – As “Redes Sociais de Apoio” em evidência: Mapeando a rede social familiar e (re)conhecendo a rede pessoal significativa dos sujeitos participantes.</i>
		<i>Cena 3 – Em busca de um “novo” cenário: Refletindo sobre as dinâmicas observadas e a constituição de uma rede de cuidados à saúde de famílias.</i>

Fonte: Notas de diário de campo (BARBOSA, 2016).

Dito isto, antes de darmos início à apresentação, análise e discussão dos resultados propriamente ditos, faz-se necessário retomarmos os cuidados éticos adotados na pesquisa.

## 2.7 CUIDADOS ÉTICOS

Como forma de validar a participação voluntária dos sujeitos da pesquisa e garantir os aspectos éticos da relação entre pesquisador e sujeitos participantes, torna-se indispensável o atendimento às determinações da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. No que tange às delimitações da pesquisa relativas ao profissional psicólogo, da Resolução 016/2000, do Conselho Federal de Psicologia, a realização deste estudo buscou preservar ao máximo todos os sujeitos envolvidos, bem como a instituição no qual estavam sendo acompanhadas as famílias participantes da pesquisa.

Os sujeitos foram esclarecidos antecipadamente a respeito dos objetivos da pesquisa, sendo sua participação livre e voluntária, tendo assegurados todos os procedimentos relativos à confidencialidade, à privacidade, à proteção da imagem e a não estigmatização ou julgamento de suas falas, bem como sendo garantida a não utilização das informações para o prejuízo de nenhuma pessoa pertencente à instituição e ao núcleo familiar, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou poder econômico-financeiro.

No intuito de legitimar esses aspectos éticos, foi solicitada aos sujeitos da pesquisa, na figura do familiar elegido como responsável pelo núcleo familiar, a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), sendo visto a necessidade da equipe de referência também assinar um TCLE, pela natureza do método da pesquisa.

Vale ressaltar que todos os recursos metodológicos se desenvolveram inicialmente no próprio serviço de saúde e, posteriormente, no território adstrito, de acordo com os desdobramentos da pesquisa e das posições da pesquisadora em campo, conforme mencionadas anteriormente. Nesse quesito, também foram igualmente consideradas as possibilidades de acesso acordadas com os participantes da pesquisa, procurando ao máximo não interferir em suas atividades, esclarecendo não haver nenhum prejuízo pela não participação em caso de recusa e também nenhum benefício direto que possa ser compreendido com pagamento ou recompensa. Já em consonância com as exigências da Res.466/2012, foi garantida a indenização aos participantes da pesquisa em nível de cobertura material em reparação à eventual dano, imediato ou tardio, de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social ou cultural, que possa ter sido gerado pela pesquisa. Contudo, não houve intercorrências neste sentido. Destarte, tendo apresentado o percurso metodológico trilhado e os cuidados éticos tomados, a seguir iniciaremos a apresentação dos resultados obtidos e suas discussões, em diálogo com nossa perspectiva teórica.

### **3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO**

#### **3.1 A DINÂMICA DA REDE A PARTIR DA LÓGICA DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E DA ATENÇÃO BÁSICA: Avanços, rupturas e práticas de cuidado em evidência.**

##### **3.1.1 O cuidado às famílias no cotidiano do CAPS e nas ações de articulação de rede em geral: Compreendendo o processo de acompanhamento e a natureza das demandas.**

Para iniciarmos a discussão desta primeira subcategoria, Azevedo e Castilho Sá (2013) ajudam-nos a pensar sobre o espaço institucional dos serviços de saúde como lugares que não são apenas espaços materiais, normativos e políticos, mas como espaços de relações subjetivas. O modo como está organizado esse universo simbólico e imaginário compartilhado pelos profissionais, condiciona suas capacidades de escuta e resposta às demandas da população, bem como as possibilidades de mudança das práticas de saúde e gestão. Considerar a dimensão subjetiva é compreender a complexa dinâmica das relações estabelecidas individualmente e coletivamente e de que forma estão articuladas com as estratégias de cuidado à saúde.

Partindo desse princípio, destacamos a primeira nota de campo:

*O dia começou bem diferente neste espaço institucional, pois chegar ao CAPS como observadora participante, pesquisadora de fato, proporcionou-me um outro lugar, outros olhares, outras possibilidades, mesmo que a princípio de maneira subjetiva (Diário de campo, notas iniciais, 18/07/2016).*

E assim, damos início à observação participante e as primeiras “*cenas do cotidiano de cuidado*” vivenciadas:

##### ***Cena 1 – A “família” bate em nossa porta: Acompanhando a dinâmica do serviço e o acolhimento às famílias no CAPS.***

Dando início ao primeiro momento de observação participante, fomos imergindo no campo de maneira gradativa, caminhando por espaços de convivência coletivos e demonstrando interesse em conhecer a rotina do serviço e quem eram aquelas pessoas que por ali transitavam. A recepção era o “*cartão de visita*” do CAPS, como nos disse uma das profissionais, e o CAPS era um lugar de acolhida, caracterizando-o como um “*serviço de*

*portas abertas*” ou *“porta de entrada”*, termos estes que ressaltavam principalmente a ideia de acesso/ acessibilidade, ou seja, de ofertar atendimentos para todos que procuravam o serviço, não fechando as portas para novos casos, pontuando ainda que se tratava de um quantitativo bem superior ao recomendado pelo MS.

Nesse ponto, destacamos que na base do conceito de acesso está a premissa de que os cuidados essenciais em saúde devem estar disponíveis para a população. De uma maneira geral, o acesso indica o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde (JORGE, 2014). Outros estudiosos, como Travassos e Martins (2004), preferem o termo acessibilidade, referindo-se às características dos serviços e dos recursos de saúde, que facilitam ou limitam sua utilização.

Nesse sentido, concordamos com Pinheiro e Luz (2003, p. 25) na análise de que “a dimensão do cuidado em saúde oscila entre a objetividade de sua oferta e a subjetividade de sua demanda”. Travassos *et al* (2000), também nos ajudam nessa análise ao fazerem uma distinção entre oferta e demanda. A oferta é determinada pela disponibilidade, tipo, localização geográfica e quantidade de serviços e recursos destinados à saúde. A demanda, por sua vez, é o que leva os sujeitos a procurarem os serviços, para obterem acesso e se beneficiarem, em algum nível, com o atendimento.

Dito isto, ressaltamos que estes conceitos nos auxiliaram na observação da relação entre características dos sujeitos e o uso dos serviços, por meio de particularidades da oferta que influenciam essa relação e da adequação dos serviços às demandas/necessidades dos usuários, além de que, para estes autores, a continuidade da atenção se vincula estreitamente a estes aspectos, é o que veremos.

Tendo como pano de fundo esta perspectiva, segundo os dados<sup>12</sup> obtidos em campo junto aos técnicos administrativos do CAPS, em 2016 foram realizados aproximadamente 1.688 acolhimentos<sup>13</sup> de primeira vez, dentre os quais 877 permaneceram na instituição para dar continuidade ao acompanhamento e cerca de 702 foram encaminhados para outros pontos da rede, em sua maioria, para policlínicas, serviços de psicologia, centros de

---

<sup>12</sup> Dados registrados pela pesquisadora como “notas iniciais” em diário de campo (BARBOSA, 2016).

<sup>13</sup> Além de ser compreendido como o primeiro momento de conversa entre os *sujeitos do cuidado*, Merhy (1997, p. 138) define acolhimento como uma relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, necessitam estabelecer com os diferentes tipos de usuários, superando qualquer relação fria, impessoal e distante que apareça no cotidiano do cuidado em saúde, levando-nos a pensar que o acolhimento pode ser visto em pelo menos três dimensões: como postura, como técnica e como princípio de reorientação de serviços.

convivência mais próximos de suas residências, havendo ainda aqueles que apenas necessitaram de alguma orientação terapêutica, não sendo preciso o referido encaminhamento.

No que tange ao quantitativo de atendimentos gerais, foi informado que houve cerca de 12.020 atendimentos em um universo de práticas individuais e coletivas, dentre as quais destacamos aquelas relacionadas à intervenção de rede e ao público familiar: 70 *visitas domiciliares* e 2.300 *atendimentos familiares*. Vale ressaltar que o quantitativo de ações de Apoio Matricial foi contabilizado junto às ações de visitas domiciliares, não sendo possível informar o quantitativo exato desta intervenção.

Trazendo o olhar para este ponto de observação, em outro momento de acompanhamento da dinâmica do serviço, foi possível dialogar com a assistente social, a qual é terapeuta de referência no CAPS e que compõe a equipe de Apoio Matricial e de visitas domiciliares. Para ela, com o início da pesquisa vislumbrou-se um momento oportuno para recomençar tais intervenções, visto que desde meados de maio/2016 as idas ao domicílio e aos serviços do território, haviam sido suspensas por falta de carro no CAPS, mas ter uma pesquisa que necessite tais articulações é uma ferramenta que veio favorecer uma maior atenção a essa falta de recursos para locomoção das equipes.

Contudo, observando de forma mais geral os espaços da recepção e sala de espera, percebemos que essa ausência de transporte pode ser problematizada e compreendida por duas perspectivas, primeiramente nos levando a confirmação de que a saúde mental não tem sido prioridade nas gestões do município, implicando de forma negativa nas intervenções necessárias aos sujeitos que demandam atendimento nestes serviços, sobretudo, quando há a necessidade de um atendimento *in locu* na residência, apesar da Portaria GM Nº 3.089 de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011), instituir um recurso financeiro fixo para os CAPS credenciados pelo Ministério da Saúde, destinado ao custeio das ações de atenção psicossocial realizadas. Por outro lado, as equipes têm buscado maneiras de lidar com tais situações aos seus modos, encontrando “brechas”, “caminhos” e outras “possibilidades” de ações.

Justificamos esta observação ao percebermos que a equipe, apesar destas dificuldades, demonstrava-se sensibilizada a atender as demandas familiares, inclusive nos acolhimentos de primeira vez. Assim, podemos compreender que diante desta situação de “sem transporte”, houve a abertura de um espaço de escuta aos familiares que buscavam o serviço, mesmo quando estes vinham sem o seu familiar “foco da demanda”, sendo

também dada a possibilidade de realização de visita domiciliar em casos considerados graves, de difícil adesão ou naqueles em que o sujeito não tinha condições de se deslocar ao serviço. O mais interessante é que a corresponsabilidade entre equipe e família já se desenhava naquele momento, pois só era possível essa intervenção *in locu* quando a própria família podia auxiliar a equipe nesse deslocamento, ofertando transporte aos profissionais e comprometendo-se em vir buscá-los em dia e horário convenientes para ambas as partes, uma vez que as demandas e necessidades da população “não cessa”, “não se esgota” e “não espera” que os serviços se reorganizem para lidarem com elas.

Para exemplificar, citamos o registro do acolhimento realizado a uma família:

Os familiares do Sr. Diego, 30 anos, vieram a esta unidade em busca de atendimento psiquiátrico. Conforme relato dos familiares, o usuário apresenta diagnóstico de autismo (grau severo) e síndrome do pânico. Diego já alguns anos não anda de carro e praticamente não sai de seu domicílio. A família sente-se desamparada. Face ao exposto, em diálogo com a equipe do CAPS, a família comprometeu-se em buscar os profissionais para que possa ser viabilizada a visita domiciliar, bem como avaliação do caso e adoção da conduta adequada (Ficha de acolhimento à família, 28/6/2016).

Quanto às demandas, nesse primeiro momento, estavam relacionadas, em sua maioria, às necessidades de saúde do familiar adoecido referentes às medicações (ausência delas; efeitos colaterais com a mudança da conduta prescrita, tanto em relação às dosagens, quanto em relação à mudança de uma medicação para outra), aos comportamentos extremistas (ou muito apático, ou muito agitado, agressivo), à falta de limites (dificuldades de compreender as orientações dos familiares, “*faz o que quer e quando quer*”), também havendo casos em que a vinda ao CAPS sem o seu familiar adoecido, dava-se pela recusa do mesmo em sair de casa, como podemos observar neste registro, configurando assim um leque de demandas que podemos caracterizar como *demandas do sujeito em sofrimento psíquico*.

A Sra. Cecília veio ao CAPS sozinha encaminhada pela equipe do CRAS C. Em acolhimento informou que sua mãe e irmão necessitam de ajuda especializada, contudo ambos recusam-se em sair de sua residência. Segundo Cecília, a mãe é irritadiça, algumas vezes agressiva e tem demonstrado tendência ao isolamento. Já o irmão, tem dificuldades desde a infância, referindo que o mesmo é “*portador de deficiência mental*” (*sic*) e tem comorbidade clínica de epilepsia, fazendo uso de Gadernal há anos. Ressalta a necessidade de laudo médico para retirada de CPF e posteriormente do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Feito orientações quanto às intervenções que o CAPS poderia realizar, sendo de suma importância o acompanhamento conjunto ao CRAS, visto a situação de vulnerabilidade social relatada no encaminhamento (Ficha de acolhimento à família, 12/05/2016).

Ainda nesse contexto, outras demandas observadas foram aquelas que podemos entender como sendo *demandas próprias dos familiares*, quando trazem em suas falas as

queixas de sobrecarga no cuidado, de não ter auxílio de outros familiares ou falas de que não sabem mais o que fazer ou a quem recorrer, geralmente verbalizadas quando já estiveram em outros serviços ao longo do processo de acompanhamento à saúde, mas com pouca resolutividade do caso, como se o CAPS representasse o *“ponto de luz no fim dos trilhos”*. Essa busca por “resolutividade” é outra questão que aparece bastante em suas falas, atrelado à ideia de cura e ao desejo de que o familiar retorne ao que era.

No entanto, há casos também que a família vem apenas em busca de orientações, saber como podem proceder, por onde começar, por onde caminhar, o que ainda podem esperar, de maneira que muitas parecem buscar, na verdade, uma escuta qualificada e uma acolhida terapêutica, como pode ser visto no atendimento ao Sr. Carlos, que procurou o CAPS após a realização de uma visita da equipe à sua cunhada, mas que devido à dificuldade da mesma em aderir ao acompanhamento, procurou o serviço para tirar dúvidas e saber como proceder, pois esta situação estava *“adoecendo toda a família”* e por isso resolveu se responsabilizar na busca de ajuda novamente.

De acordo com o registro de visita domiciliar realizada em 15/08/2016, tratava-se da Sra. Coralina, 47 anos, que nos últimos anos começou a apresentar agressividade com os familiares e terceiros, inclusive demonstrando resistência ao receber a equipe durante a referida visita. Segundo a irmã, Coralina não concordava que estava precisando de qualquer acompanhamento especializado e tem apresentando isolamento social, conflitos familiares e com um discurso persecutório constante, chegando a denunciar a família e vizinhos em delegacias e em outros órgãos do judiciário com falas desconexas.

Durante esta visita, a equipe orientou quanto ao cuidado necessário em casos de transtornos mentais, esclarecendo que, em última instância, poderiam recorrer a uma adesão compulsória “via judicial”, dependendo do grau de adoecimento do sujeito e se este estivesse oferecendo risco a si ou a outrem. Na oportunidade, também foram prescritas medicações de maneira que pudessem ser diluídas na alimentação ou ainda sendo possível o uso de medicação injetável. Finalizando, a equipe se colocou a disposição em receber a família e a Sra. Coralina no CAPS para continuidade no *“tratamento”*.

Face ao exposto, o Sr. Carlos buscou o CAPS no dia 31/08/2016, informando que não tinham conseguido iniciar a conduta medicamentosa por nenhuma das duas vias sugeridas, a primeira porque a Sra. Coralina não aceitava nada que a família oferecia e os momentos de agressividade haviam aumentado, a segunda conduta devido a sogra e esposa

(mãe e irmã da Sra. Coralina), “*muito sensibilizadas*” (*sic*), não considerarem a ideia da contenção como uma possibilidade para aplicar a injeção.

No entanto, após a equipe reforçar as orientações quanto às possibilidades de intervenção e do apoio à família nesse processo, Coralina iniciou a medicação de maneira compulsória, mas após dois meses deste episódio, a família conseguiu retornar ao CAPS, desta vez acompanhados da Sra. Coralina, a qual foi acolhida no serviço, tendo suas demandas relatadas e comprometendo-se a dar continuidade em seu cuidado, e o melhor, ciente de que precisava de um acompanhamento especializado à sua saúde.

Em contrapartida, ainda pensando nos casos em que poderíamos incluir neste tipo de demandas com foco na família, em um dos momentos da fase exploratória tivemos a oportunidade de dialogar sobre o andamento da pesquisa com a gestora do CAPS. Nesse momento, a diretora viu a necessidade de alguma intervenção com a família de um usuário, que em sua opinião, não se responsabilizavam, nem demonstravam qualquer preocupação com o cuidado de seu ente adoecido.

Essa chamada para a intervenção foi outro ponto que observamos desde que expusemos a problemática da pesquisa e o nosso interesse em compreender a “*dinâmica da rede de cuidados de famílias acompanhadas na atenção psicossocial em articulação com a atenção básica*”, pois de certa forma, passamos a ser ver vistos como referência nos casos em que há conflitos familiares ou com outra demanda de cunho familiar que implique no acompanhamento à saúde, fazendo-nos refletir que há outro tipo de demanda presente nesse contexto, *as demandas do serviço*.

Diante dessa observação, retomamos algumas notas de campo que trazem impressões mediante estas cenas:

*Parece-me que o serviço tem dificuldades em dar conta das demandas em que as questões familiares aparecem como preponderantes, e fiquei bastante feliz em saber que a pesquisa, de alguma maneira, tenha ajudado a despertar um olhar sensível ao núcleo familiar, não como “culpado”, mas como “foco da intervenção” em saúde, considerando-o como sujeito que também necessita de cuidado, e que sua dinâmica, a forma como se relacionam ou que lidam com o processo de saúde - adoecimento - cuidado pode ter influencia, de alguma maneira, no acompanhamento em saúde no geral (Diário de campo, notas reflexivas, 29/07/2016).*

Antes de irmos para a próxima cena desse cotidiano de cuidados, faz-se importante enfatizar que sentimos o peso de nossas escolhas, pois manejar esse lugar de referência, profissional e pesquisadora, sem dúvida foi nosso maior desafio nesse momento da pesquisa.

***Cena 2 – O coletivo “família” em evidência: Observando o cuidado em grupo e conhecendo as pautas familiares.***

Santin e Klafke (2011) já destacavam o papel do CAPS em seus estudos sobre família e saúde mental, ao enfatizarem que neste espaço os membros da família geralmente se beneficiam de orientações dadas sobre a doença e seu tratamento, e do aconselhamento familiar, que proporciona apoio emocional e dicas práticas sobre como interagir com o portador de transtorno mental, conforme vimos nos relatos acima. Para esses autores, as reuniões com o usuário e com a família também aparecem como boas fontes de orientação, e são especialmente úteis no aperfeiçoamento das habilidades de comunicação e para o aprendizado de estratégias úteis para enfrentar a doença, o que nos leva a nossa segunda cena do cotidiano do cuidado.

Com a permissão dos profissionais responsáveis pela atividade (psicóloga, enfermeira e farmacêutico), pudemos acompanhar *o grupo de apoio às famílias*, o qual ocorria de forma quinzenal, às quintas-feiras no horário das 9h às 10h. Antes de iniciar o grupo, apresentamo-nos e falamos um pouco sobre a pesquisa e como eles poderiam colaborar, além de pedir o consentimento para que pudéssemos lhes acompanhar nestes encontros. Houve uma boa aceitação por parte dos profissionais e também pelas famílias presentes.

O grupo estava ocorrendo na sala de reunião do CAPS, devido um problema de mau-cheiro no local onde costuma ocorrer. Esse detalhe nos oportunizou a observação de que com a mudança da sala, houve também mudança na forma como o grupo é conduzido. Os profissionais responsáveis informaram que seria um dia voltado ao autocuidado com o tema “cuidando do cuidador” e utilizaram uma dinâmica para iniciar o encontro, em que cada pessoa escolhia um objeto depois tinha que explicar o que ele representava para si e porque o havia escolhido, trazendo um pouco de suas experiências cotidianas, bem como suas vivências em participar do grupo de família no CAPS.

As falas surgiam de maneira natural, cheias de emoção e verdade, e todas muito significativas, aparecendo temas como a fé – “*eu sempre tive fé em dias melhores*”; sentimento de pertencimento – “*não estamos sós, temos uns aos outros aqui*”; sobre chaves que traziam um significado de “*abrir portas*”, e um sentido de “*abrir portas que mostram novos caminhos*”, também aparecendo referências à existência de uma *rede*, ou

melhor, de um *vínculo* entre eles, com fortes sentimentos de *identificação*, *empatia* e de *renovação* ao falarem o quanto aqueles momentos de grupo de apoio ao familiar “*recarrega a energia quando estamos fracos*”, caracterizando momentos de motivação para continuar nesse caminho tão árduo, mas também tão necessário e valioso.

Tais observações nos levou a identificar características de um encontro de Terapia Comunitária em evidência, pois neste tipo de grupo não se propõe a resolução de problemas, mas a formação de redes solidárias de fortalecimento da auto-estima de pessoas, famílias e comunidades, de onde a mudança ocorre. Nessa perspectiva, em articulação com o nosso marco teórico, Grandesso (2010) nos esclarece que:

O foco da Terapia Comunitária Sistêmica não está sobre os diagnósticos ou definições de problemas e teorias de mudança, mas sobre o sofrimento humano em qualquer de suas formas e manifestações, visando ações básicas de saúde comunitária, tendo como metas a prevenção, mediação de crises e inserção social (GRANDESSO, 2010, p. 182).

Nesse sentido, durante a realização do grupo de apoio às famílias, observamos a temática “cuidando do cuidador” ganhando contornos reais e fazendo sentido para aqueles familiares participantes, pois eles começaram a trazer falas de que era necessário “*cuidar deles e se cuidar*”, ou seja, a necessidade de cuidar do outro é também uma forma de chamar a atenção para seu próprio cuidado, pois precisam manter-se alerta e com saúde para cuidar de seu familiar adoecido, principalmente se for um diagnóstico crônico ou, nas suas palavras, “*sem perspectiva de cura*”.

Diante destas observações, consideramos também a conduta dos terapeutas responsáveis como de suma importância para que esse processo acontecesse, pois estavam presentes nessa escuta, atentos aos diálogos e favorecendo essa reflexão sobre o autocuidado e, sobretudo, do cuidado mútuo. Para Grandesso (2010), reforçar os vínculos entre as pessoas da comunidade, mobilizar e valorizar as competências vindas da experiência, do saber local e da cultura, coloca o terapeuta comunitário a serviço da consciência social transformadora que devolve às pessoas a condição de autoria de sua própria história e sujeito de suas escolhas. Da mesma forma, foi interessante observar o respeito dos mesmos aos momentos em que eles não precisavam mediar, interferir ou facilitar qualquer diálogo. Este diálogo já estava lá, mesmo nos silêncios e “não ditos”, e ainda tão natural e verdadeiro como naquele primeiro momento da observação, tornando difícil até conter a emoção por estar fazendo parte desse encontro tão espontâneo.

E essa espontaneidade percebida, favoreceu-nos a observação de alguns *sentidos de cuidado* trazidos pelos familiares, como “*afeto*”, “*presença*”, “*estar junto*”, “*atenção*”,

“*paciência*”. Concepções que de alguma maneira vão dando forma ao simbolismo do que seria o papel do *cuidador ideal* e como este faz diferença no cotidiano do sujeito/famílias, considerando o olhar e as experiências daquelas pessoas participantes do grupo de apoio ao familiar. Afinal, como nos disse Boff (2004):

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais do que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo do outro. (BOFF, 2004, p.73)

Tudo isso ocorreu de forma tranquila, apesar das interferências, pois a sala de reunião fica na passagem que dá acesso à sala da secretaria do CAPS, o que nos fez pensar que quando um grupo tá comprometido e sabe qual o seu propósito, não importa o local ou as dificuldades que apareçam, as mesmas são superadas e dão sentido a uma das características do CAPS como “meio terapêutico”, ou seja, terapêutico desde a porta de entrada, em qualquer espaço e em qualquer horário.

*Salta aos olhos a riqueza desse encontro, pois as histórias parecem se convergir, trazendo à tona a força dessas famílias, dessas pessoas que aqui estão falando de suas próprias demandas e da superação de obstáculos nesse caminhar, onde a individualidade encontra lugar na coletividade! Condutas que reforçam a percepção de que as famílias realmente se sentem verdadeiramente acolhidas e compreendidas no grupo, fazendo deste momento um espaço de trocas de experiências, compartilhamento de emoções, de aprendizado, além do que já havia apontado antes, um momento de encontrar mais forças e motivações com seus pares (Diário de campo, notas reflexivas, 21/07/2016).*

Finalizando o grupo, houve uma despedida calorosa e foi feito o convite para os próximos encontros, bem como dado outros informes sobre o cotidiano do serviço. Após o término, agradecemos pela oportunidade e conversamos um pouco com uma das terapeutas responsáveis, a qual falou sobre a evolução do grupo, suas expectativas e o potencial que vê nessa atividade.

Trouxe como crítica certa desvalorização por parte do restante da equipe, caracterizando como um “*desinteresse velado*” no que se refere às demandas familiares, destacando em sua fala que “*não vejo outros colegas querendo participar ou ao menos interessados em saber das datas para convidar os familiares dos usuários*”. Justifica sua fala por acreditar que “*se todos participassem seria muito mais enriquecedor, tanto para os profissionais, como para as famílias*”, pois também considera o grupo como um espaço de aproximação e criação de vínculos com as famílias, de maneira a compreendê-las melhor em suas demandas cotidianas e torná-las parceiras, de fato, nesse cuidado ao também oferecer cuidado a elas.

Nesse momento, somos levados ao que Merhy (1997) nos fala sobre a micropolítica do trabalho em saúde, considerando o trabalho vivo em ato que pudemos acompanhar no transcorrer dessa observação, todas suas potencialidades e maneiras de não sucumbir às dificuldades do serviço, o qual também tem em sua dinâmica o trabalho morto, ao passo que há práticas que não valorizam o potencial do cuidado à família e, por conseguinte, se limita ao instituído, a olhar somente o sujeito em seu processo de adoecimento.

Nesse ponto, observamos que os aspectos psicossociais de um olhar ampliado estão sendo considerados apenas nas práticas de alguns profissionais, que buscam oferecer verdadeiramente um “acompanhamento à família”, como um todo. Estas observações, no entanto, também nos levam a outras indagações, como: “Qual a dificuldade de uma prática comprometida em olhar a família se tornar efetiva? Por que não há esse interesse? Realmente não há ou apenas se trata de uma percepção equivocada?”

Assim, dando continuidade às observações nas ações em que havia um olhar ao coletivo das famílias, também pudemos acompanhar de forma mais participativa a *oficina de cidadania*, conduzida pela assistente social do CAPS aos usuários e seus familiares, o qual ocorria de forma intercalada com o grupo de apoio à família (quintas-feiras, encontros quinzenais) e neste dia estavam presentes oito pessoas, sendo seis familiares. O grupo iniciou com a nossa apresentação e pedido para que pudessemos participar. Todos concordaram e nos acolheram de bom grado, não havendo incômodo aparente com a nossa presença. A oficina trouxe como temática “*o cuidado e a importância da participação da família no acompanhamento psicossocial*”, fomentando também diálogos sobre o controle social, avanços e desafios da política de saúde mental no âmbito nacional e local.

Apesar de poucos familiares e usuários, a oficina mostrou-se bastante enriquecedora e outro verdadeiro espaço de acolhida “coletiva” às famílias, tal como percebido no grupo de apoio ao familiar, sendo visível que ao se pronunciarem se sentiam a vontade para falar o que realmente pensavam sobre o tema e, mais que isso, falavam de suas próprias experiências, carregadas de emoções, com momentos de frustrações e também de superações.

Observamos que mesmo não configurando uma oficina de cunho terapêutico, as demandas que surgiam traziam diversas problemáticas do cotidiano das famílias, havendo identificação entre os participantes e também carga emocional que não poderia ser deixada de lado. Assim, como observadora participante e psicóloga, trouxemos um pouco das leituras que temos feito e do que nos levou a realizar a pesquisa, como por exemplo, a

sobrecarga familiar no cuidado em saúde mental, o autocuidado e a importância da rede de apoio no cotidiano das famílias, citando alguns autores de nosso marco teórico: Rosa (2011), Santin e Klafke (2011), Melman (2006) e Sluzki (1997).

Nesse contexto, a assistente social responsável pela oficina também falou dessa nova lógica de cuidado em saúde mental, onde o cuidado deve ser com o foco na “pessoa” e não na “doença”, de maneira a se aproximar cada vez mais de um cuidado humanizado, resultante de toda uma luta e mudança de paradigmas, pensamentos e práticas manicomial e institucionalizantes.

Ainda nesse ponto, um familiar falou de forma agradecida pela oportunidade de seu filho estar sendo acompanhado pelo CAPS, mas que *“lá fora é diferente”*, que faltam serviços e os que existem sofrem com a grande demanda de atendimentos. Nesse momento, um usuário complementou que já sofreu muito nessa caminhada antes de chegar ao CAPS, destacando que muitos serviços ainda estão focados nas doenças e que a sociedade também *“afeta muito”* de maneira negativa, referindo-se aos preconceitos, aos estigmas e por não acreditar em pessoas que têm um diagnóstico psiquiátrico.

Quanto à família, o usuário trouxe a reflexão de que *“muitas vezes os próprios familiares não compreendem, não entendem que a pessoa tá passando por problemas e acaba prejudicando ainda mais”*, sendo um momento oportuno, utilizado pela assistente social responsável pela oficina, de reforçar o convite para a participação da família no grupo de apoio aos familiares, como uma forma de lidar com estas questões.

Durante essa experiência, pudemos perceber que as famílias que estavam presentes na oficina, em geral, estavam representadas por aquele familiar que acompanha “pessoalmente” o usuário ao CAPS, e aparece como principal cuidador neste acompanhamento. São mães, um pai, irmã e tia, na sua maioria do sexo feminino.

Observamos ainda que tais familiares, demonstram o quanto são gratos por este espaço de diálogo e escuta, e destacam como se faz necessário que este cuidado possa ir para além do CAPS, no território, na sociedade, inclusive falando da importância de formação de profissionais e o quanto os estagiários poderiam auxiliar nessa conscientização, por exemplo, indo às escolas, igrejas e centros de convivência. Contudo, percebe-se que apesar de ressaltarem a importância desse feito, por outro lado não se enxergam como também responsáveis por essa mudança, como atores nesse processo e, conseqüentemente, pouco se implicam em serem multiplicadores dessa causa e assumirem seus papéis de agentes de mudança na sociedade que tanto se queixam.

Diante do observado, vimos a possibilidade de falar um pouco sobre o protagonismo também do usuário e da família, seguido do convite da assistente social para participarem da assembléia no CAPS, que ocorreria no dia seguinte, e pudemos divulgar também o convite para uma reunião com o Fórum Amazonense de Saúde Mental (FASM) que traria como debate o “*Fortalecimento do protagonismo e a política de saúde mental*”.

Ao fim da atividade, a partir de algumas reflexões junto à assistente social, acreditamos que pelo fato da oficina ser de caráter aberto e não precisando constar no Projeto Terapêutico Singular do usuário, e sim sendo de livre demanda, não há uma superlotação na sala e falta uma participação regular dos usuários e familiares, como ocorre nas outras oficinas que acontecem semanalmente.

Outro ponto que achamos interessante destacar, é que os temas são diversos e de muita importância, também sendo potencializadores de mudanças, desde que refletidos e levados à ação. “Mas como fazer com tão pouca participação? E participação de quem?” Pois também houve a crítica por parte da assistente social de que não há um interesse dos demais profissionais de participarem, assim como ocorre no grupo de apoio aos familiares, sendo também uma das queixas da psicóloga que coordena o grupo. Então ficamos pensando que muito mais do que números, fala-se em participação no sentido de engajamento, interesse, motivação e não só dos usuários e familiares, mas também da própria equipe de referência, pois são assuntos que envolvem a todos e que deveriam, em tese, estarem sendo discutidos, refletidos e colocados em ação pela coletividade.

Tais reflexões ganham sustentação na observação da *assembléia* no CAPS que participamos no dia seguinte, sendo um momento de encontro entre usuários, familiares, profissionais e membros da comunidade para tratar de assuntos de interesses de todos, como: problemáticas do serviço, tentativas de resolução coletiva e propostas para melhorias em geral, e durante o qual, buscamos dar um destaque às pautas familiares.

Nesse dia a assembléia iniciou sob a condução da gestora do CAPS, a qual apresentou uma professora da UFAM que estava trazendo ao serviço a proposta de um projeto de extensão chamado “*CINECAPS: cinema faz bem pra cabeça*”. Após esclarecer o objetivo do projeto e como seria a metodologia adotada, a maioria concordou em participar dos momentos de intervenção que se daria nos próximos meses, e o que nos chamou a atenção foi o questionamento feito por um dos familiares presentes: “*essa atividade se estende aos familiares?*” Que maravilha! Além de demonstrar interesse, fez-

nos refletir sobre a importância de mais atividades como estas voltadas para todos os públicos que frequentam o CAPS.

Assim, feito o convite e dado o consentimento coletivo, foi lida a ata da assembléia anterior, dando continuidade à discussão sobre os avanços e as dificuldades pós-assembléias. Nesse momento, surgiram algumas falas sobre a não resolutividade da maioria dos pontos, levando também à reflexão da pouca participação dos usuários e familiares como atores ativos nos processos de mudanças, sobretudo quanto aos assuntos que ultrapassam a gestão do CAPS como, por exemplo, a falta de medicação e a necessidade de abertura de novos serviços na rede de atenção à saúde mental.

Nesse aspecto, uma mãe trouxe em sua fala que percebe que:

*[...] muitas pessoas se acomodam e preferem ir pelo caminho mais fácil, só fazendo o mínimo e não dando o seu melhor, já que tem suas demandas atendidas aqui no CAPS, não se importam com os outros necessitados, e estes que geralmente são os casos mais graves (Diário de campo, registro de falas na assembléia, 29/07/2016).*

Um pai acrescentou a essa fala sua preocupação também com aquelas famílias que não chegam ao serviço e questionando ao grupo o que poderia ser feito diante dessa crise econômica, uma vez que não se pode contar, no momento, com a abertura de mais serviços. Contudo, destaca que *“o fato de estarmos vivenciando uma crise, não é motivo de não se fazer nada”*.

Ao nos depararmos com estas falas, podemos compreender que estamos diante de uma análise da dimensão macrosocial dos aspectos psicossociais em questão, conforme destacado por Calatayud (1997), uma vez que as inquietações trazidas por estes familiares faz-nos refletir que não basta olharmos para o microambiente do CAPS e suas problemáticas, necessita-se pensar naquelas famílias que por inúmeras razões não chegam aos serviços ou que mesmo acessando alguns pontos de atenção à saúde, não recebem os cuidados necessários as suas demandas, pela natureza complexa das mesmas. Momento este que levou a discussão da problemática a um outro patamar, o de crise econômica vivenciada em nosso país, enfatizando o olhar de que não podemos “cruzar os braços” ou “fechar os olhos” para estas populações.

Diante do exposto, ficamos bastante sensibilizados com estas falas, pois demonstram que existe o desejo para a ação e para a mudança, e nesse sentido foram trazidas experiências exitosas de outros lugares em que os diálogos e o fortalecimento dos participantes da assembléia possibilitaram a criação de “associações de usuários e familiares”, mas desde que haja vontade, compromisso e organização entre eles.

Nesse contexto, tal conduta vem de encontro ao exposto por Rodrigues, Brignoli e Spricigo (2006), quando ressaltam que, no Brasil, tem havido certo reconhecimento e estímulo, embora desigual e descontínuo, para a organização dos dispositivos associativos de usuários e familiares. Em especial, com o financiamento induzindo a multiplicação dos CAPS, a ideia de associação fica muito atrelada ao tratamento e ao projeto terapêutico, embora não deixe de produzir uma abertura para o campo político. Desse modo, os autores apontam uma positividade inerente à reforma psiquiátrica e à participação dos usuários e familiares, que tem relação com o fato de eles poderem expressar suas reivindicações e caminhar em direção à politização e à ocupação de espaços historicamente pertencentes ao saber técnico institucional.

Em complemento, apesar de ressaltar a escassez de estudos e a falta de avaliação mais sistemática dos novos dispositivos de organização dos usuários e familiares, Vasconcelos (2008) nos apresenta uma proposta de tipificação das associações, pensada para o contexto brasileiro: 1) Associações que surgem onde ainda não existem serviços e reivindicam apoio do poder público; 2) Associações formadas no âmbito dos serviços de saúde mental e fortemente dependentes destes e dos seus profissionais; 3) Associações que nascem dentro ou a partir dos serviços, mas que desenvolvem forte viés autonomista e independente; 4) Associações ligadas diretamente a algum nível de organização do Estado, dependendo da transferência de recursos estatais para a manutenção de projetos.

Mas apesar dos avanços, avalia que a política nacional não vem dando a devida prioridade ao empoderamento e à organização autônoma dos usuários e familiares. Em seu texto preparatório e de apoio para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, apresentando em parceria com Rodrigues (2010), sistematizam e destacam a necessidade do investimento no campo do movimento social. As propostas identificadas, de maneira geral, envolvem a consolidação da rede substitutiva de atenção em saúde mental, ampliação dos projetos de geração de trabalho e renda, centros de convivência e lazer, mecanismos de regulação e fiscalização de intervenções invasivas e interdições judiciais, ampliação das comissões de controle social e projetos de defesa dos direitos dos usuários e familiares.

Desse modo, concordamos com os autores ao afirmarem que o aprofundamento do processo de reforma psiquiátrica requer fortalecer a organização e mobilização dos usuários e familiares em toda a rede de saúde mental, nas políticas intersetoriais e na sociedade em geral, colocando-se como meta fomentar o protagonismo dos usuários,

cuidadores e familiares nas instâncias de controle social, na política local, estadual e nacional da saúde mental do SUS.

Em consonância com estas questões, foi retomado pela gestora do serviço, o potencial do trabalho em rede que vem se desenvolvendo no CAPS através do apoio matricial (UBS/ ESF/ NASF), das discussões de casos em encontros intersetoriais (CREAS/ CRAS/ SEMMASDH/ FASM/ etc.) e do intercâmbio entre os serviços que já existem, com o intuito de vivenciar o cotidiano destes locais na prática, estreitar os laços e fortalecer a rede de cuidados e prol dos usuários e de suas famílias.

Por fim, a psicóloga da Gerência da Rede Psicossocial participou da assembléia para informar o caso de uma senhora que estava sendo acompanhada no CAPS da cidade de Niterói – RJ, que estaria vindo para ficar em acolhimento continuado neste CAPS em Manaus – AM, uma vez que tem família na cidade e necessitaria da ajuda do CAPS no resgate do vínculo com suas filhas, as quais não mantêm contato há anos.

Durante a assembléia, tivemos mais respaldo nas impressões geradas em nós nos dias anteriores, e ao seu término ficou mais clara a percepção de que se a oficina de cidadania conseguisse uma maior participação do coletivo nos encontros, poderia ser um aquecimento para os diálogos e busca de resoluções a serem trabalhadas em assembléia, pois a assembléia está sendo o único momento em que todos se encontram para falarem de suas demandas referentes às várias problemáticas no CAPS e na saúde mental como um todo, e por vezes, resumindo-se a queixas dos participantes e sentimento de onipotência de muitos, independente de ser usuário, familiar ou funcionário.

Outro ponto que merece destaque é o fato de que apesar de se configurar como um espaço de encontro e de busca de soluções democráticas, ainda assim observamos a não participação ativa de muitos. Em notas:

*Vejo rostos apáticos, pessoas que estão aqui porque foram convidadas por alguém, mas não sabem o que está acontecendo, o que é a assembléia, e não me surpreenderia em saber que há trabalhadores que também não sabem o real significado desse momento, desse encontro e nem seu próprio papel e/ou lugar nessa ação (Diário de campo, notas reflexivas, 29/07/2016).*

No entanto, não podemos negar que houve falas que demonstraram a riqueza desse momento, que nos convidam a mais encontros como estes e que de maneira alguma desistem de tentar, de sonhar com melhorias na saúde mental, apesar de todas as dificuldades reais e imagináveis. Nesse sentido, Rotelli (2008), argumenta que devemos ser mais incisivos na transformação do mundo, trabalhar para promover o difícil equilíbrio entre a potência do serviço público e a emancipação dos familiares e usuários e para que as

políticas públicas respondam às suas necessidades de casa, de sociabilidade, de afetividade, de trabalho.

