

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

**Leitura bioética sobre a inserção da família no tratamento da
pessoa com depressão no contexto do sistema público**

Roseclér Machado Gabardo
Tese de Doutorado

Brasília, DF, abril 2013

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

**Leitura bioética sobre a inserção da família no tratamento da
pessoa com depressão no contexto do sistema público**

Roseclér Machado Gabardo

Orientador: José Roque Junges

Tese de Doutorado

Brasília, DF, abril 2013

Gabardo, Roseclér Machado

Leitura bioética sobre a inserção da família no tratamento da pessoa com depressão no contexto do sistema público/
Roseclér Machado Gabardo.

Brasília, 2013.

157p. : il.

Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em
Bioética. Universidade de Brasília, Brasília.

1. Saúde mental. 2. Sofrimento psíquico. 3. Depressão. 4.
Família. 5. Bioética. I. Universidade de Brasília. II. Título.

© 2013

É concedida à Universidade de Brasília permissão para reproduzir cópias desta tese e emprestar ou vender tais cópias, somente para propósitos acadêmicos e científicos. A autora reserva outros direitos de publicação e nenhuma parte desta tese de doutorado pode ser reproduzida sem a autorização por escrito da autora.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

**Leitura bioética sobre a inserção da família no tratamento da
pessoa com depressão no contexto do sistema público**

Roseclér Machado Gabardo

Tese de doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Grau de Doutor em Bioética.

Aprovado por:

José Roque Junges, Dr. (UNISINOS)
(Orientador – Presidente)

Elias Abdalla Filho, Dr. (IML – DF)

Helena Eri Shimizu, Dr^a. (UnB)

Cláudio Fortes Garcia Lorenzo, Dr. (UnB)

Volnei Garrafa, Dr. (UnB)

Miguel Ângelo Montagner, Dr. (UnB)
(Examinador Suplente)

Brasília, DF, 25 de abril de 2013

Dedico este trabalho à querida professora orientadora e amiga Lucilda Selli (in memoriam), que, assim como o professor Roque, me conduziu para o caminho da Bioética.

AGRADECIMENTOS

Ao professor *Roque*, meu orientador,
por me acompanhar na vida acadêmica há vários anos,
sempre com tranquilidade e sabedoria.

Ao professor *Volnei*,
por não se descuidar daqueles que vêm de todos os cantos do Brasil estudar a
Bioética.

Ao professor *Cláudio*,
pela atenção e cordialidade.

A todos os *professores* do Programa de Pós-Graduação em-Bioética.

Ao *Thiago* e ao *Wanderson*, amigos de todas as horas.

A todos os meus *colegas* do Programa de Pós-Graduação em Bioética.

À *Vanessa* e à *Camila*,
por tornarem os meus dias em Brasília mais agradáveis.

Aos *funcionários* do Programa de Pós-Graduação em Bioética,
pela disponibilidade em ajudar.

Em especial, aos *participantes da pesquisa*,
por tornaram possível o estudo.

Aos meus *pais*,
na sua simplicidade,
por não me deixaram esmorecer nos momentos mais difíceis desta trajetória.

Aos meus queridos filhos *Daniel*, *Gabriel* e *Rafael*,
por se mostrarem doces, sensíveis e companheiros.



Nos lances da depressão, chega-se a um estranho ponto em que é impossível ver a linha entre a própria teatralidade e a realidade da loucura. Eu descobri duas qualidades de caráter conflitantes. Eu sou melodramático por natureza, no entanto, eu posso sair e “parecer normal” sob as circunstâncias mais anormais. Antonin Artaud escreveu em um de seus desenhos “nunca real e sempre verdadeiro”, e assim é a depressão. Você sabe que não é real, que você é outra pessoa, e ainda assim você sabe que é absolutamente verdadeiro. É muito confuso. Andrew Solomon⁽¹⁾

Pessoas deprimidas não podem liderar uma revolução porque pessoas deprimidas mal conseguem levantar de suas camas e colocar suas meias e sapatos. Andrew Solomon⁽¹⁾

RESUMO

A partir da Reforma Psiquiátrica multiplicou-se a forma de encarar e tratar as pessoas em sofrimento psíquico. O tema saúde mental não se restringe mais a uma única disciplina, a psiquiatria. De acordo com essa ideia vem acontecendo intensa discussão, mobilizando vários campos disciplinares e diferentes atores sociais. A bioética se insere, sempre mais, nesta discussão. Atualmente, a depressão ocupa lugar de destaque entre os sofrimentos mentais. O grande número de pessoas com depressão fez com que seja considerada o "mal do século". Entende-se a família como parte fundamental no novo paradigma de tratamento à saúde/doença mental. Conhecer de que forma as famílias lidam com o sofrimento mental e como estão sendo incluídas na atenção à saúde mental são aspectos fundamentais do caminho terapêutico. O estudo teve como objetivo geral discutir os conflitos éticos originários da atenção à saúde mental do sujeito com depressão e da inserção da família no tratamento dos mesmos. Utilizou-se o aporte teórico e prático das correntes da bioética que consideram os aspectos sociais, políticos, contextuais do tema saúde/doença assim como da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO. Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa. A coleta e análise dos dados e elaboração dos resultados foram norteadas pela metodologia da Teoria Fundamentada. O estudo foi desenvolvido em um Centro de Atenção Psicossocial e em um Ambulatório de saúde mental, ambos em uma cidade situada na região central do Estado do Rio Grande do Sul. Os sujeitos de pesquisa foram divididos em dois grupos, um dos usuários e outro dos seus familiares, configurando-se em quinze usuários e nove familiares. Ao final das codificações, os resultados foram agrupados em três diagramas: Usuário como sujeito em sofrimento psíquico; Tratamento fragmentado e centrado no modelo biomédico; e, Família suprimida e desassistida no processo terapêutico. O sofrimento psíquico do usuário expressa-se como perda da autonomia gerando afastamento do convívio social. Sabe-se que a autonomia é condição primordial para a garantia da dignidade humana e o exercício da cidadania. A principal estratégia de tratamento do usuário em depressão é o medicamento, fato causado pela fragmentação e pela carência de uma rede de atenção para a saúde mental. A integralidade do tratamento é uma exigência ética da atenção à saúde mental. Quanto à família, existe a falta de uma clara política de inclusão sistemática da família no projeto terapêutico do usuário em depressão. Além disso, ela se fragiliza e "adoece" por não ser acompanhada no seu sofrimento em lidar com o familiar depressivo. Assim, tanto o usuário quanto a sua família se encontram num processo de vulneração social, devido à situação que enfrentam. Por isso, a categoria central que emerge dos três diagramas é a vulneração. Esses resultados foram discutidos de acordo com as diretrizes e princípios da Política Nacional de Saúde Mental e da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. A vulnerabilidade, expressa nas situações de vulneração que indivíduos em depressão enfrentam, é um tema central para a bioética. Essa vulneração ocasiona a perda da autonomia e o isolamento social, atingindo valores éticos fundamentais da cidadania e do convívio social, que são o respeito à dignidade humana, a proteção dos direitos humanos e o direito de acesso a meios pautados pela integralidade para lidar e superar o sofrimento psíquico como um direito à saúde.

Palavras-Chave: Saúde mental; Sofrimento psíquico; Depressão; Família; Bioética.

ABSTRACT

The Psychiatric Reform has multiplied the ways to face and deal with people in psychological distress. The mental health issue is no longer restricted to a single discipline, psychiatry. According to this idea, there is intense discussion going on, mobilizing various disciplines and different social actors. Bioethics always falls most in this discussion. Currently, depression is a major concern among mental sufferings. The large number of people with depression has caused it to be considered the "disease of the century." The family is seen as a fundamental part of the new paradigm of treatment for mental health / illness. Knowing how families deal with mental distress and how they are being included in the mental health care are fundamental aspects in the therapeutic path. The study aimed to discuss the ethical conflicts that originate from the mental health care of the individual with depression and from the family insertion to treat them. We used the theoretical and practical currents of bioethics that consider the social, political, contextual topic of health / illness as well as the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, UNESCO. This is a qualitative research. The collection and analysis of data and preparation of the results were guided by the methodology of Grounded Theory. The study was conducted in a Psychosocial Care Center and in an ambulatory of mental health, both in a city located in the central region of Rio Grande do Sul. The subjects of the research were divided in two groups. One group is composed of 15 users and the other is composed of 9 family members of users. At the end of the encodings, the results were grouped in three diagrams: User as a subject in psychological distress; Treatment fragmented and focused on the biomedical model, and the family suppressed and unattended in the therapeutic process. The psychological suffering of the user is expressed as loss of autonomy, resulting in social estrangement. It is known that autonomy is a precondition for ensuring human dignity and citizenship. The main strategy to treat subjects with depression is the use of drugs, due to the lack and fragmentation of a network of care for mental health. The full treatment is an ethical requirement of mental health care. As for the family, there is a lack of a clear policy for the systematic inclusion of the family in the treatment plan for users with depression. Furthermore, the family is weakened and becomes sick as well for not being accompanied on their suffering in dealing with the depressed family member. As a result, both user and your family become socially vulnerable because of the situation they face. Therefore, the central category that emerged from the three diagrams is vulnerability. These results were discussed in accordance with the guidelines and principles of the National Mental Health and the Universal Declaration of Human Rights and Bioethics. The vulnerability expressed in situations involving individuals who face depression is a central theme for bioethics. This vulnerability leads to the loss of independence and to social isolation, going against fundamental ethical values of citizenship and social life, such as human dignity, protection of human rights, and the right to access to means guided by integrity to handle and overcome psychological distress as a right to health.

Keywords: Mental Health; Psychological distress; Depression; Family; Bioethics.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Usuário como sujeito em sofrimento psíquico	108
Figura 2 – Tratamento fragmentado e centrado no modelo biomédico.....	109
Figura 3 – Família suprimida e desassistida no processo terapêutico	112
Figura 4 – Modelo de atenção à saúde mental.....	114

LISTA DE ABREVIATURAS

ABVDs	Atividades Básicas da Vida Diária
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIVDs	Atividades Instrumentais da Vida Diária
ASM	Ambulatório de Saúde Mental
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CRP-RS	Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul
DSM (II, III, IV)	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DUBDH	Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
ISRN	Inibidores Seletivos de Recaptação da Noradrenalina
ISRS	Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NEPS	Núcleo de Estudos Permanente em Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNASH/Psiquiatria	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospital/Psiquiatria
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UnB	Universidade de Brasília
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 MARCO TEÓRICO	18
1.1 ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL.....	18
1.2 DEPRESSÃO: O SOFRIMENTO PSÍQUICO CONTEMPORÂNEO	24
1.3 AS FAMÍLIAS: SUAS CONFIGURAÇÕES E ATITUDES DIANTE DAS ENFERMIDADES	43
1.4 VULNERABILIDADE / VULNERAÇÃO.....	48
1.5 BIOÉTICA E SAÚDE MENTAL	63
2 MÉTODO	80
2.1 TIPO DE PESQUISA	80
2.2 LOCAIS DA PESQUISA.....	81
2.2.1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II)	82
2.2.2 Ambulatório de Saúde Mental	82
2.2.3 Hospital Universitário de Santa Maria	82
2.3 SUJEITOS DA PESQUISA	83
2.3.1 Perfil dos sujeitos de pesquisa	84
2.4 COLETA DOS DADOS	84
2.4.1 Instrumentos	87
2.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	88
2.6 ASPECTOS ÉTICOS	90
3 RESULTADOS	91
3.1 CODIFICAÇÃO INICIAL.....	91
3.2 CODIFICAÇÃO FOCAL	94
3.3 CODIFICAÇÃO AXIAL	107
3.4 CODIFICAÇÃO TEÓRICA	114
4 DISCUSSÃO	116
4.1 USUÁRIO COMO SUJEITO EM SOFRIMENTO PSÍQUICO.....	117
4.2 A FAMÍLIA SUPRIMIDA E DESASSISTIDA NO PROCESSO TERAPÊUTICO	123
4.3 TRATAMENTO FRAGMENTADO E CENTRADO NO MODELO BIOMÉDICO	127
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	137
REFERÊNCIAS	140
APÊNDICES	
Apêndice A – Ficha de dados demográficos	147
Apêndice B – Roteiro norteador para as observações	148
Apêndice C – Roteiro norteador das entrevistas com os familiares.....	149
Apêndice D – Roteiro norteador das entrevistas com os usuários.....	150
Apêndice E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: usuários.....	151
Apêndice F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: familiares	152
Apêndice G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: profissionais	153
Apêndice H – Processo de codificação inicial, focal e axial.....	154
Apêndice I – Diagramas da codificação axial	155
Apêndice J – Diagrama da emergência da <i>core category</i>	156
ANEXO	
Anexo A – Processo de análise de projeto de pesquisa.....	157

INTRODUÇÃO

Abordar questões sobre saúde/doença envolve considerar muitos aspectos. Atualmente sabe-se que não bastam os conhecimentos médicos para enfrentar as demandas desse campo. A doença deixou de ser entendida como resultante de uma única causa e passou a ser reconhecida como um fenômeno causado por múltiplos fatores: ambientais, sociais, econômicos, entre outros. Portanto, para se obter resultados mais satisfatórios no tratamento ou prevenção de doenças, faz-se necessário considerar as várias áreas do conhecimento e os diversos setores envolvidos. As políticas públicas de saúde estão cientes disso, e seus programas procuram abarcar diferentes dimensões e implicar variados segmentos da sociedade envolvidos no processo saúde/doença.

No que se refere à saúde mental, várias medidas vêm sendo tomadas, principalmente, na forma de tratamento aos pacientes (sem se referir ao tratamento da doença e sim ao tratamento da pessoa em sofrimento psíquico na sociedade). O tema saúde mental não se restringe mais a uma única disciplina, a psiquiatria⁽²⁾. De acordo com essa ideia vem acontecendo uma discussão intensa mobilizando, cada vez mais, vários campos disciplinares e diferentes atores sociais.

O processo saúde/doença mental abrange um leque enorme de sintomas, diagnósticos e classificações. Dentre eles, existem, ainda, divisões, como, por exemplo, as neuroses e as psicoses. De uma maneira ampla, as psicoses são aquelas em que o sujeito perde a noção da realidade e as neuroses, apesar de o sujeito permanecer conectado com a realidade, pode estar incrivelmente impossibilitado de viver o seu cotidiano. Dito isso, ao analisar um comprometimento psíquico, é necessário sempre contextualizá-lo. Isto é, para falar de determinada doença, é preciso levar em conta a época, o lugar, o grupo social. Na época em que Freud “cria” a psicanálise, a histeria estava “em alta”; na verdade, se diz que as histéricas levaram Freud a descobrir o inconsciente, a psicanálise. Isto em função dos costumes, da repressão vivida pelas mulheres impossibilitadas de manifestar seus desejos.

Atualmente, sem a pretensão de fazer uma retrospectiva de doenças e contextos associados, pode-se dizer que o “mal estar” de nossa época é demarcado pela depressão. As exigências do mundo contemporâneo, as

demandas que o sujeito se obriga a assumir, as pressões por produção, resultados, fazem parte do contexto da emergência das depressões.

A depressão faz parte de um leque de disfunções mentais que abrange o campo da saúde/doença mental. Este “desequilíbrio” emocional assume destaque tanto na comunidade científica quanto na população leiga, por seu alto número de incidência. É assunto frequente em jornais e revistas¹. No ambiente científico, muitos periódicos se ocupam deste tema, o que, certamente, acaba se refletindo nas revistas não especializadas. Os dados, em números, trazidos por estes veículos de comunicação, deixam o leitor alarmado pela alta porcentagem de pessoas com depressão.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão se tornará, num futuro próximo, a segunda principal causa de morbidade no mundo, estando atrás somente das doenças cardiovasculares⁽³⁾. O site da OMS e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), no tópico sobre depressão e suicídio, alerta para o elevado número de mortes por suicídio entre os jovens, criando, inclusive, o Dia Mundial da Prevenção do Suicídio. O suicídio está entre as três principais causas de morte em pessoas com idades entre 15 e 44 anos. A OMS estima que, em 2020, o número desses eventos deverá crescer 50% e atingir 1,5 milhões de mortes por ano. O aumento acentuado de suicídio entre os jovens os torna o grupo de maior risco, em um terço dos países do mundo. A nota destaca, entre as formas de evitar o suicídio, o tratamento de pessoas com transtornos mentais, entre eles, aqueles com depressão⁽⁴⁾.

Com todos esses dados, percebe-se porque a depressão é considerada o “mal do século”. Entender o que a faz ocupar este lugar ultrapassa as barreiras das disciplinas que a estudam sistematicamente, a psicologia e a psiquiatria. O avanço tecnológico na descoberta de medicamentos e o avanço nos estudos sobre a mente, não apresentam solução para o alarmante aumento de pessoas acometidas por esse mal. Trata-se de um mal que impede que as pessoas sigam o ritmo de suas vidas (estudar, trabalhar, se relacionar). Isso significa que o conhecimento clássico, fragmentado e isolado das disciplinas, não dá conta de tal problemática. A ciência, as descobertas tecnológicas, o saber, no caso da doença mental, levam, muitas vezes, a recomendações de internação e/ou

¹ Pode-se citar: Folha de São Paulo (2009); revista Filosofia: Ciência e Vida (2010)

medicalização, sem um olhar crítico, ético, para a pessoa em sofrimento psíquico e as causas da doença. Causas internas (estrutura da pessoa) e externas (contexto social) em que o contexto social é gerador e terreno fértil para o desencadeamento de abalos emocionais no decorrer da vida das pessoas. Isso embasa a escolha pela delimitação de tal tema para articulá-lo com a bioética, neste estudo.

Entende-se a família como parte fundamental no novo paradigma de tratamento à saúde/doença mental. Se antes ela era excluída desse processo, agora tem um papel importante na melhoria da qualidade de vida do familiar “doente”. Portanto, ocorreu uma mudança quase radical no papel da família nas questões de saúde mental. A família passou de causadora ou propiciadora da doença mental para unidade terapêutica. Existem diferentes formas de perceber e lidar com a doença mental nas diferentes famílias e mesmo dentro da mesma família⁽⁵⁾.

O primeiro grupo social é a família em todas as sociedades humanas, porém, a definição de família não é universal. Existem diferentes formas das famílias se organizarem, resultando em diferentes arranjos familiares. Isso ocorre por várias razões, entre elas, Osório⁽⁶⁾ destacou as variáveis culturais, ambientais, políticas, religiosas, econômicas, sociais, às quais podem ser acrescentadas as questões emocionais. Sempre existiram diferentes estruturas familiares, tanto em grupos culturais diferentes, quanto dentro do mesmo grupo. Independente de como ela está constituída, Helman⁽⁷⁾ destacou que a família é uma sociedade em miniatura ou, até mesmo, uma pequena “tribo”, com sua própria organização e cultura distintas. Para o autor:

[,,] o que pode ser chamado de *cultura familiar* é muito semelhante à cultura da sociedade mais ampla, embora possa também ter suas próprias características únicas e distintas...As famílias, assim como os grupos culturais maiores, também tem sua visão particular de mundo, seus códigos de comportamento, seus papéis de gênero, conceitos de tempo e espaço, gíria e linguagem próprios, história, mitos e rituais. Além disso, possuem também seus meios de comunicar sofrimento psicológico aos outros membros e ao mundo exterior^(7:255).