Dessa forma, a perspectiva de uma reforma psiquiátrica que propõe o cuidado em liberdade e a inclusão social, necessariamente, passa pela apropriação no campo da assistência e da formação das questões emergentes do movimento social, do protagonismo de usuários e familiares e das estratégias de empoderamento (SOALHEIRO, 2014, p. 293). E nessa busca de superação das adversidades e de construção de novos cenários para a atuação transformadora da realidade social é que prosseguimos para mais uma *cena do cotidiano de cuidados*.

### ***Cena 3 – Rompendo os muros do CAPS: Visitas institucionais e um vislumbre da articulação de rede “em construção”.***

Dando continuidade às observações no cotidiano do CAPS, sobretudo quanto às práticas realizadas em prol das famílias, pudemos acompanhar algumas ações fora do CAPS, nos levando a metáfora do “romper muros” e do vislumbre de uma articulação “em construção”.

Sendo assim, inicialmente acompanhamos uma das psicólogas em visita institucional ao CREAS Sul (Centro de Referência da Assistência Social da zona Sul) o qual havia sido inaugurado no início de junho / 2016. Segundo a psicóloga, o objetivo principal da visita seria para discutir um caso em que havia a suspeita de violação de direitos na família, onde um dos membros é acompanhado pelo CAPS. Mas a visita configurou-se também uma possibilidade de conhecer o serviço, falar sobre o trabalho desenvolvido pelo CREAS, bem como pelo CAPS, de maneira a criar parcerias não somente para este caso, mas em outros que possam vir a surgir.

O interessante de se observar nesse dia, foi a dificuldade da profissional em “sair” do CAPS, não por falta de vontade ou interesse por parte da mesma, mas pela própria dinâmica cotidiana em que o serviço está organizado, causando um “desconforto” em outros membros da equipe que foram solicitados a dar suporte na atividade terapêutica em que a mesma era responsável, e somente após superada essa dificuldade com a ajuda da estagiária, é que foi possível realizar a referida visita institucional, considerando-se também o fato de que não era todo dia que se tinha transporte à disposição do CAPS para tais intervenções no território.

Durante o deslocamento até o local, a profissional esclareceu que o caso não era de sua referência, contudo, como conhecia a coordenadora do local foi sugerido que ela fosse, pois “facilitaria” essa aproximação e ajuda por parte do serviço. Nesse momento, coube a reflexão sobre a lógica adotada para escolha do profissional, pois tínhamos em mente que conhecer o “caso” seria mais importante que conhecer o responsável pela “instituição”, justificado inclusive pelo uso do termo “terapeuta de referência”. Isso foi perceptível inclusive ao chegarmos ao local, de fato fomos bem acolhidas pela coordenadora do CREAS, no entanto, a profissional não tinha conhecimento do nome completo dos sujeitos envolvidos, de onde moravam ou qual o contexto em que se deu a suspeita da violação de direitos de forma mais detalhada, apenas tendo informações superficiais que haviam sido dialogadas em reunião de equipe no CAPS.

Diante desta situação, foi preciso que entrássemos em contato com o CAPS para obter as informações necessárias (nome completo, endereço). Depois de um tempo, tivemos retorno dos dados e conseguiu-se localizar o caso no CREAS. A nosso ver, essa situação demonstrou que não é comum esse tipo de intervenção por parte de todos os profissionais do CAPS, sendo destacado pela própria psicóloga que havia se disponibilizado em ir nesta visita institucional pelos motivos já mencionados anteriormente, mas que não é uma conduta que faz parte de suas práticas no CAPS com frequência, sendo responsável pelas atividades de psicoterapias em grupo e de acompanhamento dos casos em âmbito interno, ou seja, prioritariamente nas dependências do CAPS.

Mas retomando ao caso supracitado, foi informado que a família havia comparecido ao serviço no dia anterior a nossa visita e passado por acolhimento, tendo retorno marcado para o final do mês (junho/2016). A triagem havia sido feita por uma psicóloga e uma assistente social. Vieram portando um encaminhamento do Conselho Tutelar da Zona Sul e já estavam inseridos nos acompanhamentos do CREAS, o qual tem como foco *“trabalhar o empoderamento e a sensibilização da família, como um todo, sobre a rede de proteção de direitos, para que não volte a ocorrer nenhuma violação, seja qual for, mesmo que haja apenas uma suspeita”*. A coordenadora esclareceu ainda que havendo necessidade de acompanhamento clínico, seria realizado contato com outro ponto da rede, sob os cuidados do psicólogo do local.

Na oportunidade, foram trocadas informações mais de cunho administrativo (público-alvo, horários de atendimentos, contatos telefônicos), tanto sobre o CREAS,

quanto sobre o CAPS, sendo finalizado com mais uma parceria formada e com boas expectativas para ambos os serviços. Contudo, observamos também que ainda é forte a fragmentação do cuidado, mesmo tendo a “integralidade” como fio condutor das práticas em saúde, pois logo foi feita a seguinte cisão pela profissional do CREAS: “*CREAS é assistência social e CAPS é saúde mental*” (sic), como se não houvesse um impacto de uma sobre a outra, reforçando que as demandas deviam ser devidamente separadas, “*aqui ele vai falar disso (vulnerabilidade social), lá ele vai falar daquilo (transtorno mental, sofrimento psíquico)*” (sic). Falas que nos fizeram indagar sobre outra questão: será que essa divisão/fragmentação, mais ajuda ou mais dificulta? Há de se pensar! Pois no cotidiano do cuidado percebemos que tais demandas se misturam e fazem parte de uma mesma realidade, havendo implicações umas nas outras, como já nos apontaram os estudos de Pinheiro e Mattos (2003; 2006).

Nesse ponto, após sairmos do CREAS, pudemos dialogar com a psicóloga sobre o caso e concordamos com algumas suposições, tendo como embasamento as experiências da atuação tanto no campo da assistência social, como no da saúde mental no serviço público. Sendo assim, relembramos algumas situações, fomos discutindo e fazendo algumas outras constatações, sendo esta a riqueza da metodologia da observação participante e de nosso marco teórico, possibilitando-nos, durante a pesquisa, essa leitura sistêmica do fenômeno e uma constante reflexão entre teoria e prática, ao considerar o caráter praxiológico da Psicologia da Saúde.

Assim, vimos como prejudicial a fragmentação das demandas, pois percebemos que, por exemplo, se a família estiver em situação de vulnerabilidade social, faltando alimento, sem moradia, ou com poucos recursos financeiros, não será prioridade para ela ou se torne mais difícil verificar se o ente adoecido tem medicação, se está tomando no horário certo ou se está fazendo o acompanhamento regularmente. Da mesma maneira, se a família está com problemáticas em suas relações, conflitos intensos entre um ou mais de seus membros, configurando violência doméstica, abusos físicos e psicológicos, frequentar uma atividade terapêutica que gere saúde, com regularidade, será outra dificuldade, pois as questões sociais estariam sobrepondo-se às questões de saúde, mas ao mesmo tempo, impactando nelas. Por isso, podemos considerar que há uma linha tênue entre o que seria ou não demanda da assistência social, direitos humanos ou cuidados em saúde, pois está tudo conectado, ainda que se insista em separá-las.

Para exemplificar tais colocações, trazemos o caso da *Sra. Maria da Fé*<sup>14</sup> para discussão. Maria da Fé, 48 anos, iniciou seu acompanhamento no CAPS em 2014, em atenção a uma hipótese diagnóstica de transtorno de humor bipolar, possuindo histórico de depressão com presença de alucinações visuais e auditivas, mas sempre com muita dificuldade de adesão às atividades e em seguir as orientações terapêuticas e medicamentosas para seu cuidado em saúde. No entanto, o que nos chamou a atenção do caso para a discussão em foco, é o fato da Sra. Maria da Fé, por vezes, buscar o CAPS apenas para dialogar sobre suas demandas, sendo estas prioritariamente de cunho familiar, narrando conflitos intensos com os três filhos, em destaque ao que reside consigo e que também tem complicações psiquiátricas devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

Tal situação a faz transitar por vários órgãos da rede de atendimento, como serviços jurídicos, da assistência social, bem como da saúde, em busca de auxílio ao caso do filho, uma vez que este se encontra em cárcere privado na sua residência, segundo ela como forma de privá-lo de tais usos abusivos na vizinhança, visto que o mesmo não possui crítica sobre a necessidade de um “*tratamento*” especializado, colocando-se em risco por diversas vezes, inclusive tendo “*fugido*” em três ocasiões distintas de centros de reabilitação para dependência química, bem como inúmeras vezes do centro psiquiátrico.

Nesse contexto, Alves (2001 *apud* SOALHEIRO, 2014, p. 280) chama a atenção para a complexidade da reforma psiquiátrica e pondera que as políticas públicas não podem se organizar apenas em torno de “um” problema, “um” diagnóstico, “uma” doença. Ressalta que no campo da saúde pública, a saúde mental tornou a integralidade componente obrigatório da política e vem construindo um conjunto de práticas exitosas, que compartilham saberes e olham os problemas no conjunto para cuidar de forma integral.

Assim, tendo conhecimento de tais situações, a equipe do CAPS realizou visitas institucionais a alguns dos órgãos que também acompanham a família em suas demandas ou que já tiveram contato com a mesma em algum momento dessa trajetória da Maria da Fé com seu filho, visando o fortalecimento dessa rede construída pela própria usuária, mas que demandava a desterritorialização da própria equipe, como nos propõem Gomes e Merhy (2014), para que se efetivasse alguma mudança no cenário que a família apresenta.

---

<sup>14</sup> A família de Maria da Fé foi o primeiro grupo familiar sugerido para participar de nosso segundo momento da pesquisa, referente ao acompanhamento da dinâmica familiar de cuidados.

Assim, dentre as práticas interventivas construídas a partir das visitas institucionais em prol da “*Família da Maria da Fé*” no período das observações participantes, citamos as discussões de caso entre o CAPS III, o CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) e o CRDQ (Centro de Reabilitação em Dependência Química); diálogo com o setor de Direitos Humanos da SEMMASDH (Secretaria Municipal da Mulher, Assistência Social e Direitos Humanos) e a ação de Apoio Matricial à UBS de referência do bairro, pois dialogar em rede é tentar reconhecer as demandas a partir de diferentes dimensões, contextos, olhares e, principalmente, de forma sistêmica.

Assim, a reforma psiquiátrica torna-se um processo “social” porque não diz mais respeito apenas ao campo da saúde mental, mas se estende a outros setores da saúde, outros segmentos da sociedade, colocando em cena “muitos e diferentes atores sociais envolvidos com proposições e interesses que entram em conflito, exigem negociação, superação, mudança” (YASUI, 2010, p. 161), configurando-se como um movimento de transformação que implica o envolvimento de todos para se produzir uma nova relação entre a sociedade e cuidado com o sofrimento psíquico, orientado para a superação da violência e da exclusão produzida pelos manicômios.

Dito isto, cabe ainda ressaltar, que mesmo diante de toda essa rede de interconexões, deve-se prevalecer a concepção de que o sujeito é uno e complexo, assim como suas demandas e maneiras de lidar com elas. Cabe a nós, ampliar nossos olhares e formas de intervenção para lidar com essa complexidade e histórias de vida que chegam aos nossos serviços, pois chegar até lá já é um tanto significativo para esses sujeitos, pois eles buscam ajuda, a família busca ajuda. Mas também cabe a nós procurar compreendermos: “Que ajuda é essa? O que estão buscando? Sobre o que estão falando? Por onde já passaram? Quais as suas potencialidades?” para somente então podermos chegar próximo de entender suas limitações, suas verdadeiras demandas e sermos, de fato, *sujeitos e agentes do cuidado*.

Diante do exposto, essas observações nos fizeram refletir que oferecer um espaço de escuta no CAPS, seja no acolhimento ou em qualquer outro lugar do serviço, por si só, já dar espaço também para novos diálogos, novas maneiras de olhar o fenômeno e, de certa forma, de criar laços com a família. O CAPS, nesse sentido, parece ser um lugar propício para orientação, apoio e acolhida das demandas familiares, no entanto, devendo ter o cuidado apenas de não se limitar ao espaço institucional, daí a importância do trabalho em rede, no território de vida dos sujeitos, nas suas dinâmicas familiares.

Assim, em síntese, tendo como parâmetro as observações realizadas nesse primeiro momento da pesquisa ao colocarmos os construtos família, cuidado e saúde em evidência, apareceram três tipos de demandas mais emergentes: 1<sup>a</sup>) *Demandas do sujeito em sofrimento psíquico*, quando trazem preocupações sobre o acompanhamento, demandas sobre a medicação, os comportamentos e os benefícios; 2<sup>a</sup>) *Demandas próprias dos familiares*, aquelas em se enfocam as sobrecargas de cuidados, queixas de adoecimentos e suas trajetórias em busca de resolutividade e 3<sup>a</sup>) *Demandas do serviço*, quando aparecem preocupações dos próprios profissionais, sobretudo quando as questões familiares são preponderantes e implicam de forma negativa no processo terapêutico dos sujeitos.

No que tange às ações interventivas, observamos que dentre as atividades ofertadas pelo CAPS, há dois tipos de práticas ofertadas às famílias: em *âmbito interno* e em *âmbito externo*. Em âmbito interno, podemos compreendê-las como de duas naturezas: 1<sup>a</sup>) exclusivamente para o *público familiar*: acolhimento à família e grupo de apoio ao familiar; 2<sup>a</sup>) *público em geral*, incluindo a família: Oficina de cidadania e Assembléia. Já em âmbito externo, podemos agrupá-las como sendo de três tipos: 1<sup>a</sup>) *Visitas institucionais*, através de articulações com outros serviços da rede intersetorial; 2<sup>a</sup>) *Visitas domiciliares* às famílias e 3<sup>a</sup>) ações de *Apoio matricial*, incluindo as articulações específicas com os serviços da Atenção Básica de Saúde, o que nos leva a nossa próxima subcategoria de análise.

### **3.1.2 O cuidado às famílias no cotidiano das visitas domiciliares e nas ações de Apoio Matricial no território: Observando os aspectos psicossociais *in situ*.**

Atendendo aos propósitos da pesquisa, após realizarmos a observação participante no âmbito do CAPS e na articulação de rede em geral, daremos continuidade nessa subcategoria à discussão dos dados que contemplam as ações que estavam sendo ofertadas para além dos muros institucionais, enfatizando particularmente aquelas utilizadas pela equipe para a efetivação da assistência às famílias em âmbito domiciliar e em território, buscando observar os aspectos psicossociais em situação.

Para tanto, salientamos que o conceito de território é fundamental no contexto da saúde mental por se tratar não somente da definição de uma área geográfica de responsabilidade dos serviços, mas também pela proximidade dos contextos reais das pessoas, favorecendo seu acesso, além de propiciar o conhecimento e a interação com as

dimensões da vida cotidiana dos sujeitos e de sua rede social. Dessa forma, trabalhar no território do sujeito requer conhecer e operar com os recursos e saberes das pessoas, das famílias, bem como das instituições públicas e sua comunidade (BRASIL, 2015).

Para Haesbaert (2004) citado por Ribeiro, J. (2013, p. 141), o território relaciona de forma simultânea as questões de espaço e as relações de poder sobre este, sejam estas de natureza social, econômica, geográfica ou outra. Sendo assim, pontua que sob este pressuposto, entende-se que o valor de um território resulta da sua articulação, bem como da dinâmica de poderes e relacionamentos e de fenômenos de redes potencializadoras de conhecimento, o qual emerge e é impulsionado pelos atores do território.

Seguindo esta linha de raciocínio, foi possível observar que durante o período da pesquisa, as práticas de cuidado que visavam contemplar estas especificidades de demandas estavam sendo realizadas por uma equipe nomeada de *Equipe de Apoio Matricial*, composta por uma assistente social, uma psicóloga, uma psiquiatra e pela pesquisadora enquanto observadora participante, por meio de *visitas domiciliares* e ações de *Apoio Matricial*, sobretudo quando havia a necessidade do CAPS articular com os serviços da Atenção Básica, a saber, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégias Saúde da Família (ESF ou UBSF) e Núcleos de Apoio à Família (NASF).

Assim, esta subcategoria traz algumas observações realizadas em um universo de seis visitas domiciliares distintas e quatro ações de Apoio Matricial, que possam contribuir na compreensão de nosso objeto de estudo, favorecendo reflexões sobre quais as demandas que levam à realização de ações de cuidados em âmbito familiar e quais os diálogos que emergem quando há a busca destes serviços em prol das famílias em foco.

Face ao exposto, apresentaremos as “*cejas do cotidiano do cuidado*” que nos ajudam a pensar sobre a referida subcategoria.

### ***Cena 1 – O “CAPS” bate na porta da família: Acompanhando a dinâmica das visitas domiciliares.***

No período de pesquisa de campo, as intervenções extramuros eram planejadas de acordo com as demandas que chegavam ao serviço, havendo uma agenda de marcação de visitas (domiciliares e institucionais), as quais eram realizadas as segundas e quartas-feiras, somente no horário matutino e quando tinham transporte disponível, geralmente cedido pela SEMSA ou com o auxílio dos familiares do caso.

Contudo, logo nos primeiros dias de observação participante, tivemos a oportunidade de acompanhar uma visita domiciliar, e dentre tantas questões, a que mais nos chamou a atenção foi a maneira como a demanda chegou ao CAPS. O caso havia sido repassado pela direção do CAPS a pedido da primeira dama do município, que por intermédio da Gerência da Rede de Atenção Psicossocial, solicitou uma visita domiciliar para um Senhor tetraplégico, a princípio somente pela psicóloga, sendo apenas essas as informações do caso. No entanto, a gestora entrou em consenso com a equipe de visita domiciliar de que todos iriam realizar tal intervenção, como sempre é feito.

O que ficou como reflexão nessa situação, foi o fato de nos levar a pensar sobre o que estava sendo considerado como “emergência” em visita domiciliar e sob quais critérios estavam sendo escolhidos os casos para tal intervenção, ou seja, por que algumas demandas estavam sendo colocadas como prioritárias, em detrimento de outras que a equipe já havia verbalizado sobre a necessidade de visita domiciliar ou que já tinham sido solicitadas há mais tempo, mas que por falta de carro e da indisponibilidade da família em buscar os profissionais não puderam ocorrer.

Neste episódio, podemos observar que apesar de apresentarem certo desconforto com a situação, a equipe comprometeu-se em realizar a visita por entenderem que o principal, em qualquer situação, é se focar no bem-estar do sujeito e na sua necessidade de cuidado, o que vem ao encontro das contribuições de Amaro (2014) sobre a visita domiciliar. O autor destaca que o imperativo que se coloca ao profissional que realiza a visita domiciliar é dedicar-se a observar, para conhecer e compreender, a totalidade significativa da vida do sujeito, manifesta em suas falas pormenorizadas, nas conversas trocadas, sem descartar sua relação com as demais situações e expressões observadas. Sendo assim, segue o relato dessa intervenção:

Em visita domiciliar, Sr. Edgar, 54 anos, estava na cadeira de rodas e recebeu a equipe de forma positiva. Informou que no geral estava bem, mas que convive com as sequelas do AVC que teve há 11 anos, demonstrando poucos movimentos nos membros superiores e inferiores, fala prejudicada, contudo possuindo um discurso organizado, orientação espaço-temporal preservada, possuindo ajuda de um cuidador para seus cuidados de higiene e alimentação. Quando indagado sobre sua relação com este profissional, ressaltou que teve um episódio em que desconfiou de envenenamento, pois havia passado mal em seguida, levando-o a essa associação. Contudo, após ida ao médico, pediu desculpas a cuidadora por esse equívoco. Relata comer bem, dormir bem, sem ideação suicida e diz ter apoio da família. Demonstrou desejo de ir para um asilo por achar que já chegou ao seu limite e que a família já fez demais. Diante deste pensamento, diz que precisa se adaptar e aprender a andar sozinho, “*se cuidar sozinho*” (*sic*). Feito orientações quanto as suas necessidades de cuidados e o que seria demanda de asilo (Ficha de registro da visita domiciliar, 18/07/2016).

Nesse contexto, no momento da visita, buscamos observar os aspectos psicossociais emergentes na intervenção *in situ*, sendo enriquecedor perceber que a psiquiatra não se limitou a verificar os sintomas, mas também tentou dialogar de maneira amigável, introduzindo de maneira gradativa as indagações sobre o quadro sintomatológico – potencial de saúde – cuidado, observando as questões relacionais, apoio familiar, estilo de vida do sujeito, seus anseios, buscando minimizar o sofrimento do mesmo, ao passo que o sujeito trouxe falas como: “*Ceguei ao meu limite*”; “*Tenho que ficar só, me adaptar, colocar o pé no chão sozinho*”; “*Minha família tem um grande amor, mas eles já fizeram muito*”; “*A vida é uma benção, mas temos que fazer sacrifícios*”.

Este olhar é também destacado por Amaro (2014) ao discorrer que na visita domiciliar a equipe pode se deparar com situações em que apenas a compreensão da sintomatologia e doença, não seja suficiente para o cuidado necessário. Assim, buscar informações sobre outros aspectos da vida do sujeito faz com que a equipe tenha uma melhor compreensão de alguns agravos a saúde que muitas vezes são entendidos como não colaboração, descaso ou incapacidade.

Na ocasião, irmã relatou que não foi somente um episódio sobre a acusação de envenenamento, caracterizando como delírio e episódios de “*surtos agressivos em que grita, mete a mão na boca e se joga no chão*” (*sic*). Acrescenta que houve muitas perdas na vida do sujeito, tal como a separação da esposa, crise financeira, morte do pai, tratamento de tia por CA, etc., significando também perdas e sofrimentos para todo o núcleo familiar. Face ao exposto, feito as orientações necessárias ao caso e reavaliada a conduta medicamentosa para 60 dias. No mais, observou-se que o sujeito possui um bom suporte familiar e de cuidado, fazendo fisioterapia e fonoaudiologia. Indicado acompanhamento psicológico à família, face às demandas de cunho pessoal trazidas pela irmã, a qual demonstrou sentir-se sobrecarregada e com sintomas de ansiedade (Ficha de registro da visita domiciliar, 18/07/2016).

Ainda nesta cena, cabe destacar que ao entrarmos no contexto do sujeito, em seu âmbito domiciliar, estamos nos corresponsabilizando por seu cuidado, dessa forma permitindo e fornecendo informações e instrumentos para que esse indivíduo e/ou família tenham autonomia para o enfrentamento e recuperação de seu estado de saúde. Ou seja, para cuidar do indivíduo é preciso acolher sua família, respeitando-a, bem como a seus valores e crenças (BRASIL, 2012).

Assim, como visto no registro acima, a equipe mostrou-se aberta também a escutar a família, realizando posteriormente orientações gerais, de maneira que a problemática derradeira foi pensar como se daria a continuidade do cuidado, pois são escassos os serviços que vão até à residência. O próprio CAPS limita-se a apenas algumas visitas, visto que o acompanhamento psicossocial dos casos se darem, quase exclusivamente, em

âmbito institucional. O que nos leva novamente a pensar sobre os conceitos de acesso/acessibilidade x continuidade, bem como demanda x oferta, trazidos por Travassos *et al* (2000; 2004) e Jorge (2014).

Essa preocupação vem ao encontro do que nos fala Silva *et al* (2010), sobre a ideia de que para a visita domiciliar garantir a integralidade e a resolutividade das demandas em saúde, a equipe deve, necessariamente, articular-se com os demais pontos da rede de atenção e dialogar sobre as possíveis estratégias, possibilitando assim a superação de um modelo de produção em saúde voltado aos procedimentos e pautado na lógica biomédica.

Como exemplo, também citamos o caso do Sr. José Amoroso<sup>15</sup>, 68 anos, que já fazia acompanhamento no CAPS desde 2014 em atenção à hipótese diagnóstica de depressão crônica, seguidos de momentos de ideação suicida. Tendo conhecimento do histórico de abandono de acompanhamento ao longo de sua trajetória terapêutica, foi suscitada pela terapeuta de referência a necessidade de visita domiciliar com o intuito de obter informações sobre o estado de saúde do referido senhor, visto que não estava conseguindo contato telefônico e este já vinha apresentando um discurso negativo, queixando-se de “*perturbações na cabeça*” (*sic*), e com a mudança do CAPS de local, sua participação passou a ser menos regular, até chegar a se ausentar por completo das atividades, inclusive faltando as últimas consultas psiquiátricas.

Face ao exposto, a equipe do CAPS realizou a visita ao Sr. José Amoroso, sendo recebida pelo mesmo, que mantinha as queixas supracitadas, incluindo a falta de ânimo e vontade de se manter isolado. Na ocasião, o filho que estava presente pontuou que o pai teve melhoras no seu estado geral e que tais desconfortos podiam estar associados aos quadros de diabetes, hipertensão e por causa de sua “*alimentação descontrolada*” (*sic*).

Estas informações trazidas pelo filho despertou um novo olhar por parte dos profissionais, que viram como preponderante a necessidade do acompanhamento regular para suas comorbidades na UBS mais próxima, vislumbrando-se a possibilidade de visita de Apoio Matricial à referida unidade com o intuito de se propor um acompanhamento conjunto entre CAPS e UBS ao caso, sobretudo por compreender que haviam outros fatores envolvidos no estilo de vida do Sr. José Amoroso, que estavam afetando seu cotidiano de cuidado, bem como suas relações familiares, sociais e comunitárias.

---

<sup>15</sup> A família do seu José Amoroso foi o segundo grupo familiar sugerido para participar da próxima fase da observação participante, referente ao acompanhamento da dinâmica familiar de cuidados.

Esta conduta vem a corroborar com Calatayud (2011) sobre os aspectos psicossociais e com Amaro (2014) sobre visita domiciliar. Estes autores nos ajudam a compreender que uma ação de cuidado em âmbito domiciliar pode se tornar mais eficaz no que tange aos resultados esperados, quando sistematizada de uma maneira que leve em consideração os aspectos psicossociais presentes no cotidiano dos sujeitos. Além disso, quando o profissional tenta compreender a diversidade de fatores implicados no processo de saúde – doença – cuidado, pensamos que terá um olhar mais crítico e ampliado sobre a realidade do sujeito e sua família, possibilitando uma análise das várias dimensões de vida deste núcleo familiar que podem estar influenciando em seu processo de recuperação/melhora, oportunizando ainda uma reflexão quanto ao planejamento das ações que possam ser ofertadas em território ao caso.

Assim, foi interessante observar o movimento da equipe em dar um direcionamento “final” em ambos os casos visitados antes de ir para um próximo, mas apesar de tal preocupação, a própria equipe tem a percepção de que muitos ficam sem continuidade, trazendo como um dos motivos a dificuldade de articulação em rede, motivo este atrelado a outros tantos fatores que foram perceptíveis ao problematizarmos a própria dinâmica do serviço e o processo de trabalho que se tem no CAPS, como visto na subcategoria anterior. No entanto, esse momento trouxe-nos reflexões positivas, como visto nas notas de campo:

*A pesquisa está apenas no início, e apesar das dificuldades já observadas para a efetivação de cuidado em rede em prol das famílias, o fato dos profissionais demonstrarem preocupação para com este núcleo familiar e suas demandas, é motivo suficiente para continuar acreditando na mudança de práticas lineares e médico-centradas na doença, para práticas sistêmicas e que tenham as famílias como foco de suas ações. Isso nunca foi tão evidente para nós no espaço do CAPS ou em qualquer espaço. Diante destas observações conseguimos perceber que está ocorrendo, inclusive, uma valorização da visita domiciliar como uma ferramenta importante para se olhar a família de perto, em seu cotidiano, e assim poder oferecer um cuidado ético e comprometido com a realidade da mesma, considerando suas especificidades (Diário de campo, notas reflexivas, 18/07/2016).*

Feitas estas observações, podemos constatar que ainda estar em construção esse processo de cuidado extramuros e que, segundo os profissionais, a pouca cobertura de serviços de saúde comunitária territorializados em Manaus dificulta essa continuidade de forma efetiva, havendo “*apenas um ou outro caso em que essa continuidade é garantida*” (*sic*), sobretudo quando há a existência de UBS, ESF, NASF ou policlínicas no território do sujeito, problemáticas estas que ganham destaque nas nossas próximas *cenários do cotidiano de cuidado*.

*Cena 2 – A “Atenção Básica” entra em cena: Dialogando com a UBS e conhecendo suas demandas.*

Com intuito de dar continuidade às observações participantes em âmbito externo ao CAPS, e iniciar um olhar mais atento às ações de articulação de rede com a Atenção Básica, ao chegar no CAPS procuramos a psicóloga da equipe de Apoio Matricial das quartas-feiras para saber sobre as visitas do dia, visto que havia sido informado pela assistente social que na segunda-feira foi disponibilizado um carro da SEMSA, possibilitando a realização de outras visitas domiciliares.

Ao encontrá-la, a profissional informou que não havia programado visita, mas se o carro viesse seria realizada alguma intervenção, indagando-nos se tínhamos alguma sugestão, considerando os casos que havíamos acompanhado em visita domiciliar, pois seria a sua primeira visita como psicóloga da equipe de Apoio Matricial, e a psiquiatra estava de folga.

Diante da visível abertura da profissional e não havendo visita programada, sugerimos que fizéssemos uma visita à UBS de referência do caso do Sr. José Amoroso, visto que já tinha sido esboçado um diálogo com a Atenção Básica naquele primeiro momento de visita, e que agora com o retorno do carro para esta intervenção, poderia ser dada continuidade, considerando que o próprio sujeito já tinha demonstrado interesse em realizar o acompanhamento mais próximo de sua casa com o suporte da UBS, e naquele momento havia sido pensada a possibilidade de cuidado compartilhado entre CAPS e UBS deste caso e de outros que estivessem na área de cobertura desta unidade.

No momento de visita à unidade, fomos somente com a psicóloga e tivemos a liberdade para contribuir com o diálogo, lembrando o caso e falando um pouco sobre como funcionaria essa articulação e acompanhamento conjunto por meio do Apoio Matricial. No transcorrer deste encontro, observamos uma ótima acolhida por parte da gestora da unidade de saúde, a qual se mostrou aberta para outros momentos de discussão de casos, tendo memórias inclusive da nossa primeira visita para tratar do caso do seu José Amoroso. Na oportunidade, demonstrou sua preocupação com as demandas de saúde mental no território de referência da UBS e sua vontade de fortalecer cada vez mais esse cuidado de base na atenção básica.

Para contribuir nestas discussões de caso, a diretora achou pertinente acionar as duas ESF que cobriam as áreas próximas da unidade, visto que funcionavam nas

dependências da própria UBS em que estávamos visitando. Assim, uma enfermeira e ACS estiveram conosco e demonstraram a mesma preocupação levantada pela gestora, no entanto, ambas demonstrando gratidão com nossa visita e abertura para novos diálogos. Nesse momento, percebemos quase um “*grito de socorro*” face às demandas que a enfermeira apresentou em tão curto espaço de tempo, pois apesar de sua vontade de ajudar, o que destacava em seu discurso era o fato de não saber para onde “*encaminhar*” os casos, fazendo referência a somente aos CAPS e ao CPER (Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro).

Face ao exposto, a psicóloga destacou a fragilidade da rede de serviços e a falta dos mesmos em Manaus, o que nos fez pensar que a rede informal (família, igreja e comunidade) ainda é desvalorizada na fala dos profissionais da rede formal, apesar daqueles fazerem parte de suas realidades locais e também darem suporte nesses cuidados. Ao menos ficamos esperançosas em vê a preocupação dos profissionais no agravamento dos quadros se não houver um cuidado mais efetivo nestes casos que demandam um trabalho em rede e corresponsabilidade entre os serviços do território do sujeito.

Assim, contribuindo com as discussões sobre o território, Santos (2002 *apud* 2013, p. 142) destaca que este território deve ser compreendido como o território usado, não o território em si. Pontua que o território usado é o chão mais a identidade. A identidade é o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. Complementando ainda que o território é o fundamento do trabalho, o lugar da residência, das trocas materiais, espirituais e do exercício da vida.

Esta perspectiva de território nos leva a outra concepção de suma importância, o de comunidade. Para Grandesso (2010) e Guareschi (2004), uma comunidade, diferentemente de um agrupamento de pessoas ou uma multidão, caracteriza-se como um espaço de *relações*, daí poder ser pensada sistemicamente. Pensar em relação implica pensar numa rede trocas intersubjetivas, caracterizando interações complexas imprevisíveis que se constituem na linguagem, nas quais uma pessoa se posiciona na direção de outra.

Desse modo, frente à diversidade de demandas que foram trazidas para a discussão pela equipe da Atenção Básica, principalmente pelas dúvidas de como proceder diante de casos mais complexos com demandas de saúde mental provenientes deste território usado pela comunidade, fomos convidados pela gestora da UBS para estarmos dialogando com as equipes das ESF de suas referências sobre o tema “*Saúde mental na atenção básica e matriciamento*”, também sendo uma oportunidade para fortalecimento desse cuidado

compartilhado, apresentando casos que estão sendo acompanhados no CAPS e que também estejam no território das referidas unidades.

Entusiasmadas com o convite, fomos pensando em estratégias para tal encontro: pontos a serem discutidos, dia, horário, quem participaria, etc. A gestora comprometeu-se em fazer contato com a gestora do CAPS e também avisar o DISA Sul, distrito de saúde ao qual os serviços são vinculados para que pudessem ser liberados para esse encontro, pois viu essa oportunidade como ponto de partida fundamental para que outros momentos como estes fossem possibilitados.

Neste momento, percebemos que estava acontecendo um salto significativo para as ações de Apoio Matricial de fato acontecerem, pois a equipe da Atenção Básica estava convidando para o diálogo. Não era mais o CAPS pedindo para entrar, solicitando que o ajudassem na continuidade do cuidado dos casos no território, estava-se desenhando outra lógica, *outra dinâmica de rede de cuidados às famílias*, em que a corresponsabilidade pela demanda do sujeito e de sua família era o centro do cuidado, e não mais interessaria de “quem” era o caso, mas sim “como” cuidar do caso. E diante dessa indagação, a melhor resposta que podíamos começar a esboçar era: “*em rede, em parceria, em conjunto*”.

Diante destas observações, começamos a pensar várias possibilidades, como por exemplo, que essa experiência poderia servir como “*caso exemplar*” de que o matriciamento deu certo! Que é possível ele funcionar na nossa realidade manauara mesmo com um déficit de 16 CAPS para uma cobertura considerada ideal e com menos de 60% de cobertura de atenção básica, considerando nosso índice populacional. Nossa vontade era chegar ao CAPS e contar a boa nova para todos e emanar essa esperança em dias melhores na saúde mental em nossa cidade, mas aprendemos que a melhor maneira de demonstrar isso, seria acompanhando, participando e vivenciando em ato vivo a *articulação de rede entre CAPS e ABS*.

Empenhados nesta ação, o “*Percurso Formativo em Saúde Mental para profissionais da Atenção Básica*” que estava ocorrendo concomitantemente ao nosso período de observação participante no cotidiano CAPS e na articulação de rede em geral, caracterizou-se como mais uma dessas experiências exemplares. Tratava-se de uma proposta de educação permanente vivencial e dinâmica coordenada pelo projeto Engrenagens do Ministério da Saúde (MS), com características de um intercâmbio pelos serviços de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial de Manaus-AM. No entanto, por ser o primeiro, ainda estava restrito aos profissionais de nível superior, em sua maioria,

médicos e enfermeiros que atuam nas Unidades Básicas de Saúde ou em Policlínicas que não possuíam o ambulatório de Saúde Mental em funcionamento.

Esse projeto ocorreu no período de julho a setembro de 2016 e nos possibilitou o diálogo com alguns dos profissionais que passaram pelo CAPS, bem como a participação<sup>16</sup> nos encontros de educação permanente que se davam quinzenalmente, como forma de compartilhamento de suas impressões a cada semana, também sendo um espaço favorável para o reconhecimento das dificuldades, potencialidades e, sobretudo, do fortalecimento dessa rede em prol dos sujeitos que demandam cuidado nos diversos pontos de atenção.

Para Nunes (2009), citado por Ribeiro, A. (2014, p. 105), propostas de Educação Permanente são potentes estratégias clínicas e gerenciais, que colocam em discussão a análise tanto do processo de trabalho, como dos profissionais em atuação a partir do cuidado ofertado e de si mesmos. Assim, têm-se viabilizado a construção de diálogos entre os serviços em prol do desenvolvimento de parcerias de trabalho, de um trabalho em equipe multiprofissional intra e extraserviços e a promoção da articulação de redes, fundamentais para o desenvolvimento do processo de trabalho no SUS de forma integral.

Portanto, vê esse projeto em ação, fez-nos acreditar ainda mais que é possível uma rede verdadeiramente articulada, trabalhando com corresponsabilidade dos casos e sentindo-se capaz para essa oferta do cuidado em saúde mental, independente de ser um serviço da atenção primária, secundária ou terciária. E nos encontros, ainda que houvesse a presença expressiva de um discurso queixoso entre os profissionais, também conseguíamos ouvir relatos de experiências exitosas, de superações das necessidades, de fortalecimento do trabalho em equipe, apesar de todo um contingente de situações adversas.

Estas observações vêm ao encontro das contribuições de Ceccim e Jaeger, autores do texto original da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2014), quando pontuam que ao contrário do que pode parecer, a atualização técnico-científica dos profissionais não é foco central da educação permanente, mas apenas um dos seus aspectos, pois a mesma parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a

---

<sup>16</sup> Os encontros em que participamos foram: 22/07/16 – Encontro entre os CAPSs (CAPS III); 05/08/16 – Encontro entre os CAPSs (CAPS III); 18/08/16 – Encontro entre os CAPSs (CAPS AD); 26/08/16 – Encontro entre os CAPSs e Policlínicas (Parque do Idoso); 02/09/16 – Encontro entre os CAPSs e Policlínicas (CAPS Norte) (Diário de campo, notas do projeto engrenagens, julho-setembro/2016).

transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação em rede de serviços. Desse modo, a educação permanente é a realização do encontro entre o mundo do trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho (RIBEIRO, A., 2014).

Este olhar nos levou a perceber que os encontros eram permeados de múltiplas vozes, de maneira que também nos sentíamos parte delas, encontrando-nos em suas falas, identificando-nos com suas demandas enquanto trabalhadores da saúde mental, de modo que muitas das inquietações que surgiam nos encontros registramos como notas em diário de campo. Citamos aqui algumas:

*“Não tenho um sujeito, tenho uma família para cuidar”; É desafiador cada sujeito”; Há diferença entre demanda e necessidade”; “Acolhimento não é sinônimo de resolutividade”; “Pra onde vou mandar o cliente?”; “Os serviços estão estrangulados”; “Tem que ter uma rede de diálogos permanentes”; “A rede quente funciona, mas não há institucionalidade” (Diário de campo, notas dos encontros de educação permanente, 2016).*

Eram profissionais pedindo ajuda um ao outro, tentando também manter suas saúdes mentais, buscando respostas. Profissionais que não estavam mais identificados por suas categorias de formação, por seus locais de trabalho. Eram só seres humanos, tentando salvar suas humanidades e esforçando-se para encontrar o “saldo positivo” de suas práticas na vida dos sujeitos que vêm aos seus encontros, apesar da lógica perversa que ainda aflige a realidade de muitos casos.

Assim, numa tentativa de mudar de alguma forma essa lógica, é que esses encontros ganharam quórum, e estas vozes queixosas, foram se tornando cada vez mais em atos. E é neste intuito de aproximar o leitor às experiências outrora já vivenciadas, refletindo ainda sobre uma dinâmica de rede composta por vários atores, tecida por várias mãos e que, sobretudo, considere os fatores e aspectos psicossociais emergentes nestas dinâmicas, que damos vida à nossa próxima cena.

### ***Cena 3 – CAPS e Atenção Básica: Vivenciando o Apoio Matricial em “ato vivo”.***

Dentre as vivências que a observação participante nos possibilitou, as experiências analisadas neste tópico tomam uma significação especial por se tratar das ações de Apoio Matricial em sua essência, inéditas entre os serviços envolvidos, e tão igualmente enriquecedoras e essenciais a todos os sujeitos (usuários, familiares, trabalhadores, pesquisadores, comunidade) que compuseram estas cenas e as tornaram exemplos reais de

Apoio Matricial em Manaus. Cabe destacar, que ao adentrar em cada um desses encontros, mantivemos nosso olhar atento ao fenômeno da *dinâmica da rede de cuidados das famílias*, buscando desta forma observar os aspectos psicossociais e fatores que emergiam nestas ações, que pudessem implicar em seus acompanhamentos de saúde.

Assim, ao olharmos para a família na atualidade, podemos apreender uma diversidade de organizações, estruturas e dinâmicas familiares, bem como de movimentos teóricos e terapêuticos que procuram estudá-la e “tratá-la”. Por exemplo, para a cibernética de segunda ordem<sup>17</sup>, a família é compreendida como “um sistema sociocultural aberto” que está continuamente diante de situações que exigem mudanças, vindas de dentro e de fora. Se por um lado, as mudanças “afetam as habilidades da família para desempenhar as funções de cuidado informal” (SERAPIONI, 2005, p.245), por outro lado, frente às exigências de mudança, a família possui uma capacidade de se adaptar e de mudar enquanto mantém continuidade (MINUCHIN, 1990).

Por isso, consideramos pertinente caracterizar os casos que se seguem de acordo com o “lugar” em que estas famílias apareceram no discurso, nas práticas e no imaginário dos sujeitos em cena. Assim, observamos três tipos de concepções distintas no que tange aos núcleos familiares visitados: *como apoio, como problema e como necessidade*. Nesse contexto, as duas primeiras concepções nos fazem pensar sobre como a “*presença da família*” tanto pode ser um fator protetivo, como pode ser um fator de risco no cuidado à saúde, em contrapartida, a terceira concepção nos leva a refletir que a “*ausência da família*” também é ponto de discussão, pois observamos que “não ter família”, por si só, era fator de preocupação para as equipes, dependendo da gravidade do caso.

Tais concepções também encontram correlação com a ideia de Colvero *et al* (2013) ao se deterem no processo saúde – doença mental. Para estes autores, já de início há o apontamento de que a família (quase) sempre está envolvida no processo, quer na situação de ausência/abandono da pessoa que sofre, quer o desencadeamento do adoecimento e da crise, quer na manutenção desse estado ou na busca de ajuda, e, sobretudo, na capacidade de reconhecer e “bancar junto” as possibilidades e desafios para a reabilitação social da pessoa em sofrimento psíquico.

---

<sup>17</sup> Segundo Castilho (s/d *apud* COLVERO *et al*, 2013, p. 116 ), cibernética de segunda ordem é “a visão sistêmica da complexidade organizada (...), abalando o mito da previsibilidade ilimitada. O observador passa a ser visto como parte do mundo que descreve, a realidade é uma construção do observador” (p.4).

Dito isto, a título de informação, retomaremos alguns dados dos casos por meio do prontuário dos sujeitos no dia da primeira visita à unidade da Atenção Básica, sendo uma UBS, uma ESF e um NASF, e do desdobramento de tais ações coletivas, como tentativa de aproximar o leitor do contexto em que se deram nossas observações.

### **CAPS e UBS: Família Apoiadora**

O primeiro caso exemplar é do *Sr. José Amoroso*, o qual deu início às primeiras ações de Apoio Matricial, como foi delineado nas cenas de cuidado anteriores.

Após visita domiciliar ao Sr. José Amoroso (68 anos), devido seu histórico de depressão crônica, associado também ao quadro de diabetes melitus tipo II (DMII) e hipertensão arterial sistêmica (HAS), foi realizado um primeiro contato com a UBS do território com o intuito de se estabelecer um acompanhamento conjunto ao caso, considerando as comorbidades supracitadas e a dificuldade que o mesmo encontra de se deslocar ao CAPS após a mudança de endereço da unidade. Na ocasião, foi verificado que o seu José Amoroso já possui cadastro na UBS e no programa HIPERDIA<sup>18</sup> da ESF que funciona dentro da unidade, sendo informado pela ACS de referência que o mesmo também fazia uso de bebida alcoólica de longa data, o que dificultava uma melhora significativa do quadro de saúde (Prontuário, registro de visita à UBS, 18/07/2016).

Esse primeiro contato com a UBS foi enriquecedor e primordial para que gerasse um estímulo em toda a equipe, pois houve uma ótima recepção por parte de UBS e em nenhum momento caracterizou que o CAPS estava levando mais demandas, sendo esta a fala que mais escutamos no cotidiano dos serviços como justificativa da precariedade da continuidade do cuidado no território, referindo-se tanto à ausência dos serviços, como à negativa dessa parceria por aqueles que existem, devido à peculiaridade das demandas em saúde mental.

Por outro lado, podemos pensar que essa articulação foi favorável devido o caso já ser de conhecimento da equipe da Atenção Básica e, sobretudo, por não ser considerado um caso complexo no que tange ao quadro psiquiátrico e de vulnerabilidade social, mas que ao se olhar o sujeito em sua integralidade, é de fácil percepção o quanto seu quadro de doenças crônicas (DMII e HAS) estão também interferindo na cronicidade do quadro depressivo e em suas atividades cotidianas.

---

<sup>18</sup> O HIPERDIA é um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Ele tem por finalidade permitir o monitoramento desses pacientes identificados por meio do referido plano e, a partir dessa identificação, gerar informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. O sistema é integrado ao "Cartão Nacional de Saúde", que transfere e recebe dados do CadSUS (Cadastro de domicílios e usuários do SUS) (BRASIL, 2002).

A família neste caso ocupou lugar também exemplar, pois foi trazida como uma “*família apoiadora*” por ambas as equipes, pois sempre um dos membros o acompanhava nas consultas e recebiam as orientações de forma positiva, sendo de suma importância, inclusive, na continuidade desse cuidado em âmbito doméstico, muitas vezes precisando que fossem incisivos quanto a seguir as restrições alimentares.

*A família aparece como um bom suporte de apoio na fala de ambas as equipes de referência (CAPS e UBS/ESF). Parecem acreditar na potencialidade das orientações e cobram do sujeito que não falte nas consultas e obedeça as restrições alimentares devido a diabetes e a hipertensão arterial (Diário de campo, 18/07/2016).*

Essa confiança do Sr. José Amoroso e da família pelas equipes dos serviços, apareceu como facilitadora para que a família aceitasse a sugestão dos profissionais, de que o caso passasse a ser acompanhado de forma mais efetiva pela UBS próximo a sua residência, não necessitando que o mesmo retornasse ao CAPS de forma semanal, e nem o impusesse que deveria continuar indo ao CAPS sem vontade, o que poderia levá-lo a “abandonar” o acompanhamento por completo, visto que já havia por várias vezes indicado que não se sentia em condições de ir ao serviço, primeiro por acordar indisposto e segundo devido à distância.

Sendo assim, a equipe da UBS também visitou o Sr. José Amoroso e o incentivou a ir à unidade para o acompanhamento regular para a HIPERDIA, responsabilizando-se pela renovação das receitas para o quadro de depressão, além de convidá-lo para frequentar grupos de idosos na comunidade. O CAPS, por sua vez, continuou dando retaguarda clínica no caso (reavaliação psiquiátrica trimestral e orientações familiares quando buscavam o CAPS), apoiando a UBS em suas demandas de saúde mental no território e fortalecendo as ações coletivas em geral por meio de: roda de conversa sobre saúde mental na atenção básica, interconsultas e visitas domiciliares conjuntas em outros casos.

A roda de conversa mencionada serviu como um espaço para dialogar sobre o trabalho realizado em ambos os locais e de que forma poderiam se ajudar nas demandas de saúde mental. Surgiram várias demandas e foram pensadas em estratégias que potencializassem o cuidado mútuo entre CAPS e UBS, sendo esboçada uma agenda de visitas domiciliares conjuntas, além de encontros para discussão de casos que já estavam sendo acompanhados no CAPS ou na UBS, mas que ainda não havia uma articulação efetiva. A interconsulta ocorreu a partir de alguns destes casos, visando a continuidade do cuidado em território do sujeito e sua família, uma vez que a família é o foco de qualquer

intervenção nas *estratégias de saúde da família* (ESF), programa que dar sustentação às ações na Atenção Básica de Saúde.

### **CAPS e ESF (UBSF): Família Problemática**

O segundo caso que trouxemos para exemplificar o Apoio Matricial, diz respeito ao caso da *Sra. Vida*<sup>19</sup>, 60 anos. A solicitação de visita partiu da psicóloga do CAPS, que em um dia de acolhimento, atendeu a Sra. Deusa, irmã da Sra. Vida, com queixas de que a irmã estaria sem medicações e que o CAPS “*deveria*” fornecer tal medicação, uma vez que a mesma já havia sido atendida tempos atrás no CAPS da zona norte, tendo também histórico de atendimento no CAPS em questão, no entanto não havendo melhoras significativas, já que não tinha condições de levá-la para as atividades terapêuticas por ser uma pessoa “*muito atarefada*” (*sic*). Sendo assim, quando a irmã precisava de medicação, recorria ao CPER ou à ESF (UBSF) do bairro, mas nem sempre conseguia obtê-las.

Diante da visível carga de estresse apresentada pela Sra. Deusa em seu atendimento no CAPS, dificultando o esclarecimento do caso e as reais necessidades da Sra. Vida, o caso foi discutido em reunião de equipe e viu-se a possibilidade de visita de Apoio Matricial à ESF e, posteriormente, visita domiciliar conjunta à residência da Sra. Vida, tal como pode ser visto no registro abaixo:

Em atenção às informações relatadas pela psicóloga A., a equipe de Apoio Matricial realizou visita à ESF\* do território de referência do caso. Na oportunidade a equipe dialogou com a médica AP, a qual se mostrou aberta à intervenção e trouxe informações relevantes sobre o acompanhamento da Sra. Vida. Destacou que o caso é de conhecimento de toda a equipe e o caracterizam como um “*caso difícil*” (*sic*), uma vez que já realizaram diversas intervenções, citando inclusive a necessidade de registrarem denúncias à delegacia do idoso pela negligência da família, bem como solicitando ajuda do CRAS C. para apoio nas questões sociais. Destacou ainda que a ACS I, responsável por esta unidade familiar, realizada visitas semanais, mas sempre sem muita evolução do caso, visto que observam que a Sra. Vida. Não faz uso da medicação devidamente, reside com sua mãe que é uma idosa acamada e com pouca visão, havendo apenas o auxílio de uma vizinha e uma cuidadora que vai 2x por semana na residência. Quanto aos outros membros da família, informa que residem em outro bairro e que há dificuldades de relacionamento entre os mesmos, e que apesar dos vários encaminhamentos realizados ao psiquiatra, observa que não há um interesse de Vida. Na reavaliação de suas demandas, referindo-se à conduta medicamentosa. Diante do exposto, viu-se a necessidade de visita domiciliar conjunta, com a presença da psiquiatra do CAPS para a devida reavaliação (Ficha de acolhimento, registro de visita à ESF\*, 24/08/2016).

---

<sup>19</sup> A família da Sra. Vida foi a terceira sugestão para participação no segundo momento da pesquisa, contudo, devido a dificuldade de diálogo com a família, permanecemos com as duas primeiras sugestões.

Nesse momento, já se observa uma percepção negativa sobre a família da Sra. Vida, havendo inclusive a necessidade de acionar órgãos de fiscalização e da assistência social em prol da segurança da idosa, o que levou a família a ocupar o lugar de “*problemática*” no discurso dos profissionais. Tal caso, também nos permitiu repensar a ideia preconcebida de que a UBS se nega ao atendimento de casos de saúde mental, pois aqui temos um exemplo vivo da potencialidade desse ponto de atenção na vida dessa pessoa, pois além de não abrir mão dessa família apesar de acharem um “caso difícil”, tentaram ofertar um cuidado mais regular devido à gravidade percebida e, principalmente, não se mantiveram calados diante da situação de risco da referida idosa.

No entanto, faz-se necessário ressaltar que não estamos aqui para julgar a referida família, mas sim buscar formas de minimizar os danos e sofrimentos a todos os envolvidos. Desse modo, a equipe de matriciamento responsabilizou-se em entrar em contato com a Sra. Deusa e avisá-la da visita que iria ser realizada, também sendo um momento oportuno para ouvir a família e oferecer apoio e orientações.

Realizado contato telefônico com a irmã da Sra. Vida para informar sobre a visita conjunta, a fim de solicitar sua presença no dia desta intervenção. Na ocasião, a mesma relatou problemáticas de longa data com os serviços de saúde, mas confirmou sua presença. Esclarecido sobre os contatos anteriores e condutas realizadas pelas equipes desde a solicitação de ajuda pela equipe da UBS em prol da Sra. Vida. Buscou-se minimizar os conflitos relatados e orientamos quanto à importância da ação conjunta em prol da família, como um todo (Ficha de acolhimento, registro de contato telefônico com a família, 24/08/16).

Na ocasião, foi perceptível essa relação problemática da família, não só entre si, mas também com os serviços, sendo reafirmada tal percepção no dia da referida visita conjunta, pois havia um clima de hostilidade, principalmente nas falas da Sra. Deusa, as quais, em sua maioria, eram marcadas com justificativas de sua ausência, dos gastos em geral, da falta de resolutividade do caso, e do quanto se sentia incompreendida e julgada por quem não sabe o que a família passa, fazendo-nos lembrar dos tipos de sobrecargas explicitadas por Melman (2006), dentre outros. Para tanto, segue o registro da visita:

Realizou-se visita domiciliar a Sra. Vida (60 anos), juntamente com a equipe da ESF (médica e ACS). Chegando ao domicílio fomos recebidos pela irmã, Sra. Deusa. Na ocasião, Vida estava agitada e falando palavrões obscenos (conforme relato da irmã esse comportamento é recorrente). Quanto ao seu histórico psiquiátrico, apresentou o primeiro episódio de crise psicótica aos 26 anos, estando há mais de três décadas com transtorno mental grave e persistente. Iniciou tratamento no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (CPER) e tem hipótese diagnóstica de esquizofrenia paranoide (F20), tomando as seguintes medicações (...), porém Deusa ressalta que não vem surtindo resultados positivos. Embora Vida apresente um quadro de crise, a irmã relata que sua última entrada na emergência do CPER data do ano de 2010, sendo que essa agressividade “*fora de controle*” (*sic*) já está um período mais ou menos de 7

meses. Observou-se que o cuidado de Vida é um pouco prejudicado, pois a mesma reside somente com a mãe de 92 anos com comprometimento motor. Uma das irmãs, Sra. M., fica com a paciente e a genitora no período do dia nas segundas, terças e quartas; e nas sextas e sábados durante o dia o cuidado fica ao encargo de uma cuidadora. Devido à ausência da médica psiquiátrica, ficamos de realizar nova visita (Ficha de acolhimento, registro de contato telefônico com a família, 29/08/16).

Diante do exposto, ambas as equipes mostraram-se sensibilizadas com a situação, sendo garantido o apoio ao núcleo familiar, mas que tal garantia compreendia o compromisso da família também, principalmente no que tange às orientações de prescrição medicamentosa (horários e doses), para então ser possível a minimização dos sintomas psicóticos, da agitação, da agressividade e, por conseguinte, da inserção gradativa da Sra. Vida nas atividades terapêuticas e comunitárias, visando sua reabilitação psicossocial.

Tais orientações tiveram como base algumas colocações da equipe da ESF, uma vez que a médica e a ACS ponderaram que a unidade tem feito um acompanhamento intensivo a Sra. Vida e sua genitora, porém suspeitam que a medicação não seja dada corretamente, pois sempre foram fornecidas receitas e encaminhamentos ao psiquiatra. No entanto, consideram que o cuidado ofertado às referidas senhoras era mais precário antigamente, porém quando houve a visita da delegacia e do CRAS C., foi observado um melhor acompanhamento, embora ainda não seja o ideal.

Após tais diálogos, foram pensadas em novas estratégias coletivas e considerou-se a possibilidade de ser prescrita uma medicação injetável para melhor controle e administração por parte da equipe da ESF, considerando-se as problemáticas da família e sua dificuldade em oferecer um suporte maior na rotina de cuidado dispensado às idosas, sendo assim feito pela psiquiatra em nova visita realizada no dia 12/09/2016.

Passados três meses desta visita, ficamos sabendo do falecimento da genitora pela equipe do SPA da zona Sul. Apesar desta perda, também recebemos notícias positivas do cuidado prestado à dona Vida, a qual já não estava em crise e já conseguia ir até os serviços para receber a injeção mensal de sua medicação, além de passar por consultas regulares no CAPS e já serem esboçadas estratégias para sua ida às atividades terapêuticas.

Tais considerações nos levaram a pensar que mesmo tendo noção da morte iminente da genitora, não somente pela idade avançada, mas pelo quadro de complicações clínicas (Pé diabético, Alzheimer e comprometimento motor) que se encontrava, o falecimento da idosa nos pareceu uma forma de libertação para a família, para a Sra. Vida e, sobretudo, para si mesma, principalmente por ter vivido até o momento em que pôde ver

a filha sem crises e voltando a ter uma vida com dignidade, sendo cuidada e recuperando sua cidadania.

Pensando sobre seu processo de despedida, imaginamos que pudesse ter dito no seu silêncio, *“agora posso partir em paz!”*. E de cá, podemos imaginar a resposta de dona Vida: *“Pode sim mãezinha, não ficarei só!”*, porque apesar de toda dor, a gente tem que encontrar poesia e modos de minimizar essas perdas, pois mesmo que sejamos apenas telespectadores em muitos momentos em que se passam estas cenas, sempre existirão aquelas cenas que poderemos ser mais que isso, desde que estivermos abertos a esses encontros e a entrar em ação quando chamados, não esquecendo nunca que nessas histórias “da vida real” não há ensaio, nem possibilidade de refazer o ato. Sempre serão novas cenas, novos diálogos, novos fazeres, novos casos, mas sempre haverá em cena a procura pelo velho e necessário *“cuidado”*, como poderemos ver a seguir.

### **CAPS e NASF: Família se faz necessário**

O terceiro caso que nos ajuda a pensar sobre a potencialidade da articulação de rede e, principalmente, sobre a importância da família como principal promotora de cuidados, é referente ao casal de irmãos João de Barro e Beija-flor, com o auxílio de uma equipe do NASF, a qual assumiu papel essencial na vida destes sujeitos após o falecimento da genitora. Assim, passando a conviver mais de perto com a situação de vulnerabilidade dos irmãos, a equipe do NASF viu-se sozinha e desamparada diante das inúmeras demandas que o caso emanava, considerando as problemáticas sociais, clínicas e psiquiátricas que chegavam aos seus conhecimentos, uma vez que os referidos irmãos tinham a UBS (em que é localizado o NASF), como um local de referência em que visitavam em suas rotinas diárias. Momento em que viram a possibilidade de pedir auxílio à equipe do CAPS para a reavaliação dos casos e cuidado compartilhado.

Assim, apesar da distância geográfica entre os serviços, visto que o NASF era localizado na Zona Norte e o CAPS na Zona Centro-Sul de Manaus, tal articulação se fazia urgentemente necessária, sobretudo pelo casal de irmãos, não possuir qualquer outro familiar que pudesse responsabilizar-se pelo acompanhamento diário dos mesmos, sendo esta uma das preocupações trazidas pela equipe do NASF ao CAPS. Vejamos:

Realizado visita domiciliar em atenção ao contato com a assistente social do NASF\*, a qual relatou como demanda principal a necessidade de avaliação psiquiátrica para prescrição medicamentosa, uma vez que desde o falecimento da

genitora, João de Barro, (58 anos) e sua irmã Beija-flor (55 anos), encontram-se desassistidos e sem medicação, além de ficarem “*sob constantes ameaças de idas ao CPER, devido às crises*” (sic). Face ao exposto, a equipe de matriciamento do CAPS esteve no NASF e dialogou sobre o caso com a equipe presente, sendo possível a visita domiciliar coletiva, contando com 3 profissionais do CAPS (Psicóloga, Psiquiatra, estagiária de psicologia) e 2 dos serviços do território (Terapeuta Ocupacional do NASF e Agente Comunitária de Saúde da UBS em que funcionava o NASF) que acompanhavam o caso (Ficha de visita domiciliar conjunta, 31/08/2016).

Durante a intervenção de visita domiciliar coletiva, as equipes foram extremamente cuidadosas para entrar na casa e conversar com os sujeitos, como se estivessem de fato entrando em um território desconhecido e que não saberia o que esperar diante de dois sujeitos em crises e sem qualquer apoio familiar. No entanto, a recepção de João de Barro foi a mais acolhedora possível, reconhecendo as profissionais da UBS e NASF, e agradecido por conhecer novas pessoas, fazendo referência à equipe do CAPS. Nesse momento, observamos um cuidado também no manejo desse diálogo, de maneira que as profissionais iam colhendo informações de forma natural e nada impositiva, deixando-o bem à vontade para falar o que julgasse necessário. Afinal, estávamos em seu território, em seu lar, “*na (sua) fortaleza*” (sic). Como registro:

Na oportunidade João de Barro recebeu a equipe sem resistência. Estava sozinho, calmo, sendo possível observar a presença de discurso um pouco desorganizado, mas compreensivo, pensamento crítico prejudicado e higiene pessoal precária. Feito reavaliação psiquiátrica e prescrita receitas para o mesmo, que concordou em fazer uso da medicação com a ajuda da ACS, visto que sempre vai à unidade conversar com os profissionais (Ficha de visita domiciliar conjunta, 31/08/2016).

Beija-Flor, por sua vez, não estava na residência no início da visita, chegando cerca de 20 minutos depois, fazendo barulho no portão, jogando tijolos no transporte do CAPS e logo dizendo que não iria para nenhum lugar. Momento este em que a Terapeuta Ocupacional do NASF levantou a hipótese de que Beija-flor poderia estar associando o carro do CAPS ao carro do SAMU, serviço de atendimento móvel de urgência que era acionado pelos vizinhos quando os irmãos estão em crises, “*andando pela rua, jogando coisas nas casas, ou xingando a vizinhança*” (sic).

Dando continuidade à intervenção em visita domiciliar aos irmãos João de Barro e Beija-flor, após um período sozinhos com João, Flor adentrou a residência falando alto e chamando as profissionais por “*mamãe*” (sic), mostrando-se com pensamento desorganizado, crítica prejudicada, com alucinações e delírios. Não soube informar dados pessoais e nem como estava se sentindo, demonstrando agressividade, irritação e andando pela casa com agitação. Com a ajuda da equipe do NASF e UBS, que pontuaram a dificuldade de Beija-flor em aderir à medicação oral, a psiquiatra sugeriu o uso de medicação injetável, também ficando a cargo da UBS em aplicar e depois associar com uso de outra medicação, caso consigam contar com a ajuda da vizinha, a qual demonstra interesse e preocupação com os mesmos. No mais, ficamos à disposição para

quaisquer informações, dúvidas ou apoio que se faça necessário (Ficha de visita domiciliar conjunta, 31/08/2016).

A partir do contato com os irmãos, observamos que muitos dos comportamentos que eram vistos como “crise” pela vizinhança, estavam somente sendo apresentados por Beija-flor, contudo, pelo fato de João de Barro também ter diagnóstico psiquiátrico e ambos não terem suporte familiar, os dois acabavam sendo levados pelo SAMU. Tal situação nos leva a pensar sobre como a *“família se faz necessária”*! Trazendo a tona toda a força da representação social que a mesma carrega como instituição social, de proteção, de segurança, de cuidado, e mesmo que em alguns casos a sua “presença” possa significar um fator de risco, a “ausência” da família no caso de João de Barro e Beija-flor, por si só, mostrou-se um tanto prejudicial, cabendo a nós, profissionais do cuidado, minimizar tais danos junto a estes sujeitos.

Pensando desta forma, após a mudança da medicação, o CAPS manteve-se como retaguarda para as reavaliações do caso quando se faziam necessárias, como tentativa para minimizar as idas ao CPER, enquanto o NASF e a ACS da UBS firmaram um apoio diário aos irmãos, responsabilizando-se pela administração dos remédios e realizando uma sensibilização no território sobre saúde mental, principalmente com a vizinhança de João de Barro e Beija-Flor. Afinal quem tem nome de pássaros, nasceram para voar, para serem livres e jamais viverem presos nas gaiolas de instituições psiquiátricas e pensamentos manicomial das pessoas em seus entornos.

Estas cenas nos fazem pensar que apesar dos inúmeros desafios que se apresentam aos profissionais para que consigam atuar de forma satisfatória e levar até os sujeitos melhorias nos processos de saúde-doença vivenciados, acreditamos que a atuação em território através das visitas domiciliares e, sobretudo, do Apoio Matricial em contato com a rede de cuidados do sujeito e sua família, mostrou-se uma potente maneira de minimizar estas faltas, a partir do momento que se propõe o estabelecimento de um trabalho em conjunto, coletivo, compartilhado, possibilitando a construção de um novo olhar sobre o sujeito e seu meio.

Dando embasamento à nossa análise, Nascimento (2007) citado por Paulon e Neves (2013, p. 25) já dizia que o apoio matricial é potencializador da desinstitucionalização e contribui para evitar internações arbitrárias, indo ao encontro das diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Nessa linha de reflexão, Silveira (2009, p. 100) confirma que “as possibilidades de o usuário ser atendido nas perspectivas de um cuidado integral na rede de

serviços vêm sendo ampliadas, instituindo uma noção de corresponsabilização”, com a implantação do Apoio Matricial em saúde mental.

Desse modo, visando contribuir para que este novo olhar se efetive e não se resuma às cenas de cuidado que observamos, participamos e aqui trouxemos para discutir, analisar e potencializar como exemplos vivos de que podemos fazer dar certo, agora nos deteremos a apenas dois núcleos familiares, dentre os que já apresentamos no decorrer desta categoria. Os mesmos foram escolhidos para compor a nossa segunda categoria de análise, que tem como objetivo aproximar o leitor da dinâmica familiar destes núcleos e compreender como se constitui essa *dinâmica da rede a partir do olhar destas famílias*, e não somente pela lógica dos serviços, uma vez que acreditamos que não basta apenas se realizar a “intervenção de rede”, deve-se (re)conhecer o que seria considerado terapêutico por estas famílias em seus cuidados, para então se falar efetivamente de um olhar ampliado, integral e capaz de superar as normativas lineares, serviço-centradas e rompendo com a lógica impositiva do cuidado.

### **3.2 A DINÂMICA DA REDE A PARTIR DA LÓGICA DAS FAMÍLIAS PARTICIPANTES: Narrando histórias, percorrendo as trajetórias de cuidado e mapeando as redes sociais de apoio.**

#### **3.2.1 O cuidado das famílias no cotidiano doméstico: Entre sentidos e significados na dinâmica familiar *in locu*.**

Retomando as contribuições de Cardoso (1986) sobre o resgate da subjetividade, reconhecemos que ela está implicada em todo tipo de relação, de maneira que é no encontro entre estranhos, a partir de uma aproximação gradativa, que se podem desvendar os sentidos mais implícitos e explicitar as formas de se viver em família, oportunizando-se a criação de espaços de diálogos onde os processos simbólicos permitirão compreender o que de fato é significativo para aquela realidade.

Dito isto, a presente subcategoria visa discutir as observações realizadas nessa aproximação do cotidiano doméstico através das visitas em domicílio, em que os encontros familiares caracterizaram-se enquanto verdadeiros espaços de diálogos e narrativas repletas de retomadas históricas e de trajetórias já percorridas, assim como, favoreceram a observação *in locu* dos fatores que implicam em seus cotidianos de cuidados, bem como

seus sentidos e significados, oportunizando-nos uma reflexão sobre as *tramas* familiares e os *dramas* que os afligem atualmente em suas rotinas diárias, sendo estas as *narrativas* que aqui destacaremos.

No entanto, com o entendimento de que esse é um processo que envolve diretamente o observador participante, modificando-o, flagrando-o, construindo-o juntamente com o objeto de estudo, destacaremos diferentes momentos e aspectos desses encontros relacionais. Para tanto, considerando que houve uma mudança de cenário para a observação da dinâmica da rede de cuidados, apresentaremos primeiramente os protagonistas destas novas “*cejas do cotidiano de cuidado*”.

Desse modo, iniciaremos esta subcategoria narrando como se deu a escolha das famílias, o convite para participação, o processo de acolhida na residência e as primeiras impressões nesta aproximação gradativa ao cotidiano dos referidos núcleos familiares.

***Cena 1 – Mudando o cenário da observação participante: “um certo olhar, em certos momentos, com certas famílias”.***

A **primeira família** foi sugerida pela pesquisadora enquanto observadora participante após o primeiro momento da pesquisa, tendo como motivo de escolha o fato de observar que os membros dessa família não se faziam presentes no cotidiano do acompanhamento da dona *Maria da Fé* no CAPS, apesar das inúmeras tentativas da equipe em incluí-los nesse cuidado, considerando que muitas das demandas que a referida senhora trazia para o serviço eram problemáticas de cunho familiar, sobretudo de conflitos intensos com os filhos (Gilson – 28a; Jorge Marcos – 29a; Jorgina – 31a), tendo pouco apoio por parte dos membros da família estendida.

No entanto, dona *Maria da Fé*, 48 anos, ensino fundamental incompleto, solteira, moradora da Zona Oeste de Manaus, prestadora de serviços gerais pelo programa Acesso à Cidadania<sup>20</sup>, demonstrava ter apoio de vários pontos de serviços de saúde (CAPSs, UBS, SPA, CPER), sociais (CRAS, CREAS, SEMMASDH) e jurídicos (Ministério Público,

---

<sup>20</sup> Programa coordenado pela SEMMASDH com objetivo de oportunizar o acesso de pessoas com algum tipo de deficiência (física, mental, etc.) ao mercado de trabalho. Trata-se de pessoas que não recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e que apesar de algumas limitações, possuem interesse e aptidão em realizar um trabalho em meio período do dia, favorecendo ainda cursos de qualificação profissional, com direito à uma bolsa no valor de um salário mínimo (Dados informados em visita institucional ao local, juntamente com a Assistente Social do CAPS, 2016).

Defensoria Pública, Conselho Tutelar), além da igreja (Grupo de oração, Grupo de AA para o filho), levando a equipe de Apoio Matricial do CAPS a articular com alguns destes outros pontos de atenção devido à complexidade do caso, como vimos na cena sobre visitas institucionais.

A **segunda família** foi indicada pela equipe de referência do Apoio Matricial por este ser um caso que tem sido considerado exemplar quanto à articulação entre CAPS e Atenção Básica, a qual tivemos a possibilidade de acompanhar e fazer parte destas intervenções desde seu início, a saber, a família do seu *José Amoroso*, 68 anos, ensino médio completo, casado, comerciante autônomo, proprietário de um mercadinho em seu próprio domicílio na Zona Sul de Manaus.

Tal articulação iniciou-se devido à dificuldade que o usuário enfrentou com a mudança do CAPS para outro bairro. Após um período sem comparecer ao acompanhamento, a equipe do CAPS visitou *José Amoroso* e foi observado que estava fazendo uso normalmente da medicação, mas com desestabilização do quadro, com a hipótese de ter sido pela igualmente desestabilização dos quadros de DM II e HAS. Assim, a equipe iniciou um acompanhamento compartilhado com a UBS de referência.

Na unidade, foi visto a potencialidade de tal intervenção, uma vez que a equipe já conhecia o caso e trouxe informações outrora desconhecidas pela equipe do CAPS, além de não demonstrarem resistência para acompanhá-lo de forma mais regular, sendo realizadas outras ações conjuntas no território, inclusive uma roda de conversa com os servidores das UBS para falar do trabalho do CAPS e, principalmente, da relevância do cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica. A família durante toda essa articulação foi de suma importância, estando presente e ofertando apoio e cuidado ao seu *José Amoroso*.

Mediante tais sugestões, o primeiro contato para convidar as famílias a participarem da pesquisa, foi realizado pelos telefones disponibilizados nos prontuários de ambos os sujeitos no CAPS.

Em relação à **primeira família**, constava o contato pessoal da dona *Maria da Fé* e também de seu filho Gilson. Este atendeu a chamada, mas assim que nos apresentamos e explicamos do que se tratava, destacou que não tinha disponibilidade para nos receber e pediu para que falássemos diretamente com Maria da Fé, a qual se encontrava por perto no momento do contato. Em diálogo com a Maria da Fé, esta se mostrou agradecida pelo convite e prontamente o aceitou, sendo combinado um momento para que pudéssemos

explicar o projeto de forma mais detalhada, visando também a apresentação do TCLE e assinatura por um familiar.

Aproveitando o feriado, dona Maria da Fé sugeriu que fossemos na segunda-feira (05/09/16) e que já poderíamos ficar para almoçar com ela. Aceitamos o convite e no dia marcado chegamos às 10h30 no endereço, onde fomos recebidos com uma acolhida entusiasmada na porta de casa. Mas, em seguida, dona Maria da Fé nos dirigiu à casa do filho caçula Gilson, próximo de sua residência e, com a permissão de sua nora Jeane, 24 anos, convidou-nos a entrar.

Na oportunidade, agradecemos o convite e pudemos falar sobre o projeto, o motivo da escolha da família para participar da pesquisa e o papel de observadora participante nos momentos de visita. Assim, a referida senhora consentiu em participar da pesquisa e assinou o TCLE, destacando que *“sou responsável pelo meu próprio cuidado e responsável pela minha família”* (sic), pedindo somente que a nora guardasse a sua via do TCLE e mostrasse para o seu filho, o qual não estava na residência no momento. Nessa ocasião, surgiram algumas impressões que destacaremos a seguir:

*Percebi que ao falar do objetivo da pesquisa e um pouco de como funcionaria a fase de coleta de dados, nenhuma das duas demonstraram incômodo, ao contrário, já estavam vendo as possibilidades de mudanças no que tange a atual situação familiar, mas também ressaltando as dificuldades que poderíamos encontrar no cotidiano da pesquisa, como por exemplo, a dificuldade de comunicação com os filhos de Maria da Fé, resistentes a qualquer conversa que tenha como objetivo falar da importância do apoio familiar no cuidado em geral, pois esse assunto traz a tona todo um histórico negativo da relação materno-filial e da não responsabilização da própria Maria da Fé quando era mais nova, deixando os filhos sob os cuidados de terceiros, tendo uma vida “desregrada” em vários aspectos, segundo a própria usuária (Diário de campo, notas reflexivas, 05/09/2016).*

Diante de tais impressões, foram esclarecidas quanto ao fato de que o papel da pesquisadora observadora participante não seria julgar, apontar o que é certo ou errado, nem tentar forçar a participação da família no cuidado. Ao contrário, a pesquisa visa demonstrar as dificuldades que as famílias passam no dia a dia, compreender os aspectos e fatores que estão presentes nesse cotidiano e que muitas vezes, causam adoecimento para todos, não só para o usuário da saúde mental.

No que tange à **segunda família**, constava o telefone residencial do seu *José Amoroso* e o contato pessoal da filha Alana, sendo esta quem aceitou o convite e logo sugeriu um dia para a realização da primeira visita domiciliar, tal como havia sido combinado com a primeira família.

O dia sugerido por Alana foi a data 07/09/2016, também um feriado. Ao chegar na residência da família do seu José Amoroso, o mesmo estava sentado, cochilando na cadeira de balanço de seu comércio, o qual é localizado no térreo de sua residência. Batemos palmas de leve para não assustá-lo e, quando nos viu, abriu um sorriso e nos recebeu de forma acolhedora, expressando verbalmente um agradecimento pela visita, e logo indagando sobre aos outros profissionais do CAPS, pelos quais possui grande estima.

Feita as boas-vindas, o seu José Amoroso nos levou ao segundo piso de sua casa e chamou sua esposa, dona Rosa, a qual ofertou uma acolhida carinhosa com sorrisos e extrema gratidão. Registro algumas impressões sobre esse dia:

*Senti-me muito bem naquele lugar, com mimos e cheio de vida. O dia escolhido para a primeira visita foi um feriado, e por tal motivo, a casa estava cheia de pessoas (esposa, filhos e netos). Pareceu-me um dia de festa e minha presença parecia não incomodar quem ali estava de passagem. Aguardamos a chegada da filha Alana para iniciar a explicação dos objetivos da pesquisa e seu Amoroso permaneceu na sala me fazendo companhia, enquanto dona Rosa preparava um café para o lanche da tarde. O relógio marcava 15h e eu já era convidada pelo aroma que ali pairava (Diário de campo, notas reflexivas, 07/09/2016).*

Assim, demos início ao período de visitas domiciliares que durou aproximadamente três meses. Em tempo, ressaltamos que houve uma regularidade diferenciada entre as visitas domiciliares devido à dinâmica de cada núcleo familiar e suas disponibilidades em receber a pesquisadora.

Desse modo, considerando as observações participantes apenas para estes dois casos, na companhia da equipe de Apoio Matricial, foram realizadas seis visitas institucionais em prol dessas famílias aos serviços do território, dentre eles: UBS (3), CAPS AD (1), CRDQ (1) e SEMMASDH (1), conforme explicitado em alguns momentos da categoria anterior. Já na presença apenas da pesquisadora, foram realizados seis encontros familiares, sendo quatro visitas à *Família do José Amoroso* e duas visitas à *Família da Maria da Fé*, visto que as outras duas visitas agendadas foram realizadas acompanhando-a nos serviços (CAPS AD e SEMMASDH), onde a equipe de Apoio Matricial, na pessoa da Assistente Social, também esteve presente.

Nesse aspecto, concordamos com Gargarano (2004) citado por Rodrigues *et al* (2011, p. 45), quando afirma que ao adentrarmos um ambiente familiar para qualquer intervenção, devemos nos desprender de preconceitos, analisar criticamente nossas concepções, valores e atitudes para, só assim, ser possível compreender esse outro, sendo essencial que respeitemos o ritmo de cada família, sua diversidade cultural e prioridades surgidas em seu cotidiano.

Respeitando tais colocações, o tempo de visita durou em média três horas cada uma, no entanto, com variações para mais e para menos, dependendo das demandas que surgiam em cada um destes momentos, bem como do número de participantes nos encontros familiares. Enquanto na residência da “*Família do José Amoroso*”, houve visita com 2h e 30min de duração, na visita à “*Família da Maria da Fé*” houve um encontro de aproximadamente 4h.

Neste aspecto, foi possível observar que a dinâmica cotidiana da família de Maria da Fé era bem instável, sendo difícil estabelecer um diálogo contínuo com seus membros, já na família do José Amoroso, havia uma rotina bem estabelecida, com horários e responsabilidades organizados previamente, o que nos fez perceber que apesar de ser uma família mais numerosa, era de fácil diálogo, não havendo imprevistos significativos no decorrer dos encontros.

Apresentadas as famílias, passaremos às próximas *cejas do cotidiano de cuidados* e suas análises no que tange às observações e narrativas que foram surgindo do decorrer destes encontros.

### ***Cena 2 – As “tramas familiares” em foco: Construindo o genograma e revisitando suas histórias de vida em família.***

Iniciamos estas cejas lembrando as contribuições de Carter e McGoldrick (1995) ao afirmarem que a família é o lugar que dá origem à história de cada pessoa, é o espaço privado onde se dão as relações mais espontâneas. Não podemos escolher nossos membros da família a não ser, talvez, pelo casamento. Ainda que possamos acreditar ser possível deixar de pertencer a uma família, rompendo-se os laços com a de origem e não se enveredando na constituição de outra, mesmo assim as lembranças e memórias de um convívio familiar ficarão como marcas em nossas histórias, podendo ser acessadas a qualquer momento.

Asen *et al* (2012) reiteram esse olhar ao destacarem que somos todos influenciados pelas nossas famílias de origem, as quais nos passam não apenas os genes, mas também suas crenças, mitos e regras, implícitas ou explícitas, assim como os padrões familiares tendem a ser transmitidos de geração para geração. Mas estes autores também ressaltam que um pouco destas influências são mediadas pela cultura ou altamente idiossincrático a ela, de maneira que, com nossos filhos, podemos conscientemente desejar fazer o mesmo -

ou o contrário - daquilo a que fomos expostos em nossa criação. Por outro lado, também podemos não nos dar conta sobre como repetimos os roteiros familiares, apesar de um intenso desejo inconsciente de não fazê-lo. De uma forma ou de outra, levamos nossas famílias para onde vamos.

Desse modo, acreditamos que o ciclo de vida de uma pessoa acontece dentro do ciclo de vida familiar, que é o contexto primário do desenvolvimento humano, e suas intersecções vão constituir a *trama da vida familiar*. Com isto entendemos que não há um ponto de partida predeterminado para compreender o ciclo e a história familiar, mas que devemos levar em conta que a família é como um sistema movendo-se através do tempo, não de forma linear, mas como uma espiral. E assim também é sua história, ainda que contada “em família”, pois acreditamos no potencial das narrativas construídas por diversos olhares e perspectivas, levando-nos a estas duas histórias de (vida) familiares distintas.

### **Maria da Fé: da vida desregrada à mãe cuidadora e outras lutas**

A história de *Maria da Fé*, podemos dizer que é uma narrativa de poucas vozes, pois desde o início foi difícil reunir a dona Maria da Fé com outros membros da família para os encontros familiares em sua residência, sendo sempre eleito um membro por proximidade no dia em que marcávamos as visitas, tendo participado de pequenas conversações somente os filhos Gilson e a nora Jeane.