Conhecer de que forma as famílias estão sendo incluídas no paradigma atual da atenção à saúde mental pode significar um aspecto importante no processo de inserção social das pessoas em sofrimento psíquico. Admitir

efetivamente a família como parte importante nas novas estratégias de assistência à saúde pode significar um avanço na qualidade de vida dos indivíduos em sofrimento psíquico. Oliveira⁽⁸⁾, em estudo realizado, em Belo Horizonte, sobre a continuidade do cuidado em saúde mental, de pacientes encaminhados a centros de saúde, mostrou que, de 98 pacientes encaminhados a oito centros de saúde, 35 não compareceram ao primeiro atendimento; e, resumindo os resultados, apenas 38 continuaram o tratamento. Faz parte de algumas das recomendações dos pesquisadores o envolvimento das equipes de saúde da família, não apenas na busca dos pacientes que não comparecem às consultas agendadas, mas também, no acompanhamento destes durante todo o seu tratamento. E, como se sabe, a premissa dessas equipes é o atendimento à família como unidade de saúde.

Pretende-se abordar esses temas através de uma leitura da bioética que possa permear cada um deles e o que resulta da articulação dos mesmos. Segundo Lolas^(9:83):

[...] o tema da saúde mental chega à bioética de muitos ângulos: como direito a ter os meios e recurso para adquirir e preservá-la, como assunto de capacidade de juízo individual, como formas de dano reversível, [...] como necessidade de contrastar os desejos do indivíduo com as exigências da comunidade.

O presente estudo se utiliza do aporte teórico e prático das correntes da bioética que consideram os aspectos sociais, políticos, contextuais do tema saúde/doença, assim como da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH)⁽¹⁰⁾. Tais propostas abarcam com propriedade os temas estudados.

Tratam-se de temas que se apresentam em realidades intrincadas: saúde/doença (mental), depressão, família, sujeitos em sofrimento psíquico, inserção social, profissionais da saúde, políticas públicas de saúde. Ainda, cada um destes temas pode se desdobrar em muitos outros. A compreensão desses temas exige uma abordagem que ultrapassa o conhecimento fragmentado em disciplinas isoladas. Portanto, teve-se presente uma perspectiva da bioética que considera o contexto das relações em que essas temáticas estejam inseridas. E que as questões éticas sejam pensadas sob o paradigma da complexidade em

que estas relações acontecem e a compreensão que privilegie um conhecimento transdisciplinar.

Para Junges⁽¹¹⁾ pode-se dizer que existe uma ética do conhecimento em que a complexidade e a transdisciplinaridade são uma resposta aos desafios éticos da crise atual do conhecimento científico. Estudar a depressão implica reconhecer que ela faz parte de uma rede complexa em que estão entrelaçados elementos biológicos, sociais, culturais, históricos e econômicos. Portanto, o tema merece um olhar sob o prisma da transdisciplinaridade e da complexidade: transcender as fronteiras das disciplinas para criar um campo comum de entendimento do fenômeno e reconhecer que ele envolve muitos elementos.

Complexidade refere-se ao enfoque epistemológico do conhecimento e a transdisciplinaridade refere-se à metodologia de abordagem da realidade; ambas dizem respeito à necessidade de superar o impasse entre o conhecimento e a realidade⁽¹¹⁾. Além disso, como já foi destacado, são temáticas que demandam uma inter-relação de atores sociais dos mais diversos segmentos. Nesse sentido, entende-se que deva se estabelecer uma relação dialética à luz da bioética, pois esta, através da *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*, conforme destacou Garrafa⁽¹²⁾, vem intervindo em uma discussão mais ampla que envolve as questões políticas, o que resultará em consequências positivas e concretas, no sentido de ampliar as discussões éticas em saúde, possibilitando condições para que as sociedades humanas alcancem uma qualidade de vida mais justa.

Sotolongo⁽¹³⁾, em seu texto *O tema da complexidade no contexto da bioética*, considerou que, para ter um entendimento abrangente e ao mesmo tempo profundo da realidade que se busca conhecer, necessita-se de novos referenciais metodológicos, em contraste com os referenciais da modernidade. O autor falou da forma de produção de conhecimento na pós-modernidade, dos novos ideais de racionalidade e suas implicações em mudanças profundas no saber e de como o tema da *complexidade* está no cerne dos problemas da bioética. Nesse contexto, o autor introduz o tema da *reflexibilidade do saber*: a nova epistemologia ressalta a necessidade de sempre *contextualizar* nossos esforços de indagação, de esclarecer as circunstâncias a partir das quais se indaga; de levar em consideração aquilo que incide e condiciona a maneira como o sujeito-que-indaga encara sua indagação do objeto-a-ser-indagado. A

reflexibilidade no saber representa a superação da dicotomia sujeito-objeto, o reconhecimento de que a influência mútua se dá a partir dos contextos da prática, enfatizando o caráter ativo do conhecimento.

A epistemologia clássica (ou de-primeira-ordem) da modernidade, em que fomos formados, enfatiza o papel do objeto de indagação e a aspiração do indagador de alcançar a “objetividade pura”. Para a epistemologia não clássica ou de-segunda-ordem – da qual é tributária a bioética global na medida em que enfatiza a articulação entre os valores e o saber e a atitude de responsabilidade dos sujeitos uns em relação aos outros, à natureza e ao futuro –, o indagador está intimamente envolvido com o objeto da indagação em um contexto específico que sempre condiciona o processo da indagação. O indagador integra a indagação, como um processo, e esta apresenta as características da reflexibilidade^(13:106).

Sotolongo⁽¹³⁾ enfatizou que a bioética, em suas reflexões teóricas e em sua prática, se defronta com situações variadas referentes à vida, e tem relação com emaranhados de *múltiplos componentes*, “[...] verdadeiras redes-em-redes de circunstâncias, situações e fenômenos. Rede-de-redes em que se manifesta uma dialética muito específica entre a totalidade (o todo) e suas partes”^(13:107).

Garrafa⁽¹⁴⁾, igualmente, sustentou, ao colocar os temas da *interdisciplinaridade, complexidade e totalidade concreta* como bases conceituais da bioética, que esta pode responder mais adequadamente aos dilemas sociais. Para o autor, novos elementos conceituais (em contrapartida da bioética principialista anglo-saxônica) permitem análises e respostas mais apropriadas à realidade onde os fatos acontecem e requerem solução (totalidade concreta).

Nesta perspectiva, a problemática da saúde mental necessita de um enfoque sistêmico em que a família precisa ser incluída no processo de assistência à saúde mental. A tentativa de superação dos limites apresentados pela forma de conhecimento tradicional, superando enfoques reducionistas (no caso, sobre o sofrimento psíquico), deve representar um compromisso dos pesquisadores, pois, conforme salientou Junges^(11:18):

As insuficiências e os impasses do conhecimento científico são, no fundo, uma questão ética, porque, ao permitir uma visão reducionista ou falseada da realidade, leva a decisões equivocadas, principalmente quando estão em jogo seres humanos, seres vivos e realidades ecoambientais.

Acredita-se que a elucidação de alguns “nós” críticos presentes na assistência à saúde mental pode permitir uma estratégia de intervenção psicossocial mais adequada à realidade das famílias, dos serviços de saúde e, principalmente, dos usuários. Nessa elucidação, a contribuição da bioética é fundamental para uma reflexão abrangente e transdisciplinar sobre o sofrimento psíquico com vistas a uma ação complexa e integral nas práticas da saúde mental.

Nesse sentido, o estudo teve como objetivo geral discutir os conflitos éticos originários da atenção à saúde mental do sujeito com depressão e da inserção da família no tratamento dos mesmos. Além disso, buscaram-se como objetivos específicos: identificar o modelo de tratamento da pessoa com depressão; pesquisar o processo de vulneração social a que essa pessoa é submetida; investigar a diminuição de autonomia da pessoa com depressão; conhecer a situação da família que tem que lidar com um familiar depressivo; e, contribuir para uma aproximação entre bioética e saúde mental.

1 MARCO TEÓRICO

1.1 ATENÇÃO À DOENÇA MENTAL

A doença mental tem recebido tratamento diferente através dos tempos. Na Idade Média, os loucos internados eram somente aqueles que representavam algum risco para a sociedade; fora isso, eles andavam livremente pelas ruas. Os hospitais abrigavam pobres, prostitutas, indivíduos perigosos, loucos que ofereciam algum risco, devassos, e serviam para separar os doentes do resto da população; tinham um sentido de exclusão. Possuíam uma função assistencial e de transformação ou redenção espiritual.

A partir do século XVIII, a loucura passou a ser sistematicamente internada. O hospital dessa época era lugar de observação e de aparelhagem complexa, lugar de fazer aparecer e produzir realmente a doença, lugar botânico para contemplação das espécies⁽¹⁵⁾. No século XIX, o hospital ainda conservava muitas características do século anterior. A obra literária de Machado de Assis, *O alienista*, retratou com clareza e humor o olhar da psiquiatria e a finalidade do hospital na doença mental. Os pacientes eram internados sistematicamente, as instituições psiquiátricas tinham características de relações de poder e relação de submissão: paciente/médico.

Deve-se subjugar todo o caráter de certos doentes, quebrar seu orgulho... lugar de diagnóstico e classificação, retângulo botânico onde as espécies de doenças são divididas em compartimentos... lugar de disputa, campo institucional onde se trata de vitória e de submissão^(15:122).

Goffman⁽¹⁶⁾, igualmente, destacou as características iatrogênicas da internação nas *Instituições totais*, lugares que possuem caráter total simbolizado pela barreira da relação social com o mundo externo e por proibições a saídas que, muitas vezes, estão incluídas no esquema físico. Existe uma divisão entre o grande grupo controlado (internados) e uma pequena equipe (supervisores) em que os dirigentes veem os internados como amargos, reservados e não merecedores de confiança, e os internados veem os dirigentes como arbitrários e mesquinhos. No momento da internação, segundo o autor, acontece uma ruptura no mundo doméstico do paciente, ele é despido do apoio social estável, o seu eu

é “mortificado”. A barreira que as instituições totais colocam entre o internado e o mundo externo assinala a primeira mutilação do eu.

Muitos são os estudos que denunciam e descrevem o tratamento desumanizado com que eram tratados os doentes mentais; o cinema está aí, também, com filmes incríveis que ilustram tais práticas². Mas, como a cultura é dinâmica, e os valores, mesmo que lentamente, passam por transformações, a atenção a esses sujeitos também sofre reavaliações. Não é o foco deste estudo enumerar os fatores que levaram a isto, mas, cabe destacar, entre eles, os movimentos em favor dos direitos humanos. Direitos estes que pretendem garantir procedimentos mais humanizados no tratamento à doença mental. Além disso, busca-se, para as pessoas em sofrimento psíquico, a melhoria do bem-estar psicossocial que, conforme Sawaia citado por Sarriera^(17:23), é: “a liberdade que é deixada ao desejo de cada um na organização de sua vida individual, compreendendo que esse desejo está inexoravelmente ligado ao dos outros e que, portanto, esta ação é coletiva”. A partir da segunda metade do século XX, vêm se abrindo debates e se implantando medidas em favor de uma mudança de paradigma no que concerne à saúde/doença mental.

No centro dessa proposta, está a Reforma Psiquiátrica, que envolve várias estratégias para a mudança na atenção à saúde mental. A proposta perpassa por um amplo leque de programas em que a sociedade é chamada, também, para discutir e implantar formas mais adequadas de lidar com as pessoas em sofrimento psíquico. Não se restringe mais somente aos profissionais da área da saúde mental decidir sobre a vida dos pacientes, e sim, inclui também o “doente”, a família, a sociedade como um todo. O movimento da Reforma Psiquiátrica, cujo modelo serve para todos aqueles que querem mudar a realidade da atenção à saúde mental, teve início na Itália, com Franco Basaglia, no início da década de 1960. Basaglia⁽¹⁸⁾ afirmou que o discurso anti-institucional, antipsiquiátrico (antiespecialístico), extrapola o campo de ação da psiquiatria. O questionamento do sistema institucional transcende o domínio da psiquiatria e atinge as estruturas sociais que o sustentam, remetendo a uma crítica da neutralidade científica, que atua como sustentáculo dos valores dominantes, para depois se tornar crítica e ação política.

² *Um estranho no ninho*, do diretor Milos Forman, lançado em 1975; *Bicho de sete cabeças*, da diretora Laís Bodanzky, de 2000.

Se um trabalho se funda na realidade e em suas contradições, sem pretender construir um modelo que confirme e codifique as próprias hipóteses, traz em si a marca do diletantismo veleidoso relativamente a tudo aquilo que ainda não está incluído na norma, e leva ao paradoxo de uma situação dialética, sempre em movimento^(18:9-10).

Passados mais de meio século da semente da reforma psiquiátrica ter sido plantada, as experiências de Basaglia continuam norteando a reflexão para as ações técnicas e políticas nesse tema. Em *Carta de Nova York: o doente artificial*, Basaglia⁽¹⁹⁾ fez uma análise da realidade que teve a oportunidade de vivenciar nos Estados Unidos: a experiência de um serviço psiquiátrico inserido na comunidade nascido do programa Kennedy para doentes e deficientes mentais em 1963. Basaglia⁽¹⁹⁾ considerou que as instituições são apenas um dos muitos instrumentos de integração social; a função da instituição psiquiátrica é de manter intactos a sociedade sã e seus valores, através da exclusão dos elementos de distúrbio. Se a proposta de uma nova instituição psiquiátrica, como é o caso da Comunidade Terapêutica, acontecer como “reviravolta a-dialética” se mantém a tradicional função institucional. Ou seja, apenas se reproduzirá a instituição psiquiátrica com novas regras e dogmas.

Basaglia⁽¹⁹⁾ considerou que a instituição na qual teve a vivência (Maimonides Hospital do Brooklin), a negação da realidade manicomial é só aparente:

O nivelamento dos papéis, a eliminação da violência, a afirmação dos valores democráticos nas relações (novos dogmas da psiquiatria comunitária) são apenas uma face da realidade, que deve ser dialética. Os papéis se nivelam na ação; os valores democráticos se afirmam numa luta comum a todos os níveis; a violência deve ser destruída também como possibilidade de suporte para as novas realidades psiquiátricas. A negação da dimensão manicomial ocorre sobretudo mediante a destruição da existência do manicômio por trás do setor psiquiátrico aberto e comunitário^(19:154).

Através dessa afirmação, o autor sustentou sua crítica à tentativa (sem sucesso) dos norte-americanos de uma nova forma de lidar com a saúde mental. Se a organização comunitária, interna e externa, não consegue criar um suporte suficiente para os doentes mentais do setor do qual está encarregada, o jogo comunitário só serve à sobrevivência do *staff* e aos seus problemas psicológicos. Em sua análise da experiência, mesmo considerando que necessitaria de outras

verificações, Basaglia⁽¹⁹⁾ apontou algumas hipóteses das quais algumas serão destacadas a seguir.

Uma delas é que a artificialidade dessa instituição é revelada no não cumprimento concreto de sua função primária (tratar dos doentes mentais da área que lhe caberia servir) e na criação, mediante a prevenção, de uma nova categoria de enfermos (os *emotional patients*) entre os marginais-desadaptados, produto direto da postura socioeconômica de base. Dessa forma, abre-se outra questão, relacionada a um novo tipo de marginalidade improdutiva, que só pode ser recuperada se for incorporada a uma nova instituição (dentro do ciclo produtivo), capaz de encontrar nessa marginalidade a justificativa para a própria existência. Assim, “o sistema econômico produz um novo tipo de desadaptação, que ele recupera, criando em seu nome, uma nova instituição dentro do ciclo produtivo. A prevenção, nesse caso, serve para dilatar o campo da “doença” mais que para reduzi-lo”^(19:155-156). O autor ponderou, ainda, que a unidade considerada “piloto” assumiu um significado altamente regressivo, ao criar uma nova categoria de doentes, restringindo o conceito de norma e englobando, no terreno da patologia mental, os “desvios”, as “marginalidades” e as “desadaptações” dependentes de fatores sociais explícitos. Outra crítica do autor é que o espaço que antes era de violência acabou se transformando em espaço de tolerância estéril que não serve ao confronto real dos doentes. A instituição se reduz a um terreno anômico, à medida que novas orientações são assumidas como valores absolutos e não dialéticos.

A partir da avaliação da experiência citada, Basaglia⁽¹⁹⁾ concluiu que as ações de tais comunidades terapêuticas podem se configurar em um novo verniz que foi aplicado sobre um velho jogo, cujas manobras e finalidades já são conhecidas. Acrescentou, ainda, que é necessário conservar uma margem dialética a fim de atender a possibilidade de uma tomada de consciência real de um processo de mudança para não se cair na armadilha de os termos novos serem usados para encobrir uma realidade velha.

A reflexão crítica de Basaglia⁽¹⁹⁾ a partir de sua vivência abriu infinitas possibilidades de reflexões para orientar as políticas de atenção à saúde mental na atualidade. E, assim, continuar pensando em ações concretas, que realmente façam a diferença, ou seja, uma mudança efetiva de paradigma.

A família é o elo entre o sujeito doente e a sociedade. A família é a célula básica da sociedade, portanto, trata-se de um segmento importante nas novas propostas. As novas estratégias propõem um caminho inverso no que se refere ao doente mental e à família; ou seja, antes, no modelo antigo, a família era excluída do tratamento do paciente, atualmente ela é chamada para ser parte do processo ativo no tratamento, premissa dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Antes, além de ela ser excluída, era também responsabilizada pelo surgimento da doença mental e, no momento da internação do paciente, era a hora de afastar esse elemento iatrogênico do tratamento; impedindo que a família acompanhasse ou visitasse o paciente nos primeiros dias de internação. Porém, agora ela é considerada parte principal no que se refere às propostas de reinserção social. Hirdes⁽²⁰⁾ salientou que o Programa de Reabilitação Psicossocial sempre teve como um dos pressupostos a abordagem não somente centrada no usuário, mas também, na família deste. Depoimentos de uma pesquisa da autora com profissionais da saúde ressaltaram que a família tem que estar integrada com as intervenções realizadas pela equipe. A participação da família faz com que se estabeleçam estratégias de intervenção mais abrangentes e consistentes, em que podem ser trabalhadas as dificuldades e necessidades de ambos, familiares e usuários.

A expressão “reabilitação ou atenção psicossocial” muito utilizada no discurso em saúde mental é empregada, segundo os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), do Ministério da Saúde, para indicar que devem ser construídas com as pessoas que sofrem transtornos mentais as oportunidades de exercerem sua cidadania e de atingirem seu potencial de autonomia no território em que vivem⁽²¹⁾.

A política de saúde mental brasileira⁽²¹⁾ instituiu que a rede de atenção à saúde mental é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, instituída no Brasil por Lei Federal na década de 1990. O SUS regula e organiza em todo o território nacional as ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, tendo direção única em cada esfera de governo: federal, municipal e estadual.