No entanto, apesar dessas poucas vozes para ajudar a contar a história da família, foi a voz de Maria da Fé, sujeito de seu próprio cuidado, mulher de fé e de garra, que nos acolheu em seu “lar”, convidando a embalar em sua rede, comer de sua comida, escutar suas músicas e partilhar de sua dor, quem deu contornos vivos a esta narrativa, nos levando a refletir que os ecos que entoam desse passado distante, sofrido, carregado de angústias, abusos, violência e desamor, ainda estão aqui, tão presentes e fortes em seu discurso e na sua vida quanto antes, talvez ainda mais pesados de se carregar, levando-a adotar “medidas extremas” diante de alguns acontecimentos em seu cotidiano familiar.

Assim, o primeiro encontro se deu na residência do filho Gilson e de sua nora Jeane, esta nos ajudou a compreender a ausência do marido neste momento, esclarecendo que Gilson guarda muitas mágoas dos tempos ainda da infância e adolescência. Tem conhecimento de que Gilson foi criado pela avó materna, que fazia um tipo de “alienação

*parental*” da figura materna. Relatou que somente quando chegou à idade adulta, o mesmo passou a ajudar a dona Maria da Fé na medida do possível, “*mas não nutre aquele amor de filho*” (*sic*).

Nesse momento, Maria da Fé reconhece e verbaliza que “*não foi uma boa mãe para eles*”, referindo-se a sua vida “*desregrada*”, mas em seguida se justificando nos dizendo que fazia “*coisas erradas*” para poder ajudar financeiramente os filhos, os quais ficaram sob os cuidados da avó por muito tempo, pois engravidou pela primeira vez aos 15 anos e não teve apoio dos pais de seus filhos em suas criações.

*Eu era da vida... não conseguia ficar em casa, sempre tive essas agonias na cabeça, ficar em casa me perturbava... mas precisava dar as coisas pros meus filhos, então comecei a fazer coisa errada... hãh? Coisa errada pra mim, mas pra eles não era... era trabalho, pagava bem... mas hoje me arrependo disso. Hoje ganho dinheiro com meu suor, trabalho digno (Maria da Fé).*

Tal narrativa nos leva a refletir que Jeane busca entender o posicionamento do esposo, mas também tenta compreender Maria da Fé, de maneira que se posiciona em meio a “*um fogo cruzado*”, adotando um papel de mediadora dos conflitos. Um destes conflitos se dá pela situação do cunhado Jorge Marcos, o único filho que reside com Maria da Fé, e que devido à situação de uso abusivo de álcool e outras drogas, vive “*acorrentado*” a sua cama, situação que nos foi apresentada no primeiro momento de nossas observações, quando acompanhávamos o cotidiano do CAPS e das articulações com outros pontos da rede de cuidados.

Maria da Fé, também tenta compreender as colocações de Jeane e a ausência do filho Gilson neste momento, destacando já estar acostumada a se cuidar sozinha e que agora possui esta “*missão*” de cuidar do filho Jorge Marcos e de outras pessoas que chegam até ela pedindo ajuda. Maria se emocionou ao trazer lembranças do filho Jorge de antes do início do uso abusivo de álcool e drogas, destacando o quanto era trabalhador e homem de família, mas que ao se envolver com uma mulher de índole ruim, foi levado ao mundo das drogas ilícitas e, após uma traição, “*caiu em desgraça*”. Por um tempo ainda foi cuidado pela avó, mas após o falecimento da idosa, tomou o cuidado de Jorge Marcos para si, fazendo-nos refletir que este papel de “*mãe cuidadora*” foi recebido como uma “*herança*” legítima de sua genitora.

Esse papel cuidador, traz nuances para além do âmbito familiar, uma vez que Maria da Fé passou a ajudar amigos, vizinhos e outras pessoas que no seu olhar, necessitavam de algum apoio, seja material, financeiro, emocional ou de saúde, caracterizando-se como

verdadeira acumuladora de responsabilidades e demandas “dos outros”, deixando seu próprio cuidado em segundo plano.

*Eu ajudo muita gente, viu? as pessoas sabem que eu me viro, sou analfabeta, mas não sou burra, procuro ajudar quem não sabe das coisas... eu aprendi muito nessa vida... hãhã? Tem coisas que as pessoas nem acredita que consegui, mas vou atrás, não fico de braço cruzado esperando. Às vezes, deixo de ir pro CAPS porque tô resolvendo problemas dos outros, ajudando os outros, meus amigos. Mas se eu ajudo, Deus me ajuda também, num é? (Maria da Fé).*

Essas narrativas nos levam a pensar o quanto Maria da Fé se esforça para exercer seu papel de cuidadora atualmente, face à sua história de vida. Esta concepção a faz tentar restabelecer os vínculos com seus filhos, quando tenta ajudá-los, sendo observado que estes se aproximam quando o foco é “problema de saúde”. Tal situação pode ser exemplificada pelo fato da filha Jorgina ter se aproximado de Maria ao começar a desenvolver um quadro depressivo, com presença de ideias suicidas. Situação esta que fez com que Maria da Fé levasse Jorgina ao CAPS para também realizar um acompanhamento especializado. Hoje, Jorgina continua a se cuidar no CAPS.

*Jorgina não falava comigo faz anos... eu sempre ia na casa dela, mas pra vê meus netos. Mas quando ela ficou com depressão, querendo se matar, veio atrás de mim... e eu logo levei ela no CAPS. As psicólogas agora estão cuidando dela também. Falei que pode contar comigo, mas também não me calo pros problemas que acontecem na casa dela. Marido acho que é traficante, meu neto descobri que é gay... mas não é motivo pra morrer. Eu já pensei nisso também, mas agora Deus me ajuda... tenho fé que vai melhorar (Maria da Fé).*

Assim, após estas primeiras observações, retomamos as contribuições de Asen *et al* (2012), pois para estes autores, observar os roteiros cotidianos das famílias pode auxiliar as pessoas a tomarem consciência também sobre os padrões de saúde e doenças transgeracionais.

Para tanto, estes autores pontuam que construir diagramas das gerações de uma família, os chamados genogramas, ajuda-nos a tornarmos cientes de tais padrões, permitindo a identificação de possíveis maneiras de escapar das “tipificações” e “amarrações” a papéis desconfortáveis, pois ao olhar mais de perto as várias pessoas no *drama familiar*, torna-se possível examinar e contestar algumas fantasias ou crenças que causam os problemas atuais. Isso também permite que as histórias do passado sejam reescritas com novas resoluções e novos finais

Nesse sentido, o genograma surge como uma ferramenta considerada excelente para conhecer as histórias familiares, para compreender as narrativas das famílias, uma vez que ao estabelecer estas histórias de vida, novas investigações e caminhos são possíveis (ASEN *et al*, 2012).

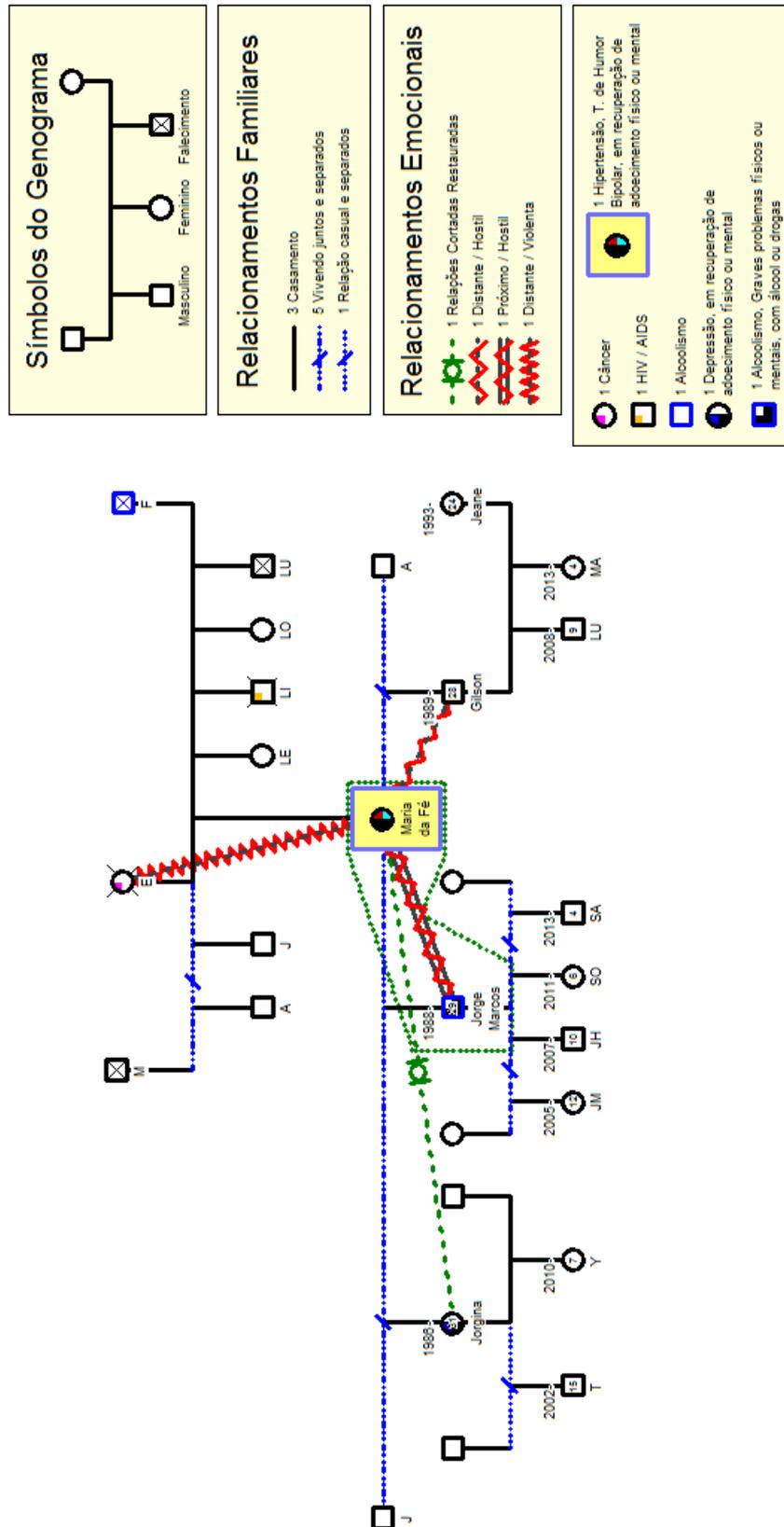
Em consonância a estes pressupostos, foi possível construirmos o genograma da família com a ajuda de Maria da Fé e Jeane, ressaltando as questões de saúde e os relacionamentos entre os membros enquanto revisitávamos sua história de vida e de sua família como um todo a partir de suas lembranças, ao passo que íamos buscando compreender suas narrativas e refletir sobre os referidos acontecimentos.

Durante a construção do genograma, percebemos a dificuldade de Maria da Fé em falar de forma mais detalhada sobre sua relação com os irmãos e seus genitores, resumindo-se a informar que o pai era alcoólatra e sua mãe dona do lar. Como já mencionado, o relacionamento emocional com a figura materna era distante e com histórico de violência física e psicológica. Quanto aos outros relacionamentos que destaca em sua história de vida, observamos a repetição de linhas de conflitos em sua relação com os filhos, sendo a hostilidade o sentimento que emerge de forma mais frequente ao destacarmos o contexto parental (Ver “Figura 1” na próxima página).

Segundo Wagner e cols. (2011), a presença de repetições de comportamentos violentos ou de conflitos entre as gerações podem ocorrer devido à trajetória da família de origem constituir-se em um legado que a pessoa recebe ao inserir-se na história de um determinado grupo familiar. Para estes autores, ninguém cria completamente uma nova história, mas sim se insere naquela que vem sendo traçada pelas antigas gerações. Sendo assim, as experiências na família de origem são tidas como a base das relações futuras, influenciando desde a escolha conjugal até o tipo de relacionamento que os casais constroem.

Nesse sentido, quanto às constituições conjugais, percebemos com base no genograma, que há a prevalência de casais que viviam juntos, tiveram filhos e se separaram, sendo possível observar que a manutenção do núcleo familiar ou de relacionamentos matrimoniais duradouros não faz parte das crenças desta família, no geral. No entanto, o uso abusivo de álcool e drogas aparece em mais de uma geração em momentos em que estes membros enfrentavam dificuldades cotidianas em suas vidas como o desemprego, a separação conjugal com traição ou após frustrações com seus pares.

Figura 1 - Genograma da Família da Maria da Fé



Fonte: Notas de diário de campo (BARBOSA, 2016).

Observamos ainda que a situação de cárcere privado também aparece na história de vida de Maria da Fé, contudo, expressando um sentido de “segurança” e “cuidado”, uma vez que foi desta forma que sua mãe lidou com suas dificuldades, diante da “*vida leviana que estava levando*” (*sic*). De forma mais específica, rememorou seus dias de “*mulher da noite*”, “*usuária de drogas*”, bem como uma ocasião em que foi acometida por um estupro coletivo por se colocar em situações de risco, ficando vulnerável e exposta a essas situações de violação de direitos. Nesta ocasião, retomamos algumas notas reflexivas que surgiram neste momento:

*Sem dúvidas esse relato marcou bastante enquanto pessoa, profissional, pesquisadora e, sobretudo, enquanto mulher. Maria da Fé só queria ser ouvida em suas demandas e, de certa forma, justificar o modo de cuidado que estava dispensando ao filho Jorge Marcos, apesar de ter consciência que poderia responder judicialmente por tal conduta, sendo lembrada constantemente pelos serviços que fazem parte de sua rede de cuidados, a necessidade de mudar essa postura. No entanto, Maria da Fé enfrenta um paradoxo nesse sentido, pois o filho que reside próximo, reforça a ideia de que o irmão deve permanecer preso, pois soltá-lo é sinônimo de dor de cabeça, de idas e vindas, e da necessidade de acioná-los nesse cuidado. Então, visando preservar o mínimo do contato e ajuda que recebe deste filho, Maria da Fé sujeita o filho Jorge Marcos ao cárcere enquanto aguarda os trâmites do processo de internação compulsória pelo judiciário (Diário de campo, notas reflexivas, 05/09/2016).*

Apesar de momentos ruins, também aparece uma história de fé e de apoio dos amigos nos mais diversos contextos da vida de dona Maria, os quais destacaremos em tópico mais a frente, após retomarmos as narrativas da história do seu José Amoroso. É o que faremos a seguir.

### **José Amoroso: da mãe esquizofrênica à família adotiva e outras (an)danças**

A história de *José Amoroso*, desde o início, foi contada com a ajuda de seus familiares, em especial das figuras femininas que aparecem constantemente nas narrativas deste cuidado. São elas: a esposa Rosa e as filhas Alana e Adriana.

Rodeado de pessoas em seu cotidiano, sentados em cadeiras de balanço na varanda da casa, damos início às nossas primeiras conversações, em que nosso narrador vai lembrando cenas de um passado marcado pelas memórias de uma mãe em sofrimento psíquico, de um pai ausente, das muitas andanças com seus irmãos em busca de alimentos e trabalhos avulsos. Uma infância livre, mas vulnerável e precária em suas necessidades básicas de alimentação, moradia, segurança, cuidado e amor.

Esta cena muda no momento em que José Amoroso e seus irmãos são “*entregues*” a outras famílias pela genitora. Na época, Amoroso tinha seis anos de idade e recorda com detalhes como se sentiu diante deste acontecimento, situação esta que repercute até os dias atuais no modo como lida com seus sentimentos relacionados ao humor depressivo.

*Eu não me acho uma pessoa carente, porque minha esposa é nota mil... mas eu acho que sou recalçado pelo que minha mãe fez com nós... deu nós pros outros, ainda bem que nenhum teve mau costume até hoje né? Não vai ter mais não... Fomos criados pelos outros, quando ela podia ter ficando com a gente até a morte né? A gente passou um vexame na nossa vida... (José Amoroso).*

Apesar das lembranças desta separação, reconhece que foi bem cuidado pela família adotiva, ressaltando que os filhos do casal sempre o reconheceram como irmão legítimo, assim como não faz distinção entre os irmãos biológicos e os “*irmãos de coração*”.

Nesse momento, também nos foi esclarecido que a esposa de seu José Amoroso é sua prima legítima, levando-nos a perceber que não houve um distanciamento de fato da família de origem, oportunizando, inclusive, estes estreitamentos de laços afetivos entre o casal de primos, os quais muito jovens casaram-se e começaram a constituição de sua própria família, referindo-se aos filhos e netos.

Tais lembranças também suscitaram narrativas de uma época em que a mãe de José Amoroso, em um momento de crises intensas, passou a residir com o casal, sendo assumido por dona Rosa o papel de principal cuidadora. A esse respeito, dona Rosa nos diz que a sogra ficava muitas vezes agitada e as medicações eram compradas. Passado algum tempo os familiares começaram a julgá-los, proferindo calúnias de que “*usurpavam*” o dinheiro da idosa. Diante de tal situação, visando evitar mais constrangimentos e conflitos familiares, o casal decidiu em comum acordo que não iria mais se responsabilizar pelos cuidados da referida senhora e sugeriram que outra filha, irmã de seu José Amoroso, assumisse tal responsabilidade. Em seguida dona Rosa ressaltou que “*hoje a idosa já é falecida e a cunhada está em depressão*”.

Essa observação nos fez refletir que a existência de uma mãe “*esquizofrênica*” na história de José Amoroso e de seus irmãos, ocupa lugar de destaque no discurso do mesmo, sobretudo quando são trazidas experiências negativas no decorrer de sua vida, dentre elas a experiência do “*viver com depressão*”, ainda que passados anos da data do falecimento da genitora, considerando a possibilidade de herança genética.

*Eu acho que é genético, porque tem ele e tem mais duas irmãs dele... tem uma irmã dele, tia Maria, que tá ruim ruim ruim rum... rum, a tia Carlinha até que melhorou né pai? A tia Carlinha não sei, mas a tia Maria tem uma filha que leva*

*ela pra médico, inclusive são os dois, marido e mulher, hurum! (...) A tia Maria foi diagnosticada, a tia Carlinha não porque foi pouco tempo. Nós até fizemos uma visita pra tia Maria né pai? Pelo que eu sei ela faz acompanhamento em médico particular (Alana).*

Entretanto, analisando o olhar da família, observamos que apesar de trazerem hipóteses sobre a questão genética, dona Rosa e as filhas Alana e Adriana reforçam a ideia de que a principal causa do aparecimento da depressão em seu José Amoroso está relacionada ao histórico de uso abusivo de álcool e fumo por um longo período de tempo, sendo estimado por elas cerca de 40 anos de uso contínuo, pois recordam que logo que Amoroso deixou a bebida, começaram a aparecer os sintomas depressivos.

*Eu tenho pra mim que tudo isso que ele sente hoje é consequência da bebida dele e do cigarro que ele fumava, era muita bebida e cigarro... já ouvi falar que quando a pessoa faz uso por muito tempo, fica com sequelas, ali embaixo tem um rapaz que tem problemas por causa da bebida (Rosa).*

Contudo, o que nos chamou atenção nestas narrativas foi observar que há uma associação entre o aparecimento da depressão e a mudança de comportamento de seu José Amoroso, nos levando a considerar que a família construiu um sentido positivo do processo de adoecimento deste senhor, ao passo que antes do desencadeamento do quadro, seu José era um homem violento quando embriagado, e a partir da vivência da depressão, tornou-se uma pessoa amorosa, gentil e calma.

*Ele tá melhor agora, antes ele bebia muito e ficava valente... na minha casa não tinha pratos, nada de vidro, porque ele quebrava tudo... agora que tem depressão, ele fica assim quieto, gosta de ficar na dele, mas quando tá melhor conversa com todo mundo, os vizinhos já até sabem quando ele tá doente, porque fica tudo quieto lá no comércio e começam a perguntar... “cadê o Amoroso? Ih, ele já tá doente...”, já sabem. Mas tá muito melhor agora do que antes (Rosa).*

Tal mudança apontada pela família encontra ressonância nas lembranças de seu José ao narrar momentos desagradáveis desta época, mas também buscando justificar o motivo do uso de bebidas, nos levando a compreender que tinha um sentido de “socialização” para o mesmo, em que deixava a timidez de lado e se tornava um homem alegre, divertido, carismático, namorador e dançarino. No entanto, o que nos chamou a atenção durante esta narrativa, foi o fato deste ressaltar em seu discurso, que “nunca deixou de trabalhar”, como se o trabalho fosse o que resguardasse sua honra e tivesse o papel de redimir suas falhas.

*Eu bebia demais... bom, eu bebia, mas nunca deixei de trabalhar... dra. pra falar a verdade, eu bebia e ficava sem vergonha, eu bebia e era namorador... eu era dançarino, dançava nos clubes e eu era cheio de mulher... e era 3, 4 mulher, tudo amiga minha, eu era danado, confesso... mas a Rosa nunca tinha me*

*chamado a atenção... mas eu me tornei uma pessoa melhor depois que deixei de beber... melhor, parei pra pensar já com esse problema aí (José Amoroso).*

Ainda neste contexto de recontagem de sua história, José Amoroso apesar de acreditar que hoje é uma pessoa melhor com a família, traz em seu discurso outros elementos de um passado carregado de sentidos e significados quanto ao seu papel de “trabalhador”, pois além do sentido que nos referimos anteriormente, também toma força os sentidos de “homem provedor” e de “cabra macho”, ao destacar que o fato de não ter a mesma disposição de antigamente, também implica no seu atual estado de tristeza - “*é quando eu caio em depressão...*” - pontuando que tudo que possuem hoje foi fruto de seu trabalho junto com sua esposa:

*Eu já tive vários carros, fazia transporte... tudo isso foi nós que fizemos, um projeto nosso, eu carreguei esses tijolos na cabeça... mas eu digo isso, porque eu lembro dessa época que eu era trabalhador e hoje não tenho coragem pra fazer quase nada... (José Amoroso).*

Momento este oportuno para falarmos sobre os aspectos psicossociais na terceira idade, bem como sobre a depressão, visto que José Amoroso trouxe preocupações sobre alguns pensamentos que o incomodavam, tal como o fato de mesmo sabendo que é uma pessoa que não prejudica ninguém e sempre muito querido por seus próximos, ainda assim, os sentimentos de inferioridade e desamor surgem em sua mente.

*Eu sei que eles gostam de mim, toda minha família, parentes, amigos, a gente é muito conhecido... Mas eu tenho a impressão quando tô assim que ninguém gosta de mim! Olha, eu tenho isso na minha cabeça, que isso? Aí eu começo a me perguntar “o que foi que eu fiz meu deus pra ninguém gostar de mim?”. Só pode ser doença né? (José Amoroso).*

Diante do exposto, Novaes (1995) nos fala que considerando os aspectos psicossociais na velhice, a trajetória de vida representa o somatório de experiências e vivências, norteadas por valores, metas e modos pessoais de interpretar o mundo, de maneira que se faz evidente que a trama dos eventos e das circunstâncias desse percurso, trabalha juntamente com as condições ambientais. Somos, ao mesmo tempo, fruto de influências hereditárias, sociais e culturais que pontuam nossas opções e filosofia de vida.

Para a autora, a Terceira Idade, ou Nova Idade, como também é denominada, representa etapa importante para tal reflexão, pois nesse período comportamentos e atitudes refletem nitidamente aquilo que foi valorizado e assumido, destacando que estudos e pesquisas nesse campo comprovam que podem ocorrer várias “posturas” com um elenco de possibilidades. Dentre elas, identificamos na história de José a recaída constante em

estados de depressão e de vazio, ligados à sensação de inutilidade, insegurança e fracasso; e a recordação permanente de lembranças passadas, como uma forma de manter-se vivo.

Tendo como parâmetro estas contribuições teóricas, observamos que há a presença de pensamentos de mortes e ideações suicidas na história de vida de José, sendo estas as principais queixas que o levaram a iniciar o acompanhamento no CAPS, mas que hoje, apesar dos momentos de tristeza e desânimo, foram superadas, tendo a família como uma de suas motivações para continuar vivo.

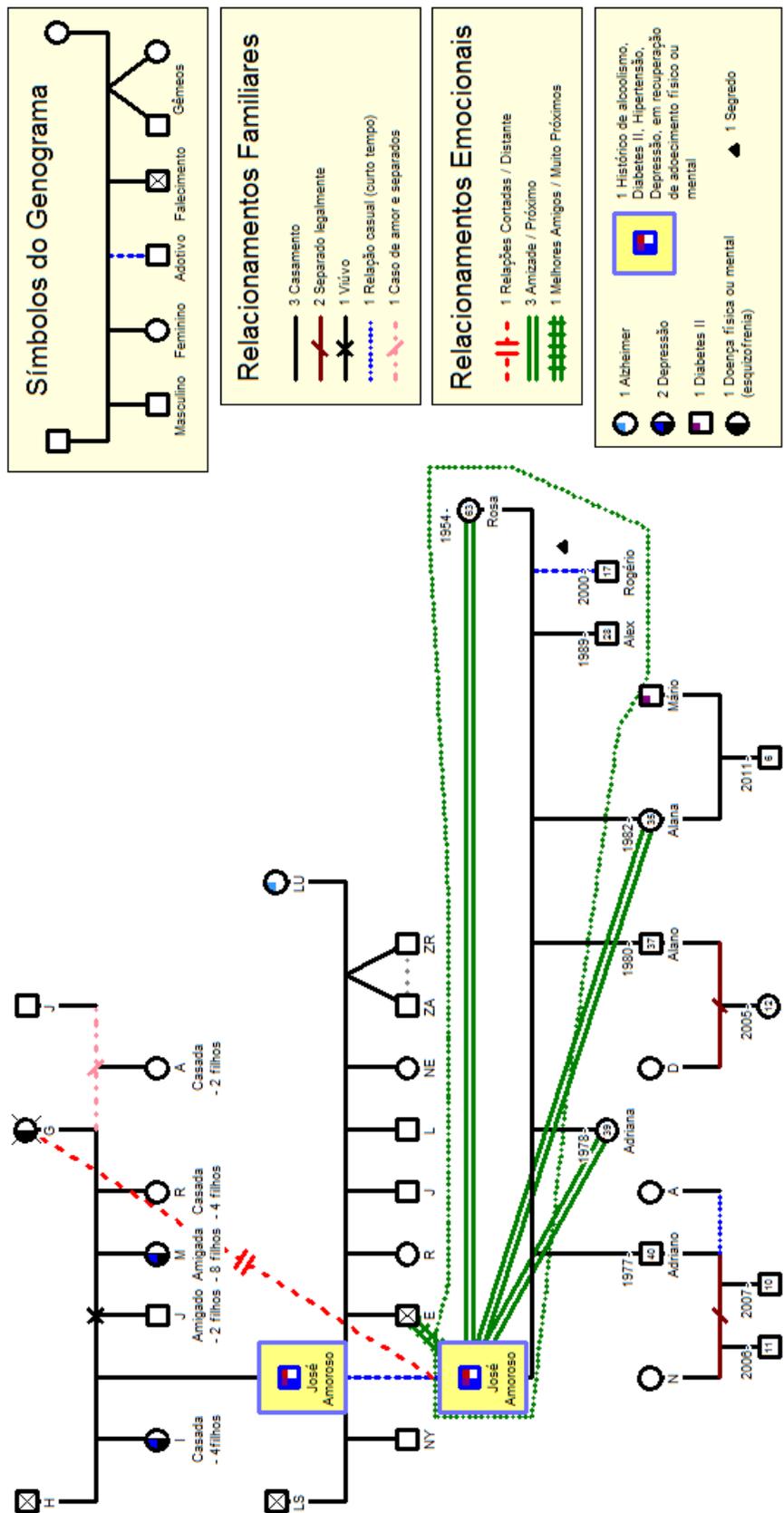
*Eu tenho certeza que hoje o Amoroso tá melhor, que ele só não foi à morte, porque a gente não abandonou ele e fazia de tudo pra ajudar... porque a nossa prima, que teve depressão também, foi à morte! Tinha de tudo, cheia de dinheiro e mesmo assim cometeu suicídio... deu um tiro na cabeça... ainda tentamos ajudar, mas já era tarde demais... já faz uns 5 anos! vixi, era terrível... não tomava banho de espécie alguma, ficava sujo, sujo... (Rosa).*

*É mesmo mãe... porque o papai ficou igual, lembro que teve uma época que ele gritava “eu quero morrer, eu quero morrer”, rolava na cama... ficava preto, a gente puxava ele do lençol pra dar banho... rum, não queria, não queria... isso bem antes do CAPS... agora ele já tá bem melhor (Alana).*

Após estas primeiras observações e análises, vimos o quanto o sofrimento psíquico faz parte da história e das lembranças não somente de seu José, mas de fato de toda a família, nesse processo sistêmico de afetar e ser afetado. Assim, buscando compreender melhor essa configuração familiar construímos o genograma coletivamente (Ver “Figura 2” na próxima página), sendo possível também lançar um olhar sobre a representação das relações em destaque e a presença de processos de saúde – doença – cuidados.

Como podemos observar, as relações conjugais na história familiar de seu José Amoroso são, em sua maioria, constituídas por casamentos duradouros e nas relações emocionais com os membros das famílias há a prevalência de vínculos de amizade e proximidade. Observamos ainda que seu José Amoroso, apesar de frisar que tem o apoio de todo seu núcleo familiar, dar destaque apenas às figuras femininas ao qualificar tais relações, o que nos leva a pensar que são estas as figuras que se destacam também no seu cuidado. No entanto, não podemos desconsiderar a existência de uma linha de conflito com a figura materna, também sendo qualificada de acordo com seu sentido de cuidado, como sendo uma relação “cortada” e “distante”. Vejamos:

Figura 2 - Genograma da Família do José Amoroso



Fonte: Notas de diário de campo (BARBOSA, 2016).

Outro ponto que merece destaque na análise do genograma é a presença de um “segredo de família” referente à adoção de seu filho caçula, 17 anos. Sobre a existência de segredos familiares, Camaratta (2012) afirma que por detrás destes segredos escondem-se muitos sentimentos e fantasias perturbadores e, por vezes, contraditórios, tais como orgulho, vaidade e vergonha; piedades e impiedades; crenças e valores desencontrados; discursos amorosos em favor de anseios egoístas; medo de causar um enorme sofrimento ao filho, de ser acusado por suas próprias impaciências ao serem reconhecidos como pais adotivos, de sofrer abandono, etc.

Nesse sentido, observamos que a esposa e filhos biológicos sabem do segredo e esta atitude encontra fundamento na própria história de vida de seu José Amoroso, pois mesmo sendo adotado por uma família cuidadora, considera que muitos acontecimentos e escolhas que fez em sua vida se explicam pelo fato da mãe tê-lo “dado” para terceiros, como visto anteriormente.

Ainda nesse contexto, no momento em que nos foi revelado tal segredo, seu José emocionou-se e justificou que não gostaria que o filho se sentisse “diferente” ou “rejeitado” pela mãe biológica, demonstrando preocupação com o estado psicológico do mesmo. Assim, observamos que seu José buscava minimizar os possíveis danos de uma adoção na vida do adolescente à sua maneira, acreditando que o melhor era aguardar a chegada da maioridade para conversar com o filho sobre o assunto e assim dá-lo o direito de decidir o que fazer diante dessa notícia, referindo-se a buscar ou não contato com a família de origem. Face a este acontecimento, retomo uma nota:

*O lugar de pesquisadora “observadora participante” tem se mostrado verdadeiro método etnográfico, pois me sinto estrangeira em alguns momentos no campo, mas também fazendo parte destas cenas, implicada nestes processos, havendo momentos que tenho a impressão que as famílias também me veem como membro dessa dinâmica, revelando-me segredos, convidando-me para passeios, oferecendo-me suas acolhidas e histórias de vida. Sou muito grata pelo que estou vivenciando. Espero também tê-los demonstrado essa gratidão (Diário de campo, notas reflexivas, 15/09/2017).*

Por fim, as narrativas das duas famílias nos aproximaram de ricas histórias de vida e de relações sistêmicas que formaram a base das observações que em seguida apresentaremos, dando enfoque nesse momento às dinâmicas cotidianas vivenciadas em cada núcleo familiar. É o que veremos a seguir.

***Cena 3 – Os “dramas familiares” em evidência: Acompanhando a dinâmica familiar e observando os fatores incidentes em seus cotidianos de cuidado.***

Para Minuchin e cols. (2008) a família é o contexto privilegiado no qual as pessoas podem se expressar mais inteiramente em toda a sua complexidade. Assim, a interação que acontece no cotidiano da dinâmica familiar, com seu potencial tanto para a destruição quanto para o cuidado, ocupa lugar central de nossa observação neste tópico de análise, pois entendemos que a vida familiar é tanto história quanto drama. Como história, a vida familiar revela-se com o tempo, tem um passado expresso nas histórias contadas pelos personagens e constitui-se em uma *trama*, tal como vimos no tópico anterior. E como *drama*, a vida familiar também é espacial, em que os membros se comunicam uns com os outros por gestos e por afeto, assim como por palavras.

Dito isto, dentre os vários momentos vivenciados em campo, adentrar o espaço doméstico, participar do cotidiano das famílias com um olhar de pesquisadores, além de enriquecedor, foi outro desafio. Assim, considerando tais experiências, buscaremos observar nestas cenas os fatores que incidem na dinâmica familiar cotidiana de cuidados das famílias participantes.

**Dinâmica familiar na casa de Maria: seja bem-vindo ao “furacão de emoções”**

A dinâmica que aqui destacaremos teve como cenário primário a casa de Maria da Fé, um imóvel próprio construído em área de invasão, composto de dois andares, sendo o térreo de alvenaria e os altos de madeira, dividido em dois pequenos cômodos cada um (térreo: sala-cozinha, banheiro; altos: dois quartos), residindo a Maria da Fé e seu filho Jorge Marcos.

Iniciando nossa imersão neste cenário, sentimo-nos adentrando um ambiente que não sabíamos por onde caminhar, pois de longe, a dinâmica familiar de Maria da Fé faziamos lembrar de um furacão: caótico, turbulento, levando quem estivesse no caminho, deixando marcas e rastros de sua passagem. No entanto, ao nos aproximarmos, apesar de todas as falas negativas que Maria levava ao serviço do CAPS referente ao seu lar, fomos acolhidos com afeto e orgulho pela mesma, guiando-nos para dentro de sua vida cotidiana, de seu drama, com direito às dores e aos amores, e às turbulências nas travessias entre o caos e a calma de sua dinâmica familiar.

Assim, dona Maria da Fé nos levou pelos cômodos, falando sobre cada um, pedindo que sentássemos na rede e escutássemos de suas músicas que estavam a tocar em alto e bom tom, como que se quisesse dar as boas-vindas de forma entusiasmada. Contudo, ainda que com a alegre melodia do som ambiente, dentre os detalhes que chamou nossa atenção, destacamos a presença da corrente e cadeado logo na entrada da casa, presa à cama de Jorge Marcos, posicionada no canto esquerdo da sala-cozinha. Na ocasião, Jorge estava dormindo e percebemos que “*não estava acorrentado*”.

Não estar acorrentado parece não ser “o normal” nessa dinâmica, pois segundo Maria, o mesmo estava sob efeito de medicação, por isso estava dormindo e sem corrente, visto que nos dias anteriores, durante o feriado prologando da semana da Pátria, sensibilizada pela situação do filho, o tirou da corrente e o levou para andar pela rua. Mas por um descuido, o filho “*fugiu*” de sua visão e só retornou pela noite, impregnado de cheiro de álcool, cambaleando, descalço e com roupas que não eram suas. Diante desta situação, Maria o recebeu com “*muita raiva*” e entraram em uma briga corporal, resultando em uma queda que machucou a cabeça do filho. Assim, Maria chamou o SAMU e o levaram ao pronto-socorro onde recebeu pontos na cabeça.

*Ontem ele tava que eu não aguentava de fedido... ele vem podre Nayandra, parece carne estragada... um cheiro entranhado nele, não adianta dar banho... num sai não... e ainda vem com roupa dos outros... tinha comprado um chinelo e short novinho pra ele, e assim que ele agradece, trocando por bebida.. tem horas que não aguento mais (Maria da Fé).*

Indagada sobre o porquê de não ter acionado os familiares que residem próximo, Maria da Fé destacou que não pode contar com eles quando se trata de Jorge Marcos, referindo-se principalmente ao filho Gilson. Nesse momento, retomamos algumas colocações de Jeane, esposa de Gilson, a qual já havia apontado que a família de Maria, como um todo, não é de ajudar um ao outro e que “*só sabem julgar, apontar os defeitos e cobrar*” (*sic*), mas que dar apoio não é da natureza “deles”. Situação que a leva a preferir não se envolver nas questões de família, mas que ainda assim sempre tem alguém reclamando na porta de sua casa, sobretudo, cobrando atitudes de seu marido.

No que tange a esta realidade da família, Jeane diz não concordar, mas pontua que a família estendida culpabiliza dona Maria da Fé pelo adoecimento de Jorge Marcos, fazendo alusão aos momentos em que a referida sogra levou o cunhado ao CPER, além de recordar alguns comportamentos da mesma que possam estar de fato interferindo na piora do quadro e na não responsabilização de Jorge Marcos por seu próprio estado de saúde, ressaltando que:

*Ela faz tudo por ele, não responsabiliza ele, dá comida, dá banho, dá cigarro, a corrente é só um detalhe, porque ele tem tudo que quer... entendeu? Aí ele fica mal-acostumado e não quer se tratar também, não quer ficar bom... parece que só tá esperando morrer... eu não acho certo a corrente, mas não tem outro jeito. Ele foge de todo lugar que ela leva pra tratar, não quer ficar bom mesmo não né? (Jeane).*

Maria da Fé, nesse momento, destaca que o filho Gilson também não concorda com suas atitudes de fazer tudo por Jorge Marcos, mas é a favor que o irmão fique “*preso em casa*”, tendo episódios recorrentes de brigas com a genitora a esse respeito, sobretudo quando ela quer “*soltá-lo*”, recebendo avisos hostis de que caso opte por retirar a corrente, o problema será somente dela, ressaltando que depois “*não venha pedir ajuda*” (*sic*), nos levando a pensar que Gilson exerce uma relação de poder e autoridade na família, tal como nos fala Romanelli (2002) e Arendt (2005).

Percebemos também que Maria da Fé vive momentos de grandes contradições. Por um lado, quer deixar o filho livre, por outro, recebe “*ameaças*” e “*julgamentos*” dos outros membros da família por suas atitudes. Particularmente sobre seu relacionamento com o filho Gilson, tenta “*obedecê-lo*” porque mesmo diante de todo o conflito da relação materno-filial, este é o único filho dentre os três, segundo a mesma, “*que ainda ajuda, que é trabalhador, que tem uma esposa, filhos, que busca melhorar de vida*” (*sic*).

Ao ouvir tais narrativas, sentimos a necessidade de esclarecer algumas questões sobre a atual situação de saúde da dona Maria da Fé e de seu filho Jorge Marcos, sendo trazido por Jeane o olhar de que não há um entendimento claro na família do fato que ambos possuem comorbidades clínicas e psiquiátricas. Expressão que vem a corroborar com as narrativas e observações no primeiro momento destas análises, quanto à dificuldade de Maria obter apoio da família em sua dinâmica cotidiana de cuidado, independente de ser em prol de Jorge ou de si, havendo implicações negativas neste processo sistêmico de adoecimento-cuidado-saúde da família.

Outros detalhes que observamos pela casa, foram que nas paredes de seu quarto tinham recados de um ex-companheiro, o qual a acompanhou durante suas primeiras buscas para atendimento à saúde tanto para si quanto para seu filho Jorge Marcos. No entanto, devido às brigas rotineiras entre o ex-companheiro e o referido filho, Maria reconhece que sempre tomava partido do filho, chegando a ser agressiva e expulsando-o de sua residência por diversas vezes, sendo esta a dinâmica da casa até o dia em que o referido companheiro optou por “*ir embora de vez*” (*sic*). Fato este que encontra ressonância nas

frases deixadas pelas paredes: “*you vai se arrepender*”, “*eu te dei todo meu amor e você jogou fora*”, “*não voltarei e tenho pena de você*”.

Ao indagarmos se houve melhora na dinâmica da casa com a saída do ex-companheiro, Maria da Fé demonstra dúvidas, pois apesar das constantes brigas entre os mesmos, não se sentia sozinha quando tinha este relacionamento, sentimento este que tem tornado seus dias mais difíceis. Fala com carinho ao relembrar momentos de companheirismo, mas ressalta que não tem volta, pois o mesmo já possui outro relacionamento. Nesse momento, também nos relewa que tem um relacionamento de amizade e de amor há anos com um senhor chamado Mirel, o qual nutre grande carinho, além de receber ajuda financeira do mesmo.

*O Mirel tá na minha vida não sei nem quanto tempo... ele é casado, mas ele sempre me ajudou... hãh? Quando preciso, ligo pra ele, ele tem um grande coração. Eu ajudo ele também... mas eu aqui e ele lá (Maria da Fé).*

Este relacionamento surgiu como algo novo na história que Maria da Fé vinha nos apresentando desde seu acompanhamento no CAPS e pelas articulações de rede, o que nos leva a pensar que vivenciar sua dinâmica doméstica, aproximar-se de seu cotidiano, foi fator essencial para sentir-se mais acolhida e a vontade para falar de tal relacionamento, não omitindo o fato deste ser uma relação extraconjugal por parte de Mirel, levando-a a qualificar esse vínculo muito mais como amizade e apoio, do que como amoroso e sexualizado, visto que há anos não mantêm relações íntimas com o mesmo.

No centro destas observações e conversações, vimos uma senhora inicialmente sofrida com as histórias que foram sendo recontadas com a ajuda de Jeane, transformar-se em uma senhora dona de sua história, ainda viva, ainda vivida, que apesar das lutas diárias, ainda se apaixona, ainda se encanta e que ainda acredita na mudança do filho.

Nesse contexto, observamos que mesmo havendo em seu discurso a existência de falas negativas, de pensamentos “perturbadores” e dos choros, conseguimos perceber também a coexistência de falas de apoio, dos sentimentos de esperança e fé, além de muitos sorrisos. Então nos indagamos: “*Seriam os sintomas da bipolaridade?*” Talvez, mas ainda preferimos acreditar que sejam apenas cenas da vida de um sujeito dotadas de seus sentidos e de significados, de experiências e de transformações, de encontros e de desencontros, que afetam quem se permite aproximar-se desse “furacão de emoções”.

E assim, após essa difícil travessia, de tempestades e de pouco abrigo, imaginamos ter chegado ao olho do furacão em determinados momentos destas conversações, pois no embalo de sua rede, tudo ficou mais calmo, os barulhos se tornaram outros, não havia

tempestade, mas havia um silêncio desafiador, um pedido de ajuda não dito, estávamos então em um lugar tranquilo em que fomos convidados a permanecer para não nos machucarmos em uma nova travessia para o lado de fora. Mas lá não podíamos ficar, precisávamos atravessar e retornar para o lado de cá, e talvez fosse inevitável não sairmos também machucados, afetados.

E essa foi a experiência das observações participantes na dinâmica familiar de dona Maria da Fé, pois após duas visitas domiciliares, não conseguimos retornar pela terceira vez à residência da família, primeiramente pela situação do cárcere que se tornou real aos nossos olhos, colocando-nos em um lugar de cúmplices de sua dor e de suas atitudes para com o filho, bem como por Maria da Fé encontrar em nós uma figura de apoio e escuta *in locu* de suas demandas, com fins terapêuticos, tendo dificuldades de compreender nosso papel enquanto pesquisadores observadores participantes, por vezes entrando em contato pelo telefone disponibilizado no TCLE, solicitando-nos que fôssemos até sua residência, que intermediássemos um atendimento de emergência no CPER para Jorge Marcos ou a internação compulsória fora do estado, ou ainda que “obrigássemos” o filho Gilson a levar o irmão ao CAPS AD.

Diante de tais situações, dialogamos com a equipe do CAPS no qual Maria da Fé faz acompanhamento e trouxemos as primeiras análises das observações participantes realizadas *in locu*, sendo possibilitadas novas articulações da equipe com outros pontos de atenção da rede em prol da família, face às inúmeras demandas trazidas pela mesma. Dessa maneira, durante o período de campo passamos a acompanhar a dinâmica familiar de cuidado muito mais nas articulações de rede e na busca da mesma aos serviços, em situações de intervenção das referidas equipes. Esta dinâmica, na verdade, caracterizou-se como a real dinâmica cotidiana de cuidados de Maria da Fé, ou seja, não é dentro de casa que ela acontece, é no território, na rua, nas instituições, as quais destacaremos na próxima subcategoria, após analisarmos a dinâmica familiar de seu José Amoroso.

### **Dinâmica familiar na casa de José: seja bem-vindo ao “cata-vento de humores”**

Nosso segundo cenário se refere à casa de José e dona Rosa, um imóvel próprio, construído por ambos ao longo dos anos depois de casados. A casa é estruturada em dois andares de alvenaria, sendo o térreo uma área comercial, onde encontramos o mercadinho do seu José Amoroso e uma quitinete em que um dos filhos reside. Já o andar superior,

caracteriza-se como o ambiente doméstico, composto por uma varanda na entrada, dando-nos acesso à sala de estar, cozinha, banheiro e dois quartos, sendo um do casal e o outro compartilhado entre os dois filhos caçulas (Alex – 28a; Rogério – 17a).

Ao dar continuidade à nossa imersão no cotidiano doméstico, chegando à residência da família logo percebemos a presença de seu José Amoroso sentado em sua cadeira de balanço, cochilando em seu mercadinho, da mesma maneira em que o encontramos na primeira visita. Com o mesmo cuidado em anunciar nossa chegada, batemos palma de forma suave e o chamamos pelo nome. Mas algo havia mudado, ao nos ver não houve aquele sorriso e nem a acolhida acalorada e festiva que havia marcado nosso encontro no dia da apresentação do projeto. E dando respaldo a essa observação, seu José logo nos relatou *“hoje não tô bem, tô aqui fazendo um esforço pra não ficar na cama”* (sic).

Diante desta narrativa, indagamos se ele gostaria de conversar a respeito, se podíamos ajudá-lo de alguma maneira ou se preferiria ficar sozinho, sendo esclarecido que não nos importariamos em retornar outro dia se assim ele desejasse. Em resposta seu José agradeceu nossa preocupação e disse que poderíamos subir para conversamos na sala de estar da casa, pois dona Rosa já estava também nos esperando.

Assim, pedindo desculpas, mas também pedindo que não fossemos embora e continuássemos conversando com a esposa, seu José deitou-se no sofá sem cerimônia, fechou os olhos e pôs-se a cochilar. Em seguida, dona Rosa veio até nós e falando baixinho disse que estava nos esperando, mas que José passou a semana sentindo-se mal, entristecido e queixando-se de dor de cabeça.

Aceitando o convite para permanecermos na residência, a queixa do seu José Amoroso e seu atual estado de humor, passou a ser o centro das conversações neste dia, pois foi visualmente perceptível a mudança do seu José, tanto na aparência, quanto no comportamento, bem como a mudança na dinâmica da casa. Não haviam pessoas na varanda, não haviam risos soltos e abraços de boas-vindas, não havia “gente”, tudo pareceu muito tranquilo, silencioso e, inclusive, o tom de voz dos que ali estavam se tornaram quase sussurros, numa tentativa de não quebrar esse silêncio que pairava no ar, substituindo o aroma do café que outrora nos encantou.

Tal observação nos levou a refletir sobre a dinâmica familiar de quando seu José Amoroso “adoece”, de maneira que conseguimos pensar na analogia da casa como um “cata-vento de humores”, pois esta dinâmica cotidiana parece mudar facilmente de direção e de acordo com o humor de José, de seu estado de ânimo e de como conseguem lidar com

esses momentos, desde a hora que acorda, quanto às alimentações diárias, bem como as responsabilidades cotidianas.

*Quando ele tá assim, eu deixo ele quieto, pergunto se ele quer comer... mas ele nunca quer... pergunto se quer um chá... mas ele diz que nada entra, ele não come nada nada nada (...) Muda a rotina mesmo, aí ele já é tão acostumado que se preocupa se não for lá comprar na feira as coisas aqui pra casa, aí eu ainda digo que não precisa, que a gente come outra coisa, faz uma conserva, frita um ovo, ele não come mesmo, rs... (Rosa).*

Nesse momento, seu José abriu os olhos e contribuiu com nossos diálogos, ressaltando que “*eu até emagreço! Aí de manhã não tomo café, não merendo, não almoço, não janto... vou melhorando esse horário do dia*”... referindo-se ao horários das 18h, complementando ainda que “*na hora que você vê comida na mesa pronta, você olha e não tem apetite, não tem ânimo... chega a me dar raiva quando ela me chama pra comer... pelo amor de deus não me chame, me deixe quieto que é melhor*”, sendo possível perceber o quanto simples tarefas do cotidiano se tornam pesadas.

Ainda neste contexto, interessante observar que a questão da falta de apetite fez dona Rosa retomar o cuidado necessário aos quadros de diabetes e hipertensão.

*Eu já chamei atenção dele também da alimentação, porque quando ele tá bem, ele também facilita... gosta de comer ovo frito, eu já até proibi por causa da diabetes e da pressão alta, não pode tá comendo fritura, eu proibo, digo aqui na cara dele, deus oh livre, ele fica dizendo “deixa eu comer, não sei o que...” eu brigo com ele, rum, mas ele fica bravo comigo (Rosa).*

A narrativa do casal demonstrou a existência de uma preocupação real, legítima e consistente sobre como alguns comportamentos adotados nestes períodos de oscilações de humor podem ocasionar danos irreversíveis na qualidade de vida de seu José. No entanto, ao trazer tais preocupações, a relação conjugal também é afetada, gerando brigas entre os mesmos, pois ora não come nada, ora quer comer até o que não pode, resultando em algum nível na “cronicidade” das problemáticas de saúde.

No contexto da saúde, Mendes (2012) define condições crônicas como sendo circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistente e que exigem respostas sociais proativas, reativas, episódicas ou contínuas, fragmentadas ou integradas, dos sistemas de atenção à saúde e dos sujeitos do cuidado.

Em contribuição a esta temática, concordamos com a concepção de Barros (2012) ao apontar que a condição crônica de saúde não é apenas processo biológico, uma vez que se trata, na verdade, de uma experiência que afeta a vida do sujeito e suas ações de forma integral. Tal ideia encontra embasamento na concepção de que há também a influência do modo e qualidade de vida, em que a religião, educação, as condições sociais e econômicas

são fatores que podem determinar a atitude dos sujeitos frente aos acontecimentos da vida e afetar a sua forma de compreendê-los, como o próprio processo de adoecimento.

Nesse sentido, em um dos momentos de encontros familiares, seu José Amoroso compartilhou conosco seu olhar quanto ao seu processo de adoecimento, dando destaque à depressão e o quanto isso afeta sua vida.

*Dra. é que a depressão, eu tenho a impressão que é quando me dar mal estar, moleza, até disenteria... dor de cabeça, dá tontura... rapaz é uma complicação... aí eu fico pensando assim, poxa eu sou camarada até feliz né? Tenho uma família com estrutura, tenho meus filhos que me respeitam, financeiramente a gente vive bem, graças a deus, porque que tô desse jeito? (...) Digamos assim, eu moro aqui há 40 e tal anos, sou muito conhecido... então quando eu tô assim e eu chego naquela feira da Panair, me chamam de Zé, meu apelido... aonde eu chego, vem um monte de gente pra perto de mim e eu encontro um jeito de escapular às vezes, minha nossa... me agonio... Eu me esforço, eu saio de manhã pra ir na feira, eu vou na banca com ela (se referindo à esposa) de tarde, é isso... mas tem hora que me falta coragem (José Amoroso).*

Outro ponto que observamos durante as conversações em família refere-se ao modo como os membros da família compreendem a depressão de seu Amoroso e como estes aprenderam a conviver com o mesmo nos momentos de “crise”.

*É uma dor de cabeça que não para, digo pra ele ir tomar banho com água bem geladinha, tentar tirar isso da cabeça dele, se refrescar, depois sentar aqui na varanda perto de mim, deixar as preocupações pra lá que depois a gente resolve, rum... mas é mesmo que nada, difícil (...) No início ninguém entendia, mas agora já sabem que ele não fica assim porque quer... a gente já deixa ele quieto, não insiste muito, mas mesmo quando ele tá assim, ele gosta de ir lá pro comércio... aquele comércio é a vida dele. Mas não adianta muito, ele fica lá dormindo na cadeira, tu viu né?... é assim, não levanta pra vender... digo pra ele ficar aqui em casa, pra não ir, não precisa abrir quando tá assim, mas ele não escuta (Rosa).*

Esta fala nos leva a retomar as narrativas outrora trazidas pela família quanto à procura por uma explicação para o aparecimento dos sintomas depressivos na história de vida do seu José Amoroso, pois ao analisarmos o conjunto destas conversações, observamos o quanto a família estar imersa em torno deste processo de adoecimento e de sua sintomatologia, buscando formas de compreensão e de lidar com as demandas de seu ente adoecido, de maneira que o tomam como prioridade em seus dias, organizando suas vidas mediante seu estado de saúde e seu estado de “humor”, mesmo daqueles que não residem consigo, mas que são figuras do seu cuidado, como podemos observar em algumas falas da filha Alana em um dos encontros:

*Nayandra, meu dia é assim... de manhã eu acordo e meu marido já pergunta se liguei pro meu pai... aí ligo e pergunto da mamãe como ele tá, se ela diz que tá bem eu fico tranquila e aí começa meu dia de trabalho (...) A dificuldade é essa, eu com essa minha vida que é uma correria... fica difícil eu dar esse suporte como eu gostaria, geralmente em venho mais no fim de semana, mais no sábado, no domingo não... pra mim já é mais complicado, mas eu dou um jeito... Mas*

*quando eu não consigo, o restante da família dar conta, porque tão aqui mais perto... ou a mamãe me liga... mas assim, eu vejo assim, que também acho que ele precisa ter mais força de vontade, eu acho... né pai? Ou não? (Alana).*

Diante desta problemática, José desabafa:

*Filha, Deus do céu que me perdoe, mas chega uma hora que a gente cansa! Agora não penso mais em morrer como pensava antes, mas fico pensando assim, que tudo pra mim é dificultoso, sabe?... penso assim “minha nossa senhora eu tenho que tomar banho”, se eu tenho que ir na feira comprar uma comida, penso “como é que eu vou?” eu não tenho coragem... mas eu não peço pros meu filhos irem porque tenho que me esforçar mesmo... (José Amoroso).*

Estes últimos trechos das conversações entre pai e filha nos fez entender que apesar da família compreender a presença do sofrimento psíquico na vida de seu José Amoroso, ainda considera que o mesmo não se esforça o bastante em prol de sua melhoria. O que surge como contraditório nas falas entre os familiares, pois por um lado dona Rosa diz para que este fique em casa, não saia, fique sossegado, mas por outro, a filha espera que ele faça caminhadas, que não fique deitado, que “se esforce” e mantenha suas atividades cotidianas normalmente. Por fim, o que observamos é que todo o núcleo familiar fica a mercê de como estará José quando acordar, para onde o cata-vento irá girar e que ventos irão soprar diante da realidade e rotina de seu lar.

Desse modo, nossas análises da dinâmica familiar de ambas as famílias vêm ao encontro do pensamento de Rapizo (2002) ao apontar que os sistemas vivos, tal como as famílias, são sistemas que tendem a manter estáveis certas premissas básicas de seu funcionamento, mas a explicação para isso não estaria no conceito de controle, e sim no padrão que conecta as partes do sistema ou na coerência que este adquire em sua história. Ou seja, um elemento do sistema não controla o outro, eles apenas encontram uma “dança” compatível que permite a continuidade da relação. Para a autora, nesta “dança” são suscitados comportamentos de cada elemento do sistema, que tendem a se repetir e a mudar com o contato com diferenças que possam ser incorporadas à “dança” já existente, mudando por sua vez a própria “dança”, ou melhor, a própria dinâmica.

Por fim, nessa tentativa de compreender e demonstrar esses aspectos que emergem no cotidiano do cuidado *in locu* e dos fatores incidentes nessas dinâmicas familiares, acreditamos que os serviços poderão atuar de forma mais efetiva e dar o suporte necessário às demandas dessas famílias, dando também visibilidade às potencialidades do cuidado em âmbito familiar e no território desses sujeitos. Ou seja, um cuidado, um território e uma rede que faça sentido para eles - sujeitos e seus familiares.

Nesse contexto, relembramos que no campo da saúde mental, costumam-se denominar de rede as pessoas e as coisas com as quais esses sujeitos se relacionam, e de território esse lugar que cada um de nós inventa para viver (LEAL e DELGADO, 2007 *apud* JORGE *et al*, 2014). Sendo assim, pode-se dizer que toda pessoa, mesmo as mais adoecidas psiquicamente, têm alguma rede e algum território. Destarte, seguimos para a subcategoria que nos proporcionará revisitar estes territórios e conhecer as redes de cuidado de nossos sujeitos e famílias participantes.

### **3.2.2 O cuidado das famílias no cotidiano de seu território: Entre sentidos e (re)significados na dinâmica de *rede viva*.**

Dando início a esta subcategoria, retomamos Gutierrez (2014) para afirmar que partimos do entendimento de que a família precisa ser vista e compreendida não somente a partir de seu interior e das relações entre seus membros dentro de um fluxo histórico de tempo, mas também em suas relações com outras instituições, grupos e atores sociais que lhe estão externos, porém, com os quais interatua constantemente, trocando energia e informação de modo a facilitar ou não seu desenvolvimento.

Dito isto, após vivenciarmos a dinâmica familiar em âmbito domiciliar, nesta subcategoria daremos destaque às narrativas e observações que nos levam para além do espaço doméstico, mas ainda assim considerando a *dinâmica da rede de cuidados a partir da lógica das famílias participantes*, constituindo-se em uma *dinâmica de rede viva* ao nos debruçarmos na análise das *trajetórias de cuidados em território* e na ativação das *redes de apoio significativas* destas famílias, conhecendo suas razões, motivações e necessidades que as conduzem por determinados caminhos e não outros.

Vale destacar que entendemos este *território* como um espaço habitado, marcado pela subjetividade humana, pelas relações afetivas e de pertencimento, que nos leva a uma noção dinâmica, fluida, viva, pulsante e mutante desse território, de maneira que conhecê-lo é condição essencial para a promoção de um cuidado, desde o planejamento de estratégias cotidianas a políticas públicas (SUNDFELD, 2010).

Ressalta-se mediante o esforço de definição deste conceito, que não basta, para se conhecer a rede e o território de alguém, conhecer sua casa, os seus parentes, a sua rua e o seu bairro. É preciso principalmente identificar como esse sujeito se relaciona com as pessoas e como ocupa os espaços. Portanto, em nosso estudo, fez-se fundamental conhecer

as relações afetivas, as trocas e as tensões a partir do olhar das famílias participantes, pois entendemos que esse emaranhado que compõe o território do sujeito e de sua família, pode ser compreendido em sua complexidade quando somos convidados a revisitá-lo, tendo como fio condutor as próprias vinculações e sentidos que emergem das experiências e contatos realizados em suas *trajetórias de cuidado individuais e coletivos*, sendo estas as que apresentaremos a seguir.

***Cena 1 - As “trajetórias de cuidado” em foco: Construindo o ecomapa e revisitando seus territórios subjetivos em família.***

Para iniciar a apresentação destas trajetórias, encontramos em Rolnick (2006) o conceito de territórios existenciais como sendo o processo de construção e desconstrução de territórios, referindo-se ao que tem dentro de cada sujeito, definindo sua forma de significar e interagir com o mundo. A autora nos diz que esse agir diante da vida é singular, de cada um, e por isso mesmo é múltiplo, pois temos sempre tantos mundos dentro de nós quantos são aqueles que o habitam, sendo esta concepção que irá definir se o cuidado que se produz é de um jeito ou de outro e, de certa forma, se uma trajetória é percorrida atrelada a sentidos de cuidados significados de um modo ou de outro.

Trazendo esta concepção para o mundo do cuidado em saúde, compreendemos que o fato do “território existencial” habitar o *sujeito*, podemos igualmente nomeá-lo de “território subjetivo”, e significa também dizer que independente de onde o sujeito estiver, seja na atenção básica, na atenção especializada, no domicílio ou na comunidade, este irá produzir o tipo de cuidado que se inscreve no seu universo como uma ética, modo de ser no mundo, noções estas que devem ser consideradas pelos pontos por onde passam em busca de um mesmo cuidado que faça sentido para si.

Face ao exposto, nessa subcategoria também demonstraremos o ecomapa que construímos coletivamente com cada uma das famílias participantes como forma de subsidiar nossas análises de suas trajetórias de cuidado, lançando um olhar sobre quem são os principais atores de cuidados, além de observar as forças e qualidades das ligações das famílias com os serviços que aparecem nos territórios subjetivos de dona *Maria da Fé* e seu *José Amoroso*. Para tanto, vejamos as trajetórias de cada um.

**Trajetórias de Maria da Fé: emanando conexões e (des)territorializando  
o cuidado na “cidade”**

Ao nos determos na observação da trajetória terapêutica de Maria da Fé por meio de nossas conversações e análise do ecomapa, podemos dizer que Maria é o caso do “familiar cuidador” que adoeceu, uma vez que ao revisitarmos os pontos de atenção que aparecem como significativos em suas lembranças, a trajetória de cuidados de Maria é construída de forma implicada à trajetória de seu filho Jorge Marcos.

Outro indicativo que oferece sustentação à nossa análise é o fato das demandas que a levaram e ainda a levam a maioria dos serviços possuírem uma correlação, direta ou indiretamente, com as demandas do referido filho, pois ora busca atendimento para Jorge Marcos, ora busca atendimento para si, mas ainda assim levando demandas que se justificam pela situação do mesmo. Tais observações nos faz refletir que em meio a esse mix de demandas, Maria da Fé demonstra ter consciência da necessidade de um acompanhamento especializado para ambos. Ou seja, não ter o apoio efetivo dos outros membros da família, não é motivo para que Maria da Fé deixe de procurar “respostas” e “resoluções” para suas demandas em vários pontos da cidade.

No entanto, considerando os territórios subjetivos de Maria da Fé e seu modo de ser no mundo, temos em nossa frente uma pessoa que acredita na mudança e na potencialidade de um cuidado, o qual na relação com o filho foi construído com um sentido pautado na privação de liberdade como forma de também privá-lo do uso abusivo de álcool e de outras drogas. Por tal razão, passamos a entender a importância da internação compulsória na concepção de Maria da Fé em relação ao filho.

Retomamos esta realidade da família para demonstrar que o ambiente familiar se torna adoecedor e pesaroso para a convivência entre os dois, o que leva Maria demonstrar preferência pelo ambiente externo a casa, pois como já observado anteriormente, sua dinâmica cotidiana é na rua, na comunidade, na cidade, nos serviços onde encontra apoio.

Dentre estes serviços, foi possível acompanhá-la no atendimento recebido no CAPS AD e no setor de direitos humanos da SEMMASDH, ambas as intervenções com a presença de um profissional do CAPS III em que Maria realiza seu acompanhamento. No geral, observamos que há uma preocupação das equipes em auxiliá-la face aos mais diversos contextos: familiar, trabalhista, jurídico e educacional, não se fixando nas demandas de saúde, sendo este um ponto positivo a ser ressaltado.

No entanto, logo percebemos a dificuldade de Maria da Fé seguir os “combinados” (*sic*) com os profissionais em relação às orientações realizadas, de maneira que essa conduta parece ser sempre a esperada, o que reforça a construção de um olhar de culpabilização de Maria pela situação do filho também no contexto institucional, sendo nítido o “cansaço” expressado pelos profissionais após a sua saída e ao discutirem o caso em busca de novas estratégias, exigindo-se movimentos de desterritorialização destas equipes, tanto no sentido de sair de seus supostos saberes, como de dentro das instituições, em coerência com Gomes e Merhy (2014).

Nesse momento, retomo algumas notas de falas registradas em diário de campo:

*Acho que ela é manipuladora... tem ganhos secundários... quer que ele melhore, mas não colabora...(Psiquiatra).*

*Ela precisa se responsabilizar e nós darmos tempo para o protagonismo deles... (Assistente Social).*

*Também tem que parar de ir nos vários pontos, pulveriza o cuidado, gasta energia a toa...tem que potencializar os pontos que já ajudam e conhecem a história, como os CAPS... (Psicóloga).*

Face ao exposto, também retomamos uma nota reflexiva de muitas inquietações:

*Ando angustiada com o desdobramento do caso de Maria da Fé... quando as coisas andam em atenção às demandas levadas aos serviços, acontece algo que os avanços do caso parecem retornar à “estaca zero”. Os serviços tentam ajudá-la, mas não há resolutividade... por mais que eles considerem os aspectos psicossociais, a complexidade da demanda não minimiza... Já foram tentados diálogos com a família, internações compulsórias, mas a família não comparece e Jorge já “fugiu” 3 vezes. Hoje as equipes verbalizaram não ver a necessidade dessa internação, numa tentativa de resgate de subjetividade e cidadania desse sujeito. Também agora parecem duvidar da gravidade do quadro e do comportamento autodestrutivo de Jorge verbalizado por Maria, pois mesmo quando ele sai para beber, nos poucos momentos em que a mãe o deixa “livre”, este encontra o caminho de volta para casa, assim como nos episódios de “fuga” das internações, é para casa que ele vai. No entanto, percebo que as equipes querem ajudar, mas ele não chega até o serviço, segundo Maria por “não querer”, e os CAPSs em geral não trabalham com condutas compulsórias. Então como trazê-lo até o CAPS AD para esse cuidado mais humanizado? Levanta-se a hipótese de buscá-lo na residência com o transporte do serviço, mas aí surgem outras questões sobre a responsabilização e o protagonismo dos mesmos, em detrimento à tutela e ao assistencialismo. E mais uma vez, não há uma resposta concreta às demandas desta família (Diário de campo, notas reflexivas, 20/09/201).*

Estas falas e nota reflexiva demonstram que há uma descrença quanto às demandas que Maria da Fé verbaliza e no que realmente acontece dentro da casa quando estão somente ela e Jorge Marcos, pois as visitas domiciliares realizadas tanto pelo CAPS AD, como pelo CAPS III, com o intuito de atender as demandas judiciais e de saúde, não obtiveram êxito por muito tempo, pois só conseguiam atender as demandas emergentes

como, por exemplo, a avaliação psiquiátrica, o laudo médico, a prescrição das medicações e o compromisso em ofertar um cuidado especializado em âmbito institucional e em articulação com serviços do território.

Assim, também foi realizada a discussão do caso com a UBS de referência, com o intuito de minimizar os danos da falta de um acompanhamento regular ao caso face à dificuldade de Maria em colocar em prática as orientações em geral e, sobretudo, quanto ao uso correto da medicação, pois foi verificado *in locu* que a mesma misturava os seus remédios aos do filho, ministrando-os de forma irregular. Nesse sentido, em diálogo com a UBS, fomos recebidos pela ACS e o médico clínico da unidade, os quais já tinham conhecimento da situação familiar, bem como já haviam feito tentativas de visitas domiciliares sem êxito, justificando que realizam esta intervenção em dias agendados e Maria da Fé não se encontrava na residência nas duas ocasiões em que foram ao local, sendo que atualmente somente a ajudam renovando receitas para Jorge Marcos e ofertando cuidado para o quadro de hipertensão e asma de Maria.

Diante do exposto, nessa aproximação da trajetória de cuidados, foi reafirmado o fato de que o outro filho, Gilson, não se aproxima dos serviços e assume um comportamento de esquivas ao ser acionado e/ou convidado para alguma intervenção. Tal comportamento foi inicialmente confirmado no período da pesquisa, pois não conseguimos conversar com o mesmo por mais de cinco minutos, sendo um único momento oportunizado por Maria ao nos levar até um local próximo de sua residência em que o referido filho jogava dominó com os amigos, mas este não nos deu espaço para o diálogo.

Outros pontos que tivemos acesso através das conexões que Maria emana em busca de cuidado, são os serviços da assistência social e do judiciário. Estes aparecem também relacionados às demandas do filho, pois como visto, Maria da Fé não mede esforços em suas buscas e não esconde a natureza de suas queixas, o que por vezes, sensibiliza quem encontra em seu caminho e gera um sentimento de corresponsabilidade por sua dor. Fato este que observamos no contato com os profissionais do setor da SEMMASDH em que Maria trabalha como serviços gerais onde, paradoxalmente, tem o objetivo de atender as denúncias de violação de direitos humanos.

Além destes, há uma preocupação também por parte das figuras da promotora, conselheiro tutelar e defensor público que possuem algum conhecimento a respeito ou que atuam no caso expedindo pedidos de internação, de visitas dos CAPSs e de ofertas de acompanhamento especializados em saúde, como se estes serviços (da saúde) não

estivessem realizando suas práticas, chegando ao momento em que se viu a necessidade da realização de uma “audiência pública” para discussão do caso, a qual até o término da pesquisa de campo não estava agendada, apenas sendo considerada sua necessidade diante das dificuldades dos serviços avançarem em atenção a toda essa trama que se desenhou até o momento.

Mas enquanto os serviços da rede formal não conseguem “dar conta” de suas demandas, Maria da Fé busca também os serviços da rede informal em sua comunidade, os quais aparecem como significativos nessa trajetória de cuidados, tal como já apontava Helman (2009). Dentre eles a igreja é o local que mais se destaca na narrativa de Maria da Fé, sendo um ambiente de “renovação”, “fé” e “acolhida”. Além destes sentidos positivos, a igreja aparece como o espaço em que favoreceu o único cuidado em que Jorge Marcos ficou “*sem fugir*”, referindo-se ao grupo de alcoólicos anônimos. Contudo, por não ser um espaço que “*obrigue*” a permanência do participante, depois de um tempo, tornou-se incerta essa vinculação.

No que tange aos vínculos de amizade, Maria da Fé nos leva a refletir sobre sua significação para com alguns dos serviços que aparecem em sua trajetória de cuidados, pois das oito pessoas que destacou como relações de amizade, sete eram pessoas de dentro dos serviços, o que nos leva a acreditar que de fato os serviços não se constituem enquanto espaços de cuidado à saúde necessariamente para si, mas sim para seu filho. E que nesta relação de apoio, os profissionais da rede formal, os usuários e membros de sua rede de cuidado informal, são considerados muito mais como “*amigos*”, do que como “*agentes do cuidado*”, buscando-os somente para desabafar e descarregar suas queixas.

Nesse sentido, Calatayud (1999), em seus estudos no campo da Psicologia da Saúde, reconhece a importância do apoio social ao ressaltar que os laços de uma pessoa com a família, amigos, vizinhos e colegas de trabalho, pode ser uma fonte de acolhimento, recursos ou ajuda prática para o dia a dia e também um meio de informações. Dessa forma, esses laços podem exercer uma função de amortecimento de tensões naturais da vida e de alguma maneira minimizar o impacto que essas tensões podem ter sobre a saúde.

Face ao exposto, numa tentativa de demonstrar as necessidades e os recursos familiares identificados em nossas observações participantes, construímos com a ajuda de Maria da Fé seu *Ecomapa*, de modo que foi possível vermos que há de fato uma correspondência entre suas demandas/necessidades e os elementos que compuseram seu

ecomapa, além de possibilitá-la “qualificar três diferentes dimensões para cada ligação com os recursos identificados” (GUTIERREZ, 2014, p. 22), são elas:

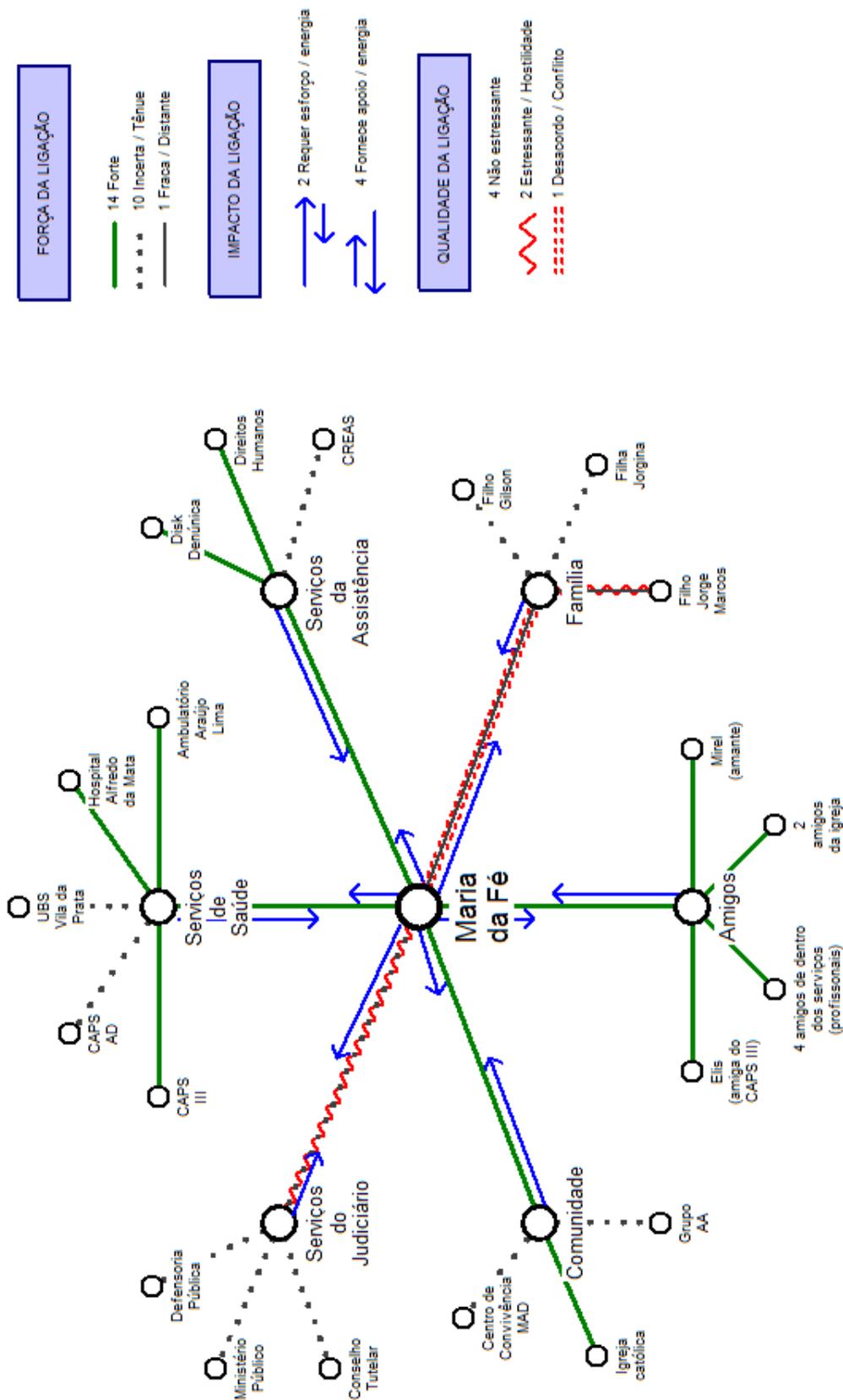
1. *Força da ligação* – qualifica a intensidade do vínculo tal como é sentido e vivido pela pessoa/família informante;

2. *Impacto da ligação* – mostra a direção em que a energia/informação está fluindo, se a pessoa/família mais dá ou recebe apoio e esforço;

3. *Qualidade da ligação* – indica se é satisfatória ou não, se gera sobrecarga e desprazer, ou se fortalece e reabastece a pessoa/família de energia.

Assim, podemos observar que há a prevalência de ligações fortes e não estressantes com os recursos da saúde, da assistência social, da comunidade e amigos em geral, nutrindo relações satisfatórias e recebendo apoio dos mesmos. Contudo, observamos que apesar da existência destes pontos de apoio em sua trajetória de cuidados, há também duas linhas de ligações estressantes e conflituosas expressivas com os recursos do judiciário e da família, na pessoa do filho, sendo estas as relações que mais requerem seu esforço e energia, gerando sobrecarga e desprazer pelos motivos já mencionados. Dito isto, seguimos para a apreciação do ecomapa em imagem e, em seguida, para a *trajetória do seu José Amoroso*.

Figura 3 - Ecomapa da Família da Maria da Fé



Fonte: Notas de diário de campo (BARBOSA, 2016).

### **Trajetórias de José Amoroso: fortalecendo os laços e potencializando o cuidado no “bairro”**

Após percorrermos as trajetórias de Maria da Fé pela cidade, somos convidados a revisitar as trajetórias de cuidado de seu José Amoroso, dessa vez não indo muito longe, pois este nos leva pelas ruas de seu bairro, enfatizando as relações comunitárias e potencialidades de cuidado que seu entorno oferece no que tange à sua saúde e lazer. No entanto, ainda ancorados no conceito de territórios subjetivos, somos chamados a refletir sobre as trajetórias de cuidados de José Amoroso, considerando que o mesmo demonstra novamente uma concepção de cuidado atrelado às figuras femininas de sua família.

Assim, mais uma vez embalados em roda de conversa em sua varanda, José Amoroso convida-nos, junto com sua família representada pela esposa Rosa e filha Alana, a revisitar suas trajetórias desde o início de seus sintomas depressivos. Tal arranjo nos leva a reconhecer que são caminhos que não caminhou só, mas sim acompanhado por suas “cuidadoras”, ganhando destaque a filha Alana em seu discurso, visto que ela assumia a responsabilidade de levá-lo, buscá-lo ou procurar soluções para as demandas do pai quando estas não se resolviam no âmbito doméstico, como veremos a seguir.

*Já faz aproximadamente uns doze anos que levei o papai a primeira vez lá no Eduardo Ribeiro, na época meu filho não era nem nascido... é isso mesmo! O primeiro contato foi lá, acho que o nome é ambulatório Rosa Blaya... Tipo assim, eu não lembro quem indicou, mas não conhecia antes disso não... a mãe dele não fazia nenhum tipo de acompanhamento... ele foi o primeiro caso que fizemos o acompanhamento na família... (...) Lá (CPER) antes era que nem o CAPS, tinha consulta, psicólogos, fazia o acompanhamento... só que tipo assim, ele teve uma pequena melhora e como eu não tava trabalhando na empresa, eu tinha como levá-lo né? conseguia levar, ficava lá perto de casa, deixava ele, esperava né pai? e depois pegava e trazia ele de volta... pra mim era mais fácil! Mas mesmo assim não teve uma melhora significativa... (Alana).*

Após esse primeiro contato com o campo da saúde mental, passamos a entender que a família iniciou sua trajetória terapêutica pela emergência psiquiátrica de Manaus, uma vez que por muitos anos, essa era a única referência no cuidado para casos de sofrimento psíquico. No entanto, diante da pouca melhora do quadro sintomático de José, a família procurou outros meios próximos de sua residência e chegaram ao hospital adventista da cidade, onde souberam da existência de um psiquiatra particular, o qual foi importante na trajetória de José, pois foi o primeiro profissional que o deixou “bem”, “sem sintomas depressivos”.

*Nós levamos lá no Rosa Blaya, aí ele fazia esse acompanhamento e tudo, só que foi quando vimos que ele não teve muita melhora, aí tipo assim, no desespero e tal, levamos para vários locais e não tinha resultado... aí eu disse assim: vou procurar perto de casa, aí lembrei do hospital adventista, e lá descobri que tinha psiquiatra, e aqui pertinho né? Qual o nome do psiquiatra pai? Ele lembra até hoje! Foi uma benção esse doutor (Alana).*

*É mesmo, Dr. Leandro... rapaz ele me deu um remédio que fiquei bonzinho, jogava bola e contava conversa, fiquei uns três anos sem recaída! (José Amoroso).*

Essas narrativas nos fez compreender algumas razões e motivações que levavam a família a permanecer em determinado serviço ou a buscar outros pontos de atendimentos, sobretudo, quando o anterior não se mostrava suficiente para lidar com a demanda do sujeito. Dentre as razões temos a existência dos sintomas depressivos e a necessidade de um acompanhamento especializado, e quanto às motivações podemos destacar a procura por respostas, por melhorias, por informações de como lidar com a situação de seu José Amoroso, havendo momentos de “desespero” quando não obtinham êxito em suas buscas. No entanto, ainda observamos a presença de um olhar biomédico nas concepções da família no que tange à situação de adoecimento de José, tanto no que se refere à procura, quanto à melhoria, pois só conseguem conceber a eficácia do “tratamento” ao encontrarem uma resposta medicamentosa e de desaparecimento dos sintomas, como podemos observar nas narrativas a seguir:

*Ele ficou bom, bom, bom... como ele não ficava assim com os anteriores, a gente via que ele só piorava, piorava, piorava... aí nós descobrimos que tinha esse médico no adventista e pagamos essa consulta e ele começou a tomar esse medicamento não foi pai? E ficou bom, sem precisar de terapia e nem nada... aí melhorou e passou uns três anos mesmo... data exata eu não lembro não, mas foi depois do Rosa Blaya, e depois disso mãe? (Alana).*

*Aí depois desse tempo, ele voltou nesse médico de novo quando ele teve uma piora, e aí mudou esse remédio, passou outro, porque esse remédio já tava fraco... aí a gente pegava esse novo remédio com o irmão dele de criação... ele que falava com um psiquiatra e conseguia essa medicação, aí só depois disso, que um amigo da família indicou o CAPS (Rosa).*

*Lá no CAPS eu sempre fui atendido pela Dra. Sarah, ela que reavaliou a medicação que tomo até hoje, com ela eu tive uma melhora (José Amoroso).*

Face este último fragmento de fala de José e de nossas indagações sobre o que podemos compreender como “melhoras”, a família percebeu a importância dada por José aos medicamentos e o quanto este olhar tornou-se também um “problema” no decorrer do cotidiano de cuidados familiar, percepção reforçada pela fala de Alana ao expressar sua insatisfação com as condutas do pai, em que mesmo reconhecendo que houve uma melhora, destaca que “o problema do papai, sabe o que é? é que ele se confia muito no

*remédio... parece que ele tá completamente dependente! Só de pensar que vai terminar já fica preocupado, deus me livre” (sic).*

Contudo, ao falar mais sobre o acompanhamento no CAPS, somos levados a ressignificação desse olhar biomédico observado no início destas trajetórias, pois apesar da família ainda possuir uma relação mais pautada na procura de informações, tirando dúvidas e buscando orientações quanto ao acompanhamento de seu José, este por sua vez, ainda que apresente um movimento de ir somente em dias “combinados”, observamos um sentido positivo de cuidado com o CAPS.