Baseada nessa política, a rede de atenção à saúde mental, em consonância com a Reforma Psiquiátrica, preconiza, entre outras coisas, a adoção de um

modelo de atenção extra-hospitalar, através da redução de leitos hospitalares e expansão da rede de serviços de atenção diária. A rede de saúde mental deve ser composta por diversas ações e serviços de saúde mental: ações de saúde mental na Atenção Primária, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Ambulatórios de Saúde Mental (ASM), Residências Terapêuticas, leitos de atenção integral em saúde mental (em CAPS III e em hospital geral), Programa de Volta para Casa, cooperativas de trabalho e geração de renda, centros de convivência e cultura, entre outros.

Um desses serviços, talvez o mais significativo, é o oferecido pelos CAPS, que têm por objetivo o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários, através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Entre as atividades previstas na assistência aos usuários dos CAPS, estão: visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social⁽²²⁾. Portanto, pressupõe-se que deva existir um caminho estreito entre família e os CAPS para um processo eficiente de reinserção social do sujeito em sofrimento psíquico.

É função, também, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos dessa rede e da política de saúde mental num determinado território. Além disso, compete aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. Um alerta em relação aos CAPS é que eles devem ser substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico. “O CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento”⁽²³⁾.

A política de saúde mental brasileira estabelece ainda que a saúde mental deva estar articulada com o programa de saúde da família. O Programa Saúde da Família (PSF) está estruturado em equipes de Atenção Básica e, por sua proximidade com famílias e comunidades, essas equipes se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, inclusive as diversas formas de sofrimento psíquico.

Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a Atenção Básica^(23:33).

No entanto, esta articulação, precisa se configurar efetivamente em realidade. Em muitos casos, as equipes de saúde mental não conseguem dar o apoio necessário às ESF e às Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os CAPS, como ordenadores da rede de cuidados, poderiam exercer um papel mais ativo na articulação da saúde mental com a atenção básica. Não há comunicação entre os CAPS e as ESF, que ainda são instâncias distintas e desarticuladas⁽²⁴⁾. Na ausência deste apoio os profissionais das UBS e ESF se sentem despreparados, para lidar com os usuários em sofrimento mental que chegam até eles^(25,26). Estas questões impossibilitam a atenção integral ao usuário dificultando a (re)habilitação e a inserção social do sujeito em sofrimento psíquico. Essa falta de articulação, como foi notado no campo empírico de pesquisa, faz com que os profissionais enviem os seus usuários com depressão mais para o ambulatório de saúde mental, em vez de serem tratados na ESF, ou mesmo no CAPS, desencadeando um processo medicamentoso como será visto mais adiante.

1.2 DEPRESSÃO: O SOFRIMENTO PSÍQUICO CONTEMPORÂNEO

Os transtornos mentais são muito heterogêneos e em particular a depressão reúne várias subdivisões. Conforme Versiani⁽²⁷⁾ a depressão maior da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) inclui, desde quadros de profunda depressão até uma pessoa que terminou um namoro há algum tempo, acarretando tristeza, leve insônia, pouco apetite e leve diminuição de capacidade de concentração. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) o Transtorno Depressivo Maior tem como características principais: duas semanas, no mínimo, de humor deprimido ou perda de interesse ou prazer pela maioria das atividades e, ainda, experimentar pelo menos mais quatro sintomas como alterações no apetite, sono; diminuição da energia, sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldade de concentração; ideação suicida, entre outros (DSM-IV)⁽²⁸⁾.

Conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a depressão divide-se em sintomas leves, moderados e graves. Nos três tipos a pessoa pode apresentar humor deprimido, perda de prazer, cansaço acentuado após esforços leves; concentração e atenção reduzidas; autoestima e autoconfiança reduzidas; ideias de culpa e inutilidade; ideias ou atos suicidas; sono perturbado; diminuição do apetite (CID-10)⁽²⁹⁾.

Kaplan, Sadock e Grebb⁽³⁰⁾ definiram Transtorno Depressivo Maior e Transtorno Bipolar I no mesmo item, dizendo que estes são os dois principais transtornos do humor. A diferença entre eles é que no transtorno depressivo maior o sujeito é acometido apenas por episódios depressivos, às vezes, chamados de transtorno unipolar. No transtorno bipolar I o sujeito apresenta tanto episódios maníacos quanto depressivos. Os autores destacaram que, muitas vezes, esses transtornos são classificados como afetivos, mas, que "a patologia crítica nesses transtornos é do *humor*, o estado emocional interno mais constante de uma pessoa, e não do *afeto*, a expressão externa do conteúdo emocional atual"^(30:493). Kaplan, Sadock e Grebb⁽³⁰⁾ descreveram o transtorno depressivo maior (depressão) como perda de energia e interesse, perda do apetite, sentimentos de culpa, dificuldades de concentração e pensamentos sobre morte e suicídio. Salientaram, ainda, que os transtornos do humor compõem um grupo de condições clínicas em que o sujeito perde o senso do controle do humor e tem uma experiência subjetiva de grande sofrimento. Os sintomas causados pela depressão, na maioria das vezes, comprometem o funcionamento interpessoal, social e ocupacional.

No Dicionário de Psicanálise, Chemama^(31:42) definiu depressão como: "Modificação profunda do humor, no sentido da tristeza e do sofrimento moral, correlativa de um desinvestimento de qualquer atividade".

As definições e classificações das enfermidades psíquicas têm sido alvo de intenso e importante debate. Juntamente com a abordagem teórica e prática que orienta cada profissional na leitura das definições e classificações é que serão prescritos os cuidados ou tratamentos. Ter-se-á presente na discussão da atenção à saúde mental a abordagem que inclui o sujeito como um todo, o sujeito que tem um corpo, inserido em uma cultura em meio a qual constrói sua subjetividade e espiritualidade.

Sabe-se que as tentativas de classificações e estabelecimento de etiologia para as doenças mentais são antigas e têm dividido ideias de pensadores através dos tempos a respeito deste tema. A discussão das causas das doenças mentais serem atribuídas ou aos fatores físicos ou aos fatores sociais/culturais, ou mesmo da junção de ambos no início da psiquiatria é demonstrada por Birman⁽³²⁾. Esta discussão continua inquietando os estudiosos do sofrimento mental. Neste sentido cabe destacar a longa discussão sobre o DSM (II, III, VI), manual de referência nas classificações das doenças mentais, e seus efeitos.

Apesar do reconhecimento da inegável utilidade do manual como ferramenta eficaz para os psiquiatras, no auxílio à tarefa estatística, entre outros⁽³³⁾, há críticas sobre suas contradições, imprecisões e repercussões⁽³⁴⁻³⁸⁾. Para Infante^(38:66) o DSM é o produto "da formulação de sistemas nosológicos experimentais fundados numa psicopatologia puramente descritiva e sintomatológica onde a participação da causalidade psíquica propriamente dita é nula". E esta dificuldade de instituir a etiologia das doenças mentais, representa um empecilho para a psiquiatria como uma especialidade médica⁽³⁸⁾. Diante disto, salvo raras exceções, o DSM abandona as formulações de doenças que exigem uma etiologia reconhecida preferindo as síndromes descritivas. Em consequência, a terapêutica é voltada para a eliminação de sintomas, geralmente buscado por meio de psicofármacos. Isto desencadeia preocupação nos profissionais da área da saúde mental, no sentido que a indústria farmacêutica "fomenta cada vez mais uma psiquiatria empirista que assegura o lançamento e relançamento de drogas paliativas que seguem o ritmo de um mercado consumista^(38:66). Na verdade, segundo Infante⁽³⁸⁾, *acontece um sistema de retroalimentação que circula entre a "produção" de síndromes, a fabricação de medicamentos e os consumidores. De acordo com essa ideia, Fendrik e Jerusalinsky^(35:6) afirmaram que: "A ligeireza (e imprecisão) com que as pessoas são transformadas em anormais é diretamente proporcional à velocidade com que a psicofarmacologia e a psiquiatria contemporânea expandiram seu mercado"*.

A impossibilidade de estabelecer uma etiologia precisa e, conseqüentemente, uma definição adequada, abre a possibilidade para alguns abusos e arbitrariedades. Por exemplo, no rol das depressões, são colocadas diversas adversidades da vida cotidiana das pessoas. A imprecisão no diagnóstico da depressão facilita que qualquer estado de ânimo que implique

desânimo possa ser medicalizado^(34,37). O paciente é escutado de forma que sua fala possa se “encaixar” nos itens descritos no DSM-IV dos Transtornos Depressivos. São pinçados da fala do sujeito os critérios para a depressão, desconsiderando todo o resto do que é dito; ou seja, acontece um “desprendimento do social”, dessocialização do mal-estar, descontextualização do sofrimento. Segundo Fendrik e Jerusalinsky^(35:10) trata-se de uma "prática que considera os sinais ‘objetivos’ como dados inequívocos em contraste com a decifração e a escuta cuja chave e código se encontram no próprio paciente e não nas siglas ou nas listas de indicadores de um manual". A partir disto, são prescritos medicamentos para combater qualquer tipo de tristeza comum no ciclo da vida.

Esta "mecanização" na etapa diagnóstica, presa a um roteiro prévio, é consequência, entre outros fatores, da falta de tempo nas consultas e o aumento da demanda, reclamação constante dos profissionais da saúde mental. Fatores estes, que favorecem a excessiva prescrição de medicamentos. Segundo Hernáez^(37:127) a elevada prescrição:

[...] se reproduz como prática porque se torna adaptativo aos interesses da indústria e ao funcionamento burocrático dos sistemas públicos de saúde e suas deficiências, como a falta de tempo para a realização das consultas, o aumento progressivo da demanda e, porque não, a preeminência de protocolos e políticas sanitárias que, enquanto ‘personificam’ a doença e os tratamentos, naturalizam as aflições humanas.

Caponi⁽³⁴⁾, avaliando especificamente o diagnóstico de depressão, considerou que é possível identificar motores para modelar pessoas, como, por exemplo, quantificar, criar normas, biologizar, medicalizar. Para a autora, para que a depressão possa se transformar em epidemia do século foi necessária a criação de uma rede de pequenas interações entre sujeitos com frustrações e sofrimentos cotidianos e um aparelho estatístico e médico cada vez mais sofisticado de classificação de sintomas, de localização cerebral, entre outros.

Os sistemas atuais de diagnóstico e de tratamento contribuem para produzir o tipo de comportamento característico de uma determinada doença. Classificação e diagnóstico são categorias historicamente construídas, e essa construção interage com as pessoas e contribui para produzir certos comportamentos que, por sua vez, podem confirmar o diagnóstico^(34:7).

Caponi⁽³⁴⁾ não negou a existência da depressão e do real sofrimento que ela pode causar e procurou deixar claro que sua preocupação foi tentar compreender as dificuldades epistemológicas e éticas existentes nessa classificação imprecisa, que permite sua expansão a circunstâncias, que em outros contextos não seriam consideradas patológicas. A autora destacou os critérios diagnósticos, segundo o DSM-IV, para depressão maior, que este exige a presença de cinco (ou mais) dos nove sintomas (perda de interesse, alteração do sono e apetite, fadiga, entre outros) para que se denomine episódio depressivo. Sendo que o tratamento considerado mais eficaz é a associação de psicofármacos, principalmente os chamados Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina (ISRS), com psicoterapia.

Entretanto, ainda que os critérios para estabelecer o diagnóstico não se refiram a explicações etiológicas, mas, à descrição e à contagem de sintomas, a terapêutica se refere a uma causa biológica da doença. A questão é por quais mecanismos ocorre esse deslocamento que vai do estabelecimento de um diagnóstico descritivo e não etiológico à prescrição de uma terapêutica que se sustenta em alterações químicas de funções cerebrais⁽³⁴⁾. O marcador biológico tem um ponto em comum entre diagnóstico e tratamento nos estudos etiológicos clássicos. Porém, considerou a autora, essa testemunha confiável está ausente nas doenças psiquiátricas em geral e na depressão, em particular. Portanto, é preciso cunhar estratégias explicativas diferentes daquelas que caracterizam os estudos etiológicos clássicos. Na depressão, é a partir do antidepressivo que se buscam as causas biológicas. Ele permite identificar quais são os mecanismos biológicos, os receptores neuronais afetados e, então, se poderá instituir a causa orgânica, cerebral, dos padecimentos.

Diante da ausência de um “marcador biológico”, Caponi⁽³⁴⁾ considerou que a etiologia da depressão se reconstrói a partir da terapêutica; o que permite articular a trama explicativa não é o diagnóstico ou a explicação causal, mas sim a terapêutica. Essa lógica, segundo a autora, favorece a criação de uma frutífera e milionária linha de pesquisa e financiamento com características próprias. Mesmo que esses estudos se definam como fazendo parte do campo da pesquisa biológica, assegurando que seus protocolos são iguais aos estudos de qualquer outra doença, não é certo afirmar que se trata de pesquisa biológica. Caponi⁽³⁴⁾

citou Pignarre⁽³⁹⁾, para introduzir o termo *petite biologie*, "biologia menor", que é como este autor denominou esse tipo de conhecimento; ou seja, conhecimentos que permitem produzir novos psicofármacos a partir das provocadas pelos fármacos hoje existentes. A biologia menor tem como uma de suas características a identificação diagnóstico-terapêutica, pois é o medicamento que cumpre o papel de "marcador biológico". A biologia menor é imposta pelos pesquisadores da indústria farmacêutica, a fim de aperfeiçoar e afinar os instrumentos de seleção de novos psicotrópicos, em constantes atualizações. "A última descoberta sempre deve remediar os efeitos colaterais da anterior e anunciar os medicamentos por vir, que reduzirão, por sua vez, os efeitos colaterais que aquela apresenta"^(34:120).

Ao mesmo tempo em que a ausência de um marcador biológico representa o limite e a dificuldade desse modelo explicativo, abre ilimitadas possibilidades para futuras pesquisas. Dessa forma, a ampla fronteira entre o sofrimento normal e o sofrimento patológico é explorada livremente. Permite "explorar o território dos comportamentos e das emoções que ainda não foram medicalizadas e participar da redefinição permanente dos problemas mentais"^(34:143). A *petite biologie* permite inverter a cadeia causal explicativa através da articulação dos motores "medicalizar" e "biologizar", ou seja, é a terapêutica, o antidepressivo, o que permitiria identificar a causa da doença.

A articulação entre diagnóstico e terapêutica acaba por construir a subjetividade das pessoas, ou seja, uma vez integradas à suas vidas, as classificações modificam o modo como elas observam a si mesmas. As classificações geram efeitos nos sujeitos: cada classificação, cada diagnóstico, implica uma mudança no modo de agir e de expressar sentimentos e emoções das pessoas. Tais considerações de Caponi⁽³⁴⁾ levam a chamar a atenção para as questões éticas implicadas na aceitação do diagnóstico da depressão.

Certamente existem múltiplas formas de interação entre o sujeito e a classificação: alguns reinterpretarão seu passado a partir do diagnóstico de depressão; outros resistirão a aceitar que seu sofrimento passe a ser pensado em termos médicos; outros aguardarão passivamente uma medicação mais eficaz e com menos efeitos colaterais. Porém, a maior parte dos indivíduos diagnosticados com depressão deverá participar de um ritual de identificação que os levará a deixar sua própria história entre parênteses^(34:140).

A sociedade inventou um modo de sofrer e enfrentar as frustrações e angústias – a medicalização. Mas, reduzir a pluralidade dos sofrimentos a esse mínimo denominador comum que é a depressão limitará a dimensão ética das ações na atenção à depressão, limitará as respostas possíveis e as formas de resistência possíveis contra esses modos de submissão da subjetividade⁽³⁴⁾.

A problemática parece apontar para a interpretação e uso que se faz dos manuais de classificação das doenças mentais e do avanço científico e tecnológico de que dispõe a saúde mental. A universalização dos procedimentos e a hegemonia dos diagnósticos acabam por excluir a subjetividade e uma tendência a se emancipar do próprio psiquiatra⁽³⁸⁾. Esta parece ser uma preocupação antiga da psiquiatria, pois há mais de quarenta anos Basaglia⁽⁴⁰⁾ escrevia que o problema é quando:

[...] o 'cientista' assume uma espécie de passividade diante do fenômeno, que o conduz a resolvê-lo por meio de uma rotina técnica - claramente separada daquele - cuja finalidade parece ser discriminar entre aquilo que é normal e aquilo que não o é. Sua participação nesta operação é nula, porque os parâmetros sobre os quais a psiquiatria construiu seu sistema o protegem da problematidade da situação, de modo que nessa relação a dois não existem nem o entrevistador (que não está 'situado') nem o entrevistado (anulado no momento em que foi codificado)^(40:62).

A temática da classificação e tratamento das doenças mentais importa como uma questão essencial no cerne do debate do exercício da cidadania (ou o respeito a ela) e saúde mental. Quais estados e “sintomas” devem ser considerados doenças ou não e o que isto implica? Conforme vem sendo destacado ao longo deste texto, uma implicação ética importante é o uso dos medicamentos. Em relação à depressão Healy⁽⁴¹⁾ destacou, em seu artigo *Good Science or Good Business?*, que, desde o lançamento dos antidepressivos, estes vêm sendo utilizados no tratamento de várias dificuldades psíquicas como a síndrome do pânico, fobia social, síndrome do estresse pós-traumático, transtorno obsessivo-compulsivo e outros problemas vinculados à ansiedade. Segundo o autor⁽⁴¹⁾, o rumo do desenvolvimento destes medicamentos foi amplamente determinado por uma situação crítica externa, o desastre da talidomida. A reação pública aos efeitos de nascença, causados por essa medicação, levou à emenda constitucional de 1962 (*Food and Drug Act*), que limitou o desenvolvimento da droga a doenças evidentes; disponível para problemas advindos de doenças e

não de outras fontes. Healy⁽⁴¹⁾ considerou que essa emenda, inicialmente, teve os resultados esperados.

Mas se as drogas eram disponibilizadas apenas para doenças, era possível a criação de várias doenças. Isso aconteceu e moldou nossa percepção de como a alienação está sendo conduzida. Na década de 1950, pensava-se que apenas cinquenta pessoas a cada um milhão tinham depressão. Atualmente, ninguém se surpreende ao descobrir que a depressão afeta mais de cem mil pessoas a cada um milhão e que ela leva a uma desvantagem econômica e a uma incapacidade mais do que qualquer outro distúrbio^(41:20).

Para Healy⁽⁴¹⁾ o surgimento dos antidepressivos possibilitou o alargamento dos quadros nosológicos do sofrimento mental. Por exemplo, a frequência de transtornos obsessivo-compulsivos aumentou em mil vezes; a síndrome do pânico, termo cunhado na metade de 1960, apareceu nos sistemas de classificação de diagnósticos em 1980, tornou-se um dos termos psiquiátricos mais amplamente reconhecidos pelo público leigo. E as fobias sociais, invisíveis até a década de 1990, atualmente parecem afetar a população em proporções epidêmicas, levando o lançamento de um medicamento contra a timidez (Paxil) se tornar um acontecimento publicado na mídia.