Esta percepção veio à tona quando seu José nos falou cheio de afeto do vínculo que possui com a sua terapeuta de referência, com a nutricionista e com a assistente social do CAPS, uma vez que estas estiveram presentes em momentos críticos de seu estado de saúde, sendo acolhedoras e, segundo José, minimizaram seu sofrimento em tais situações. Percebe-se que esse afeto caracteriza-se quase como um amor paternal por estas profissionais, presenteando-as e referindo-se com orgulho e muito carinho por elas, rememorando o zelo com que sempre fora recebido e orientado por tais profissionais.

A família reforça suas falas e Alana acrescenta que José ainda “*tem vontade de ir, mas não foi mais por causa da distância, se ainda fosse aqui perto, acho que ele ainda estaria frequentando... sempre que eu ligava pra cá mamãe avisava que ele tava pra lá*”. Tal consideração nos leva a refletir sobre outros fatores que voltam a implicar nas trajetórias e na constituição das redes de cuidados como a questão do vínculo, do acesso e da acessibilidade. O CAPS, por exemplo, como vimos foi um ponto importante na sua trajetória, mas ao ser transferido para uma zona mais distante, deixou de ser tão necessário para a família e foi sendo gradativamente pouco acessado.

*Fica ruim porque meu filho tá usando o carro pra outra coisa e não tem como me levar, e a Rosa não tem como me levar porque tem as vendinhas dela, e essa aqui, minha filha, não tem tempo... muito trabalho, ela é dona da empresa, cuida da casa, cozinha, leva menino na escola... a outra irmã que dar um suporte, ajuda aqui e lá na casa dela... é faz tudo que nem a mãe. As vezes ela me deixava lá e eu voltava de ônibus, mas lá longe é pior pra voltar sozinho, sinto tontura (José Amoroso).*

Essa dinâmica da rede tecida pela família de seu José Amoroso demonstra também que a família, apesar de iniciar uma trajetória distante de seu entorno, findou por encontrar acompanhamentos eficazes próximo de sua residência e passou a seguir esta lógica na constituição de sua rede, nos levando a presumir que estas experiências deixaram registros positivos em suas lembranças e, por conseguinte, agregou concepções de um território

como produtor potencial de cuidados, uma vez que foram surgindo outros atores e pontos de atenção nessa trajetória pelo bairro.

Dentre estes pontos, são destacados tanto os serviços da rede formal (por exemplo, os serviços da atenção básica, do serviço de pronto atendimento da zona sul e hospital adventista), quanto da rede informal (como a igreja, os vizinhos, os membros da família) e, sobretudo, os amigos da Feira da Panair, sendo este um local carregado de relações significativas. Como podemos observar nas seguintes narrativas:

*Ah eu levei ele muito na universal uma época, uma pastora também visitava ele quando ficava ruim assim... porque também teve uma época que ele não ia pra igreja porque não conseguia chegar ate lá, então a gente convidava pra vir em casa... foi muito importante as orações, fazia célula aqui, tudo a gente fazia pra conseguir a melhoria dele (Rosa).*

*Eu ficava pelo meio do caminho, andar se tornava difícil pra mim... aí a pastora vinha aqui e ficava na beira da cama, conversava comigo lá, ficava sentada lá do meu lado... (José Amoroso).*

*Também tinha seu Adamor que vinha lhe trazer caldo da caridade, lembra pai? Ele sempre vinha conversar com o senhor... vinha era muita gente Nayandra, o papai até expulsava às vezes (risos)... (Alana).*

*Os amigos da feira também considero parte da minha terapia, porque lá eu converso, brinco... vou todo dia, mesmo quando tô ruim... porque pelo menos tento tirar essas coisas ruim da cabeça, depois melhora... aqui no comércio também. Aí todo mundo sabe quando não tô tão bem... se eu deixar de ir um dia ou deixar de abrir meu comércio, já vem gente atrás de mim, que nem a Rosa falou naquele dia (José Amoroso).*

Analisando estas falas, percebemos que muitas estão relacionadas ao passado, aos momentos de sofrimento intenso e do período em que a família ainda estava “aprendendo” a lidar com a situação de seu familiar adoecido. No entanto, a última fala de seu José Amoroso se destaca dentre esta sequência de narrativas, pois nela há a mudança de conjugação para o tempo presente, para o aqui e o agora, para o que tem sido sua dinâmica cotidiana de cuidado no território atualmente.

Interessante observar o quanto a comunidade, nas pessoas de seus vizinhos e amigos da Feira da Panair, também aprenderam nessa trajetória a exercer um papel terapêutico para seu José, de maneira que se torna relevante destacar que hoje a família não aciona os pontos da rede formal com regularidade, e quando há uma “piora” de seu José Amoroso, tentam muito mais buscar resoluções entre si e o deixam acessar sua própria rede informal de cuidado no território, fazendo-nos perceber que atualmente a rede está mais restrita e que houve uma evolução positiva de seu estado de saúde.

Para tanto, para visualizarmos esta rede construímos com a ajuda dos familiares o *Ecomapa* de seu José Amoroso, sendo perceptível o quanto seus recursos se encontram de

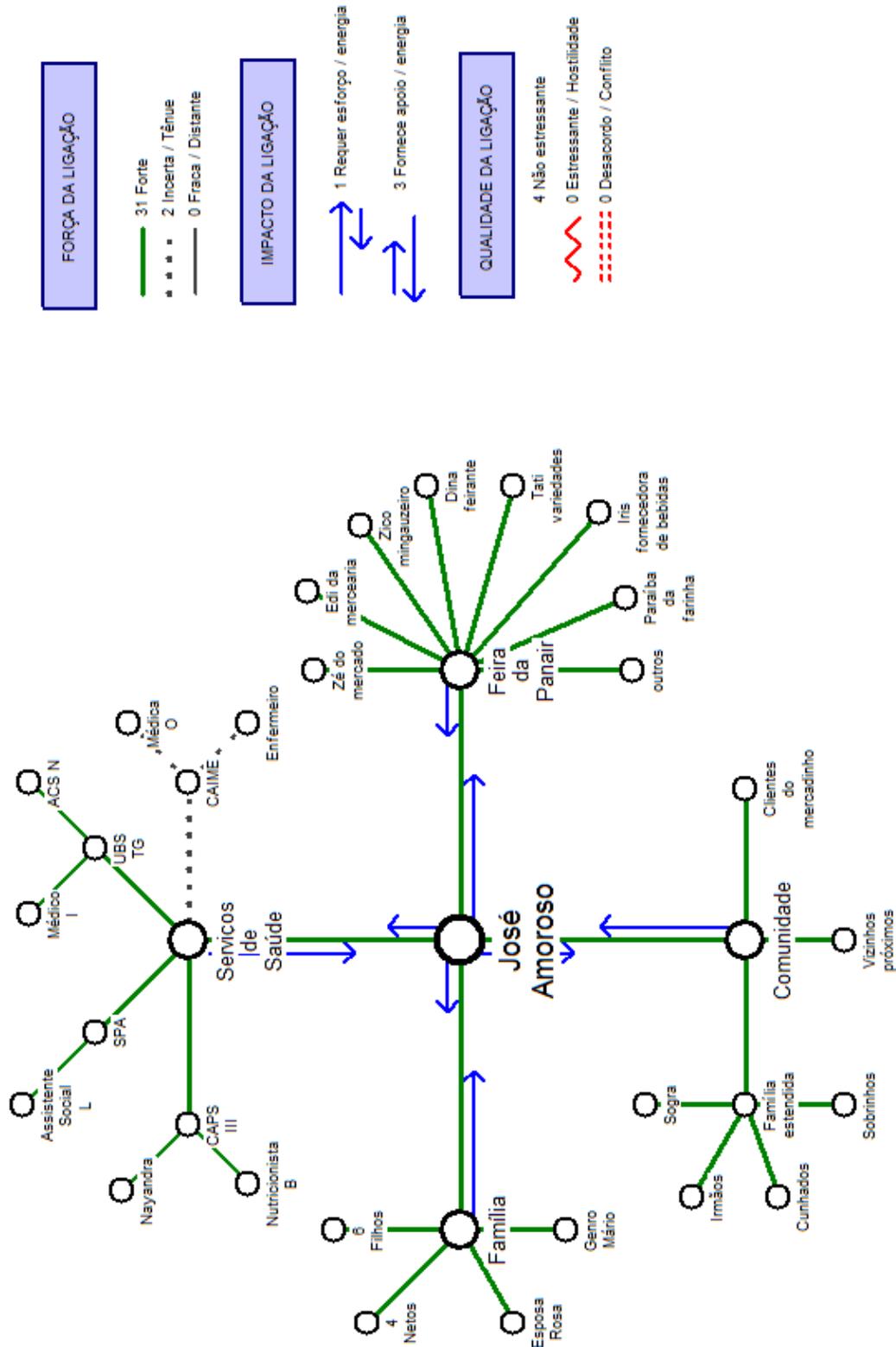
fato posicionados em seu entorno, havendo uma distribuição quase uniforme dentre os diferentes pontos de atenção, de maneira que em cada serviço fez questão de nomear pessoas significativas, mas tendo o cuidado de incluir o apoio dos filhos, netos e membros da família estendida, não os nomeando para não incorrer no risco de esquecer alguém, reforçando mais uma vez o quanto é próximo de seus entes familiares no geral.

Nesse contexto, podemos compreender que o sujeito que conta com uma rede de cuidados mais ativa, com o apoio dos familiares e fortalecendo os laços de amizades em seu entorno, parece lidar com menos dificuldades face aos inúmeros fatores incidentes nestes cotidianos de cuidados, criando estratégias e tecendo redes que melhor se adaptam à sua realidade demandante. Portanto, mesmo que vivencie situações problemáticas, a família de seu José consegue atuar nessas questões enquanto uma rede de apoio familiar, não requerendo tanta atenção das redes formais de cuidados e, assim, atuando de forma mais autônoma e colaborativa em articulação com a rede informal.

Assim, analisando as observações, narrativas e o ecomapa com a família de seu José Amoroso, podemos observar que as ligações com os recursos identificados foram todas qualificadas como fortes e não estressantes, além de nutrir relações satisfatórias e receber apoio de todos os pontos de atenção, havendo apenas um ponto da rede em que há um esforço maior e exige sua energia, que é o referente às amizades da Feira da Panair, pois como já mencionado pelo mesmo, ainda que esteja em “*dias ruins*”, esforça-se por sair de casa e caminhar ao menos até este local, uma vez que essa movimentação faz parte de sua rotina diária.

Dito isto, seguimos para a apreciação do Ecomapa em imagem, para então demonstrarmos os *mapas de redes* de nossos sujeitos, conforme proposto por Sluzki (1997), e dialogarmos a respeito da estrutura e funções que observamos nos quadrantes que constituíram suas *redes sociais significativas* em nível macro e micro de relação.

Figura 4 - Ecomapa da Família do José Amoroso



Fonte: Notas de diário de campo (BARBOSA, 2016).

***Cena 2 - As “Redes Sociais de Apoio” em evidência: Mapeando a rede social familiar e (re)conhecendo a rede pessoal significativa dos sujeitos participantes.***

Para iniciarmos a apresentação e discussão desta cena, Kern (2003) nos apresenta o olhar de que é na família que acontece o nascimento de uma *rede*, pois a pessoa já nasce fazendo parte de um grupo, no qual será educada de acordo com valores e princípios que mais tarde poderá passar para sua comunidade. Nessa mesma lógica, é através dos vínculos familiares que um novo membro ingressa na *rede social familiar*, por esta dar possibilidades para sua entrada na referida rede e incentiva ou não seus integrantes a participarem de uma instituição religiosa, de uma escola, assim como a formarem vínculos com a comunidade no geral.

Tendo em vista tal concepção, após conhecermos as tramas de suas histórias familiares, os dramas em suas dinâmicas cotidianas e as trajetórias de cuidados percorridos por nossos sujeitos e suas famílias, podemos considerar que o ser humano tem uma necessidade intrínseca de fazer parte de uma *rede social* que satisfaça seus anseios.

Para tanto, também se faz necessário retomarmos as contribuições de Sluzki (1997) nesta temática, para compreendermos as características das redes sociais das famílias pesquisadas e, particularmente, de *Maria da Fé* e de *José Amoroso*, uma vez que o autor propõe uma organização da rede dividindo-a em macro rede social e micro rede social, abrindo uma reflexão de quem seria de fato significativo à rede, e o que estaria implicado nessa escolha.

Assim, podemos considerar como *rede social da família*, em nível macro, todos os membros e instituições que apareceram no ecomapa de cada um, apresentado na cena anterior, pois se trata de um desenho construído coletivamente e em interação durante os encontros familiares, tendo como fio condutor o cuidado em saúde mental em momentos críticos ao longo de suas histórias de vidas. Digo “suas histórias” por entender que estão correlacionadas com a história da família de maneira intrínseca e sistêmica, afetando e sendo afetados pelas mesmas. A esse respeito, enfatizamos esta implicação no aspecto da saúde numa relação circular, quer gerando saúde (círculos virtuosos), quer agravando doenças (círculos viciosos), tal como foi apontado por Gutierrez (2012).

Já em nível micro dessa rede de relações, encontramos em Sluzki (1997) a definição de *rede social pessoal* ou *rede de apoio significativa* como “a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciada da

massa anônima da sociedade”, caracterizando-se enquanto grupo de referência do sujeito e podendo ser representada por um *mapa de relações* organizado em quatro quadrantes (família; amizades; relações de trabalho/escola; relações comunitárias/serviços/credo) e em três níveis de profundidade (relações íntimas, relações sociais e relações ocasionais).

Assim, considerando a realidade mutante das *redes sociais* e a importância desta ferramenta para compreendermos nosso objeto de estudo, optamos pela construção dos *mapas de redes* de Maria da Fé e de José Amoroso em complemento ao ecomapa, como forma de conhecermos as estruturas e funções de suas *redes de apoio significativas* no momento em que ocorria nossa pesquisa.

Para tanto, chegando próximo de finalizarmos nossa trajetória enquanto observadores participantes, vamos percebendo o quanto também já nos sentimos fazendo parte de suas histórias, de suas vidas, de suas redes e mapas de relações, e por este ser um momento tão íntimo e significativo, vamos deixando as formalidades de lado sem perder a cientificidade da pesquisa. Pois, como devem ter percebido, a “Sra.” Maria da Fé e o “Sr.” José Amoroso do início de nossas cenas, tornaram-se a “dona” Maria da Fé e “seu” José Amoroso, e por um segundo já eram somente “Maria” e “José”. Estas mudanças “inconscientes” em nosso processo de escrita nos saltou aos olhos ao revisitarmos nossas notas de diário de campo e então pensamos, “*já reconhecemos que fomos afetados com seus afetos, mas por que não deixar isso registrado na pesquisa?*”.

Foi então que encontramos nos estudos de Vieira Filho (1997; 2003) o termo “implicação psicoafetiva” como sendo a aproximação do que se passa atrás da “cena” investigativa, onde seu ponto de partida é a posição do observador em relação aos sujeitos da pesquisa, considerando a valorização da subjetividade subjacente e as condições concretas de onde e como este saber e relação se constroem. Dito isto, decididos em demonstrar uma aproximação afetuosa com os sujeitos participantes, passaremos a nomeá-los por seus apelidos, pois se não houver implicação afetiva, não há pesquisa participativa, comprometida e transformadora de mundos. Em tempo, eis que lhes apresentamos os mapas da “*Fezinha*” e do “*Zé*”.

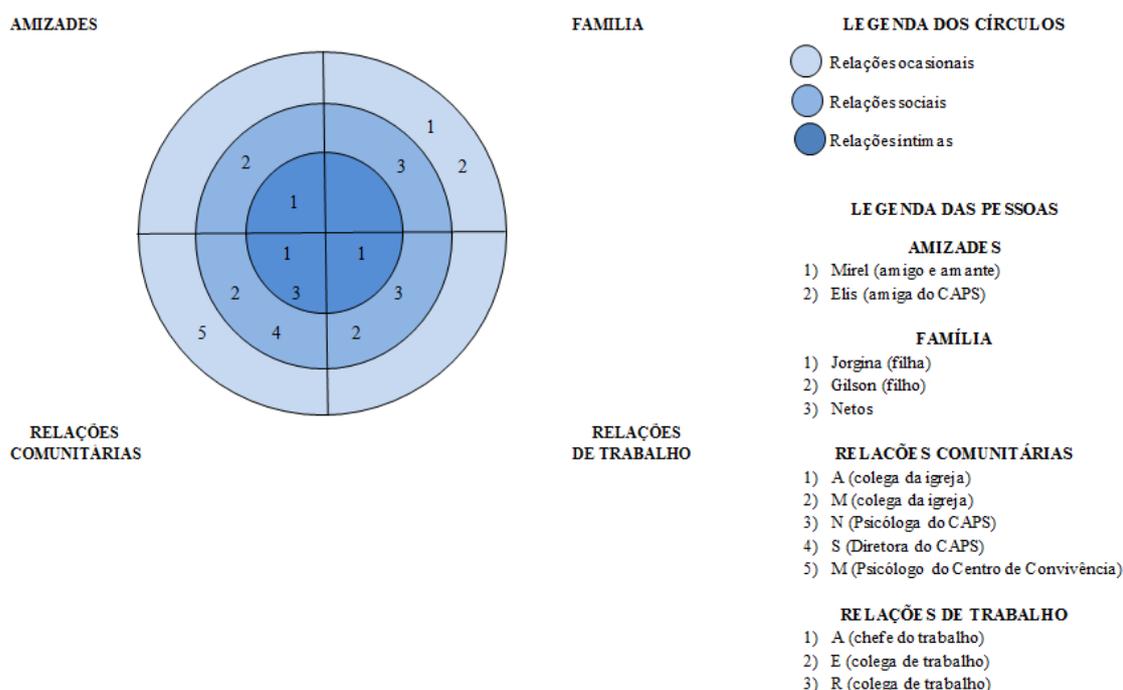
## Mapa da “Fezinha”: uma multiplicadora de rizomas, de dentro pra fora, de fora pra dentro

Falar do *mapa de rede de Fezinha* é falar de uma multiplicidade de fluxos-conectivos, constituindo uma verdadeira *rede rizomática*, termo nos apresentado por Gomes e Merhy (2014). Esta observação se dá pelo fato de vermos na história de Fezinha uma lógica de rede não linear, que não fica capturada em um único território ou em um espaço só, o que nos leva a ressignificar o próprio conceito de “mapa” como algo que não é estático quando observado pela lógica das redes de cuidados.

Como nômade, Fezinha faz jus à dinamicidade de sua vida, protagonizando de forma singular os acontecimentos, enunciando suas dores e seus amores, convidando aqueles que aparecem em seu caminho ao mesmo processo de “fazer rizomas”, levando as equipes a necessidade de construção de práticas de cuidados desterritorializantes.

Assim, neste movimento constante de dentro pra fora e de fora pra dentro, seja de sua casa, de sua comunidade, das instituições que transita, ou de si mesma no que refere às problemáticas emocionais e de responsabilização por si, pelos seus, pelos outros, Fezinha vai constituindo sua rede de relações pessoais, a qual será apresentada em um mapa mínimo de significações de acordo com Sluzki (1997). Vejamos:

**Figura 5 - Mapa de rede da “Fezinha”**



Fonte: Notas de diário de campo (BARBOSA, 2016).

Para favorecer a análise do mapa, buscamos observar as propriedades estruturais conforme apresentadas por Schnitman (2006), Sluzki (1997) e López-Cabanas (1997 *apud* RANGEL, 2007, p. 27). Desse modo, quanto ao *tamanho*, podemos dizer que a rede de Fezinha caracteriza-se como pequena em relação ao quadrante amizade, moderada no quadrante família e relações de trabalho, e extensa no que tange às relações comunitárias, sendo de difícil definição uma só caracterização nesse quesito.

Estas características demonstram que não há uma *composição* proporcional em cada quadrante, nem quanto aos níveis das relações, havendo uma *distribuição* de 4, 6, e 3 pessoas de dentro para fora do mapa, ou seja, de relações íntimas, sociais e ocasionais, respectivamente. Nesse ponto, podemos destacar que o quadrante família é o único em que Fezinha não identificou uma relação íntima e não reconheceu o filho Jorge Marcos em qualquer tipo de relação. Por outro lado, a comunidade novamente ganha destaque por ser identificada ao menos duas relações mais próximas.

No entanto, percebemos que o fato de Fezinha ter uma rede ampliada na comunidade, incluindo os serviços de saúde, assistência e credo, é vista por muitos de sua rede familiar e de amizade como um “caminho” facilitador para o acesso a estes espaços, reforçando sua característica de tomar as problemáticas de outras pessoas para si e, ao mesmo tempo, tornar sua prestatividade em sintomas de ansiedade, insônia e sentimentos de que as “demandas” irão consumi-la, fazendo-a percorrer todos estes pontos da rede em busca de algum auxílio, como já vimos anteriormente.

Portanto, quanto à *densidade* de conexões entre as pessoas que compõem estes quadrantes, podemos afirmar que as relações de amizade, comunitárias e de trabalho parecem se confundir, uma vez que Fezinha teve dificuldades de posicionar estas pessoas em seus quadrantes ao apresentarmos as orientações para compor o seu mapa de rede, pois na sua perspectiva, todas estas pessoas estariam no campo “amizade” por considerar a todos como amigos, tal como discorremos no tópico sobre suas trajetórias de cuidado. Essa situação nos levou a refletir, que apesar de separadas no mapa, há a prevalência de uma densidade grande pela quantidade de instituições que aparecem na rede. E isso, para os autores, favorece o desejo de conformidade já que um grupo grande exerce pressão sobre o indivíduo para que se adapte às regras grupais. Por outro lado, a densidade no quadrante da família é bem menor, tendo uma eficácia reduzida por diminuir o potencial de mudança.

No que tange à característica de *dispersão*, observamos que a distância geográfica entre os membros da família é mínima, mas não há uma acessibilidade efetiva para visitas

e contatos, visto os constantes conflitos entre seus membros. Por outro lado, os membros dos serviços que transita, bem como o seu trabalho ficam a uma distância significativa de seu bairro, no entanto, reforça o ideário de portas abertas e de fácil acesso a estes pontos de sua rede. Arelado a esta característica, acreditamos que a característica de *heterogeneidade* entre seus membros, referente às questões demográficas e sócio-cultural como idade, gênero, nível sócio-econômico dos participantes é muito mais presente que a característica de *homogeneidade*.

E quanto às funções que estas pessoas significavam para Fezinha, apareceram em suas narrativas, os sentidos de *apoio emocional* (consolando – igreja e CAPS), *guia cognitivo e conselhos* (informando – CAPS e Centro de convivência); *regulação social* (relembrando as normas sociais – colegas de trabalho); *ajuda material e de serviços* (oferecendo bens materiais – Mirel e igreja); *acesso a novos contatos* (introduzindo a pessoa em outras redes de convívio – Elis, igreja, CAPS, trabalho).

Esta última função, segundo Rangel (2007), toma destaque ao permitir acesso a novos contatos e poder ser particularmente importante à medida que permite à pessoa acesso a outras redes, o que pode ser decisivo em tempos de crise. No caso de Fezinha, estes novos contatos foram os que a levaram aos serviços substitutivos da rede de saúde mental. Além disso, quando nos referimos ao acesso a novos contatos, podemos pensar também acesso a novas formas de olhar para si próprio e de ampliar sentidos, dando a possibilidade de ressignificação de práticas até então naturalizadas, tal como a situação de cárcere e de não apoio familiar, outrora pensadas de forma desarticuladas as suas próprias experiências de vida familiar. Ou seja, este efeito permite a tomada de consciência de si e do contexto do qual se participa.

Desse modo, quando construímos o *mapa de rede de Fezinha* foi interessante observá-lo conjuntamente com a mesma, pois nesse processo de observação e análise, tomou consciência do quanto a família não aparece como significativa em suas relações de apoio, apesar de sempre estar presente em suas queixas de sofrimento. Essa concepção fez-se presente de forma mais clara ao observarmos que a família não apareceu vinculada a nenhuma das funções supracitadas, fazendo-nos refletir que seus membros exerceriam funções em um aspecto negativo de suas relações, ou seja, em um círculo vicioso de afetamento a saúde, como nos fala Gutierrez (2012).

Tal análise também é corroborada por Sluzki (1997) e Rangel (2007), ao destacarem que a rede social constitui-se das relações percebidas pela pessoa. Quando

existem no contexto social pessoas e instituições que poderiam desempenhar alguma função, e a pessoa, apesar do conhecimento de sua existência, não pensa nela quando precisa de um suporte social, não conseguirá ativar essa rede, o que implica de forma direta na distribuição das funções e ampliação de possibilidades de suporte às suas causas. Esta análise ajuda-nos a compreender porque a família de Fezinha não aparece em sua rede pessoal significativa de apoio, no entanto, acreditamos que a família ainda pode ser ativada e implicada neste processo como um todo, inclusive, para receber cuidado.

Destarte, oportunizando o acesso a outros arranjos de constituição de redes, vamos ao mapa de relações de seu Zé.

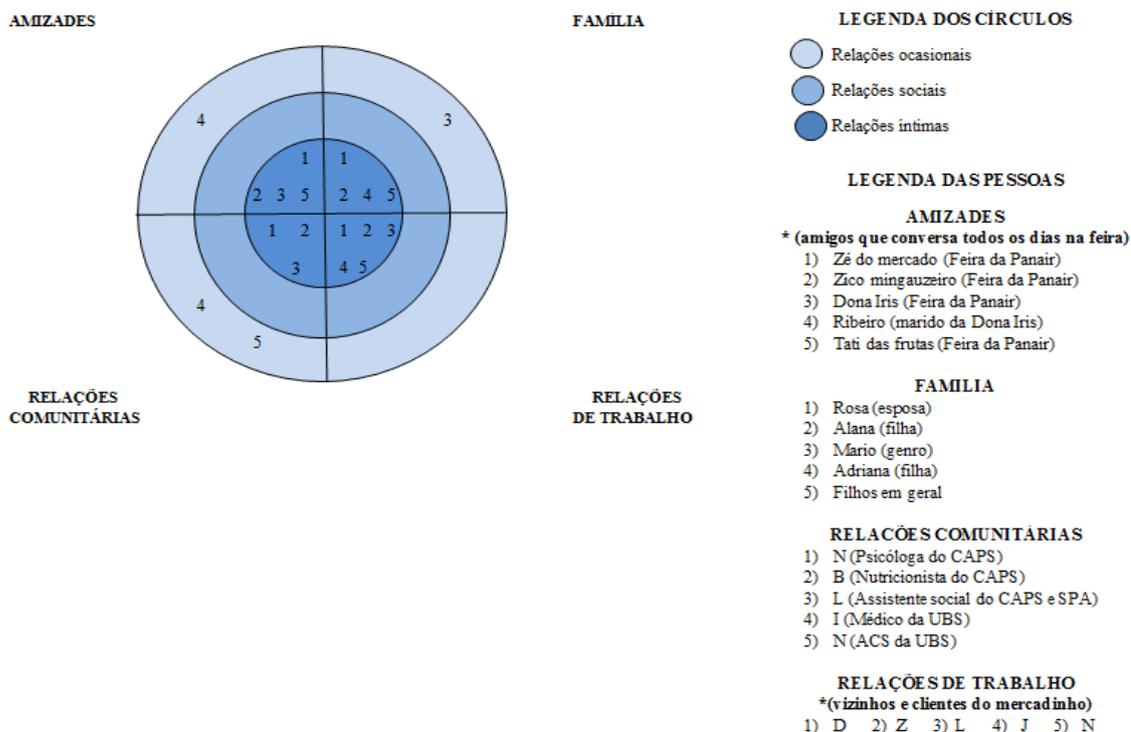
### **Mapa do “Zé”: um criador de laços, cultivador de amizades e (a)colhedor de afetos**

Para falarmos do *mapa de rede de Zé*, vem ao nosso encontro características marcantes desse sujeito, que apesar de possuir uma história com momentos críticos de um viver com depressão, diabetes e hipertensão, possibilitou-nos irmos além e enxergarmos uma rede potente de cuidados construída, principalmente, por meio de suas relações de afeto, dando vida a uma *rede afetiva* tecida através de sua facilidade em criar laços, cultivar amizades e, por conseguinte, favorecendo acolhimentos potencializadores de vínculos por onde caminhava. Pois nestes encontros, ainda que estivesse em dias de humor depressivo, buscava ser agradável, amoroso e agradecido. Tais características também se faziam presentes no cotidiano familiar, onde a família “aprendeu” a lidar com Zé e movimentar-se de acordo com o seu ritmo.

Essa tecitura de rede constituída por Zé e seus afetos traz de volta a metáfora da rede de pescador contada por Rangel (2007), ao destacar a existência de uma rede tecida por “nós”. Justamente um “nós” significando pessoas e instituições com as quais se criaram vínculos de diferentes qualidades e intensidades, propiciando uma sensação de que estão ali para alguém, ou seja, de um apoio social que forneça a sensação de ser querida, cuidada e valorizada, e que o mantém “em relação” com os outros.

Nessa direção, conduzidos por um fluxo de sentimentos e sensações de Zé, de um cuidado exercido entre as ações de cultivar frutos (laços/amizades) e retirar ervas daninhas (pouca eficácia/inimizades) pelo caminho, vamos conhecendo sua rede pessoal de apoio através da construção de um mapa mínimo de significações proposto por Sluzki (1997).

**Figura 6 - Mapa de rede do “Zé”**



Fonte: Notas de diário de campo (BARBOSA, 2016).

Ao analisarmos o mapa de rede do Zé, logo lançamos considerações sobre as características de *tamanho*, *composição* e *distribuição*, pois facilmente observamos uma quantidade expressiva de pessoas em sua rede significativa, caracterizando-a enquanto uma rede de *tamanho* extensa, com uma *composição* de membros concentrada no círculo de relações íntimas (16), nenhum no de relações sociais e alguns no de relações ocasionais (4), contudo, *distribuídos* de maneira proporcional em cada quadrante.

Na concepção dos autores que nos apresentaram as propriedades estruturais e funções para a análise do mapa (SLUZKI, 1997; LÓPEZ-CABANAS 1997; SCHNITMAN, 2006), quando uma rede social é muito extensa, corre o risco de se perder a capacidade de efetivar as diferentes funções, por um mecanismo de inércia, o qual favorece que ninguém assuma prontamente uma ação em benefício de seus membros. No entanto, ao pensarmos nessa consideração atrelada ao mapa mínimo de significação na vida de Zé, não percebemos essa inércia da rede, ao contrário, constatamos uma ativação de rede familiar efetiva em momentos específicos, sem deixar de considerar o apoio da rede formal e informal na própria comunidade.

Essa observação pode ser compreendida por outra propriedade estrutural do mapa, a *densidade*. Pois, ao considerarmos que a rede do Zé é constituída principalmente por suas relações de afeto, e sendo a densidade uma propriedade analisada pela conexão e vínculo entre os diferentes membros da rede, podemos afirmar que a rede pessoal de apoio de Zé é de densidade moderada, pois apesar de ser extensa em seu “tamanho”, referindo-se a “quantidade” de pessoas, aqui temos um número moderado de instituições em que transita ativamente, aumentando a eficácia destes e de seu grupo, por facilitar o intercâmbio comunicativo entre seus membros dos diferentes quadrantes.

Aqui, retomamos a metáfora de Rangel (2007) referente a esta característica especificamente para compreendermos de forma clara essa análise. Assim, a autora nos fala que quando um nó fica muito distante do outro o tecido da rede fica mole demais e, quando se “joga” uma necessidade para ativar uma função dela, esta passa por entre os espaços existentes. Já quando os nós ficam muito juntos, o efeito seria o de uma cama elástica que ao se “jogar” a necessidade, esta pula. Por outro lado, a densidade moderada oferece um suporte flexível, que acolhe, absorvendo as necessidades e devolvendo para o sistema o que está precisando num determinado momento.

Este ponto de discussão, também nos favorece a observação da característica de *dispersão* do mapa de rede, pois ao pensarmos sobre a distância geográfica entre os membros, somos sabedores que Zé tem preferência pelos serviços e laços no território, que estão em seu entorno e, por isso, também reforça como motivo para isso, a acessibilidade que estas relações favorecem, tanto no sentido de deslocamento, como no sentido de acolhida. Os filhos mais velhos, por sua vez, não moram no mesmo bairro, mas isso não aparece como empecilho para a comunicação e acesso entre si, havendo uma rotina de visitas, ligações telefônicas e almoço em família aos fins de semana.

No que tange às características de *homogeneidade ou heterogeneidade*, referente às semelhanças e diferenças sócio-demográficas não apareceram de forma significativa. Mas pelo viés da observação, consideramos que há uma homogeneidade quanto a idade, gênero, nível cultural e sócio-econômico mais presente em suas relações.

Além das propriedades estruturais, foi apresentada por meio do discurso de Zé uma variedade de funções em todos os quadrantes, sendo destacadas as funções referentes à *companhia social*, ao *apoio social* e ao *guia cognitivo e conselheiro* para a família, comunidade, trabalho e amizades de forma proporcional, uma vez que se sente apoiado em

suas questões de maneira integral por estes membros identificados no mapa, assim como ressalta o quanto se esforça para ajudá-los quando necessário.

Essa análise vem ao encontro do que nos fala Rangel (2007) sobre a reciprocidade do apoio, ao destacar que “para que um apoio social seja efetivo, a pessoa deve percebê-lo e, que ela própria pode servir como fonte de apoio” (p. 32). Por isso, quando se pesquisa sobre redes de apoio, é importante diferenciar entre o apoio percebido e o apoio recebido, devido a abrangerem dois aspectos deste construto: o cognitivo e o comportamental. Para além destes aspectos, concordamos com Navarini e Hirdes (2008) e ressaltamos a importância dos aspectos psicossociais específicos a cada grupo familiar, constituídos a partir de suas histórias e vivências cotidianas, as quais são singulares, sendo essa a referência que deve caracterizar as ações de cuidado em qualquer contexto.

Nesse sentido, acreditamos na potência das diversas funções que prestam as redes sociais, sobretudo no que tange ao cuidado à saúde, à adesão ao acompanhamento e ao apoio emocional, conforme estudado por Sluzki (1995 *apud* MENESES e SARRIERA, 2005, p. 60). Contudo, fez-nos de fato perceptível que o modo com que um grupo pode influenciar uma família, um indivíduo ou até outro grupo, este por sua vez, pode ser influenciado por outros membros da rede, criando-se, desta forma, redes facilitadoras e promotoras da saúde, ou pelo contrário, perturbadoras do funcionamento. Ou seja, redes em “círculos virtuosos” ou “círculos viciosos”, a depender da experiência adquirida e das formas de interação dessa rede.

Dito isto, vamos a nossa última *cena do cotidiano de cuidados*, buscando um novo cenário para se pensar as redes de cuidados em nossas práticas, que faça sentido para os sujeitos envolvidos. Um cenário, outrora compreendido como pano de fundo para nossas discussões, mas que ganha vida, não de maneira estática, mas em movimento, em ação.

### ***Cena 3 – Em busca de um “novo” cenário: Refletindo sobre as dinâmicas observadas e a constituição de uma rede de cuidados à saúde de famílias.***

Tendo como base as dinâmicas de cuidados observadas no decorrer de nossa pesquisa, podemos dizer que a despeito do cenário da rede que se encontra atrelado à política de saúde mental do município, há outro cenário constituído pela particularidade de cada usuário. Essa particularidade não respeita protocolos e fluxogramas, e exigem um novo arranjo em cada momento de suas vidas. Assim, ao debruçarmos na análise destas

dinâmicas de cuidado, percebemos que esse cuidado necessário às demandas de transtornos mentais, independente de sua gravidade, deve considerar o sujeito em suas relações com o mundo, “pois uma doença não existe como entidade isolada, ela só ganha existência por meio da experiência do adoecido” (SERPA JR, 2007 *apud* JORGE, 2007, p. 79).

Com este olhar, retomamos Franco (2003) para reforçar nossa análise de que essa multiplicidade de redes operando em conexões entre si, em diversas direções e sentidos, constroem linhas de produção do cuidado em uma cartografia de *rede viva*, por vezes, caótica, mas também revolucionária e potencialmente instituinte. Essa flexibilidade tão grande torna, por vezes, o campo da saúde mental algo incompreensível e complicado para os profissionais, mas antes de tudo, um desafio necessário na produção de um cuidado ético e comprometido com o social, com o outro e consigo enquanto *sujeito e agente do cuidado*. Afinal, nossas observações demonstraram que é preciso apostar na capacidade de cada sujeito de construir novas possibilidades de vivências, de maneira a permitir uma maior circulação em seu meio e uma ampliação qualitativa de seus laços. Esse compromisso ético, também pode ser compreendido relacionado ao vínculo que se busca estabelecer em cada um destes encontros.

Nesse sentido, ao falarmos de vínculos, acreditamos que a trajetória de cuidados das famílias participantes são exemplos vivos de que a maneira como os serviços, sejam eles formais ou informais, oferecem e/ou produzem suas práticas de cuidado, têm implicação direta com a constituição de uma rede de cuidados à saúde, mas não se encerra nesta condição. Pois, refletindo sobre esta constituição de rede, temos inicialmente que ela é imanente nos processos de trabalho em saúde, não havendo um questionamento sobre sua existência, mas apenas indagando-nos a respeito de que tipo de rede é essa que está operando nestes espaços, cabendo a nós apenas caracterizá-las.

Sendo assim, nessa tentativa de caracterização das redes que emergiram em nosso estudo, pela lógica dos serviços e pela lógica das famílias, chegamos a outro momento de nossa pesquisa. Um momento em que nos reconhecemos fazendo parte destas redes e ativando-as em seus cotidianos, seja por encontros ou apenas revisitando-as por meio de suas narrativas. O fato é que estávamos lá, em cada um dos ecomapas e mapas de relações significativas e, principalmente, em cada um destes cotidianos.

Portanto, antes de nos determos nessa busca por um “novo” cenário, não podemos esquecer que quando a reforma psiquiátrica e seus serviços entraram em cena, muitos se perguntaram o que os autorizava a estabelecer uma prática diferente e que possibilidades e

condições tinham para superar o modelo manicomial. Em resposta, vimos *cenários dos cotidianos de cuidados* acontecendo em palcos diversos: nos serviços de portas abertas, nas comunidades, nas famílias, nos territórios do sujeito, no cuidado em liberdade. Cenários de atuação e articulações de rede de importância inquestionáveis, mas não o suficiente, na medida em que se pode muito bem ocupar estes espaços com velhas práticas ou continuar lutando contra elas.

Parafrazeando Jorge *et al* (2006, p. 179): “*O velho, o manicomial, insinua-se, não cessa de insistir, assombra-nos no cotidiano*”. Trazemos essa passagem para esclarecer que apesar de enfatizarmos os pontos positivos de nossas experiências e o quanto se é possível fazer diferente, também experienciamos momentos de ruídos, de processos de trabalhos adoecedores, de sentirem-se só na condução de um grupo, de quererem realizar visitas, saírem do CAPS, mas não terem “tempo” pra isso, de trabalho em ato “morto” (FRANCO; MERHY, 2013).