Essas mudanças provavelmente ocorreram devido a indústria farmacêutica em si, por meio da sua habilidade altamente desenvolvida em reunir e disseminar evidências adequadas aos seus interesses mercadológicos. Os métodos que podem ter esse efeito incluem a convocação para conferências e a publicação e a publicação de relatórios oficiais, o patrocínio de simpósios em reuniões de cientistas, e fundos especiais para periódicos. A indústria pode também estabelecer e apoiar grupos de pacientes para fazer lobby para conseguir tratamentos. [...]. A indústria educou os médicos que prescrevem medicamentos e o público a reconhecerem muitos outros tipos de caso como depressão^(41:20).

O autor escreveu sobre estilos de vida e modelos de doença, levantando questões do que se qualifica como uma doença; e citou exemplos, como a terapia de reposição hormonal, tratamentos para a calvície, mudanças na pele relacionadas à idade, obesidade e outros muitos agentes do estilo de vida passaram a tomar conta do mercado de medicamentos. Assim, se certos estilos de vida são caracterizados como doenças, os indivíduos não têm poder de escolha, se quiserem se sentir “saudáveis”.

Portanto, constata-se que os riscos e benefícios do avanço tecnológico também estão presentes na área da saúde mental. Hernáez⁽³⁷⁾ salientou que o desenvolvimento biotecnológico transformou a indústria farmacêutica em uma das atividades mais lucrativas, com crescimentos médios de benefícios superiores a 15% durante a última década, uma parte considerável dos quais pode ser atribuída ao êxito dos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) e dos Inibidores Seletivos da Recaptação de Noradrenalina (ISRN). E que isso gera intensos debates sobre as “potencialidades científicas e os limites éticos de desenhar a personalidade e as emoções, sobre a pertinência do uso de fármacos para alcançar a felicidade e sobre os usos da psicofarmacologia como meio de controle social e econômico-político”^(37:112). O autor acrescentou que os antidepressivos são, há alguns anos, o terceiro tipo de fármaco mais vendido no mundo, ficando somente atrás dos hipolipemiantes (redutores do colesterol e dos triglicérides) e dos antiulcerantes; e geraram, no ano de 2004, um volume de negócios de 20 milhões de dólares. Nos Estados Unidos, foi durante alguns anos o tipo de medicamento mais consumido.

Para Hernáez⁽³⁷⁾ a atenção em saúde mental nas sociedades de capitalismo avançado mostra um claro desdobramento entre o que ele chamou de biopolítica das psicoses e dos transtornos graves, baseada na contenção neuroquímica mediante os clássicos neurolépticos e suas reformulações mais recentes; e uma biopolítica das doenças leves, os mal-estares e as adversidades humanas, que está orientada à assistência de amplas camadas da população. Para ele, a depressão faz parte desta última, juntamente com outras adversidades, cujo tratamento é à base de antidepressivos. O autor⁽³⁷⁾ falou da evolução do consumo dos novos antidepressivos e sua popularização nos diferentes grupos sociais e nos diversos países de capitalismo avançado, citando como exemplo a Suécia, onde aparece uma progressão no número de doses diárias definidas de antidepressivos por mil habitantes ao dia (DHDs), que oscila nos homens entre 4,2, em 1977 e 21,8, em 1997, e nas mulheres entre 8,8 e 42,4, para os mesmos anos. São citados vários outros países, destacando a evolução no aumento de consumo dos antidepressivos e demonstrando que a introdução dos novos antidepressivos não surgiu da mesma forma em todos os países industrializados, nem nos mesmos ritmos; como, por exemplo, o Japão como uma das exceções resultantes da articulação entre os sistemas de saúde, das políticas nacionais de

controle de medicamentos e das concepções sobre as emoções e a subjetividade. Nessa cultura, o significado de tristeza e depressão é permeado pela forma de pensar o mundo. Porém, a rendição do Japão aos antidepressivos é mais um dos resultados da miscigenação e interculturalidade proporcionados pela globalização.

A subjetividade, moldada pela cultura, sofre influência direta da interculturalidade. O que move o mundo globalizado é a lógica da mercadoria e do consumo, tendo como figura central o “corpo consumidor”, paradigma do “novo individualismo”: “o corpo anômalo, decaído e deprimido como símbolo da dissintonia com a estrutura social frente ao corpo hipernormalizado, exultante, vital e com capacidade de decisão na sociedade de consumo”^(37:116). Hernández⁽³⁷⁾ enfatizou que vive-se uma “era da depressão”, que vem a demarcar os mal-estares e desarranjos típicos da modernidade; e acrescentou, também, que os grupos sociais mais afetados pela depressão são mulheres (donas de casa e as de mais idade) incorporando-se, atualmente, outros grupos, de homens desempregados e de adolescentes.

O “fenômeno” da medicalização em torno do sofrimento psíquico é tema da Revista do Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul (CRP-RS), de 2012, com o título “Patologização e medicalização da vida em discussão”. Desde o lançamento do DSM III, há um crescente “achatamento” da psicopatologia ao estudo de sinais e sintomas. E uma busca por marcadores biológicos dos sintomas psíquicos. “Com isso, a clínica se reduz a uma mera relação entre sintoma/diagnóstico e medicação, esvaziando a dimensão singular do cuidado”^(42:20). O conceito de transtornos, como são classificadas as “doenças” mentais, contém em si um viés autoritário, eticamente condenável, por sua intencionalidade de prescrição moral, a partir de uma análise do comportamento mais aceitável socialmente⁽⁴²⁾.

Outra contribuição, neste sentido, são as reflexões de Kehl⁽⁴³⁻⁴⁵⁾, em que apontou caminhos que envolvem uma leitura social do sofrimento psíquico. A autora descreve o terreno propício para o desencadeamento dos transtornos depressivos, à medida que trata da construção da subjetividade, do desamparo do homem moderno, da perda das tradições, perda das verdades.

Kehl^(43,45) partiu da suposição de que a depressão era um dos sintomas sociais contemporâneos, defendendo a ideia da probabilidade de se estender ao aumento atual das depressões como um sintoma social. E trabalhou com a

hipótese de que as depressões ocupam hoje o lugar de sinalizador do “mal-estar na civilização”, que, desde a Idade Média até o início da Modernidade, foi ocupado pela melancolia. Compreendeu, também, que considerar as depressões como uma das expressões do sintoma social da atualidade significa supor que os depressivos constituam, em seu silêncio e em seu recolhimento, um grupo tão incômodo e ruidoso quanto foram às histéricas no século XIX.

Ao situar a atualidade das depressões, a autora considerou que a depressão passou a ocupar o lugar da melancolia das primeiras décadas do século XIX. *Depressão* é o nome contemporâneo para os sofrimentos decorrentes da perda do lugar dos sujeitos junto à versão imaginária do Outro. O sofrimento decorrente de tais perdas de lugar, no âmbito da vida pública, atinge todas as certezas imaginárias que sustentam o sentimento do *ser*. O aumento da ocorrência dos chamados “distúrbios depressivos”, nas últimas décadas do século XX, indica que se deve indagar sobre o que as depressões têm a nos dizer, a partir do lugar até então ocupado pelas antigas manifestações da melancolia, como sintomas das formas contemporâneas do mal-estar.

Nessa mesma direção, Elliott⁽⁴⁶⁾ considerou que o que é designado de estado interior de depressão pode ser estado de alienação. Apesar de se dizer relutante em usar este termo entendeu que poderia ser útil para expor suas ideias. A alienação (depressão), geralmente, descreve uma incongruência entre o eu e as estruturas externas de significado, um desajuste entre o modo como se é e como se espera que seja, ou ainda uma desarmonia entre a maneira como se está levando a vida e as estruturas de significado que dizem como viver. Trata-se de uma incoerência entre o indivíduo e algo fora dele. Ou, o que Khel⁽⁴⁵⁾ chamou de *um sujeito em desacordo com o Bem*: a condição de que a verdade do sujeito moderno esteja em desacordo com o que seu meio social estabeleceu como sendo o Bem.

Elliott⁽⁴⁶⁾ descreveu três formas de alienação. A primeira é a que ele chamou de alienação pessoal, sensação de não conformidade com as expectativas sociais de alguém em seu contexto particular, a pessoa se sente alienada do papel social que lhe é esperado; quando a identidade de alguém é questionada ou reavaliada, como se está no começo dos vinte anos e se deve decidir o que fazer da vida ou quando, na meia-idade, se começa a olhar as decisões que se toma e no que elas resultaram. A segunda forma de alienação, e que está relacionada à primeira, é a

alienação cultural. Sensação de que algo está mudando em sua vida e que você não sabe mais como lidar com o novo caminho. Um exemplo extremo deste tipo de alienação é o de pessoas colonizadas e que foram mudadas de lugar; a implicação é uma espécie de desorientação, uma sensação de não saber bem como se adaptar a uma nova cultura. Porém, segundo o autor, a alienação cultural não necessariamente envolve mudança cultural e refere, como exemplo, a alienação americana presente no modo de morar, viver; ou seja, as casas no subúrbio, semelhantes, estáticas e anônimas. Elliott^(46:9) citou o romance *Independence Day*, de Richard Ford:

[...] comprar uma casa traz muita ansiedade devido àquela percepção fria, indesejável, criada na América, de que somos exatamente como o outro idiota, querendo os desejos do outro, desejando a luxúria pobre do outro, tremendo com os medos e as fantasias tolas dos outros, todos nós saímos do mesmo molde imutável [...] é terrível olhar para dentro de si e descobrir que você não é diferente de seu vizinho, que sua vida é apenas uma vida ordinária e sua história é tão comum que nem vale a pena falar sobre ela.

O autor⁽⁴⁶⁾ concluiu que esse panorama já é o bastante para que a pessoa pense em antidepressivos. O terceiro tipo de alienação mencionado é a alienação existencial que envolve questionar as condições nas quais uma vida é construída, questionar seu próprio estilo de vida, questionar seus valores, a essência da qual você é feito. “Isso não é somente perceber que seu castelo particular é feito de areia, é dar-se conta que você mesmo é feito de areia”^(46:9-10). É um tipo de alienação que leva à impressão de que não apenas o indivíduo não sabe o que fazer de sua vida, mas, ele não sabe quem poderia lhe dizer o que fazer dela. Então, questionou o autor: o que resta de nós que estamos perdidos?

Para Elliott⁽⁴⁶⁾ a psiquiatria tem como medida para o sucesso psiquiátrico o bem-estar psíquico interior; objetivando livrar-se de ansiedades, obsessões, compulsões, fobias, e várias outras barreiras para o bom funcionamento social. A alienação é uma reclamação psiquiátrica, é algo a ser eliminado, é uma barreira ao bem estar psíquico. Porém, o autor considerou que a psiquiatria não pode dizer nada de útil sobre a alienação. Ela se coloca de maneira neutra quanto às estruturas mais amplas de significado, dentro das quais se vive e a partir das quais os indivíduos podem estar alienados.

A ideia de que a depressão seja considerada um sintoma social não torna a questão menos perturbadora e não significa que as pessoas depressivas não devam receber assistência. Pois Kehl^(44:32) salientou que: “isso não quer dizer que o depressivo deva ser tratado na clínica como “caso social”, mas que a experiência clínica pode também, seguindo o exemplo de Freud, contribuir para explicar o sofrimento que se expressa através dos sintomas da vida social”. A autora fez um panorama dos números da depressão e citou o psiquiatra Heinz Lehmann que, em 1970, em um colóquio internacional em Nova York, divulgou uma projeção segundo a qual a depressão estaria se tornando a doença mental de maior expansão no planeta, atingindo 3% da população mundial. Nos Estados Unidos (EUA), estima-se que cerca de 19 milhões de pessoas (3% da população) sofra de depressão crônica, das quais dois milhões, são de crianças. No Brasil, cerca de 17 milhões de pessoas foram diagnosticadas como depressivas nos primeiros anos do século XXI. Os dados indicaram, ainda, que a depressão, nos Estados Unidos, é a principal causa de incapacitação em pessoas acima de cinco anos de idade; estima-se que 15% das pessoas deprimidas cometerão suicídio; mais alarmante ainda é que os suicídios entre jovens e crianças de dez a 14 anos aumentaram 120% entre 1980 e 1990; no ano de 1995, jovens norte-americanos morreram mais por suicídio do que pela soma de câncer, AIDS, pneumonia, derrame, doenças congênitas e doenças cardíacas. A autora acrescentou que o tratamento medicamentoso, apenas, não é promessa de bem-viver e que esta forma de terapia merece mais atenção⁽⁴⁴⁾.

[...] vivemos em uma sociedade que parece essencialmente *antidepressiva*, tanto no que se refere à promoção de estilos de vida e ideais ligados ao prazer, à alegria e ao cultivo da saúde quanto à oferta de novos medicamentos para o combate das depressões. No entanto, essa forma de mal-estar tende a aumentar *na proporção direta* da oferta de tratamentos medicamentosos^(44:50-51).

Kehl⁽⁴⁴⁾ considerou que as conquistas científicas e a promessa de garantir o bem-estar geral fazem com que as pessoas usem e abusem dos antidepressivos.

A aliança entre os ideais de precisão científica e de eficiência econômica produz uma versão fantasiosa da vida humana como um investimento no mercado de futuros, cujo sentido depende de se conseguir garantir, de antemão, os ganhos que tal investimento deverá render^(44:56).

O tempo deve ser sempre otimizado, não permitindo espaço para o erro, favorecendo o sentimento depressivo de desvalorização da vida. A preocupação é com o fim, os meios para alcançá-los são desvalorizados, não calculados na corrida pela eficiência, sucesso. Os meios não são vividos na sua essência, por isso, talvez, muitas vezes, ao alcançar determinado objetivo, fique a sensação de vazio.

Nesse mesmo sentido, em relação ao uso dos medicamentos antidepressivos, Elliott⁽⁴⁶⁾ supôs que parte da preocupação que muitas pessoas têm com essas drogas, como o Prozac e seus assemelhados, têm menos relação com as drogas em si do que com o entusiasmo com o qual os americanos, em particular, aceitam estes medicamentos:

A razão por que nós o aceitamos [Prozac] (apesar dos méritos da droga em si, que não são de todo, desconsideráveis) é uma questão a se pensar: uma indústria farmacêutica multimilionária, um entusiasmo nato para a tecnologia, uma ética de individualismo competitivo, um direito constitucional pela busca da felicidade^(46:12).

Porém, continua o autor, junto com esse entusiasmo, está a hipótese de que a psicofarmacologia sozinha não pode dar conta das situações difíceis nas quais as pessoas se encontram e que tais situações não são algo que pode ser curado, com uma medicina inventada por um indivíduo, mas antes por uma mudança no modo de vida.

Entretanto, Kehl⁽⁴⁴⁾ mostrou outra visão sobre o uso de medicamentos, mencionando que há uma corrente na psiquiatria que exalta o uso dos mesmos. Neste entendimento, não há nenhuma razão para que as medicações do “bem-estar” sejam ministradas apenas àqueles que se dizem doentes. Essa corrente defende a ideia de que o avanço da psiquiatria consiste em substituir comportamentos indesejáveis por outros, mais adequados, não existindo razão para não se oferecer medicamentos também às pessoas consideradas normais; e, assim, possibilitar o alcance de um estado de ânimo estável e sem conflitos, uma saúde mental “melhor que bem”.

O uso de medicamentos entre crianças e adolescentes para amenizar algum descontrole emocional está cada vez mais comum. Os pais, por não conseguirem lidar com inquietações dos filhos, acabam recorrendo ao auxílio médico. Kehl⁽⁴⁴⁾ mencionou o jornal *Folha de São Paulo*, de novembro de 2006, em que reproduz

reportagem do *The New York Times*, que apontou para o abuso de medicamentos psiquiátricos utilizados por pais de crianças supostamente *hiperativas ou depressivas* e que, entre 2001 e 2005, cresceu 73% o uso de medicamentos antipsicóticos para tratamento de crianças e adolescentes nos EUA. Foi destacada, também, a reportagem da revista *Época*, do dia 5 de junho de 2006, sobre pesquisa, da Associação Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência, em que há estimativa de que uma em cada 33 crianças norte-americanas sofra de depressão e que na adolescência o número salta para uma em cada oito. Segundo a autora, a dificuldade é dos pais que não suportam que seus filhos estejam expostos aos conflitos e crises inevitáveis da vida, e recorrem aos medicamentos para que seus filhos se ajustem rapidamente as exigências escolares a fim de garantir um futuro promissor.

Outro aspecto interessante que é destacado pela autora, na emergência das depressões, é a questão das tradições, ou melhor, da perda das tradições. Frequentemente, fala-se do caminho que o sujeito faz em direção à busca da individualidade, algo considerado, de certa forma, uma conquista importante. Por outro lado, o preço pago por este processo é a sensação de desamparo e de não pertencimento, o que acaba, muitas vezes, desencadeando a depressão. Nesse sentido Kehl⁽⁴³⁾ considerou que a perda da tradição, a perda da verdade, que se configura na crise ética do homem moderno, é consequência de uma crise maior que abalou as certezas sobre o ser, o bem e a verdade. A autora desenvolveu um raciocínio sobre o que ela chamou de *face contemporânea do desamparo*, gerada a partir de uma perda nas relações dos homens com o saber e com a verdade.

A partir da Renascença, as civilizações do Ocidente assistiram a substituição da visão unificada do mundo medieval, por outra, muito mais fragmentada que nos apresenta um mundo em constante mutação, desgarrado do plano divino; um mundo de indivíduos particulares vivendo experiências particulares, em épocas e lugares particulares.[...] Essa quebra na unicidade do discurso do Outro trouxe a necessidade de uma auto fundação das escolhas subjetivas que produziu, conseqüentemente, o apelo a uma rede de interlocutores horizontais, a partir de onde se pudesse enunciar algum tipo de verdade que desse conta do desamparo dos sujeitos modernos, desde o final da Renascença^(43:52-53).

De certa forma, nas sociedades tradicionais, eram propiciados modos de pertencimento, de amparo; uma vez que as religiões e todas as outras formações simbólicas próprias dessas sociedades têm a função de conferir aos sujeitos uma

destinação e uma série de práticas, que lhes garantissem um lugar no desejo do Outro, atenuadores do desamparo. A tradição aponta para o que é esperado de cada um com base no lugar que ocupam desde o nascimento. Porém, onde existe a escolha, a verdade já não é uma. E, pode-se dizer, que se intensifica aí a angústia de escolher qual verdade seguir, o que acaba se refletindo na face contemporânea do desamparo e o que está, muitas vezes, na origem das depressões⁽⁴³⁾.

A concepção de depressão de Kehl⁽⁴³⁻⁴⁵⁾ está de acordo com o que Elliott⁽⁴⁶⁾ preferiu chamar de alienação. Para esses autores, a depressão, é um sintoma do desamparo social a que estão submetidos os indivíduos na sociedade pós-moderna, apontando, assim, para os determinantes sociais do sofrimento psíquico e a medicalização dos mesmos.

A discussão que vem sendo desenvolvida, portanto, aponta para o elevado consumo de medicamentos, que pode ser considerado um abuso, na área da saúde mental; pois de um lado, está a indústria farmacêutica, com alto poder econômico e, conseqüentemente, enorme capacidade de divulgação e persuasão de seu produto, e, de outro lado, estão os vulneráveis, em relação à doença, à imprecisão diagnóstica, e à ausência de alternativas terapêuticas. O uso do medicamento deve ser parte das possibilidades terapêuticas e não a única promessa de bem-estar.