Estas observações nos levavam a questionarmos sobre o que seria prioridade, sobre quem detinha o “poder” de decisão e porque tanta burocracia, já que visivelmente estas levavam ao círculo vicioso de não resolutividades em alguns casos e situações. Nesse quesito, não podemos esquecer que o CAPS é meio, é caminho, não fim. É a possibilidade da tecitura, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos e distintos atores e cuidadores. Contudo, Merhy (2002) já alertava sobre a organização do trabalho em saúde subordinada à figura do médico que mantém todos os outros profissionais submetidos a essa lógica, levando ao empobrecimento da prática de cuidado em saúde.

Assim, diante dessas dificuldades do trabalho coletivo nos serviços de saúde, acreditamos ser necessário refletir melhor sobre as dimensões éticas, técnicas e psicossociais dessas práticas, a fim de tentar transformar o cenário atual, incorporando práticas verdadeiramente inter(trans)disciplinares que permitam o cuidado adequado e integral aos usuários do serviço, apostando nas tecnologias leves como, por exemplo, a escuta, o acolhimento e o vínculo. Como estas questões apareceram como assuntos periféricos ao nosso objeto de estudo, não iremos aprofundá-las aqui, mas também não podíamos deixar de pontuá-las, uma vez que implicam nesta constituição de rede e, sobretudo, na certeza do quanto se faz desafiador este campo de estudo e de ação, sempre dinâmico e complexo em seus mínimos detalhes e sutilezas.

No entanto, não devemos deixar de questionar até que ponto as instituições se mostram aptas a construir espaços para novas formas de cuidado, possibilitando uma convivência democrática e criativa entre diferentes práticas e “concepções de mundo”, em que os limites entre as terapêuticas não sejam excludentes, autoritários e desqualificadores.

Trouxemos esta consideração por termos a consciência de que as *cenar do cotidiano de cuidados* que apresentamos a partir de nossa observação participante, são pioneiras entre estes serviços, nestes territórios, nestes casos de família no contexto da rede de cuidados em Manaus. E mesmo que possuam a relevância de explicitarem possibilidades em construir outras concepções de cuidado na busca pela integralidade na atenção à saúde, estas cenas podem ser consideradas por alguns como “apenas” registros de uma pesquisa de cunho científico, ainda que em um período considerável de tempo. Por outro lado, acreditamos na potencialidade de nossos achados e reforçamos a necessidade de que as mesmas não se esgotem, não se deem por finalizadas, pois elas precisam existir e continuar implicando outros atores em suas ações, para além dos serviços, para além do território adstrito, indo “onde a vida acontece” para cada sujeito e seus respectivos familiares, e esses espaços também são múltiplos.

Destarte, acreditamos que as ações de cuidados devam acontecer prioritariamente no espaço onde o sujeito “vive”, corroborando com as contribuições de Morales Calatayud (2011) ao enfatizar a potência do cuidado na comunidade. Entretanto, considerar esse espaço como preferencial exige que se pensem as redes como fluxos permanentes, não fixos, que podem articular-se e desarticular-se, afinal, não é assim que a vida se organiza? Desse modo, esperar que as redes de suporte das pessoas em sofrimento psíquico sejam harmônicas e sem conflitos, pode ser um grande engano.

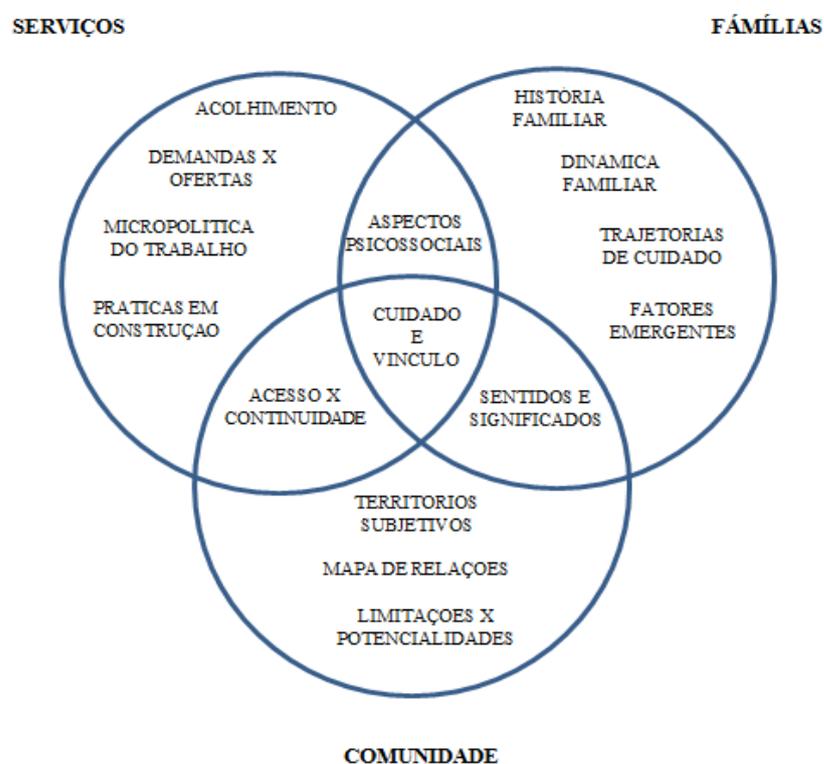
Nesse sentido, o cuidado, para nós, se insere nesse contexto amplo de forma a integrar diferentes sujeitos nas relações cotidianas que se estabelecem em espaços públicos ou privados, o que exige uma perspectiva que não seja somente institucional, nem somente informal, mas sim uma *perspectiva sistêmica, dinâmica e coletiva*, pois as relações que se desenvolvem nestes cotidianos têm que ser transformadoras e formadoras de ideias e concepções, mas nunca repressoras. Assim, acreditamos que o modo de se saber-fazer integralidade, pautado na busca por novas formas de cuidado ou apenas reconhecendo as potencialidades daquelas que já existem, com respeito às diferenças, às especificidades e às concepções de mundo, seja uma alternativa para a construção de uma política de saúde integral e em sintonia com as expectativas da população brasileira, mais especificamente,

com as famílias manauaras com membros em experiência de sofrimento psíquico, tal como aquelas participantes de nosso estudo.

Em outras palavras, a nossa vivência em pesquisa demonstra que há uma *rede* que integra os diversos serviços de saúde e outra operando na atenção familiar e individual. Esta, quando vista sob o critério da micropolítica do processo de trabalho, revela atos sincronizados de trabalhadores em relação entre si e com os sujeitos, configurando nesse cenário uma *microrrede* de alta potência para o cuidado. Afinal, acreditamos que desinstitucionalizar significa considerar a saúde mental não apenas como aspecto da vida de uma pessoa, mas como tema de uma comunidade. Amparados nessa ótica, as práticas devem evoluir da vocação de resolver problemas para a de outorgar capacidade aos interessados. Só assim, podemos falar de uma ótica que “*valoriza a competência dos sujeitos e reforça, sobretudo, as redes sociais*” (VENTURINI, 2016, p. 91).

Dito isto, como forma de reafirmar nossa crença de que estes cenários não são fixos, nem estáveis, mas sim entrelaçados entre si, tocando-se e interferindo-se mutuamente, optamos por finalizar nosso trabalho demonstrando-os em um novo mapa de cenários em que os vários aspectos psicossociais, os fatores emergentes, dentre outras questões, conjugam-se em um único cenário, ou melhor, um “novo” cenário *familiar-psicossocial-sistêmico*, no centro não está um sujeito ou uma lógica predominante, mas sim o “cuidado” e o “vínculo”, como elementos primordiais em qualquer prática e, na nossa perspectiva, na constituição de uma rede de cuidados significativa, integral e efetiva às realidades de cada família. Vejamos:

**Figura 7 - Mapa de cenário familiar-psicossocial-sistêmico**



Fonte: Notas reflexivas (BARBOSA, 2016).

Por fim, encenar nesse “novo” cenário de práticas sistêmicas e psicossociais comprometidas com o cuidado das famílias, requer construir novos territórios e descobrir outros invisíveis, apostando na concepção de que existe uma rede ampla e atuante sim, e fazendo desta afirmativa uma oportunidade de saída do incômodo lugar de suplência de uma rede inexistente ou que não funciona, permitindo que essa conjugação de serviços-comunidade-família-sujeito desempenhe um novo papel, o de observatório das problemáticas sistêmicas da rede, mas também o de parceiro nas suas superações. E é nesse espírito sonhador que finalizamos a apresentação de nossos resultados e discussões, restando-nos algumas considerações a seguir. Mas como última nota, registro que *“aqui chegando, percebo o quanto meu mundo também ganhou novas dimensões. Este, sem dúvida, foi um trabalho que mudou o meu “lugar” para sempre, enquanto pessoa e profissional da saúde mental! Mudou meu território subjetivo, desatou nó, fez laço e teceu rede em mim!”*.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste processo de construção de saber-fazer científico, descrever o caminho percorrido durante os seis meses da pesquisa de campo é destacar um intrínseco processo que se iniciou bem antes, no qual se entrecruzam um enredo de muitas viagens, inúmeras inquietações e resistências, gratas descobertas e frustrantes constatações. Assim, desde a fase inicial de construção do projeto de pesquisa e de sua fase exploratória em campo, vivenciamos a difícil tarefa que seria realizar um trabalho como este, indagávamos *“será que há um cuidado ofertado às famílias? e se as equipes não estiverem realizando uma intervenção em rede? Como acompanhá-las nessa articulação? Há de fato uma articulação?”*, mas superados tais questionamentos no decorrer do trabalho, neste momento, parece-nos mais difícil dá-lo por terminado.

Desta maneira, as considerações que se seguem, apresentam um roteiro no qual se vislumbraram “alguns” pontos deste enredo, visto que ao estabelecermos os nossos objetivos e as interrogações que motivaram a realização da pesquisa, não tivemos a pretensão de obter todas as respostas, pois tínhamos a noção de que esse processo é dinâmico e se dar de forma sistêmica, instigando-nos a formular outras tantas questões e abrindo possibilidades para novas indagações e para a continuidade de pesquisas no campo da *saúde mental, família e articulação de rede*. Afinal, a partir do ponto de vista que escolhemos para fundamentar nosso estudo, não poderíamos esperar algo diferente.

Portanto, tendo em vista nossa problemática de estudo, a saber: *“Como se constitui a dinâmica da rede de cuidados à saúde de famílias que possuem membros com transtorno mental em seus núcleos familiares, no contexto do SUS em Manaus?”*, os resultados que emergiram ao longo de nossa trajetória de pesquisa evidenciou a presença de uma *dinâmica de rede de cuidados à saúde de famílias* que para ser compreendida em sua constituição, levou-nos à necessidade de análise de duas lógicas de redes principais, em um plano sistêmico, sem desconsiderar os fluxos conectivos que se vislumbraram nesse percurso. Estas lógicas constituíram-se igualmente como nossas principais categorias temáticas, de maneira que na primeira buscamos conhecer *a dinâmica da rede a partir da lógica dos serviços da atenção psicossocial e da atenção básica*, sendo estes evidenciados por seus *avanços, rupturas e práticas de cuidado* em prol das famílias que demandam cuidados nestes serviços; já na segunda, em um processo de aproximação gradativa à dinâmica familiar de dois casos específicos, fomos levados ao reconhecimento da

existência de uma *dinâmica da rede a partir da lógica das próprias famílias participantes*, possibilitando-nos o resgate individual e coletivo de suas *histórias*, percorrendo as *trajetórias de cuidado* e mapeando as *redes sociais de apoio significativas*, favorecendo assim a constituição e a ativação de uma *rede de cuidados de famílias* de maneira significativa, integral e efetiva às suas realidades.

Sendo assim, a “observação participante” mostrou-se um enriquecedor método de pesquisa por nos permitir uma movimentação ampla pelos cenários e palcos do fazer saúde, permitindo-nos acompanhar as ações, os ditos e não ditos, as rotinas e a falta dela, o instituído e o instituinte, dando vida às nossas *cenias do cotidiano de cuidados*. Em nosso estudo, estas cenas foram marcadas por idas e vindas, erros e acertos, angústias e alívios, dificuldades e facilidades, mas também com a observação e participação em *ato vivo* em momentos que resultaram em intervenções de sucesso, experiências significativas, percursos inovadores e um tanto de esperanças por dias melhores na Saúde Mental em Manaus e no Amazonas. E são estas novas possibilidades, estes novos cenários, estas novas formas de se pensar as redes e os territórios, dando espaço para novos olhares e relações, que fizeram essa pesquisa valer a pena. Assim, muito antes de ser uma conclusão, as reflexões aqui construídas demonstram que outros caminhos podem ser trilhados.

Para tanto, antes de elencar que possíveis caminhos são estes, faz-se necessário demonstrar aqueles que já caminhamos até aqui, retomando nossos *objetivos específicos* e revisitando nossas cenas de cuidado como resposta aos mesmos, são eles: 1) Compreender o processo de acompanhamento ofertado às famílias no cotidiano do CAPS e em articulação com a ABS, buscando conhecer a natureza de suas demandas em geral; 2) Conhecer as ações de cuidado utilizadas pelas equipes para a efetivação da assistência às famílias em âmbito domiciliar e em território, observando os aspectos psicossociais *in situ*; 3) Acompanhar duas famílias em suas dinâmicas cotidianas, visando conhecer suas trajetórias terapêuticas e compreender os fatores incidentes, motivações e necessidades que as levam a recorrer a uma *rede social de apoio*; 4) Refletir sobre as trajetórias terapêuticas e as relações possíveis entre os aspectos e fatores observados nessas dinâmicas de cuidados e a constituição de uma *rede de cuidados à saúde de famílias* significativa para seus membros, considerando suas especificidades.

Desta feita, tendo como suporte as observações realizadas no primeiro momento da pesquisa, respondemos aos nossos dois primeiros objetivos. A primeira subcategoria nos esclarece que no CAPS o acompanhamento é realizado por meio dos terapeutas de

referência que compõem uma equipe multidisciplinar, ofertando escuta e acolhida não somente às famílias que já realizam acompanhamento no serviço, mas também às que caracterizam o serviço como um “*ponto de luz no fim dos trilhos*” no que tange às demandas de saúde mental. Nesse sentido, ao colocarmos os construtos família, cuidado e saúde em evidência, aparecem três tipos de *demandas* mais emergentes: 1<sup>a</sup>) *Demandas do sujeito em sofrimento psíquico*, quando trazem preocupações sobre o acompanhamento, bem como demandas sobre a medicação, os comportamentos e os benefícios; 2<sup>a</sup>) *Demandas próprias dos familiares*, aquelas em se enfocam as sobrecargas de cuidados, queixas de adoecimentos e suas trajetórias em busca de resolutividade e 3<sup>a</sup>) *Demandas do serviço*, quando aparecem preocupações dos próprios profissionais, em destaque quando as questões familiares são preponderantes e implicam negativamente no processo terapêutico.

No que tange às ações interventivas, observamos que dentre as atividades ofertadas pelo CAPS, há dois tipos de práticas para as famílias: em *âmbito interno* e em *âmbito externo*. No âmbito interno, podemos compreendê-las como de duas naturezas: 1<sup>a</sup>) exclusivamente para o *público familiar*: acolhimento à família e grupo de apoio ao familiar; 2<sup>a</sup>) *público em geral*, incluindo a família: Oficina de cidadania e Assembléia. Já em âmbito externo, podemos agrupá-las como sendo de três tipos: 1<sup>a</sup>) *Visitas institucionais*, através de articulações com outros serviços da rede intersetorial; 2<sup>a</sup>) *Visitas domiciliares* às famílias e 3<sup>a</sup>) ações de *Apoio matricial*, incluindo as articulações específicas com os serviços da Atenção Básica de Saúde.

As duas últimas ações também contemplam o processo de acompanhamento realizado pela Atenção Básica às famílias. No entanto, devido o nosso estudo ter tido o CAPS como ponto de partida para acessar estes outros espaços, somente poderemos considerar as ações que efetivamente acompanhamos no contexto das articulações em rede em prol das famílias. Mas desde já, ressaltamos que estas unidades da Atenção Básica, demonstraram um admirável trabalho, sendo consideradas fundamentais nas ações de Apoio Matricial e, sobretudo, na corresponsabilidade da continuidade dos cuidados às famílias no território. Desse modo, nas ações de visitas domiciliares e de Apoio Matricial com os serviços da Atenção Básica, exemplificamos três: uma UBS, uma ESF e um NASF. Os casos foram apresentados de acordo com o “lugar” que as famílias apareceram no discurso, nas práticas e no imaginário dos sujeitos em cena, sendo percebidos três tipos de concepções no que tange aos núcleos familiares visitados: *como apoio, como problema e como necessidade*. Nesse contexto, as duas primeiras concepções nos fizeram pensar sobre

como a “*presença da família*” tanto pode ser um fator protetivo, como pode ser um fator de risco no cuidado à saúde, em contrapartida, a terceira concepção nos levou a refletir que a “*ausência da família*” também é ponto de discussão, pois observamos que “não ter família”, por si só, era fator de preocupação para as equipes, dependendo da gravidade.

Face ao exposto, no que se refere ao cenário da rede e da política de saúde mental no município, percebemos que o aumento de resolubilidade propiciado pelos serviços substitutivos, bem como a vinculação dessas famílias às unidades da ABS e a outros recursos dos territórios não significaram que se chegou a uma situação satisfatória, uma vez que caracterizam-se como processos de trabalhos complexos, que exigem constantes questionamentos e reflexões entre todos os atores que compõem estas cenas do cotidiano de cuidados. Assim, ficou evidenciado que no cenário deste estudo, os poucos serviços da RAPS de Manaus, numa perspectiva de assegurar o não retrocesso da Reforma Psiquiátrica em Manaus e insistir em um avanço de incluam as ações de Saúde Mental na Atenção Básica, além de realizarem o Apoio Matricial, têm se esforçado em participar e promover momentos de educação permanente com estes pontos da rede no território, seja por meio de discussão de casos, visitas conjuntas, interconsultas ou rodas de conversas temáticas.

Estes dados nos permitiram compreender que a articulação da Saúde Mental com os demais serviços da rede encontra-se em construção, mas, que apesar da dificuldade relatada pelos profissionais da Atenção Básica em lidar com estas demandas, os encontros configuram-se como possibilidades reais, levando-nos a compreender que a escuta, o vínculo, o respeito à singularidade das equipes de saúde da família são condições necessárias para aperfeiçoar o diálogo, a articulação e a implementação de ações, sobretudo, quando reforçamos a necessidade de considerarmos a *rede social de apoio* das famílias em nossas intervenções.

Nesse sentido, acreditamos que quando a necessária articulação ocorre de forma efetiva, a inserção da família – sujeito incluído – no seu território de abrangência é facilitada, na medida em que cria vínculos em toda a rede e que tanto os serviços da ABS, como os CAPS e outros pontos da rede intersetorial, corresponsabilizam-se pelo cuidado, beneficiando o acompanhamento dos sujeitos e sua circulação na rede, em consonância com as especificidades de seus cotidianos de cuidados familiares.

Essa análise ajudou-nos ainda a pensar o *território*, conceito “engessado” na prática de alguns serviços, por girar mais em torno da necessidade da instituição de saúde e menos em torno do sentido produzido na vida das pessoas do local, perdendo de vista toda a

sensibilidade dessa lógica impressa no cotidiano. Tal situação, complexa e conflituosa, apresentou-se como oportuna a nós e aos profissionais para problematizarmos nossas concepções e práticas e nos posicionarmos em outro “lugar”, onde a instabilidade, as incertezas, a desorganização e a reorganização fazem parte da história a ser apreendida a cada momento, a cada nova situação.

Desta feita, empenhados em compreender de forma mais clara os cotidianos de cuidados familiares e seus territórios subjetivos, tal como trazido por Rolnick (2006), respondendo aos nossos terceiro e quarto objetivos específicos, retomamos os resultados obtidos em nossa segunda categoria temática por meio de duas outras subcategorias. A primeira nos trouxe a discussão das observações realizadas nessa aproximação do cotidiano doméstico através das visitas em domicílio às duas famílias escolhidas a partir das articulações iniciais e em concordância com a equipe de referência do CAPS. Estes encontros familiares foram verdadeiros espaços de diálogos e narrativas repletas de retomadas históricas e de trajetórias já percorridas, favorecendo a observação *in locu* dos fatores que implicam em seus cotidianos de cuidados, oportunizando-nos uma reflexão sobre as *tramas familiares* e os *dramas* que os afligem atualmente em suas rotinas diárias.

As narrativas nos levaram a revisitar suas *histórias de vida* em família, resultando em duas principais tramas: *Maria da Fé: da vida desregrada à mãe cuidadora e outras lutas* e *José Amoroso: da mãe esquizofrênica à família adotiva e outras (an)danças*, além de construirmos os genogramas familiares de ambas as famílias, nos quais observamos uma prevalência de relações conflituosas, histórico de uso de drogas e separações na história familiar de Maria; e na de José, relações próximas com os filhos e um destaque às relações com as figuras femininas, inclusive com a da mãe que o “abandonou”, reforçando o quanto esta situação teve implicações no decorrer de sua vida. Quanto aos dramas, considerando os fatores emergentes em suas dinâmicas familiares, temos: a *Dinâmica familiar na casa de Maria: seja bem-vindo ao “furacão de emoções”* e a *Dinâmica familiar na casa de José: seja bem-vindo ao “cata-vento de humores”*, tais analogias com o furacão e o cata-vento, resultam da tentativa de demonstrarmos o quanto tais dinâmicas não são estáveis e são afetadas, principalmente, pelas oscilações de Maria no que tange às suas emoções face aos acontecimentos do cotidiano, e pelas mudanças de humor de José, afetando o modo como a família se organiza em determinado dia dependendo de como José “acorda”.

Estas análises confirmaram nosso pressuposto de que precisamos ampliar a compreensão do sofrimento e considerar as dimensões psicossociais do processo de saúde-doença e a singularidade dos sujeitos e seus modos de adoecer. Esses aspectos subjetivos e objetivos precisam ser levados em consideração por nós, pelos profissionais da saúde, pois como analisamos em nossas observações, o sofrimento pode ser desencadeado por múltiplos determinantes e está intimamente associado ao modo como os sujeitos percebem os eventos da vida, reagindo a eles. Assim, tendo em vista a complexidade desse processo, compreendemos que muitas vezes não é possível proporcionar uma “cura” para os sujeitos, mas isso não nos impede de cuidar dos mesmos. Essa atitude de cuidado implica acolhimento, envolvimento e compaixão, e embora as relações entre os *sujeitos do cuidado* possam ser desiguais, devem sempre estar presentes a interação, a troca e o respeito mútuo.

Dito isto, após retomarmos os resultados face à dinâmica familiar em âmbito domiciliar, a segunda subcategoria contempla as narrativas e observações que nos levaram para além do espaço doméstico, constituindo-se em uma *dinâmica de rede viva* ao nos debruçarmos na análise das *trajetórias de cuidados em território* e no mapeamento das *redes de apoio significativas* destas famílias, conhecendo suas razões, motivações e necessidades que as conduzem por determinados caminhos e não outros.

Nesse sentido, as *Trajetoórias de Maria da Fé* constituíram-se em fluxos-conectivos por toda Manaus, “*emanando conexões e (des) territorializando o cuidado na cidade*”, uma vez que seu território adstrito não parecia ser suficiente para suas necessidades que, em sua maioria, eram motivadas pelas demandas do filho, levando-a a percorrer vários pontos de atenção pela cidade, por também não se sentir apoiada pelos outros membros da família. Por outro lado, as *Trajetoórias de José Amoroso*, não nos levou muito longe, pois as mesmas caracterizam-se em relações comunitárias, “*fortalecendo os laços e potencializando o cuidado no bairro*”, visto que trouxe lembranças positivas e exitosas das vezes em que adoeceu e teve o apoio da família, dos vizinhos, da igreja e outros serviços do território adstrito, bem como o papel terapêutico de alguns amigos da Feira da Panair, lugar rico de sentidos para seu José.

Foram nestes campos de tensões e acolhidas que se constituíram as trajetórias que conhecemos, fazendo com que cada universo singular tivesse marcas e ritmos peculiares criados pelas possibilidades de experimentar os diferentes espaços, mostrando que, mesmo em sofrimento, há sempre a produção de novos mapas existenciais, como nos diz Dalmolin (2006). Dito isto, tais relações também foram destacadas nos ecomapas.

Ainda respondendo nossos últimos objetivos, considerando a realidade mutante das *redes sociais* e a importância desta ferramenta na compreensão de nosso objeto de estudo, também construímos os *mapas de redes* dos sujeitos participantes em complemento ao ecomapa, como forma de conhecermos as estruturas e funções de suas *redes de apoio significativas* no momento em que ocorria nossa pesquisa, como proposto por Sluzki (1997). Ao observá-los, percebemos que os mesmos podiam ser compreendidos por meio das relações com que os sujeitos mantinham com os membros que foram escolhidos como “significativos” em seu mapa.

Assim, o *Mapa da “Fezinha”* nos levou a reconhecê-la como *uma multiplicadora de rizomas, de dentro pra fora, de fora pra dentro*, caracterizando-se como uma verdadeira *rede rizomática*, fazendo analogia ao emaranhado de relações/conexões que vai ativando nos seus trajetos, afetando e se deixando afetar, uma vez que também se responsabiliza por demandas de outras pessoas que cruzam seu caminho, sendo uma via de acesso para os serviços por onde já passou, ou por outros que irá “ativar”. Já o *Mapa do “Zé”*, confirmou nosso olhar sobre suas características em ser “*um criador de laços, cultivador de amizades e (a) colhedor de afetos*”, dando vida a uma *rede afetiva* tecida por meio destas relações, favorecendo acolhimentos potencializadores de vínculos por onde caminhava. Pois nestes encontros, ainda que estivesse em dias de humor depressivo, buscava ser amoroso e agradecido. Tais características também se faziam presentes no cotidiano familiar, onde a família “aprendeu” a lidar com Zé e movimentar-se de acordo com o seu ritmo.

Estas análises confirmaram nosso pressuposto de que as famílias – sujeito incluído – precisam ser ouvidas e respeitadas no que se refere às suas necessidades em geral, considerando que estas pessoas são detentoras de um saber próprio, construído através das experiências concretas de vida. É preciso, portanto, levar em consideração que existe um processo de adoecimento e sofrimento que não se restringe à dimensão física do sujeito, e que pode, de certa maneira, destruir seus projeto de vida e sua relação com o mundo. Com esta concepção ampliada e por meio de um trabalho integrado em rede, os profissionais de saúde podem ajudar os sujeitos a reelaborar e ressignificar as experiências que causaram dor e sofrimento, a ter controle das situações e a encontrar um novo sentido na vida.

Nessa linha de pensamento, nosso estudo revelou que estes *cotidianos de cuidados nos serviços de saúde*, nas *articulações de rede* e nas *dinâmicas familiares*, seja em âmbito doméstico ou na comunidade, surgem como verdadeiros espaços de construção de práticas que considerem novas formas de um *agir coletivo em rede viva*, nas quais a integralidade

pode se materializar como princípio, direito e ato vivo na atenção e no cuidado à saúde “familiar”, uma vez que acreditamos que a integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e também uma afirmação ao diálogo a qualquer tempo, sendo estas as reflexões que emergiram também como resposta ao nosso quarto objetivo, considerando nosso marco teórico, a constituição e a ativação de uma *rede de cuidados de famílias* de maneira significativa, integral e efetiva às suas realidades.

Dito isto, ao repousar nosso olhar na *rede de cuidados à saúde de famílias*, esperamos ter colaborado não somente com a reflexão sobre a articulação da rede, mas, sobretudo, com a identificação e reavaliação de práticas de cuidados à saúde quando há a existência do sofrimento psíquico em seus núcleos familiares, reafirmando a importância de um acompanhamento que considere os fatores incidentes e outros aspectos psicossociais nessa dinâmica de cuidados em todos os pontos de atenção. Reconhecendo ainda, que a existência de uma rede, mesmo com todos os nós, com toda sua dificuldade e complexidade, é fundamental na potencialização do cuidado ao sujeito com transtorno mental, valorizando sua organização autônoma, sua liberdade de circulação na cidade e na sua rede social, na qual incluímos a família.

Por fim, sem perder de vista a particularidade subjetiva que cada caso traz, acreditamos que, contando com a rede de cuidados, ou prescindindo dela, a inserção na vida social e cultural nos contextos locais em que o usuário circula, mostra os avanços já conseguidos com a política de saúde mental em Manaus. Embora ainda haja um longo caminho a ser percorrido, podemos afirmar que são incontestáveis os avanços obtidos, pois consideramos que o processo da Reforma Psiquiátrica é irreversível, tendo conquistado um espaço importante, que se encontra consolidado na comunidade científica e nos serviços de saúde e aponta uma nova ordem para a reconstrução da atenção em saúde mental.

Para concluir, não podemos deixar de ressaltar que se faz urgente para o sucesso da Reforma Psiquiátrica no Amazonas, a formulação de políticas públicas intersetoriais que promovam a reabilitação psicossocial do usuário da saúde mental, efetivando estratégias com as instâncias governamentais, a sociedade civil e criando formas de organização social. Porém, não nos esqueçamos de que cabe ao usuário do serviço de saúde a escolha final se busca ou não os serviços oferecidos, bem como o poder de seguir ou não o acompanhamento sugerido ou de buscar outras alternativas para o seu sofrimento psíquico, o que nos leva a repensar nossas posturas como profissionais de saúde. E assim, cada vez mais, poderemos caminhar na direção de práticas de cuidado em saúde mais eficazes,

comprometidas e éticas, que incluam a participação ativa dos sujeitos e suas famílias, e integrem seus direitos de cidadania e de qualidade de vida.

Nessa perspectiva, esperamos que nossas discussões, análises e resultados alcançados possam ser colocados à disposição do público acadêmico e profissional, favorecendo contribuições tanto no campo teórico, como prático, sendo disparador para posteriores estudos/pesquisas, assim como na construção e fortalecimento de políticas públicas efetivas no campo da saúde mental e saúde coletiva em Manaus.

Portanto, o término desse trabalho pretende ser oportunidade para a curiosidade, para o contínuo perguntar, para um novo fazer, um novo acontecer. E assim, seguimos entrelaçando outras tramas, redes e atos, encenando outras cenas do cuidado e, particularmente, acreditando que “nada é natural e imutável”. Tudo pode vir a ser, desde que continuemos buscando. Afinal, como disse Deleuze (1995):

*Acreditar no mundo significa principalmente suscitar acontecimentos, mesmo pequenos, que escapem ao controle, ou engendrar novos espaços-tempos, mesmo de superfície ou volume reduzidos [...]. É em nível de cada tentativa que se avalia a capacidade de resistência ou, ao contrário, a submissão a um controle. Necessita-se ao mesmo tempo de criação e povo (DELEUZE, 1995, p.218).*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABALO, J. A. G.; MELÉNDEZ, E. H. *Psicología de la salud: aspectos históricos y conceptuales. Psicología de la Salud en América Latina.* (en preparación) Ciudad de la Habana, 2004, 44 p.

AMARO, S. **Visita domiciliar: teoria e prática.** Campinas: Papel Social, 2014, 166 p.

ARENDT, H. **Entre o passado e o futuro.** São Paulo: Perspectiva, 2005, 112 p.

ASEN, E.; TOMSON, D.; YOUN, V.; TOMSON, P. **Dez minutos para a família: Intervenções sistêmicas em Atenção Primária à Saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2012, 263 p.

AUN, J. G; VASCONCELLOS, M. J. E; COELHO, S. V. **Atendimento sistêmico de famílias e redes sociais: o processo de atendimento sistêmico.** Vo. II. Tomo II. Belo Horizonte: Oficina de Arte & Prosa, 2007, 710 p.

AZEVEDO, C. S; SÁ, M. C. **Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013, 423 p.

BARBOSA, N. S. S. **Diário de campo: notas da observação participante.** Jul/Dez, 2016.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977, 281 p.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992, 208 p.

BARROS, N. F. (Org.). **Cuidados da doença crônica na atenção primária de saúde.** São Paulo: Hucitec, Sobravime, 2012, 215 p.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra.** 11ª ed. Petrópolis: Vozes. 2004, 199 p.

BOTT, E. **Família e rede social.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976, 318 p.

BRASIL. **Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidade de Acolhimento: Orientações para elaboração de Projetos de Construção de CAPS e UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios – Brasília: Ministério da Saúde, 2015, 34 p.**

\_\_\_\_\_. **Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar.** Caderno de atenção domiciliar. Vol. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. **PORTARIA/GM Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. **PORTARIA/GM Nº 3.089, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011.** Revoga a PT nº 189/SAS/MS de 22/03/02. Institui recurso financeiro fixo para os CAPS

credenciados pelo Ministério da Saúde, destinado ao custeio das ações de atenção psicossocial realizadas. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial/Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRÊDA, M. Z; ROSA, W. A. G; PEREIRA, M. A. O; SCATENA M. C. M. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto. Vol.13. n.3, p.450-452, 2005.

CALATAYUD, F. M. A psicologia e a promoção da saúde: do que necessitamos, o que temos e o que podemos fazer. In: SARRIERA, J. C. (org). **Saúde comunitária: conhecimentos e experiências na América Latina**. Porto Alegre: Sulina, p. 19- 26, 2011.

\_\_\_\_\_. **Introducción al estudio de la psicología de la salud**. Secretaría General Administrativa Editorial UniSon, 1997, 207 p.

CAMARATTA, I. L. **Segredos e Cegueiras em família: Adoção**. Entrevista publicada em 2012. Disponível em: <http://agatef.com.br/?p=309>. Acesso em 16/02/2017.

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

CARDOSO, R. As aventuras de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método. In: CARDOSO, R. (Org.). **A Aventura Antropológica: teoria e pesquisa**. São Paulo: Paz e Terra, p: 25-30, 1986.

CARTER, M; MCGOLDRICK, B. **As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: Uma Estrutura para a Terapia Familiar**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, 512 p.

CASTELLS, M. **A Sociedade em Rede - A era da informação: Economia, Sociedade e Cultura**. Vol. 1. São Paulo: Paz e Terra, 1999. 698 p.

CASTRO, E. K; BORNHOLDT, E. Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 24, p. 48-57, 2004.

CECÍLIO, L. C. O; MATSMUTO, N. F. Uma taxonomia operacional de saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. (Orgs.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, p. 35-39, 2006.

CHIAVAGATTI, F. G.; KANTORSKI, L. P.; WILLRICH, J. Q.; CORTES, J. M.; JARDIM, V. M. R.; RODRIGUES, C. G. S. S. Articulação entre Centros de Atenção Psicossocial e Serviços de Atenção Básica de Saúde. **Acta paul. Enferm.** São Paulo. Vol. 25, n. 1, p. 11-17, 2012.

COLVERO, L. A; MARTINES, W. R. V; PRADO, A. M. P; MANCILHA, G. B; LEAL, B. M. M. L; RODOLPHO, J. R. C. Cotidiano de cuidados em saúde mental na atenção básica. In: MACHADO, A. L; COLVERO, L. A; RODOLPHO, J. R. C (Orgs.). **Saúde**

**mental: cuidado e subjetividade.** Vol.2. São Paulo: Difusão Editora. Rio de Janeiro: Editora Senac, p. 97-129, 2013.

DALMOLIN, B. M. **Esperança equilibrada: cartografia de sujeitos em sofrimento psíquico.** Coleção Loucura & Civilização. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, 214 p.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia** (v. 1). Rio de Janeiro: Editora 34, 1995, 94 p.

DELFINI, P. S. S.; SATO, M. T; ANTONELI, P. P; GUIMARAES, P. O. S. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. Vol.14, n. 1, p. 1483-1492, 2009.

DIMENSTEIN, M; LIMA, A. I; MACEDO, J. P. Integralidade em saúde mental: coordenação e continuidade de cuidados na Atenção Primária. In: PAULON, S.; NEVES, R. **Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado.** Porto Alegre: Sulina, p. 39-59, 2013.

ELKAÏM, M. **La práctica de la terapia de red.** Barcelona: Gedisa, 1989, 160 p.

FIGUEIREDO M. D; CAMPOS, R. O. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. Vol. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: FRANCO, T. B. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, p. 161-198, 2003.

\_\_\_\_\_. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Gestão em Redes.** Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006.

FRANCO, T. B; MERHY, E. E. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos.** 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2013, 361 p.

GALERA, S. A. F; LUIS, M. A. V. Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. **Revista Escola Enfermagem** [online]. USP. Vol. 36, n 2, p. 141-147, 2002.

GAMA, C. A. P; CAMPOS, R. O. Saúde mental na Atenção Básica – uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). **Cadernos Brasileiros de saúde mental** [online]. Vol. 1, n. 2, Out/Dez, 2009.

GASTÃO, F. N; CAMPOS, G. W. S. Instituições de “portas abertas”: novas relações usuários-equipes-contextos na atenção em saúde mental de base comunitária/territorial. **Rev. Ter. Ocup.** Univ. São Paulo, v16, n. 1, p. 40-46, jan./abr., 2005.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008, 206 p.

GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental.** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014, 176 p.

GONZALEZ, R. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo: Cengage Learning, 2005, 188 p.

GRANDESSO, M. A. Terapia Comunitária: uma prática pós-moderna crítica – considerações teórico-epistemológicas. In: GRANDESSO, M.; BARRETO, M. R. **Terapia comunitária: tecendo redes para a transformação social: saúde, educação e políticas públicas** (Orgs.). São Paulo: Casa do Psicólogo: ABRATECOM – Associação Brasileira de Terapia Comunitária, 2010, p. 181 – 189.

GUARESCHI, P. A. **Psicologia Social Crítica como uma prática da libertação**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004, 139 p.

GUTIERREZ, D. M. D. Genograma e Ecomapa: Instrumentos para o cuidado com famílias. **Programa de Atualização em Enfermagem**. Vol. 2, p. 73-98, 2014.

\_\_\_\_\_. **Papel da família na produção de cuidados da saúde: estudo socioantropológico a partir de um bairro popular de Manaus**. Manaus: Edua, 2012, 186 p.

GUTIERREZ, D. M. D; MINAYO, M. C. S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciência & Saúde coletiva** [online]. Vol. 15, supl. 1. p. 1497-1508, 2010.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed, 2009, 408 p.

JORGE, M. A. S; CARVALHO, M. C. A; SILVA, P. R. F. (Orgs.). **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, 296 p.

JUCÁ, V. J. S; NUNES, M. O; BARRETO, S. G. Programa de saúde da família e saúde mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. Vol. 14, n. 1, p. 173-182, 2009.

KERN, F. A. **As Mediações em redes como estratégia metodológica do serviço social**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003, 96 p.

LACERDA, A.; VALLA, V.V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, p. 91-102, 2006.

LOURO BERNAL, I; SOSA, A. C; ALFONSO, L. M; GÓMEZ, L. H; GARCÍA, I. C A. Formación de recursos humanos en Psicología de la Salud a partir de 1959 en Cuba. **Revista Cubana de Salud Pública** [online]. Vol. 35, n. 1, p. 1-15, 2009.

MACEDO, F. M. S.; ANDRADE, M.; SILVA, J. L. L. A reforma psiquiátrica e implicações para a família: o papel do enfermeiro no programa saúde da família. **Informe em promoção da saúde** [online], Vol. 5, n. 2, p. 19-23, 2009.

MAIA, M. S. (Org.). **Por uma ética do cuidado**. Rio de Janeiro: Garamont, 2009, 412 p.

MALCHER, M. N. R. Redes sociais significativas na saúde mental: (des)coabrindo relações no sofrimento psíquico grave e (redes)coabrindo elos de encontro. **Dissertação de**

**Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura.** Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, 2010.

MARTIN, V. B; ANGELO, M. Significado do conceito saúde na perspectiva de famílias em situação de risco pessoal e social. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [online]. Vol.6, n.5, p.45-51, 1998.

MELMAN, J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares.** São Paulo: Escrituras, 2006, 160 p.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012, 512 p.

MENEGON, V. M. Por que jogar conversa fora? Pesquisando no cotidiano. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas.** São Paulo: Cortez, 1999.

MENESES, M. P. R; SARRIERA, J. C. Redes sociais na investigação psicossocial. **Aletheia** [online], Canoas, n. 21, p. 53-67, jun. 2005.

MERHY, E. E. Como nascem as redes de cuidados à saúde. O caso de Magda que não é um caso. Multiplicidade existencial, viva. **Texto para mesa-ativadora do debate sobre redes vivas e as pesquisas dos observatórios.** Linha micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde. Rio de Janeiro: UFRJ/ UFF/ USP, 2014.

\_\_\_\_\_. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em Saúde. Um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec; p. 74-111, 1997.