O sofrimento mental existe, é verdadeiro e concreto, como é o caso da depressão. Conseqüentemente, há que se fazer algo, tratar, cuidar. O cuidar em saúde mental pode abranger os mais variados tipos de tratamentos, desde recomendação de atividades de lazer até mesmo internação. Isto remete há uma carga profunda de conhecimento, responsabilidade e ética por parte do profissional da saúde mental.

De acordo com esta premissa, destaca-se o estudo de Valentini et al.⁽⁴⁷⁾ que teve por objetivo avaliar o efeito de um treinamento de clínicos da rede de Atenção Básica para o diagnóstico e tratamento da depressão. Os pesquisadores relataram que quase a totalidade dos clínicos admitiu que o ensino recebido na faculdade de medicina não os preparou para fazer o diagnóstico de depressão. Além disso, nenhum médico afirmou ter o conhecimento necessário para tratar desse transtorno. Outro achado do estudo foi a dificuldade mencionada por alguns clínicos em distinguir depressão de tristeza. Além disso, Valentini et al.⁽⁴⁷⁾

relataram que um motivo importante da dificuldade de fazer o diagnóstico da depressão, apontado pelos médicos, foi a escassez de tempo no atendimento aos pacientes com problemas emocionais.

Os pesquisadores consideraram que o estudo indicou que os prejuízos causados pela depressão não serão reduzidos se os médicos da rede de Atenção Básica não receberem um treinamento adequado.

Frequentemente esses profissionais da rede de atenção primária à saúde aprenderam sobre temas relativos à psicologia e psicopatologia em situações clínicas muito distantes da prática de seu dia-a-dia. [...] Talvez, além de tentar treinar médicos, seja o momento de reavaliar o treinamento em psiquiatria, dentro do currículo médico. Uma maior ligação entre serviços psiquiátricos e de atenção primária também pode facilitar o tratamento, treinando enfermeiras na detecção desses transtornos e ensinando o público sobre os sintomas da doença^(47:527).

O preparo para a identificação e assistência dos problemas de saúde mental na Estratégia Saúde da Família é fator essencial, na medida em que estudos como o de Bandeira, Freitas e Carvalho Filho⁽⁴⁸⁾ constataram que uma porcentagem de 37,8%, de uma amostra de 400 pessoas indicadas por duas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) no interior de Minas Gerais, apresentavam sintomas de transtornos mentais não-psicóticos. Com o intuito de auxiliar o trabalho na assistência à saúde mental na Atenção Básica, Vieira⁽⁴⁹⁾ apontou para algumas soluções quanto ao diagnóstico/reconhecimento do sofrimento mental na Estratégia Saúde da Família. Para subsidiar o planejamento da assistência das pessoas que apresentam transtorno mental nas comunidades, é necessário uma Atitude Epidemiológica por parte de todos os componentes das Equipes de ESF: agente comunitário de saúde, técnicos de nível médio e superior. O autor destacou que:

[...] a atitude epidemiológica refere-se ao “olhar” da equipe de saúde, integrada com uma comunidade, visando ao reconhecimento de problemas potenciais de saúde mental, que resulta numa atitude de promoção de saúde e/ou de reconhecimento, descrição, acolhimento e cuidado às pessoas e famílias em sofrimento^(49:23-24).

Muitas vezes, o primeiro contato da equipe de ESF com a comunidade, por suas características de composição, se faz por meio do Agente Comunitário de Saúde (ACS) que, por ser morador do território, convive com os problemas de saúde da população e os reconhece a partir da identificação popular. No campo

da saúde mental, ao mesmo tempo em que isso representa uma facilidade, pode representar também numa dificuldade, pois os problemas de saúde mental necessitam de uma identificação e posterior descrição e avaliação, pois podem ser de diferentes naturezas e ter variadas apresentações (insônia, delírio, confusão mental, alcoolismo, irritabilidade, somatização, depressão, entre outros); diferentemente de outros agravos à saúde, que podem ser identificados por parâmetros aparentemente objetivos (taxas de colesterol, níveis de glicemia entre outros)⁽⁴⁹⁾.

Reconhecendo as dificuldades e limites para o estabelecimento de diagnóstico dos agravos à saúde mental, Vieira⁽⁴⁹⁾ propôs que a identificação, diferenciação e categorização desses agravos necessitam: a) partir de uma perspectiva de identificação dos sinais e sintomas; b) proceder a uma diferenciação com outras possíveis variáveis orgânicas e de desenvolvimento psicossocial; c) incluir também uma avaliação da realidade e da subjetividade do paciente. A complexidade diagnóstica em saúde mental pressupõe que haja um acompanhamento interdisciplinar, possibilitado pela estratégia de trabalho da ESF. Pois a ESF tem por estratégia possibilitar o acesso às pessoas no seu ambiente familiar, econômico e sociocultural; isso oportuniza não apenas a classificação dos transtornos, mas, uma compreensão coerente e evolutiva dos problemas de saúde mental. Isso proporciona, também, um diagnóstico precoce para que os problemas sejam solucionados antes que se tornem crônicos, pois a falta de políticas preventivas por parte dos órgãos públicos de saúde ajuda a alavancar as estatísticas do sofrimento mental⁽⁴⁹⁾.

Então os autores formularam a pertinente pergunta: de quem é a responsabilidade de diagnosticar um quadro de sofrimento psíquico? E consideraram que, nos limites da reforma psiquiátrica, essa responsabilidade repousava no trabalho da equipe de saúde mental e a ESF sendo entendida como um dos níveis de atenção indispensável para o desenvolvimento dessa reforma, a responsabilidade se estende à ESF. Os autores defenderam essa ideia argumentando que a “naturalização” das necessidades de saúde, característica do modelo biomédico no campo da saúde mental, remete a uma atitude classificatória do comportamento humano, que fica reduzido a um conjunto de sinais e sintomas psiquiátricos. Tal atitude adota as características diagnósticas psiquiátricas contemporâneas, descritas no CID-10 e DSM-IV, abstraídas de sua

construção histórica e descontextualizadas, afirmando-as como suficientes para explicar e organizar as práticas de atenção nesse campo. Nesse sentido buscaram resgatar a dimensão clínica na sua necessária composição com as demais dimensões epidemiológicas e políticas, componentes da avaliação terapêutica, admitindo o desafio de que tal proposta demanda na recolocação dos lugares do saber e do poder. Outro argumento é que a anamnese e o exame de estado mental, mapeamento das dez funções da atividade mental, devem ser associados com a história atual e pregressa da possível doença do “paciente”. A consulta com enfoque psíquico deve acontecer baseada no diálogo, pois, mesmo que todas as atividades de saúde se baseiem no diálogo, a peculiaridade do exame do estado mental deve servir como instrumento tecnológico capaz de operar uma leitura do diálogo com o “paciente” e transformá-lo em diagnóstico “concreto”, independentemente de exame psicológico, físico ou laboratorial, ainda que estes possam ser solicitados⁽⁴⁹⁾.

Portanto, é importante se valer das ideias e práticas daqueles que trabalham em consonância com esses entendimentos do sofrimento psíquico e que estão de acordo com as premissas do processo da reforma psiquiátrica. Uma proposta de projeto terapêutico da saúde mental não deve se restringir ao referencial no campo da clínica, a conduta terapêutica deve incorporar a pessoa na família e na sociedade. Isto é, os problemas de saúde mental devem fazer parte das estratégias de cuidado da atenção primária que levam em consideração todos os recursos da comunidade, dos serviços de saúde, além das unidades básicas de saúde e da dinâmica da ESF. O objetivo geral do trabalho de Vieira⁽⁴⁹⁾ foi de incrementar a consciência e a autonomia do “paciente” no campo do autocuidado e das relações interpessoais (familiares e sociais) e não somente a eliminação dos sintomas ou a cura da “doença”. Um projeto que considere os recursos pessoais do usuário (autoconhecimento, autocrítica, situação de trabalho e situação econômica); os recursos familiares (vínculo afetivo, psicossocial e material); os recursos institucionais (ESFs, CAPSs, ambulatórios, pronto atendimento, hospitais); os recursos comunitários (centros de convivência, associações e outros), além das particularidades clínicas do transtorno mental⁽⁴⁹⁾.

1.3 AS FAMÍLIAS: SUAS CONFIGURAÇÕES E ATITUDES DIANTE DAS ENFERMIDADES

O sentido antropológico de família destaca que, independente de suas configurações, a família exerce um importante papel de personalização e de socialização dos indivíduos, levando a que o foco não esteja no tipo de estrutura familiar, mas, na qualidade das suas inter-relações. Por isso, a família torna-se o lugar do aprendizado das relações como base para a criação de laços familiares, comunitários e sociais. Essas relações estão fundadas no afeto. A nova organização social concentra-se na ordem emocional, fazendo com que o valor do afeto (produção e circulação de emoções e sentimentos) seja tão importante quanto o valor do trabalho, já que este último não é mais manual, mas, cerebral⁽⁵⁰⁾. Nesse mesmo sentido, Sarti⁽⁵¹⁾ considerou que a família não é apenas o lugar de fatos biológicos como o nascimento, a reprodução e a morte, mas, a concretização da forma como esses fatos básicos são vividos. Essa forma depende da ordem simbólica dada pela cultura⁽⁵¹⁾.

A desnaturalização da família foi abordada por Levi-Strauss⁽⁵²⁾, na obra *As estruturas elementares de parentesco*, retirando o foco do aspecto biológico e centrando-o no sistema de parentesco. A família passou a ser entendida, não como unidade biológica de pai, mãe e filho, mas, identificada como unidade mínima de parentesco. Com isso, os laços de parentesco deixaram de ser um fato biológico e passaram a ser um fato social, e o fundamento da família não estava mais na natureza biológica, mas, na natureza social do ser humano.

Dessa forma, conforme destacou Junges⁽⁵⁰⁾, essa desnaturalização da família significou passá-la da ordem instrumental para a ordem simbólica, superando a redução da família a mero meio a serviço da reprodução biológica dos seres humanos, porque ela é, antes de nada, o lugar da sua introdução simbólica na cultura, iniciada justamente pelo sistema de parentesco. Na ideologia capitalista, existe outra instrumentalização da família, quando esta é usada, pela publicidade, como unidade econômica de consumo, desconsiderando-a como unidade simbólica. Essa visão não instrumental supera a perspectiva da família como reprodução biológica e econômica da força de trabalho para compreendê-la como lugar da reprodução social, pois ela reproduz a cultura ou o modo de vida próprio do grupo social, sendo base da produção social da vida em sociedade.

Tendo em vista que este estudo pretendeu focar a família no tratamento da depressão, torna-se importante destacar os diferentes arranjos familiares existentes na contemporaneidade, que fazem parte da realidade das práticas cotidianas dos profissionais da saúde. Fazem parte do atendimento da ESF uma diversidade de *arranjos familiares*, mostrando como as famílias organizam-se nos mais diferentes aspectos, como, por exemplo, família de casal homossexual com filhos; famílias extensas e famílias reconstruídas morando no mesmo terreno; idosos vivendo em união com parceiros mais jovens; e, um tipo mais peculiar de arranjo, que se refere a mulheres com filhos, morando em prostíbulos⁽⁵³⁾. Entende-se que ter presente essa diversidade de configurações que as famílias vêm assumindo tornará mais eficaz o processo de inserção das famílias no novo paradigma da atenção à saúde/doença mental.

A busca pelo bem-estar ou estado de saúde dos indivíduos não pertence apenas aos profissionais da saúde, pois, independente de como o grupo familiar está organizado, costuma ter como preocupação central, a saúde de seus membros. A família, atualmente, acaba assumindo e sendo responsabilizada por qualquer anormalidade, que foge das expectativas de criar filhos fortes, saudáveis, preparados para o mercado de trabalho e para viver em comunidade. É comum se ouvir dizer que não existe receita para criar os filhos. Melman⁽⁵⁾ colocou que os pais nunca estão seguros de como devem agir em relação a seus filhos, sempre estão em dúvida se estão agindo corretamente. Isso faz com que apelem para especialistas na tentativa de buscar sentido para suas angústias.

Se essa situação de insegurança e desconforto incide sobre a maioria dos pais, podemos vislumbrar, então, o que pode suceder quando um filho ou um parente psicotiza. O surgimento de uma doença mental em um membro da família agrava drasticamente o quadro de insegurança e desconforto^(5:19).

Uma enfermidade como essa representa uma alteração significativa no cotidiano das famílias. O adoecimento mental de um filho abala, frequentemente, de forma intensa, a autoestima dos pais. O filho doente parece representar, para muitos pais, uma denúncia das falhas do sistema familiar, que não conduziu com sucesso sua missão de formar os filhos. A ferida no narcisismo dos pais expõe

fragilidades e conflitos, estimulando questionamentos relativos a eventual responsabilidade na origem e desencadeamento do quadro psicótico⁽⁵⁾.

Cada família tem sua forma de lidar com a doença mental, e são vários os sentimentos que emergem dessa situação, como a vergonha, por exemplo. É importante destacar que a gravidade do quadro, como observou Melman⁽⁵⁾, não é necessariamente proporcional à intensidade das vivências destes sentimentos nos familiares. Isso quer dizer que famílias com parente com sintomas mais leves podem sentir mais vergonha do que famílias com parente com sintomas mais intensos da doença mental. Antunes e Queiroz⁽⁵⁴⁾, em pesquisa sobre reforma psiquiátrica, ofereceram o registro de uma fala em que um componente da equipe de saúde mental disse que, ao realizar visitas domiciliares, se deparou com a realidade vivida pelo doente mental “com todas as suas cores e complexidades” e que isso possibilitou compreender porque determinado paciente não evoluiu satisfatoriamente. Isso evidencia que a família assume um papel relevante no processo de adaptação desse sujeito ao convívio familiar e comunitário. Porém, não cabe ter uma visão reducionista de família adequada ou inadequada para uma evolução satisfatória, e sim procurar conhecer quais são os recursos dessa família (emocionais, materiais), quais são as possibilidades reais de lidar com o familiar “doente”.

A forma de encarar os fatos da vida, e, neste caso, a doença mental, depende, certamente, das questões culturais que norteiam os grupos familiares: os valores, as regras, as crenças, a história de vida de cada família. A capacidade para lidar com um familiar doente implica, também, em certas habilidades por parte dos familiares. O que faz com que umas famílias se saiam melhor no enfrentamento da doença mental do que outras? Aqui se pode pensar no conceito de resiliência. Resiliência significa a capacidade que as pessoas, comunidade e os grupos têm de minimizar ou superar as adversidades da vida. Silva⁽⁵⁵⁾ destacou que a resiliência é relativa, tem bases tanto constitucionais quanto ambientais, variando de acordo com as circunstâncias, e se apresenta de forma diferente nos diversos indivíduos, nos diversos contextos e nos vários momentos do ciclo de vida do indivíduo ou da família. A partir disso, cabe salientar que não somente os profissionais da saúde mental devem receber treinamento e esclarecimentos sobre a complexidade da doença mental, mas, também, os familiares dos pacientes. Como a família está incluída no novo paradigma de

atenção à saúde/doença mental? O Movimento da Reforma Psiquiátrica proporciona a participação de associações de familiares e de usuários nas discussões sobre políticas na área da saúde mental, o que representa um grande avanço. Porém, em alguns casos, os anseios dos usuários diferem dos anseios dos familiares conforme sinalizou Souza^(56:935):

As associações de familiares, não todas, mesmo reconhecendo as incorreções do tratamento do tipo asilar, veem ainda no espaço hospitalar o recurso necessário ao atendimento do doente mental em momentos de crise. Tal posição está relacionada ao fato, segundo os familiares, de ocorrer um grande desgaste para família quando advém a crise, além de existirem riscos de sofrerem agressões do familiar doente. As associações de usuários creditam aos mecanismos de tratamento de características não asilares o sucesso da intervenção terapêutica.

Os familiares gastam muito tempo e energia pensando em como agir. A doença mental em um membro da família mobiliza toda a dinâmica familiar. Acontece um envolvimento maciço no vínculo, as pessoas se envolvem tanto com os problemas que sobra pouco tempo e espaço para outros relacionamentos, havendo uma sobrecarga nas relações, cobrança e exigências dentro da família⁽⁵⁾.

A Organização Mundial da Saúde⁽⁴⁾, em relação ao impacto dos transtornos mentais na família, colocou que uma em quatro famílias tem pelo menos um membro que sofre um transtorno mental ou comportamental. E, ainda, que os transtornos mentais e comportamentais exercem considerável desordem sobre os indivíduos, as famílias e as comunidades. Além da carga direta, o documento salientou que é preciso levar em conta as oportunidades perdidas, ou seja, as famílias que têm um membro que sofre um distúrbio mental fazem diversos ajustes e compromissos que impedem outros familiares de atingir o seu pleno potencial no trabalho, nas relações sociais e no lazer.

As estratégias para envolver a família no processo de (re)inserção social devem assumir uma visão mais global. A doença mental é entendida hoje como multifatorial, ou seja, envolve aspectos sociais, culturais, ambientais, orgânicos, econômicos. O Paradigma Ecológico que vem sendo utilizado pela Psicologia Comunitária contempla todos os fatores que envolvem os fenômenos psíquicos. O meio ecológico é concebido como um conjunto de estruturas concêntricas: microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema. Trazendo para este caso, pode-se pensar o microssistema, como a família; o mesossistema, a

comunidade e seus sistemas; o exossistema, como as políticas municipais de saúde; e, o macrossistema, seriam as políticas públicas de saúde, os valores e as representações sociais sobre a doença mental. Sarriera⁽⁵⁷⁾ mencionou, dentro dessa perspectiva do Paradigma Ecológico, o processo de transição ecológica, referindo-se à modificação da posição de uma pessoa no ambiente ecológico devido à mudança de papel ou de ambiente. E que quanto mais a passagem de um microssistema para outro for preparada e desenvolvidos recursos para isso, mais saudável será esta transição. Neste sentido, tratando-se da (re)inserção social do paciente egresso de instituições psiquiátricas, pode-se deduzir que quanto mais preparadas estiverem a família e a sociedade para receber esse sujeito, mais fácil será a sua adaptação. Adaptação, aqui, no sentido ecológico destacado por Sarriera⁽⁵⁷⁾, em que a pessoa procura otimizar e processar recursos próprios e do ambiente. Portanto, um ambiente que favoreça o bem-estar. Conforme constatam Antunes e Queiroz⁽⁵⁴⁾ em sua pesquisa, sobre reforma psiquiátrica, reconhecer os aspectos afetivos, sociais e comunitários é fundamental para a superação da doença mental.