\_\_\_\_\_. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.** Rio de Janeiro: IMS/UERS, p. 195-206, 2005.

\_\_\_\_\_. **Saúde: cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002, 192 p.

MIELKE, F. B; OLCHOWSKY, A. Saúde mental na Estratégia da Saúde da Família: a avaliação de apoio matricial. **Revista Brasileira Enfermagem** [online], Vol. 63, n. 6, p. 900-907, 2010.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade.** 22<sup>a</sup> ed. Petrópolis: Vozes, 2003, 108 p.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.** 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014, 408 p.

MINUCHIN, S. **Famílias funcionamento e tratamento.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. 238 p.

MINUCHIN, S; LEE, W; SIMON, G. M. **Dominando a terapia familiar.** Porto Alegre: Artmed, 2008, 328 p.

MUSSO, P. A filosofia da rede. In: PARENTE, A. (Org). **Tramas da rede: novas dimensões filosóficas, estéticas e políticas da comunicação**. Porto Alegre: Sulina, p. 17-38, 2013.

NAVARINI, V.; HIRDES, A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. **Texto contexto - enferm.** [online]. Vol.17, n.4, p. 680-688, 2008.

NICHOLS, M. P; SCHATZ, R. C. **Terapia familiar: conceitos e métodos**. Porto Alegre: Artmed, 2007, 474 p.

NOVAES, M. H. Construção da trajetória de vida na terceira idade. In: NOVAES, M. H. **Conquistas possíveis e rupturas necessárias**. Rio de Janeiro: Grypho Edições, p. 13-15, 1995.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2007, 244 p.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia de saúde mental**. Curitiba: SESA, 2014, 56 p.

PAULON, S; NEVES, R. **Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013, 151 p.

PINHEIRO, R; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, p.7-35, 2003.

PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2003, 228 p.

\_\_\_\_\_. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2006, 320 p.

POPE, C; MAYS, N. Métodos Observacionais. In: POPE, C; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, p 45-66, 2009.

RANGEL, M. P. Redes sociais pessoais: Conceitos, práticas e metodologia. **Tese (doutorado)**, Pontifícia Universidade Católica, Porto Alegre, RS. 2007. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/919>. Acesso em 10/02/2017.

RAPIZO, R. **Terapia sistêmica de família: da instrução à construção**. 2ª ed. Rio de Janeiro: NOOS, 2002, 159 p.

RIBEIRO, A. L. **A psicologia e o cuidado nos serviços de saúde: formação e trabalho**. Curitiba: Appris, 2014, 140 p.

RIBEIRO, J. H. S. **Espaços violados: uma leitura sobre a violência sexual contra crianças e adolescentes em Manaus**. Manaus, AM: UEA Edições, 2013, 250 p.

RODRIGUES, J.; BROGNOLI, F. F; SPRICIGO, J. S. Associação dos usuários de um centro de atenção psicossocial: desvelando sua significação. **Texto & Contexto – Enfermagem** [online]. Vol. 15, n. 2, p. 240-245, 2006.

RODRIGUES, T. M. M; ROCHA, S. S; PEDROSA, J. I. S. Visita domiciliar como objeto de reflexão. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI** [online], Teresina. Vol. 4, n. 3, p.44-47, Jul-Ago-Set, 2011.

ROLNICK, S. **Cartografia sentimental**. Porto Alegre: UFRGS, 2006, 248 p.

ROMANELLI, G. Autoridade e poder na família. In: CARVALHO, M. C. B. (Org.). **A família contemporânea em debate**. São Paulo: Educ/Cortez, p. 73-88, 2002.

ROSA, L. C. S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2011, 367 p.

ROTELLI, F. Formação e construção de novas instituições em saúde mental. In: AMARANTE, P; CRUZ, L. B. (Orgs.). **Saúde Mental, Formação e Crítica**. Rio de Janeiro: Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Fundação Oswaldo Cruz (Laps/Fiocruz), 2008, p. 37-50.

SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbaroi** [online]. n.34, p. 146-160, 2011.

SANTOS, J. B. Redes sociais e fatores de risco e proteção para o envolvimento com drogas na adolescência: abordagem no contexto da escola. **Dissertação de Mestrado em Psicologia clínica**. Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, 2006. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/6545>. Acesso em 20/02/2016.

SARACENO, B. Conferência “A Rede de Saúde Mental no Território”, no Encontro Estadual de Saúde Mental, em São Paulo, 26 de junho de 2009.

\_\_\_\_\_. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, p. 13-18, 1996.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA C. D; GUIDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História e Ciências Sociais** [online]. Ano 1, n. 1, jul./ 2009.

SARTI, C. A. **A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres**. São Paulo: Cortez, 7ª ed., 2011, 128 p.

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciência & saúde coletiva** [online]. Vol. 10, supl. 1, p. 243-253, 2005.

SCHNITMAN, D. F. Redes y sistemas. In: Família e comunidade. **Núcleo de família e comunidade do programa de estudos de pós graduados em psicologia clínica da PUC-SP**, Vol. 3, n. 1, Jun. 2006, São Paulo: Via Leterra, 2006.

SIGNIFICADOS. **Significado de dinâmica**. Disponível em: <http://www.significadosbr.com.br/am-e-pm>. Acesso em 20/03/2016.

SILVA, K. L. *et al.* Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Revista Saúde Pública** [online]. Vol. 44, n.1, p.166-176, 2010.

SILVEIRA, D. P; VIEIRA, A. L. S. Saúde mental e Atenção Básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. Vol. 14, n. 1, p. 139-148, 2009.

SILVEIRA, M. R. A Saúde mental na atenção básica: um diálogo necessário. **Tese (doutorado)** – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, belo Horizonte, 2009, 145 p. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/GCPA-7SPGCY>. Acesso em 14/01/2017.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997, 147 p.

SOALHEIRO, N. I. Política, Estratégias de Empoderamento e Transformação Social no Contexto Brasileiro do Movimento pela Reforma Psiquiátrica. In: JORGE, M. A. S; CARVALHO, M. C. A; SILVA, P. R. F. (Orgs.). **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 279-295, 2014.

SUNDFELD, A. C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis** [online]. Vol. 20, n. 4, p.1079-1097, 2010.

THIOLLENT, M. Estratégia de conhecimento. In: THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-Ação**. São Paulo: Cortez: Autores Associados, p 13-46, 2008.

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. Vol. 23, n 10, p 2375-2384, 2004.

TRAVASSOS, C; VIACANA, F; FERNANDES, C; ALMEIDA, C, M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. V. 5, p. 133-149, 2000.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública** [online], Vol. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

UBER, M. L. R.; BOECKEL, M. G. A prática em terapia de família e as redes sociais pessoais. **Pensando famílias** [online]. Vol. 18, n. 2, p. 108-123, 2014.

VASCONCELOS, E. M. **Abordagens Psicossociais: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares**. Vol. 2. São Paulo: Hucitec, 2008, 336 p.

VASCONCELOS, E. M.; RODRIGUES, J. **Organização de usuários e familiares em saúde mental no Brasil: uma contribuição para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental**. 2010. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_final\\_IVcnsmi\\_cns.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf). Acesso em 21/05/2017.

VENTURINI, E. **A linha curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização**. Coleção Loucura & Civilização. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016, 196 p.

VIEIRA FILHO, N. G. (1997) Prática terapêutica em psicologia clínica: análise do circuito institucional. (Relatório Bolsa de Pesquisa), Brasília, CNPq. In: VIEIRA FILHO, N. G;

TEIXEIRA, V. M. S. Observação Clínica: Estudo da implicação Psicoafetiva. **Psicologia em Estudo**. Maringá, Vol. 8, n. 1, p. 23-29, jan./jun. 2003.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa participante em psicologia clínica. Textos do VI simpósio nacional de práticas psicológicas em instituição**. Universidade de São Paulo. Superintendência de Assistência Social. 2010. Disponível em: <http://www.usp.br/coseas/COSEASHP/ADM/Psicologo/VIsimposio/VIEIRA%20FILHO%20-%20A%20Pesquisa%20Participante.pdf>. Acesso em 16/02/2015.

\_\_\_\_\_. **Psicologia da Saúde: do controle à produção de cuidados da saúde**. Manaus: EDUA, 2012, 164 p.

WAGNER, A. (Orgs.). **Desafios Psicossociais da Família Contemporânea: Pesquisas e Reflexões**. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011, 208 p.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010, 192 p.

ZOBOLI, E. L. C. P. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. In: **Revista da Escola de enfermagem da USP**. [online]. São Paulo, v. 8, nº 1, p.21-27, 2004.

## APÊNDICES

### APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (FAMÍLIA)



**UFAM**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A FAMÍLIA

Gostaríamos de convidar sua família para participar da pesquisa *“A Dinâmica da rede de cuidados de famílias acompanhadas na atenção psicossocial e na atenção básica em Manaus”*, a qual pretende analisar a dinâmica da *rede de cuidados à saúde da família* no processo de acompanhamento do sujeito/usuário portador de transtorno mental na atenção psicossocial em articulação com a atenção básica, em Manaus.

Para coletar os dados será realizada análise de material documental, observações participantes no cotidiano do CAPS e em visitas domiciliares juntas com a equipe de apoio matricial e outras somente pela pesquisadora responsável. No intuito de facilitar a análise posteriormente, necessitaremos realizar registros de notas em diário de campo e uso de gravador de voz em momentos de conversações com você e sua família. Caso seja necessário, também gostaríamos de convidá-lo (a) para uma entrevista com intuito de contribuir com os dados das observações. É assegurado que os dados serão usados somente para a pesquisa, respeitando a confidência e o sigilo das informações coletadas.

Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que você compreenda as informações contidas neste documento. Sua participação deve ser voluntária e gratuita, sendo resguardado o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

Durante sua participação e de sua família na pesquisa, não esperamos causar desconforto ou incômodo, porém temos ciência do risco de despertar conteúdos emocionais pela natureza do tema que nos propomos a estudar, e por isso, caso haja algum desconforto, a pesquisadora estará apta a intervir, interrompendo o procedimento, realizando o acolhimento das demandas e atendimento psicológico que se fizer necessário ou encaminhamento a um serviço capacitado para tal (CAPS de referência e/ou CSPA da UFAM - localizado na Av. General Rodrigo Otávio Jordão Ramos, 3000, Campus Universitário Setor Sul, Bloco X, telefones (92) 3305-4121 e (92) 99314-4121), visando o seu bem-estar e a minimização de riscos. Quanto ao benefício, vocês estarão nos ajudando a refletir sobre a constituição de redes de cuidados à saúde de famílias que possuem membros com transtorno mental em seus núcleos familiares e, por conseguinte, na construção de práticas que considerem os fatores e aspectos psicossociais emergentes nessa dinâmica de rede. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas suas identidades não serão divulgadas, sendo guardadas em sigilo.

Ressalta-se ainda que, em consonância com as exigências da Res.466/2012, garantimos o ressarcimento das despesas dos participantes da pesquisa, bem como de seu acompanhante, quando

necessário, no que tange às despesas geradas por conta da pesquisa e não somente de transporte ou alimentação, mas a tudo que for decorrente do estudo, a serem pagas por meio dos recursos próprios da pesquisadora responsável. Além do ressarcimento das despesas, asseguramos o pagamento de indenização aos participantes da pesquisa em nível de cobertura material, em reparação à eventual dano, imediato ou tardio, que comprometa o indivíduo ou a coletividade, de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano e jamais será exigida dos participantes, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização, a qual será paga de maneira compatível com o dano sofrido e também com os recursos financeiros próprios da pesquisadora responsável.

Desse modo, deixamos aqui disponíveis os telefones de contato da pesquisadora e de sua orientadora, caso necessite de mais informações: Mestranda em Psicologia Nayandra Stéphanie Souza Barbosa – (92) 99247-8044, email: [nayandrasouza@hotmail.com](mailto:nayandrasouza@hotmail.com) e Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Denise Duran Machado Gutierrez – (92) 99984-7127, email: [dmdgutie@uol.com.br](mailto:dmdgutie@uol.com.br), bem como o endereço da instituição responsável: Av. Gal. Rodrigo Octávio Jordão Ramos, 3000, UFAM, Mini - Campus, Faculdade de Psicologia (FAPSI), Coroado I. CEP: 69077-000. Manaus-AM. Poderá, ainda, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone (92) 3305-1181, ramal 2004, email: [cep.ufam@gmail.com](mailto:cep.ufam@gmail.com).

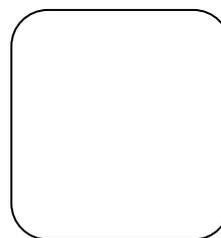
Desde já, agradecemos sua atenção e colaboração.

### Consentimento pós-informação

Eu, \_\_\_\_\_, após ter lido e entendido as explicações sobre a pesquisa e tirado minhas dúvidas, CONCORDO VOLUNTARIAMENTE, como representante do meu núcleo familiar, em participar da pesquisa, permitindo os procedimentos de levantamento de dados necessários, estando ciente que não irei ter nenhum benefício financeiro, sendo-me asseguradas as garantias de ressarcimento de despesas e indenização, proporcional aos gastos e danos decorrentes da pesquisa, caso ocorram. Estou ciente também que posso sair a qualquer momento da pesquisa sem que isso acarrete em prejuízos. Este documento é emitido em duas vias e serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um de nós.

Assinaturas:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante voluntário  
(Responsável pelo núcleo familiar)

OU

Impressão do dedo polegar  
(Caso não saiba assinar)

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora Responsável

## APÊNDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (EQUIPE)



UFAM

### UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS FACULDADE DE PSICOLOGIA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A EQUIPE DE REFERÊNCIA

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa *“A Dinâmica da rede de cuidados de famílias acompanhadas na atenção psicossocial e na atenção básica em Manaus”*, a qual pretende analisar a dinâmica da *rede de cuidados à saúde da família* no processo de acompanhamento do sujeito/usuário portador de transtorno mental na atenção psicossocial em articulação com a atenção básica, em Manaus.

Informamos que duas famílias serão participantes diretos da pesquisa. Contudo, como precisaremos realizar observações participantes no cotidiano do CAPS e em visitas domiciliares com a equipe de apoio matricial, gostaríamos de contar com a sua colaboração neste período, onde teremos possibilidade de conversar informalmente sobre as famílias participantes da pesquisa, sobretudo no momento em que realizaremos a reunião de restituição das primeiras análises de dados, prevista na última etapa de pesquisa. Para tanto, necessitaremos realizar registros em diário de campo e uso de gravador de voz na referida reunião. É assegurado que os dados serão usados somente para a pesquisa, respeitando a confidência e o sigilo das informações.

Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que você compreenda as informações contidas neste documento. Sua participação deve ser voluntária e gratuita, sendo resguardado o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

Durante sua participação na pesquisa, não esperamos causar desconforto ou incômodo, podendo o procedimento de coleta de dados ser interrompido a qualquer momento visando o seu bem-estar e a minimização de riscos, pois reconhecemos que estes podem ocorrer nas relações humanas e institucionais. Na possibilidade de se concretizarem, comprometemo-nos a acolher as demandas surgidas e trabalhar com a equipe de forma coletiva para que os melhores encaminhamentos e decisões possam ser adotados, compatíveis com os critérios éticos e científicos. Havendo ainda, a possibilidade de ser ofertado atendimento psicológico gratuito no Centro de Serviços de Psicologia Aplicada (CSPA) da UFAM, localizado na Av. General Rodrigo Otávio Jordão Ramos, 3000, Campus Universitário Setor Sul, Bloco X, telefones (92) 3305-4121 e (92) 99314-4121. Quanto ao benefício, você estará nos ajudando a refletir sobre a constituição de redes de cuidados à saúde de famílias que possuem membros com transtorno mental em seus núcleos familiares e, por conseguinte, na construção de práticas que considerem os fatores e aspectos psicossociais emergentes nessa dinâmica de rede. Os resultados da pesquisa serão <sup>2</sup>/<sub>2</sub> os e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

Ressalta-se ainda que, em consonância com as exigências da Res.466/2012, garantimos o ressarcimento das despesas dos participantes da pesquisa, bem como de seu acompanhante, quando necessário, no que tange às despesas geradas por conta da pesquisa e não somente de transporte ou

alimentação, mas a tudo que for decorrente do estudo, a serem pagas por meio dos recursos próprios da pesquisadora responsável. Além do ressarcimento das despesas, asseguramos o pagamento de indenização aos participantes da pesquisa em nível de cobertura material, em reparação à eventual dano, imediato ou tardio, que comprometa o indivíduo ou a coletividade, de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano e jamais será exigida dos participantes, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização, a qual será paga de maneira compatível com o dano sofrido e também com os recursos financeiros próprios da pesquisadora responsável.

Desse modo, deixamos aqui disponíveis os telefones de contato da pesquisadora e de sua orientadora, caso necessite de mais informações: Mestranda em Psicologia Nayandra Stéphanie Souza Barbosa – (92) 99247-8044, email: [nayandrasouza@hotmail.com](mailto:nayandrasouza@hotmail.com) e Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>. Denise Duran Machado Gutierrez – (92) 99984-7127, email: [dmdgutie@uol.com.br](mailto:dmdgutie@uol.com.br), bem como o endereço da instituição responsável: Av. Gal. Rodrigo Octávio Jordão Ramos, 3000, UFAM, Mini - Campus, Faculdade de Psicologia (FAPSI), Coroado I. CEP: 69077-000. Manaus-AM. Poderá, ainda, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone (92) 3305-1181, ramal 2004, email: [cep.ufam@gmail.com](mailto:cep.ufam@gmail.com).

Desde já, agradecemos sua atenção e colaboração.

### **Consentimento pós-informação**

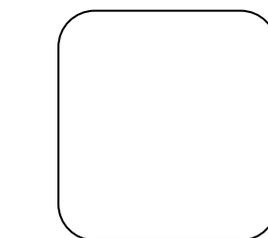
Eu, \_\_\_\_\_, após ter lido e entendido as explicações sobre a pesquisa e tirado minhas dúvidas, CONCORDO VOLUNTARIAMENTE, como membro da equipe de referência, em participar da pesquisa, permitindo os procedimentos de levantamento de dados necessários, estando ciente que não irei ter nenhum benefício financeiro, sendo-me asseguradas as garantias de ressarcimento de despesas e indenização, proporcional aos gastos e danos decorrentes da pesquisa, caso ocorram. Estou ciente também que posso sair a qualquer momento da pesquisa sem que isso acarrete em prejuízos. Este documento é emitido em duas vias e serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um de nós.

Assinaturas:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante voluntário

OU



Impressão do dedo polegar

(Caso não saiba assinar)

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora Responsável

## APÊNDICE III – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE



UFAM

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

### ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

#### 1ª Posição do observador – cotidiano de cuidados à saúde no CAPS e nas ações de articulação de rede em geral.

- Como as famílias chegam ao CAPS? O que procuram neste serviço? Que demandas trazem?
- Quais as práticas interventivas estão sendo ofertadas pelo serviço às famílias?
- Como estão sendo realizadas as ações de articulação de rede? Qual a compreensão da equipe?
- Quais os aspectos psicossociais estão sendo considerados em suas ações de cuidados em geral?

#### 2ª Posição do observador – cotidiano de cuidados à saúde das famílias em âmbito familiar e em território.

##### Com a equipe de referência:

- Quais as demandas que levam à realização de ações de cuidados em âmbito familiar?
- Quais os diálogos que emergem quando há a busca de serviços em território em prol dessas famílias? Quem são esses parceiros?
- Quais os aspectos psicossociais estão sendo considerados em suas ações de cuidados nesses casos, em particular?

##### Somente com a pesquisadora:

- Quais os fatores que incidem na dinâmica familiar cotidiana de cuidados dessas famílias?
- O que pode ser observado sobre as concepções de cuidado, significação de saúde-doença e estilos de vida destas famílias?
- Quais seriam as razões, motivações e necessidades que os instigam a recorrer à sua rede social de apoio? E quem são os principais atores do cuidado em suas trajetórias terapêuticas?
- É possível construir um genograma e/ou ecomapa com a família?

#### 3ª Posição – observador colaborador

- Qual a compreensão coletiva da equipe sobre o objeto de estudo em contexto?
- Propor diálogo e reflexão sobre a construção de práticas de trabalho em ato vivo que fortaleçam a constituição de uma *rede de cuidados à saúde* efetiva, incluindo a família e a rede social de apoio destes sujeitos, considerando suas especificidades.

## APÊNDICE IV – MODELO DE REGISTRO DE NOTAS EM DIÁRIO DE CAMPO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

### MODELO DE REGISTRO DE NOTAS EM DIÁRIO DE CAMPO

**Local:**

**Data:**

**Horário de início e término:**

**N<sup>a</sup> de registro:**

**Posição do observador participante:**

**Participante (s) observado (s):**

**Membros da equipe?**

**Membros da família?**

**Assinalar com um X o (s) tipo (s) de nota (s) registrada (s):**

( ) **N1 - Notas iniciais:** notas da observação no cotidiano de cuidados à saúde das famílias no CAPS e nas ações de articulação de rede no geral;

( ) **N2 - Notas específicas:** notas da observação no cotidiano de cuidados à saúde das duas famílias em âmbito familiar e em território, incluindo as ações ofertadas em rede de cuidados;

( ) **N3 - Notas reflexivas:** notas reflexivas sobre o trabalho de campo, incluindo o registro das inquietações, sentimentos, impressões durante a realização da pesquisa.

**Registro de notas propriamente dito:**

---



---



---



---



---

## APÊNDICE V – MODELO DE REGISTRO DAS CONVERSÇÕES NOS ENCONTROS FAMILIARES



**UFAM**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

### MODELO DE REGISTRO DAS CONVERSÇÕES NOS ENCONTROS FAMILIARES

#### 1. PROTOCOLO:

**Local:**

**Data:**

**Horário de início e término:**

**N<sup>a</sup> de registro:**

#### 2. IDENTIFICAÇÃO:

**Nome do participante:**

**Idade:**

**Naturalidade:**

**Estado civil:**

**Nível de escolaridade:**

**Profissão:**

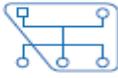
**Parentesco com o usuário do CAPS/UBS:**

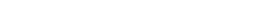
#### 3. GENOGRAMA E/OU ECOMAPA<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> O genograma é uma representação gráfica da estrutura familiar interna e permite dimensionar e qualificar o conjunto de relações existentes entre seus membros. O ecomapa, por outro lado, é uma representação gráfica das relações da família com outras instâncias sociais, externas e interconectadas, tal como vizinhança, escola, serviços de saúde, igreja, etc. Permite, entre outras coisas, estimar os recursos sociais de que a família dispõe para seu apoio e cuidado (GUTIERREZ, 2014).

## SÍMBOLOS PARA GENOGRAMA E ECOMAPA<sup>22</sup>

SÍMBOLOS DO GENOGRAMA			
CLIENTE ENTREVISTADO		LIGAÇÃO SANGUÍNEA	
HOMEM		LIGAÇÃO NÃO-SANGUÍNEA	
MULHER		LIGAÇÃO DISTANTE	
GRAVIDEZ		LIGAÇÃO PRÓXIMA	
ABORTO		LIGAÇÃO ESTREITA	
ÓBITO		SEPARAÇÃO	
CASAL COM FILHOS		LIGAÇÃO CONFLITUOSA	
GÊMEOS		ADOÇÃO PARA DENTRO DA FAMÍLIA	
GÊMEOS IDÊNTICOS		ADOÇÃO PARA FORA DA FAMÍLIA	
LINHA CONTÍNUA, INDICANDO INDIVÍDUOS QUE VIVEM JUNTOS		ALCOOLISMO	

DIMENSÕES DAS LIGAÇÕES DO ECOMAPA		
DIMENSÃO	SIGNIFICADO	TRAÇO
Força da ligação	Fraca	
	Tênue/incerta	
	Forte	
Impacto da ligação	Sem impacto	
	Requerendo esforço/energia	
	Fornecendo apoio/energia	
Qualidade da ligação	Estressante	
	Não estressante	

<sup>22</sup> GUTIERREZ, D. M. D. Genograma e Ecomapa: Instrumentos para o cuidado com famílias. **Programa de Atualização em Enfermagem**, v. 2, p. 73-98, 2014.

## ANEXOS

## ANEXO I – TERMO DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Av. Mário Ypiranga, 1695 – Adrianópolis –  
Manaus – AM  
CEP 69057-002 | Tel.: 3236-8987  
gesau@pmm.am.gov.br  
semsa.manaus.am.gov.br

Autorização para Pesquisa nº 20/2016 – GESAU/SEMSA

Manaus, 12 de julho de 2016.

**AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA NA SEMSA**

Declaramos para os devidos fins que a Gerência de Gestão da Educação na Saúde - GESAU autoriza a inserção de dados em pesquisa no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA:

**TÍTULO:** A DINAMICA DA REDE DE CUIDADOS DE FAMÍLIAS ACOMPANHADAS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E NA ATENÇÃO BÁSICA EM MANAUS

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** NAYANDRA STÉPHANIE SOUZA BARBOSA

**PROFESSOR ORIENTADOR:** DENISE MACHADO DURAN GUTIERREZ

**INSTITUIÇÃO DE ENSINO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM

**LOCAL DA PESQUISA:** CAPS TIPO III, ZONA CENTRO SUL DE MANAUS

Informamos que o pesquisador responsável apresentou o parecer ético consubstanciado (anuência) emitido por um Comitê de Ética em Pesquisa - CEP assegurando que os resultados obtidos serão tratados conforme prevê a Resolução CNS 466/2012 e suas complementares; e os objetivos e a metodologia para seu desenvolvimento não irão interferir no fluxo normal da Instituição; não serão utilizados insumos da SEMSA (recursos humanos, material de expediente etc.); nem gerarão ônus para a Secretaria.

Salientamos que esta autorização é voluntária e foi deferida pelo Departamento de Atenção Primária – DAP e Departamento de Atenção Primária – DAP, podendo a qualquer momento ser solicitado esclarecimentos sobre a pesquisa que está sendo desenvolvida ou até mesmo ser revogada. A mesma corresponde ao projeto básico encaminhado previamente à chefia do Local da Pesquisa pela Gerência de Gestão da Educação na Saúde.

Enfatizamos que o PESQUISADOR RESPONSÁVEL SE COMPROMETE em apresentar cópia deste documento ao gestor do Local da Pesquisa.

Dessa forma, solicitamos que a realização da pesquisa seja acompanhada assegurando o bem-estar dos participantes e pesquisadores.

Ademarina Teixeira Cardoso  
Gerência de Gestão de Educação na Saúde  
SEMSA

*Ademarina Teixeira Cardoso*

ADEMARINA TEIXEIRA CARDOSO  
Gerência de Gestão da Educação na Saúde  
Departamento de Gestão do Trabalho e Educação

*Nayandra Stéphanie Souza Barbosa*  
NAYANDRA STÉPHANIE SOUZA BARBOSA  
Pesquisador (a) Responsável

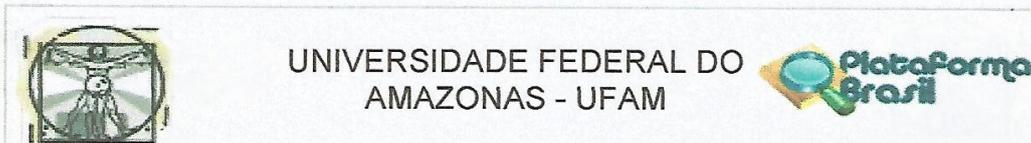
810.915.692-53  
CPF

13/07/2016  
DATA

*Recebido em 13/07/16*

*Luciana*  
M<sup>te</sup> P. Socorro Bader Vieira  
Diretora do CAPS-SUL

## ANEXO II - TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A DINÂMICA DA REDE DE CUIDADOS DE FAMÍLIAS ACOMPANHADAS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E NA ATENÇÃO BÁSICA EM MANAUS

**Pesquisador:** NAYANDRA STÉPHANIE SOUZA BARBOSA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 56646516.7.0000.5020

**Instituição Proponente:** Faculdade de Psicologia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.622.918

#### Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa tem como objeto de estudo compreender como se constitui a rede de cuidados à saúde de famílias que possuem membros com transtorno mental em seus núcleos familiares. Para tanto, adota como objetivo geral analisar a dinâmica da rede de cuidados à saúde de famílias que estão em processo de acompanhamento do sujeito/usuário portador de transtorno mental em um serviço de atenção psicossocial (CAPS) em articulação com a atenção básica (UBS/ESF), em Manaus. Os objetivos específicos são: Observar como as famílias, no geral, estão sendo acompanhadas pela equipe do CAPS, buscando conhecer suas ações de cuidados à saúde em prol dessas famílias; observar somente dois núcleos familiares que estão sendo acompanhados em articulação de rede (CAPS-UBS/ESF), identificando os aspectos psicossociais emergentes nessa ação de cuidados à saúde in situ; observar estes dois núcleos familiares em âmbito domiciliar, buscando compreender os fatores incidentes em sua dinâmica familiar cotidiana de cuidados e os momentos que recorrem à sua rede social de apoio; refletir sobre relações possíveis entre os aspectos e fatores observados nessas dinâmicas de cuidados e a constituição de uma rede de cuidados à saúde de famílias efetiva, considerando suas especificidades. Utilizar-se-á a metodologia de pesquisa qualitativa através do método de observação participante, tendo como recursos metodológicos os seguintes instrumentos: material documental; diário de campo;

**Endereço:** Rua Teresina, 4950

**Bairro:** Adrianópolis

**CEP:** 69.057-070

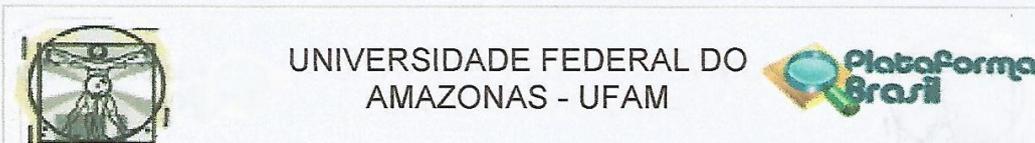
**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**Telefone:** (92)3305-5130

**Fax:** (92)3305-5130

**E-mail:** cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 1.622.918

registro de conversações em visitas domiciliares às famílias e, se necessário, entrevista com o principal cuidador dos referidos núcleos familiares; por fim, a realização de uma reunião de restituição das primeiras análises dos dados à equipe de referência, em coerência com o método da observação participante que permite a posição do pesquisador enquanto observador-colaborador. Desse modo, a análise do corpus da pesquisa será realizada a partir de Análise de Conteúdo Temática, com base no referencial teórico da psicologia da saúde em interlocução com a abordagem sistêmica de família.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

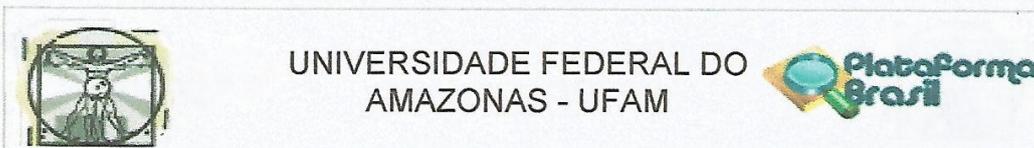
**Objetivo Primário:** Analisar a dinâmica da rede de cuidados à saúde de famílias que estão em processo de acompanhamento do sujeito/usuário portador de transtorno mental em um serviço de atenção psicossocial (CAPS) em articulação com a atenção básica (UBS/ESF), em Manaus.

**Objetivo Secundário:** 1) Observar como as famílias, no geral, estão sendo acompanhadas pela equipe do CAPS, buscando conhecer suas ações de cuidados à saúde em prol dessas famílias; 2) Observar dois núcleos familiares que estão sendo acompanhados em articulação de rede (CAPS-UBS/ESF), identificando os aspectos psicossociais emergentes nessa ação de cuidados à saúde in situ; 3) Observar estes dois núcleos familiares em âmbito domiciliar, buscando compreender os fatores incidentes em sua dinâmica familiar cotidiana de cuidados e os momentos que recorrem à sua rede social de apoio; 4) Refletir sobre relações possíveis entre os aspectos e fatores observados nessas dinâmicas de cuidados e a constituição de uma rede de cuidados à saúde de famílias efetiva, considerando suas especificidades.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** A partir de uma análise crítica dos riscos e benefícios da pesquisa, temos ciência do risco de despertar conteúdos emocionais aos participantes pela natureza do tema que nos propomos a estudar. Dessa forma, caso aconteça alguma situação adversa no decorrer da pesquisa de campo, a pesquisadora e sua orientadora, comprometem-se a suspender a coleta de dados e a encaminhar os participantes ao CAPS, também estando à disposição para prestar apoio e atendimento psicológico que se fizer necessário. Outro risco possível diz respeito ao risco nas relações humanas e institucionais. Na possibilidade desses riscos se concretizarem, a pesquisadora responsável compromete-se a acolher as demandas surgidas e trabalhar com a equipe de forma coletiva para que os melhores encaminhamentos e decisões possam ser adotados, compatíveis com os critérios éticos e científicos. Havendo ainda, a possibilidade de ser ofertado atendimento psicológico gratuito no Centro de Serviços de Psicologia Aplicada (CSPA) da

Endereço: Rua Teresina, 4950  
 Bairro: Adrianópolis CEP: 69.057-070  
 UF: AM Município: MANAUS  
 Telefone: (92)3305-5130 Fax: (92)3305-5130 E-mail: cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 1.622.918

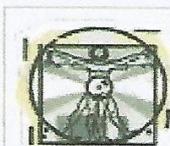
UFAM, localizado na Av. General Rodrigo Otávio Jordão Ramos, 3000, Campus Universitário Setor Sul, Bloco X, telefones (092)3305-4121 e 99314-4121. Ressalta-se ainda que, em consonância com as exigências da Res.466/2012, será garantida a indenização aos participantes da pesquisa em nível de cobertura material em reparação à eventual dano, imediato ou tardio, de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social ou cultural, que possa ter sido gerado pela pesquisa.

**Benefícios:** O benefício que se espera alcançar, primeiramente, é colaborar com reflexões sobre as contribuições da Psicologia da Saúde na dinâmica da rede de cuidados à saúde da família em geral, uma vez que se observa que mesmo considerando a importância da participação da família e do cuidado em rede no contexto da reforma psiquiátrica e sanitária, a maioria dos estudos já realizados nessa área de interesse ressaltam somente a sobrecarga vivida pelos familiares no cuidado a pacientes crônicos, mas pouco se fala e se pesquisa sobre os modos de cuidar da saúde no âmbito familiar e suas relações com a rede social e de cuidados à saúde. No campo científico, o benefício que se almeja é que as reflexões e os resultados que serão alcançados possam ser colocados à disposição do cenário acadêmico e profissional, contribuindo de maneira significativa em posteriores estudos, pesquisas científicas e construção de políticas públicas efetivas no campo da saúde mental e saúde coletiva.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa em nível de mestrado a ser desenvolvida pela discente Nayandra Stephanie Souza Barbosa, sob a orientação da Profª DRª Denise machado Duran Gutierrez, através do Programa de Pós-Graduação em Psicologia - FAPSI/UFAM. O estudo será consubstanciado na abordagem qualitativa na perspectiva teórica da psicologia da saúde. Será utilizado o método da observação participante. A imersão que se experimenta a partir da observação participante torna o pesquisador menos estranho, fazendo com que sua presença ocorra de forma menos invasiva e o diálogo possa se estabelecer para além da superficialidade (THIOLLENT, 2008). Diante do exposto, o campo de investigação da pesquisa será um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) localizado na zona centro sul de Manaus e seu território de abrangência. Esse ponto de atenção à saúde caracteriza-se enquanto um serviço especializado em saúde mental da rede de atenção psicossocial (RAPS), do distrito de saúde sul. Será um importante momento para formalização deste lugar de pesquisadora observadora participante e da possibilidade de acompanhar a equipe nos momentos de intervenção com as famílias no cotidiano do serviço, na prática de apoio matricial e visitas domiciliares, com a assinatura coletiva do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), uma vez que os consideramos participantes indiretos da pesquisa, pela

Endereço: Rua Teresina, 4950  
 Bairro: Adrianópolis CEP: 69.057-070  
 UF: AM Município: MANAUS  
 Telefone: (92)3305-5130 Fax: (92)3305-5130 E-mail: cep@ufam.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 1.622.918

natureza do método da observação participante. Os participantes diretos que deverão compor a pesquisa serão dois sujeitos e seus respectivos familiares que estão em processo de acompanhamento à saúde no CAPS em articulação com a atenção básica (UBS/ESF). A priori, o local escolhido para encontro, visando apresentação do projeto, obtenção dos consentimentos livres e esclarecidos aos sujeitos participantes da pesquisa, serão os espaços de acolhimento do CAPS, havendo a possibilidade de mudanças se a família preferir. A análise do corpus será realizada através do método de Análise de Conteúdo, à luz do marco teórico da psicologia da Saúde. Dentre as várias modalidades de Análise de Conteúdo existentes, a análise temática é considerada a mais apropriada para as investigações qualitativas em saúde. Desse modo, realizar uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objeto analítico visado (MINAYO, 2014). Sendo assim, a escolha dessa modalidade de análise pode ser explicada pela necessidade de ultrapassar as incertezas dos pressupostos, pela necessidade de enriquecimento da leitura por meio da compreensão das significações e, sobretudo, pela necessidade de desvelar as relações e práticas que se estabelecem além das falas propriamente ditas. Seu processo desdobra-se em três etapas (MINAYO, 2014), a saber: 1) Pré-análise: etapa de escolha dos materiais a serem analisados e retomada dos pressupostos e objetivos iniciais da pesquisa, podendo ser decomposta nas seguintes tarefas: leitura flutuante do conjunto das comunicações; constituição do corpus, termo que diz respeito ao universo estudado em sua totalidade; formulação e reformulação dos pressupostos e objetivos, tendo como parâmetro de leitura exaustiva do material as indagações iniciais e a abertura para novos questionamentos. 2) Exploração do material: essencialmente uma tarefa classificatória que visa a alcançar o núcleo de compreensão do texto, encontrando categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo será organizado, ou seja, momento em que se dá uma visibilidade compreensiva para os dados dispondo-os em categorias criadas segundo o que for verificado como conteúdo emergente; 3) Interpretação dos dados: momento em que o pesquisador vai realizar interpretações e dar significações aos dados, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou dar abertura a outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

1. Folha de rosto: ADEQUADA
2. Termo de anuência: ADEQUADO
4. Instrumentos de coleta de dados: ADEQUADOS
5. Critérios de inclusão e exclusão: ADEQUADOS

Endereço: Rua Teresina, 4950  
 Bairro: Adrianópolis CEP: 69.057-070  
 UF: AM Município: MANAUS  
 Telefone: (92)3305-5130 Fax: (92)3305-5130 E-mail: cep@ufam.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 1.622.918

6. Riscos e benefícios: ADEQUADOS
7. Cronograma: ADEQUADA
8. Orçamento: ADEQUADO

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Em razão do exposto, somos de parecer favorável para que o projeto seja APROVADO, pois o pesquisador cumpriu as determinações da Res. 466/2012.

É o parecer.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_700697.pdf	23/06/2016 19:51:04		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_para_o_CEP.doc	23/06/2016 19:48:00	NAYANDRA STÉPHANIE SOUZA BARBOSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_para_a_equipe_de_referencia.doc	23/06/2016 19:47:33	NAYANDRA STÉPHANIE SOUZA BARBOSA	Aceito
Outros	Modelo_de_registro_das_conversacoes_e_entrevista_com_cuidador.doc	23/06/2016 19:40:58	NAYANDRA STÉPHANIE SOUZA BARBOSA	Aceito
Outros	Modelo_de_registro_de_notas_em_diario_de_campo.doc	23/06/2016 19:36:28	NAYANDRA STÉPHANIE SOUZA BARBOSA	Aceito
Outros	Roteiro_para_observacao_participante.doc	23/06/2016 19:35:40	NAYANDRA STÉPHANIE SOUZA BARBOSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_para_a_familia.doc	23/06/2016 19:20:28	NAYANDRA STÉPHANIE SOUZA BARBOSA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	18/04/2016 18:16:48	NAYANDRA STÉPHANIE SOUZA BARBOSA	Aceito
Outros	Termo_de_anuencia_para_pesquisa_no_ambito_de_servicos_da_SEMSA.	16/04/2016 18:09:56	NAYANDRA STÉPHANIE SOUZA	Aceito

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 1.622.918

Outros	pdf	16/04/2016 18:09:56	BARBOSA	Aceito
--------	-----	------------------------	---------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MANAUS, 05 de Julho de 2016

Assinado por:

Eliana Maria Pereira da Fonseca  
(Coordenador)

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br