Lancetti e Amarante⁽⁵⁸⁾, ao desenvolver o tópico *Saúde mental e saúde da família*, o qual faz parte do *Tratado de Saúde coletiva*, ressaltaram a necessidade da interação constante entre os serviços de saúde mental e a ESF, por entenderem que a família e a comunidade se constituem num ambiente próprio para o tratamento de pessoas em sofrimento psíquico. Segundo eles, boa parte da população sofre de algum distúrbio mental, três por cento com gravidade e muitos destes não vão aos serviços de saúde mental ou de psiquiatria; sendo, às vezes, a forma de intervenção da estratégia da família mais incisiva e com potencial de efetuar mudanças maiores do que as do CAPS e, com certeza, que do hospital psiquiátrico. O CAPS e a equipe volante de saúde mental, segundo a experiência dos autores, devem associar-se às equipes de saúde da família, contribuir com a capacitação e, principalmente, trabalhar juntas.

Baseados, especialmente, em experiências na reforma psiquiátrica na cidade de Santos, Lancetti e Amarante⁽⁵⁸⁾ consideraram que a principal característica dos programas de saúde mental, desenvolvidos no âmbito da ESF, é o envolvimento, a co-responsabilização dos pacientes e de seus grupos familiares. Além disso, a parceria entre os profissionais de saúde da família e de saúde mental não é para fazer prevenção separada da cura, e sim para articular a

clínica com as necessidades impostas pela epidemiologia. Para os autores: “Se há algo a ser prevenido, é a internação psiquiátrica, o suicídio, homicídio e a violência familiar e comunitária”^(58:630). E todas as ações desenvolvidas devem ser pautadas pelo conceito de cidadania, ou seja, conhecer o meio no qual vive o sujeito, as regularidades que manifesta no seu grupo familiar, quais são suas teorias a respeito do desequilíbrio psíquico, suas potencialidades subjetivas e possibilidades de autonomia. Os autores sugeriram que, em casos mais complicados, profissionais da saúde mental e da equipe da saúde da família podem fazer uma visita inicial à família e, a partir daí, após discussão do caso, elaborar um programa de saúde mental para cada família atendida.

Dito isso, é importante destacar a questão do conceito de família adotado pelos profissionais da saúde. Lancetti e Amarante⁽⁵⁸⁾ salientaram que este é um ponto fundamental, pois, muitas vezes, a ideia de família que o profissional universitário tem não condiz com as famílias que conhecerá no território. Isto pode dificultar o atendimento, já que o profissional pode considerar que o grupo que está conhecendo não é uma família, por não estar de acordo com o que ele entende por família. Reconhecer as diferentes configurações familiares se torna imprescindível quando se quer aproximar esses dois campos de atuação, atenção à saúde mental e estratégia de saúde da família. Amarante⁽⁵⁹⁾ considerou que as transformações que vêm ocorrendo no campo da saúde mental e no campo da saúde da família, não devem se resumir a simples proposta de cobertura familiar, mas sim, como estratégia de promoção de saúde e construção de consciência sanitária em defesa da qualidade de vida.

1.4 VULNERABILIDADE / VULNERAÇÃO

O conceito de vulnerabilidade tem sido desenvolvido por várias áreas do conhecimento e o termo pode ser aplicado em diferentes áreas do saber. Porém, para esse estudo, foram revisados os conceitos e aplicações do termo vulnerabilidade, concernentes ao âmbito da bioética e da saúde. Mesmo dentro destas duas áreas, os autores desenvolvem e aprofundam definições e aplicações diferentes e/ou complementares.

Uma das ideias de vulnerabilidade é apresentada como princípio, em que a vulnerabilidade é parte da vida de todo e qualquer ser humano, ou seja, no

sentido ontológico. É universal e inerente à condição humana estar exposta a sofrer danos⁽⁶⁰⁾.

De acordo com ideias de Kemp e Rendotrff⁽⁶⁰⁾, Patrão Neves⁽⁶¹⁾ apresentou os sentidos que a vulnerabilidade tem protagonizado no discurso bioético. Em primeiro lugar, a autora indicou o sentido de vulnerabilidade como característica/adjetivo. Considerando o contexto de pesquisas biomédicas com seres humanos, vulneráveis são aquelas pessoas ou populações que se encontram numa situação de exposição agravada a serem feridas, prejudicadas nos seus interesses pelos interesses de outros. Portanto, “a qualificação de pessoas e populações como vulneráveis impõe a obrigatoriedade ética da sua defesa e proteção, para que não sejam feridas, maltratadas, abusadas...”^(61:31). Em segundo lugar, a autora apresentou a vulnerabilidade como condição humana. Aqui a vulnerabilidade é tomada como substantivo. Esse conceito de vulnerabilidade tem sua origem no pensamento filosófico europeu. A *vulnerabilidade* entra na linguagem filosófica como realidade constitutiva do homem, como condição humana universal da humanidade. A vulnerabilidade, entendida como condição universal da pessoa, consolida-se no vocabulário da filosofia europeia continental como bem inalienável do agir do homem, impondo a responsabilidade como norma da ação moral. A vulnerabilidade demonstra o modo de ser do homem, a sua humanidade, e exige um modo específico de agir na resposta não violenta de cada um ao outro, uma ação responsável e solidária. Dessa forma, se instaura uma ética de fundamentação antropológica: o modo como se deve agir procede do modo como se é e como se quer ser, sendo a comum *vulnerabilidade* que instaura um sentido universal do dever na ação humana.

Patrão Neves⁽⁶¹⁾ considerou que as concepções de vulnerabilidade anglo-americana e as concepções europeias são significativamente diferentes, porém, se complementam e se articulam:

[...] de função adjetivante, qualificadora de alguns grupos e pessoas, a *vulnerabilidade* passa a ser assumida como substantivo, descrevendo a realidade comum do homem; de característica contingente e provisória passa a condição universal e indelével; de fator de diferenciação entre populações e indivíduos, passa a fator de igualdade entre todos; da consideração privilegiada do âmbito da experimentação humana passa-se para uma atenção constante também no plano da assistência clínica e das políticas de saúde; de uma exigência de autonomia e da prática do

consentimento informado passa-se à solicitação da responsabilidade e da solidariedade^(61:39).

Por último, a autora desenvolveu o entendimento de *vulnerabilidade* como princípio ético. Aqui, é considerada a possível junção das duas ideias anteriores, discutindo o artigo 8º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), que exprime a obrigatoriedade de *respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade pessoal*. Nesse artigo afirmou que a vulnerabilidade humana deve ser tomada em consideração, o que corresponde ao seu reconhecimento como traço permanente da condição humana, considerando sua irreduzível finitude e fragilidade como exposição permanente a ser ferida, não podendo jamais ser eliminada; e acrescentou que indivíduos e grupos especialmente vulneráveis devem ser protegidos “sempre que a inerente vulnerabilidade humana se encontra agravada por circunstâncias várias, devendo aqueles ser adequadamente protegidos”^(61:40). Da articulação dessas duas concepções resulta a vulnerabilidade como princípio, um dos 15 princípios apresentados pela Declaração. O estatuto de princípio atribuído à vulnerabilidade acrescentou a autora, traz-lhe algo de novo: um princípio obriga. Todo princípio exprime uma obrigação, que, como tal, se impõe à consciência moral sob a expressão de um dever a ser cumprido. Portanto, o aspecto fundamental da declaração da vulnerabilidade como princípio ético é o de formular uma obrigação da ação moral.

Apesar dos questionamentos de alguns autores sobre a possibilidade da vulnerabilidade ser concebida como princípio, Patrão Neves⁽⁶¹⁾ entendeu que a vulnerabilidade, adotada como princípio, tem implicações importantes tanto num plano teórico e reflexivo, quanto no plano prático, da ação concreta. E para ilustrar a autora citou como este princípio pode ser útil de modo imperioso em temas da bioética como: experimentação humana, prática clínica e políticas de saúde e de investigação biomédica. No primeiro caso,

o princípio da vulnerabilidade obriga ao reconhecimento de que o exercício da autonomia e o prestar consentimento não eliminam a vulnerabilidade que sutil e disfarçadamente, continua e pode ser explorada por meio [...] da apresentação otimista de ensaios clínicos para os quais se procura voluntários, ou das contrapartidas oferecidas a esses voluntários, como sejam exames médicos e assistência clínica gratuita, ou, ainda, da hiperbolização dos sucessos biomédicos pela

comunicação social. [...] criam-se expectativas irrealistas nos doentes e na sociedade em geral, na qual se vai agravando o processo de medicalização da sociedade. Este coloca na biomedicina a esperança de resolução de todos os problemas humanos, numa pressão insustentável para a biomedicina e desmotivadora da procura de vias alternativas de resolução^(61:43).

No segundo caso, a prática clínica, o princípio da *vulnerabilidade* intima o profissional da saúde na sua responsabilidade de estabelecer relações simétricas com a pessoa doente e impõe às instituições zelarem igualmente por todos os cidadãos. Ou seja, o cuidado deve se estender, inclusive, àqueles que não possuem poder reivindicativo ou capacidade organizativa, pois existem associações de doentes bem influentes, mas, isto não impede que a maioria fique a descoberta. Por último, na esfera das políticas de saúde e de investigação biomédica, o princípio da *vulnerabilidade* determina que as políticas nacionais e internacionais atentem para que a melhoria do bem-estar de alguns não seja alcançada pela exploração da fraqueza de outros, tornando estes ainda mais marginalizados e vulneráveis.

A autora⁽⁶¹⁾ concluiu que, a articulação das três concepções da *vulnerabilidade* mencionadas em seu texto e, presentes no discurso bioético, contribuem para a sua plena compreensão. E, defendeu que a *vulnerabilidade* como princípio, excede a ética das liberdades individuais e de direitos que a todos competem, e apregou o cuidado dos deveres que competem a todos, visando à complementaridade entre a ética consolidada dos direitos e a urgente ética dos deveres, constante na responsabilidade do outro e desenvolvida pelo reforço da solidariedade.

O texto *Vulnerabilidade: um princípio fútil ou útil na ética da assistência sanitária?*, de Solbakk⁽⁶²⁾, trouxe, igualmente, uma discussão relevante sobre o tema, ao considerar que a bibliografia que aborda o princípio da vulnerabilidade reflete uma visão contraditória e de transformações. Contém críticas ao princípio da vulnerabilidade como demasiadamente vago e geral e que desta forma o conceito perde a força. Em seu artigo, Solbakk⁽⁶²⁾ apresentou, no mínimo, duas diferentes concepções de vulnerabilidade no campo da investigação médica e na assistência à saúde. Se utilizando, principalmente, de dois artigos, 8º e 24º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), o autor, assim como Patrão Neves⁽⁶¹⁾, destacou uma noção de vulnerabilidade que enfatiza a

vulnerabilidade universal, intrínseca ao ser humano, condição humana por excelência (corrente desenvolvida pelo grupo europeu de acadêmicos) e outra mais restrita, relativa às pessoas e populações em necessidade de proteção adicional (prevalente nas diretrizes e documentos normativos aplicáveis à investigação médica, à assistência sanitária ou à bioética e promovida pelos acadêmicos anglo-americanos especialistas em bioética). O autor desmembrou o artigo 8º da DUBDH e argumentou que a primeira oração do artigo tratava do estado vulnerável a que está sujeito todo e qualquer ser humano (por sua natureza vulnerável), e a segunda oração concebia a vulnerabilidade circunscrita a determinados indivíduos e populações em particular em condições ainda mais adversas que a população em geral, “vulnerabilidade perdida”. Solbakk⁽⁶²⁾ chamou a atenção, ainda, para o artigo 24º da DUBDH que aborda a ideia de que não só as pessoas podem tornar-se vulneráveis, mas também as famílias, os grupos e as comunidades. Igualmente o preâmbulo da DUBDH faz referência à possibilidade das populações, em determinadas circunstâncias tornarem-se vulneráveis.

Essas noções que distinguem formas permanentes de formas variáveis de vulnerabilidade requerem dois regimes morais de proteção bem diferenciados⁽⁶²⁾. A concepção de vulnerabilidade permanente requer um regime baseado nos direitos humanos que aponta para a proteção da vulnerabilidade permanente ou universal (esta requer medidas de proteção de ação negativa do Estado). Este tipo de vulnerabilidade está referido na primeira oração do artigo *A vulnerabilidade humana deve ser levada em consideração na aplicação e no avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e de tecnologias associadas*⁽¹⁰⁾. O segundo tipo aponta para o manejo de estados e situações acidentais de vulnerabilidade, formas de vulnerabilidade que exigem medidas adicionais de proteção, assim como a identificação de pessoas e populações específicas que necessitam proteção contra as formas de danos e males não contemplados nos regimes de proteção baseados nos direitos humanos (esta requer medidas de proteção afirmativas do Estado). Esta concepção de vulnerabilidade é aludida na segunda oração do artigo 8º: “Indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica devem ser protegidos e a integridade individual de cada um deve ser respeitada”⁽¹⁰⁾.

Para que o princípio não perca força prescritiva, o autor questionou, então, quais as repercussões práticas às concepções de vulnerabilidade. A resposta em

curto prazo, disse ele, é que todas essas concepções podem ser úteis quando se trata de identificar em situações concretas:

Quem pode estar potencialmente exposto a outras formas de dano e de mal; que formas de suscetibilidade e estratos de vulnerabilidade devem tomar-se particularmente em consideração; que variáveis contextuais requerem atenção especial; que outras formas de dano e de mal podem estar potencialmente em jogo; que outras medidas de proteção, de ação afirmativa devem adotar-se; quem tem a obrigação de tomar ditas medidas em situações de vulnerabilidade “perdida”^(62:97).

Ao final da análise sobre o artigo 8º da DUBDH, destacando as concepções diferentes de vulnerabilidade, o autor concluiu que é possível conceber “a vulnerabilidade como um princípio universal, reconhecendo ao mesmo tempo a necessidade de desenvolver uma linguagem de vulnerabilidade capaz de prescrever medidas de proteção segundo o contexto”^(62:98).

Kottow⁽⁶³⁾ fez uma distinção entre vulnerabilidade universal e vulnerabilidade contextual (vulneração). Primeiramente o autor destacou que a vulnerabilidade própria ao ser humano tem sido enfatizada pela antropologia biológica, e que o ser humano está obrigado a realizar o caminho fatal para sobreviver, através do desenvolvimento da língua, cultura e ação. A realização da existência humana é incerta e, marcada por uma vulnerabilidade antropológica imersa na secularidade, racionalidade e, progressivamente, na razão instrumental que prove os meios tecnológicos e científicos para fortalecer a sobrevivência e adaptação; por outro lado, sufoca a razão comunicativa cujo norte é a emancipação do ser humano.

Perigo, audácia, ruína, indicam como a existência humana é aleatória, frágil, vulnerável. Não é de admirar que o Iluminismo levasse a processos revolucionários – Inglaterra, E.E.U.U., França, que enfatizam linguagem dos direitos humanos, fornecendo salvaguardar alguns processos através socialização que ensinam as pessoas a viver sob a proteção dos direitos humanos, e protegê-los de ameaças e ataques^(63:92).

Porém, para marcar a diferença entre a vulnerabilidade ontológica e vulnerabilidade situacional, o autor⁽⁶³⁾ analisou o termo vulnerável, em sua língua, *vulnerable*: o sufixo *able* constitui a forma adjetiva de um verbo para significar a vontade de agir do verbo em questão. Portanto, vulneráveis envolve a capacidade ou potencial de serem afetados por uma ação que viola. Uma vez produzida a violação, a vítima não está mais vulnerável e torna-se comprometida, danificada,

ferida ou "mulcado" (danificado). Neste sentido, Kottow⁽⁶³⁾ preferiu o termo vulnerado, em oposição ao termo vulnerável, para se referir aos sujeitos, grupos que já foram atingidos pela ação que os vulnerou, o dano está concretamente instalado.

Kottow⁽⁶³⁾ chamou a atenção para as implicações na adoção do termo vulnerabilidade como, por exemplo, a união conceitual entre vulnerabilidade e deficiência de autonomia. Pois, a ideia de vulnerabilidade como um estado deficitário reduz ou anula a autonomia dos afetados, ideia esta que abre as portas para o paternalismo autoritário e a exploração. Em contrapartida, vulnerados (já não potencialmente vulneráveis, e sim de fato feridos) são pessoas autônomas, porém, sem condições de exercer a capacidade de tomar decisões autônomas. A vulnerabilidade perdida arrebatou o indivíduo a uma condição de vulnerado, despossuído de empoderamento para contar com os elementos essenciais para viver, seja por pobreza, subjugação, doença, ou pela falta de capacidades.

Citando Gert, Culver e Clouser⁽⁶⁴⁾, Kottow⁽⁶³⁾ destacou que, sendo uma atribuição antropológica, a vulnerabilidade não é um guia de ação, tal como é requerido para ser considerado um princípio ético em si. O autor entendeu que:

As implicações éticas que tem o abuso da categoria "vulnerabilidade" indicam que a campanha para apurar a utilização deste termo não é mero exercício semântico, mas uma necessidade para ordenamento conceitual na linguagem da bioética que visa proteger os pacientes e sujeitos de pesquisa^(63:95).

Arán e Peixoto Júnior⁽⁶⁵⁾ trouxeram uma visão mais do ponto de vista filosófico do que prático, igualmente interessante. Trata-se de reflexão sobre vulnerabilidade, articulando-a com bioética e biopolítica. Apesar de o estudo dos autores enfatizar tal discussão da vulneração de pessoas ou populações no âmbito das pesquisas com seres humanos, entende-se que a reflexão pode ser estendida para as situações de vulneração diversa a que o ser humano possa estar exposta. Principalmente no que concerne à qualidade de vida, bem-estar, integridade física e/ou psíquica.

Os autores partiram da ideia de Schramm e Kottow⁽⁶⁶⁾ sobre a distinção entre vulnerabilidade e suscetibilidade ou vulneração, considerando este um ponto crucial da reflexão bioética contemporânea. Arán e Peixoto Júnior⁽⁶⁵⁾ defenderam a necessidade de elucidar tais temas através de uma

contextualização biopolítica; e se utilizaram, para isto, principalmente, dos conceitos de biopolítica e vida nua, desenvolvidos por Foucault e Agambem, respectivamente.

Os autores citaram os modelos de poder de Foucault⁽¹⁵⁾, o poder soberano e o biopoder, e os mecanismos de passagem de um para o outro. No primeiro, representado na frase “*fazer morrer e deixar viver*”, o soberano tem o poder de retirar ou se apropriar da vida do súdito. No segundo, prevalece uma incitação e vigilância da vida, “*fazer viver e deixar morrer*”. Um teria dado lugar para o outro na medida em que agora se passa a zelar pela vida. O biopoder se baseia em duas tecnologias específicas. A primeira delas consiste em técnicas essencialmente centradas no corpo individual, criada nos séculos XVII e XVIII; e é caracterizada por procedimentos que asseguram a sua distribuição espacial e a organização de sua visibilidade (técnicas de racionalização e de economia destinadas a aumentar sua força útil). O conjunto dessas técnicas demandava uma determinada disciplina. No decorrer do século XVIII, surgiu outra tecnologia de poder que não excluiu a primeira, mas que, além de integrar o corpo, se dirigia, essencialmente, à gestão da vida (nascimentos, mortalidade, saúde e longevidade). Assim, de uma *anátomo-política* do corpo passou-se a uma biopolítica da vida.

Mas, em que consistiria essa apreensão da vida pela política? Os autores destacaram que, ao trabalhar a questão do poder, Foucault⁽¹⁵⁾ não privilegiou a abordagem jurídica institucional, mas buscou analisar a forma com que o poder penetra nos corpos e produz subjetividades (os micropoderes). Por esse motivo, suas investigações voltaram-se, fundamentalmente, para as técnicas políticas e as tecnologias do “eu”. Porém, mesmo privilegiando o que se convencionou chamar de micropolítica, Foucault afirmou que o estado ocidental moderno integrou, numa proporção sem precedentes, técnicas de individuação subjetivas e procedimentos de totalização objetivos. Ele referiu-se a um “duplo vínculo constituído pela individuação e pela simultânea totalização das estruturas do poder”. No entanto, Agambem falou que Foucault não esclareceu o ponto de convergência dos dois aspectos do poder (modelo da soberania e modelo da biopolítica), continuando “uma zona de indeterminação”⁽⁶⁵⁾.

Arán e Peixoto Júnior⁽⁶⁵⁾ trouxeram, ainda, os dois sentidos da vida para os gregos: *zoé* e *bios*. O primeiro, o simples fato de viver, comum a todos os seres

vivos e o segundo, a forma ou maneira de viver própria de um indivíduo ou de um grupo, um modo particular de viver, a vida qualificada. E era esta que tinha valor para a *polis*, aquela não passava de uma mera vida reprodutiva no domínio da casa. Destacaram que Agambem afirmou que a entrada da zoé na esfera da *polis*, isto é, a politização da vida nua constitui o evento decisivo da modernidade, que assinala uma transformação radical das categorias político-filosóficas do pensamento clássico. Apenas uma reflexão que examine a relação entre vida nua e política permitiria compreender a produção dessas zonas de indeterminação que integram a modernidade. Esse raciocínio fez com que Agambem se ativesse aos estados totalitários no século XX, onde um corpo biopolítico se constituía como a contribuição original do poder soberano.

Então os autores trouxeram a ideia do estado de exceção, desenvolvido por Agambem em que este era o dispositivo pelo qual o direito integra a vida. E citaram vários exemplos de estado de exceção desenvolvidos por Agambem, como os campos de concentração (nazismo e Guantanamo). Essa discussão serve para ponderar que talvez soberania e bioplítica não sejam regimes excludentes. A proclamação do estado de exceção, cada vez mais, passou a estar prevista como medida de segurança, e, sobretudo, como defesa da democracia. “A tradição dos oprimidos nos ensina que o ‘estado de exceção’ no qual vivemos tornou-se doravante a regra”^(65:852-853).

Para Arán e Peixoto Júnior⁽⁶⁵⁾, atualmente, a degradação da morte só pode ser compreendida por meio da sobreposição dos dois modelos de poder descritos por Foucault. E complementaram que Agambem propôs uma terceira fórmula que apreenderia a especificidade da biopolítica do século XX: “não mais fazer morrer, nem fazer viver, mas fazer sobreviver”^(65:854). Nem vida, nem morte, mas apenas produção de sobrevida.

Neste contexto, os autores⁽⁶⁵⁾ destacaram a emergência da bioética. E, embasados nas ideias de Volnei Garrafa e Miguel Kottow, referiram-se às teorias bioéticas desenvolvidas a partir dos anos 1990, que passaram a problematizar a hegemonia da teoria principialista. Em decorrência da globalização econômica, os problemas de exclusão social vividos nos países periféricos, a inacessibilidade de grupos vulneráveis ao desenvolvimento científico-tecnológico e a desigualdade de acesso das pessoas pobres aos bens de consumo indispensáveis à sobrevivência passaram a fazer parte da reflexão dos pesquisadores empenhados em uma

bioética transformadora. Portanto, uma ética baseada em princípios universais não pode ser aplicada, ou simplesmente incorporada num contexto de desigualdade. É importante desenvolver, também, uma reflexão que possibilite abranger a complexidade das sociedades de Terceiro Mundo.

No capítulo intitulado *por uma política da vida*, Arán e Peixoto Júnior⁽⁶⁵⁾ consideraram que se os dispositivos de poder, nas democracias modernas, conjugam estratégias biopolíticas com a emergência da força do poder soberano que transforma a vida em vida nua, é fato que a bioética deve ser um instrumento de proteção das pessoas vulneradas. E, para fundamentarem essa ideia, trouxeram os estudos de Schramm e Kottow⁽⁶⁶⁾ em que a bioética deve ser um instrumento de proteção das pessoas vulneradas, e, que além de ferramenta para mediar conflitos de interesses e valores, a bioética de proteção deve construir um amparo contra as ameaças à vida nua.

Considera-se importante acentuar esse deslocamento, ou dobramento que, para além do território do estado do direito, faça com que a bioética também possa penetrar nessa lacuna, nessa terra-de-ninguém, nessa zona de indiferenciação, onde soberania e técnica se misturam, profanando essas fronteiras e problematizando a própria definição de vulnerabilidade/vulneração, a partir de uma biopolítica menor^(65:856).

Conforme Arán e Peixoto Júnior⁽⁶⁵⁾ a precariedade e certa insuficiência da vida precisam ser consideradas condições de extrema importância num modo de subjetivação singular, em vez de serem instrumentalizadas por um processo de produção de subjetividades que só visa a manutenção do *status quo* do poder biopolítico dominante.

Outra abordagem de vulnerabilidade do mesmo modo útil para reflexões e ações éticas nos temas concernentes à saúde foi desenvolvida por Figueiredo e Ayres⁽⁶⁷⁾. Em texto que apresentaram o que eles caracterizaram estudo-intervenção de redução de vulnerabilidade de base comunitária, expuseram como pode ser útil, na prática, trabalhar tendo presente três níveis de vulnerabilidade: *vulnerabilidade individual, vulnerabilidade social e vulnerabilidade programática*. A vulnerabilidade individual, que corresponde ao grau e qualidade da informação que os indivíduos obtêm sobre os problemas de saúde, sua elaboração e aplicação na prática; a vulnerabilidade social que avalia a obtenção das informações, o acesso aos meios de comunicação, a disponibilidade de recursos

cognitivos e materiais, o poder de participar de decisões políticas e em instituições; e a vulnerabilidade programática que se refere à avaliação dos programas para responder ao controle de enfermidades, além do grau e qualidade de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção.

O objetivo do estudo dos autores⁽⁶⁷⁾ foi realizar um trabalho comunitário em uma favela, buscando tratar da prevenção, no âmbito do cotidiano, das relações entre homens e mulheres e integrando-a não apenas a temas como sexualidade e DST, em geral, mas também, à gravidez e contracepção, destacadas preocupações cotidianas de mulheres e casais. Para isto os autores apresentaram um quadro da vulnerabilidade à epidemia de HIV deste grupo populacional relacionada a questões macro políticas, econômicas e socioculturais, que reforçam ou diluem o risco individual (questões de gênero, práticas curativas de saúde, pobreza). Assim, Figueiredo e Ayres^(67:99) destacaram que:

[...] a situação requer a necessidade de estratégias que não se limitem à disponibilização de informação sobre a prevenção, com a chamada “conscientização” da população sobre o problema. É necessário trabalhar as pré-disposições culturais e os limites materiais para práticas protegidas (vulnerabilidade socioeconômica), assim como incrementar serviços e programas capazes de dar acesso a essas discussões e aos meios preventivos disponíveis (vulnerabilidade programática), para que, no plano de suas atitudes e práticas pessoais (vulnerabilidade individual), essas mulheres possam, de fato, prevenir-se da infecção pelo HIV.

Ter presente esses três níveis de vulnerabilidade auxilia na estratégia de intervenção em práticas de saúde, tanto promotoras, quanto preventivas e/ou curativas. Isto pode ser constatado no estudo e intervenção dos autores citados em que eles integram atividades com a equipe de profissionais do ambulatório da comunidade e com a própria comunidade, através de estratégias que atingissem essas populações de forma mais completa possível, como, por exemplo, capacitação e avaliação com os profissionais, grupos com segmentos da comunidade (homens, mulheres, adolescentes), eventos com toda a comunidade. Figueiredo e Ayres⁽⁶⁷⁾ consideraram que seu estudo possibilitou, através da intervenção e avaliação dos resultados, averiguar o grau de sucesso e insucesso de aspectos que envolveram a realização desse projeto, desde a linha de intervenção assumida até sua metodologia e técnicas de execução. Salientaram a

importância, revelada no estudo, de vincular redução de vulnerabilidade à Aids entre mulheres às questões mais amplas de saúde sexual e reprodutiva.

Ayres⁽⁶⁸⁾ salientou que somos compelidos a pensar, não só os espaços e estratégias de intervenção, mas também, os contextos intersubjetivos nos quais se efetiva a vulnerabilidade a agravos das pessoas com quem se quer trabalhar, considerando que as identidades são intersubjetivamente construídas. Para exemplificar, o autor citou uma população de jovens pobres, mas, que vivam em uma comunidade onde a preocupação pública com sua exposição ao HIV seja ativamente expressa em ações de assistência à saúde, educação e suporte social de modo geral, estatal ou não, pode estar muito menos vulnerável que outra, de jovens economicamente mais favorecidos, mas, onde a ameaça da epidemia não tenha visibilidade ou resposta política. De outro lado, mesmo percebendo que a pobreza é um poderoso determinante de vulnerabilidade, é preciso considerar que, mesmo em populações pobres há diferenciais internos de extrema relevância, como: grau de escolarização, cultura religiosa, origem étnica, aspectos que, vistos na dinâmica conformadora de intersubjetividades, devem sempre ser considerados.

Definir contextos intersubjetivos geradores de vulnerabilidade e, de modo articulado, contextos intersubjetivos favoráveis à construção de respostas para a redução dessas vulnerabilidades constitui, portanto, um dos mais novos e decisivos desafios para a prevenção^(68:19).

Para Ayres⁽⁶⁸⁾ é comum acontecer de os contextos de interação intersubjetiva permanecerem muito pouco alterados em relação à situação em que contraíram a doença (considerando a contaminação por HIV), principalmente, se receberam uma atenção à saúde que se limita ao tratamento medicamentoso, deixando de lado o cuidado com a qualidade de vida, de forma mais ampla. Os espaços de tratamento também precisam ser pensados ao mesmo tempo como espaços de prevenção. O autor considerou que trabalhar a prevenção pode ser uma estratégia mais sensível para detectar contextos vulnerabilizadores e possibilidades de construção de respostas sociais. Além disso, é imperativo um saber interdisciplinar, uma ação “intersectorial e uma retroalimentação de ambas por avaliações que tomem menos o econômico e o técnico, em sentido estrito, e mais os valores e os Direitos Humanos como forma de nos perguntarmos e respondermos à questão primordial: estamos fazendo a coisa certa?”^(68:21).

Sánchez e Bertolozzi⁽⁶⁹⁾, a fim de responder sobre a pertinência do conceito de vulnerabilidade para embasar práticas na saúde/saúde coletiva, fizeram um esboço sobre conceitos de vulnerabilidade, sob a perspectiva de vários autores. Entre as explanações dos conceitos de vulnerabilidade, as autoras apresentaram a abordagem desse conceito proposto por Ayres⁽⁶⁸⁾ (vulnerabilidade individual, vulnerabilidade social e vulnerabilidade programática), entendendo que esta abordagem pode ser tomada como referência também para a saúde coletiva.

Para as autoras, cada um dos níveis de vulnerabilidade pode servir como referência para decifrar igualmente outros problemas de saúde. O enfoque de Ayres para os problemas da Aids pode ser expandido a “atuação em saúde e gerar reflexões que podem ser úteis para a formulação de políticas de saúde a partir das necessidades da coletividade”^(69:321).

A perspectiva do conceito de vulnerabilidade proposto por Ayres⁽⁶⁸⁾, segundo Sánchez e Bertolozzi^(69:321), apontou para:

um convite para renovar as práticas de saúde como práticas sociais e históricas através do trabalho com diferentes setores da sociedade e da transdisciplinaridade. Isso permite o repensar sobre as práticas, de maneira crítica e dinâmica, para contribuir na busca de mudanças políticas, culturais, cognitivas e tecnológicas, que promovam impacto nos perfis epidemiológicos.

As autoras⁽⁶⁹⁾ destacaram que a abordagem de vulnerabilidade de Ayres não nega o modelo biológico tradicional, pelo contrário, o reconhece, mas, busca superá-lo. O modelo privilegia o plano do coletivo como unidade analítica, e a estrutura é marcada por um referencial ético-filosófico que busca a interpretação crítica dos dados. E, além disso, incorpora o trabalho participante com a população, de maneira a contribuir para que esta seja “sujeito de sua vida”.

Sánchez e Bertolozzi⁽⁶⁹⁾ destacaram, através das menções dos estudos de Ayres e Figueiredo e Ayres, a importância de conhecer as necessidades da população, considerando que é a partir dela que se podem encontrar alternativas de intervenção às vulnerabilidades. E, trazem um exemplo de utilização prática do conceito de vulnerabilidade: um estudo sobre a tuberculose em alunos de uma universidade utilizando o conceito de vulnerabilidade proposto por Ayres, e ancoradas na interpretação da saúde-doença como processo social. No mesmo estudo, analisaram a Vulnerabilidade Programática, com relação à unidade de

saúde que era referência para o grupo de alunos estudados, e verificaram que a dificuldade de acesso ao serviço de saúde se constituiu como importante marcador de vulnerabilidade.

Paz, Santos e Eidt⁽⁷⁰⁾ desenvolveram o tema da vulnerabilidade sob as dimensões individual, social e programática, voltadas para a questão do envelhecimento no contexto da saúde. As autoras destacaram que essa abordagem da vulnerabilidade é interessante,

pelo fato de ser aplicável a qualquer dano ou condição de interesse para a saúde pública, superando, portanto, a tradicional abordagem das estratégias de redução de risco empregada pela epidemiologia, pois a grande pretensão é a busca da síntese dos três planos individual, social e programático^(70:339).

O estudo das autoras⁽⁷⁰⁾ teve por finalidade fornecer subsídios para a gestão dos serviços de saúde e para as ações de prevenção e controle de agravos à saúde, a partir do objetivo identificar os elementos que contribuem para a vulnerabilidade da população idosa no Brasil. E as dimensões de vulnerabilidade utilizadas visaram subsidiar políticas de prevenção de doenças e práticas de cuidado individual e coletivo.

Primeiro as autoras⁽⁷⁰⁾ discutiram a questão da *vulnerabilidade biológica/individual* no envelhecimento. Destacaram que esta dimensão da vulnerabilidade se refere ao grau e à qualidade da informação que esses indivíduos dispõem sobre sua situação; à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos; e, ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas protegidas e protetoras. A vulnerabilidade individual é o que a pessoa pensa, faz e quer, e, conseqüentemente, o que a expõe ou não à aquisição de um agravo à saúde; se refere à idade, à hereditariedade, assim como ao tipo de informação de que a pessoa dispõe, e de como a utiliza. As autoras citaram as características do idoso e as características do adoecimento dos mesmos. Destacaram a incapacidade funcional dos idosos, mencionando que essas atividades estão relacionadas à sua participação social ou à manutenção de sua integração com o meio social que requer uma reorganização familiar. Essas pessoas podem atingir dependência severa a partir de incapacidades instaladas nas Atividades

Instrumentais da Vida Diária (AIVDs), comprometendo outras Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs).

Depois discutiram a questão da *vulnerabilidade social* do idoso, destacando que esta é atribuída ao modo de obtenção de informações e de como é o acesso aos meios de comunicação, escolaridade, disponibilidade de recursos materiais⁽⁷⁰⁾. Do poder que estes sujeitos têm de influenciar decisões políticas, possibilidades de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas ou de poder defender-se delas. E, também, todos os aspectos referentes à estrutura, à organização e à dinâmica familiar. Paz, Santos e Eidt⁽⁷⁰⁾ trouxeram os indicadores de vulnerabilidade social em idosos: questões culturais, sociais, econômicas, de saúde; viuvez; baixo valor das aposentadorias; dependência elevada (remete a família a uma nova divisão de papéis e funções para o exercício do cuidado, e geralmente esse cuidado é realizado por algum familiar, também idoso).

Em terceiro, lugar as autoras⁽⁷⁰⁾ discutiram a questão da *vulnerabilidade programática* à atenção da pessoa idosa. Esta envolve o acesso e a forma de organização dos serviços de saúde. Compreende programas voltados à prevenção, à assistência e ao controle dos agravos; planejamento e execução desses programas que ocorrem em níveis nacional, regional ou local, e os seus executores são os governos municipais, estaduais e federais ou, até mesmo, as organizações não governamentais. A vulnerabilidade programática concerne aos recursos sociais, de que os idosos precisam para não se exporem aos agravos e se protegerem de seus danos, que sejam disponibilizados de modo efetivo e democrático. Ou seja, conforme as premissas do SUS: a universalização do acesso, a integralidade da atenção, a equidade, a descentralização da gestão, a hierarquização dos serviços e o controle social.

Assim, a implantação desse sistema pressupõe a reorganização das práticas sanitárias e, conseqüentemente, a transformação do modelo assistencial e da organização do serviço no atendimento à saúde do idoso [...] e a necessidade de incluir todas as formas de intervenção na sociedade [...] tendo como parceiros a família, os profissionais e o Estado^(70:340-341).

As autoras⁽⁷⁰⁾ concluíram seu estudo considerando que a dependência do idoso é um processo dinâmico e deve ser abordada por meio de programas que

incluam estratégias de promoção da saúde até o estabelecimento de redes de apoio aos cuidados de longa duração na comunidade. Além disso, a inexistência de políticas no que se refere aos papéis atribuídos às famílias e ao apoio social necessita que uma rede de serviços ofereça atenção integral ao idoso com comprometimento funcional. Isto se apresenta como desafio para a saúde pública, ou seja, subsidiar condições necessárias para a manutenção dos cuidados ao idoso na comunidade e condições da família, para que possa se responsabilizar pela assistência ao mesmo. Consideram ainda que:

Conhecer a vulnerabilidade de grupos populacionais possibilita mobilizar profissionais e população civil, por meio de um processo educativo construtivista, para transformações sociais. [...] implementação de políticas públicas e de ações de prevenção de doenças, promoção de saúde da população de forma integral e resolutiva [...] problemas-alvo são as suscetibilidades populacionais, que resultam numa resposta social^(70:341).

O estudo de Paz, Santos e Eidt⁽⁷⁰⁾ representa um referencial importante para o presente estudo. As várias características do envelhecimento, como a dependência, por exemplo, e a importância do envolvimento familiar como elemento para neutralizar a vulnerabilidade são pontos em comum no que concerne à depressão. Assim como a participação da sociedade e o compromisso do Estado na atenção à depressão.

A variabilidade de ideias e incrementos de conceitos desenvolvidos em torno da vulnerabilidade/vulneração são interessantes e ricos. Sobretudo, porque permite pensar as várias formas que um indivíduo, comunidade, população podem estar desamparados e terem sua integridade física ou psíquica ameaçadas. É imperativo também que as ideias desenvolvidas em torno da vulnerabilidade convenham para atitudes para evitá-la ou diminuí-la.

1.5 BIOÉTICA E SAÚDE MENTAL

Para introduzir a questão da ética em saúde cabe lembrar Berlinguer⁽⁷¹⁾, quando disse que a medicina foi a primeira profissão laica a nascer dotada, ao mesmo tempo, de um corpo doutrinal e um código de ética. Isto porque a profissão médica foi por muito tempo o único procedimento capaz de influir de

modo direto, deliberado e intenso sobre aspectos fundamentais da vida humana individual.

Ela precisou, para ser reconhecida e respeitada, estabelecer critérios e regras, criar um sistema de deveres e direitos aceitáveis por seus adeptos e ao mesmo tempo compatíveis com outros elementos que podem ser definidos na forma de um triângulo que compreende o médico, o paciente e a sociedade. Por isso, a ética médica antecipou alguns conceitos hoje considerados fundamentais na bioética^(71:58).

Porém, o autor⁽⁷¹⁾ avaliou que esta disciplina, considerada arte e ciência, ao mesmo tempo em que alcançou êxitos para a saúde dos indivíduos e da coletividade, a ética médica sofreu desgastes como, por exemplo, a tecnologia substituindo a relação humana entre o médico e o paciente. Apesar do autor se referir à medicina, entende-se que pode estender suas considerações para todas as profissões da área da saúde.

A bioética teve nos seus inícios como mote principal o estabelecimento de uma relação ética entre médico/profissional da saúde e paciente, como se ela fosse um simples alargamento da ética médica. Atualmente, as definições, os enfoques e os âmbitos da bioética são muito mais amplos e abrangentes. Conforme destacou Schramm⁽⁷²⁾, a bioética pode assumir muitas definições, conforme ao que ela se propõe discutir. De uma forma mais ampla, pode-se dizer que ela trata da ética da vida, da qualidade de vida, das questões morais que envolvem o nascer, adoecer e morrer humanos. Assim, os bioeticistas vêm tentando, cada vez mais, aproximar a bioética dos temas contemporâneos, ou seja, que ela realmente possa ser uma ética aplicada aos dilemas da contemporaneidade. Os autores que se debruçaram sobre este tema costumam colocar que ela é uma disciplina que tem como bases epistemológicas a transdisciplinaridade e a teoria da complexidade, entre outras⁽⁷³⁾. Isto porque os dilemas atuais precisam ser abordados por estes prismas, da complexidade e da transdisciplinaridade, para que sejam minimamente compreendidos.

Tradicionalmente, a bioética norteava-se pelo modelo principialista que nasce em função de problemas éticos da ciência biomédica, tanto em seus aspectos assistenciais como de investigação, que surgiram na segunda metade do século XX. Foram se desenvolvendo grupos de trabalho para pensar em soluções para tais problemas, culminando em grupos multidisciplinares que se

dedicaram aos estudos dos problemas morais da prática médica assistencial e de investigação. E, principalmente, para a formulação de princípios éticos, ou mais precisamente bioéticos⁽⁷⁴⁾.

A intenção do desenvolvimento destes princípios, conforme destacaram Maliandi e Thüer⁽⁷⁴⁾, eram de que pudessem ser tomados como ponto de partida para a construção de modelos bioéticos e para a sistematização das regras que deveriam reger a relação médico-paciente nas práticas médicas assistenciais e experimentais. Assim, distintos grupos de trabalho se dedicaram à tarefa de formular e enunciar esses princípios e à intenção de fundamentar moralmente as diferentes ações médicas. É assim que a bioética, ainda sem esse nome, mas, já como disciplina ética aplicada, começou a se desenvolver nos Estados Unidos, na década de 1960, quando teólogos e médicos começaram a buscar, sistematicamente, soluções aos problemas provocados pelas novas tecnologias. A bioética, em sua vertente principialista, reflete sobre problemas concretos que se apresentam no exercício da medicina (assistencial e de investigação) e demanda de princípios e regras morais para a resolução desses casos⁽⁷⁴⁾.

A vertente principialista tem como referência basilar a obra de Tom Beauchamp e James Childress, *Princípios de ética biomédica*⁽⁷⁵⁾, cuja primeira edição é de 1979, com o título original: *Principles of biomedical ethics*. Obra que se tornou referência para o estudo dos problemas ético-médicos. O livro teve várias edições em que os autores apresentaram algumas inovações e ampliações de alguns temas. Beauchamp e Childress⁽⁷⁵⁾ dedicaram em seu livro um capítulo para cada um dos quatro princípios desenvolvidos por eles: Autonomia, Não-maleficência, Beneficência e Justiça. Os princípios são apresentados de forma reduzida: 1º) Princípio de Autonomia, diz respeito ao reconhecimento do direito de autodeterminação e que cabe ao paciente de ser tratado como um agente moral autônomo com capacidade de se autogovernar e de tomar decisões finais em todo o ato concernente a sua saúde. Pode ser em sua forma negativa "as ações autônomas não devem ser sujeitas a pressões controladoras de outros"^(75:143); 2º) Princípio de Não-Maleficência, diz que o médico não deve causar dano ou mal ao paciente; 3º) Princípio de Beneficência, diz que o médico deve beneficiar o paciente, ou seja, que a ação médica produza benefícios e que exista um balanço adequado entre benefícios e prejuízos; 4º) Princípio de Justiça, diz respeito à

distribuição de benefícios de forma equânime a todos e ao acesso de todos à atenção à saúde.

O sucesso dos princípios na solução de casos os transformou num "mantra", bastando aplicá-los para que apareça a solução. Alguns críticos do paradigma falaram de uma tirania dos princípios^(76,77), porque o principialismo dá pouca importância à singularidade do caso e insuficiente atenção às circunstâncias concretas, tendo como único critério e ponto de partida, o princípio, concebido na sua universalidade abstrata aplicada ao caso particular. O que foi criticado é a aplicação mecânica de princípios universais aos casos singulares no raciocínio dedutivo. Essa crítica foi pertinente e foi incluída nas edições posteriores da obra clássica do principialismo: *Principles of Biomedical Ethics*^(76,77).

A pura aplicação foi substituída pelo conceito de balanceamento, quando dois princípios conflitam em situações concretas, necessitando uma ponderação que remete às circunstâncias concretas. É o que acontece, quando exigências da autonomia e da beneficência entram em conflito. De um modo especial, a aplicação foi completada pelo conceito de especificação que é a tentativa de dar conteúdo aos princípios, especificando o seu significado, objetivo e alcance, pela singularidade da situação. Nesse caso, se enquadra a necessidade de especificar as implicações da beneficência ou da não-maleficência para uma determinada situação clínica.

Portanto, não basta uma aplicação mecânica dos princípios. Impõe-se, antes, um levantamento dos elementos particulares que especificam o sentido e o alcance do princípio para a singularidade do caso a ser analisado. Esses elementos configuradores do caso podem ser clínicos e éticos. Depois do levantamento desses dados, o princípio emerge em sua luz, iluminando a solução e a correspondente norma tem uma aplicação ponderada para chegar à decisão⁽⁷⁸⁾.

Outra apreciação pertinente sobre a bioética principialista é desenvolvida na América Latina e tem como um de seus representantes Volnei Garrafa. Garrafa⁽⁷⁹⁾ destacou que, apesar da reconhecida conveniência e utilidade da teoria dos quatro princípios, para a análise de pesquisas clínicas, é insuficiente para uma análise contextualizada de conflitos que exijam flexibilidade para determinada adequação cultural; e, para o enfrentamento de macro problemas bioéticos,

persistentes ou cotidianos, enfrentados pela maioria da população dos países latino-americanos com níveis significativos de exclusão social.

Neste sentido, Garrafa e seus colaboradores desenvolveram a Bioética de Intervenção, que faz parte das novas abordagens da bioética que começaram a se desenvolver a partir dos anos 1990 (bioética de proteção, bioética feminista, entre outras). A Bioética de Intervenção faz parte das novas perspectivas teóricas críticas que trouxeram para a pauta dos debates mundiais aspectos até então considerados apenas tangencialmente pelas abordagens tradicionais. O processo de construção do arcabouço teórico que sustenta a proposta da bioética de intervenção tem sua origem nas propostas de pesquisadores da Universidade de Brasília (UnB)⁽⁸⁰⁾; e foi formalmente apresentada para a comunidade acadêmica durante o VI Congresso Mundial de Bioética, cujo tema foi Bioética, poder e injustiça⁽⁸¹⁾.

Vertente que se mostra mais capaz em relação à bioética tradicional, principialista já mencionada, para desvendar, entender, propor soluções e intervir nas questões socioeconômicas e sanitárias coletivas⁽⁸⁰⁾. A bioética de intervenção assumiu um compromisso com o social, reconhecendo os determinantes sociais no processo saúde/doença e, conseqüentemente, na qualidade de vida das pessoas. Representou uma tentativa de busca contextualizada de respostas morais, adequadas aos problemas específicos de cada região, isto é, considerando as diferenças culturais, econômicas, sociais. A bioética de intervenção preconiza uma aliança concreta com o lado historicamente mais frágil da sociedade, os vulneráveis, incorporando em sua agenda os temas sociais, sanitários e ambientais. Adota ainda uma postura transdisciplinar, pois só assim conseguirá a apreensão do todo, ou seja, a percepção da pessoa na sua totalidade, na dimensão biopsicossocial e espiritual, fazendo parte de um ecossistema⁽⁸⁰⁾.

A bioética de proteção se soma à bioética de intervenção, ao incluir na discussão bioética conflitos de ordem social e econômica – desigualdades, iniquidades e vulnerabilidades. Schramm e Kottow⁽⁶⁶⁾ procuraram desenvolver uma possível ética em saúde pública, mais concernente aos conflitos morais que surgem neste campo, a bioética de proteção. Segundo os autores⁽⁶⁶⁾ esta é mais adequada aos propósitos de uma ética da saúde pública, permitindo identificar os objetivos e os atores implicados em uma implementação de políticas públicas

moralmente corretas e pragmaticamente efetivas. O princípio da proteção foi proposto como o mais adequado para enfrentar os problemas morais relacionados com a saúde pública. Os autores⁽⁶⁶⁾ colocaram que o princípio da proteção é o fundamento do Estado mínimo que se iniciou no século XVIII, assim como o surgimento da saúde pública com o objetivo de preservar a saúde dos trabalhadores. Destacaram a proteção como “atitude de dar resguardo ou cobertura de necessidades essenciais, ou seja, aquelas que devam ser satisfeitas para que o afetado possa atender a outras necessidades ou outros interesses”^(66:953).

Kottow⁽⁸²⁾ considerou que a bioética de proteção é coletiva e, portanto, o Estado deve assumir esta proteção. No entanto, Kottow⁽⁸²⁾ destacou, diante das demandas do cidadão: estabilidade no trabalho, educação para seus filhos, atenção médica, entre outros, o Estado tem flutuado desde indiferente (neoliberalismo) a parcialmente protetor (subsídios, coberturas limitadas). Ou, ainda, desenvolvendo uma responsabilidade fragmentada desencadeando exclusões, baixos salários, restrições que deixam o cidadão em um estado de incerteza e imprevisibilidade.

Nas palavras de Schramm^(72:718):

A bioética de proteção pode ser considerada como uma caixa de ferramentas teóricas e práticas que pretendem compreender a conflituosidade na saúde pública, descrever os conflitos de interesses e de valores envolvidos e tentar resolvê-los de forma justa, tendo em conta, portanto, as assimetrias existentes entre quem tem os meios de poder que os capacite a ter uma qualidade de vida pelo menos razoável (indicado pelo termo *empowerment* ou empoderamento) e quem não os tem.

Aqui, se abordam as premissas da bioética da proteção, no contexto das políticas públicas de saúde mental, pela verificação da eficácia dos programas de atenção à saúde mental e dos possíveis benefícios da inclusão da família nestes, como fator de proteção. E, ainda, a proteção com enfoque nos recursos humanos, principalmente, em relação ao preparo profissional, à mudança de postura, a posturas que ultrapassem a “boa intenção”, posturas de responsabilidade, em que esteja no cerne dessa responsabilidade o preparo teórico e técnico na atenção à saúde coletiva e suas especificidades no tratamento da depressão. A pertinência da bioética de proteção neste tema se aplica por se tratar dos depressivos, da

parte “fraca” que tem de ser protegida a partir de políticas de saúde públicas bem estruturadas.

Outra conquista importante para a bioética, que pode auxiliar enormemente no campo da saúde mental, é a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), de 19 de outubro de 2005. A Declaração engloba em seus artigos questões tradicionais da clínica médica, mas também, questões mais contextualizadas de cunho social e ambiental, configurando-se como referência e legitimidade para as propostas das bioéticas voltadas para questões no campo da saúde pública e da inclusão social. A DUBDH é um documento com princípios e procedimentos para orientar os Estados na formulação da legislação e políticas no campo da bioética e para orientar decisões e práticas de indivíduos, grupos, comunidades e instituições⁽¹⁰⁾. A participação de países latino-americanos na elaboração da Declaração foi fundamental para que o conteúdo deste documento incluísse os temas da inclusão social e da saúde pública como igualdade, justiça, equidade, respeito pela diversidade cultural, pluralismo, entre outros^(12,75).

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos redefine a agenda bioética para o século XXI, expandindo generosamente seu campo de interpretação, pesquisa e ação. [...] a bioética incursionou pela política para incluir as questões sociais em sua agenda. E isso não é biopolítica. É a bioética intervindo em uma dimensão mais ampla: a política. Esse grande passo trará, sem dúvida, consequências positivas e concretas no sentido de ampliar as discussões éticas em saúde, proporcionar melhores condições para implementação de medidas de inclusão social e favorecer a construção de sistemas sanitários mais acessíveis; criando assim, condição para que as sociedades humanas alcancem uma qualidade de vida mais justa^(12:125).

A reformulação da atenção à saúde mental se encontra em constante processo de construção. Por isso, a bioética por meio das abordagens apontadas acima se configura em referencial importante, na medida em que aponta caminhos na busca de soluções de problemas de saúde pública e de atenção mais humanizada e contextualizada aos dilemas referentes ao processo saúde/doença mental. Qualquer ingerência sobre o ser humano, sua vida, sua saúde e integridade física e mental deve estar pautada em preceitos éticos e morais que imponham respeito à pessoa humana e a sua inerente dignidade⁽⁸⁰⁾.

O novo modelo de atenção aos portadores de sofrimento psíquico aponta para um tratamento mais humanizado e democrático à saúde mental. Para que esta construção seja efetiva, implica a participação da sociedade em geral. Todos

devem sentir-se incluídos nesta arena de discussão, em que se busca uma mudança de paradigma na atenção à saúde (mental). O debate sobre saúde mental sai das “quatro paredes” da clínica, dos muros dos hospitais psiquiátricos, para ser discutida e tratada na comunidade. Faz parte de um debate coletivo em que, inclusive, os sujeitos em sofrimento psíquico participam das discussões sobre o rumo que deve tomar a atenção em saúde mental. Conforme destacou Fortes⁽⁸³⁾ a questão central da desinstitucionalização é uma progressiva devolução à comunidade da responsabilidade em relação aos seus doentes e aos seus conflitos.

A saúde mental vem estabelecendo discussões, conceitos, propostas de assistência e tratamento, criação e implementação de políticas públicas, medidas para assegurar os direitos (humanos) dos sujeitos em sofrimento psíquico. A saúde mental se configura tema complexo, envolvendo inúmeras nuances, como vem sendo assinalado ao longo deste texto. Neste sentido, a bioética torna-se fundamental para nortear as condutas, pois, como afirmou Pinho⁽⁸⁴⁾ a bioética e a desinstitucionalização compartilham os mesmos conceitos fundamentais, quais sejam dignidade, autonomia e justiça.

Conforme destacou Carter⁽⁸⁵⁾, nas questões sobre ética e saúde mental, o campo da saúde mental é caracterizado por uma impressionante diversidade de problemas que refletem as mudanças complexas na sociedade ao longo das últimas décadas. E, se esses problemas forem considerados em termos de nível de diagnóstico, disfunção ou desordem, duração dos sintomas ou doenças, ou atitudes sociais sobre conceitos de desvio e de periculosidade, a doença mental é um problema de enorme complexidade e características heterogêneas. As questões éticas não são menos complexas, e levantam algumas das mais profundas questões filosóficas sobre a mente e o corpo, a natureza do sofrimento, a gama das potencialidades humanas e os conflitos entre as necessidades individuais e sociais.

Para Felício e Pessini⁽⁸⁶⁾ a saúde mental merece igual atenção na agenda da bioética assim como estão presentes outros temas, como o avanço da biotecnologia, o início e final da vida. Pois a bioética pode ajudar a repensar as certezas e a priorizar os valores da saúde mental.

A reflexão bioética se presta para clarificar as ações empreendidas, no sentido de que fortaleçam o mais possível a dignidade de pacientes e familiares e de qualquer um que se encontre mais fragilizado por dificuldades emocionais. A análise bioética deve estender-se às discussões e deliberações sobre os direitos de pessoas em sofrimento mental, inclusive nas instâncias políticas e comunitárias, nas quais se organizam usuários, profissionais e familiares^(86:204).

A relação íntima e necessária entre bioética e saúde mental foi enfatizada por Roura⁽⁸⁷⁾ em seu artigo intitulado *Saúde mental e bioética: uma relação simbiótica*. O autor salientou que, para que um sistema de cuidado em saúde mental integrado ao cuidado de saúde geral responda a um imperativo ético de excelência, aquele deve ser guiado por alguns princípios. Como, por exemplo, que a implantação de sistemas de serviços de saúde deve ser elaborada junto com uma revisão dinâmica e contínua, gerando um debate público, tanto sobre os aspectos filosóficos e de política pública, quanto sobre os operacionais e econômicos. O efeito devastador que a enfermidade mental pode gerar em um ser humano demanda apoio, solidariedade e cuidado da sociedade. "O cultivo e a manutenção da saúde mental não são apenas uma questão de responsabilidade pessoal, mas também, responsabilidade social"^(87:141).

Para Roura⁽⁸⁷⁾ a saúde mental e a psiquiatria se nutrem da bioética para contribuir na realização do projeto de vida de cada ser humano. Atuando conjuntamente, psiquiatria e bioética, contribuindo nas diretrizes e princípios éticos que devem nortear a organização, administração, operação e financiamento em um sistema de cuidados de saúde (mental e geral), entre outros. Nesse sentido, "não há bioética sem saúde mental; não há saúde mental sem bioética"^(87:146). Essa retroalimentação entre as duas áreas deve ser constante e incessante, a fim de respeitar, garantir e restituir as aspirações dos sujeitos que sofrem emocionalmente e fortalecer o real exercício da cidadania.

Neste sentido, é preciso ter presente uma preocupação comum na intersecção bioética e saúde mental que é a desinstitucionalização que não pode significar, simplesmente, a passagem do doente mental para fora do hospital, deixando-o aos cuidados de quem puder cuidá-lo ou empurrando-o de volta para a família^(83,84,88). Isto não constitui zelar ou garantir a cidadania destas pessoas e sim o abandono.

Espera-se, muito mais, o resgate ou estabelecimento da cidadania do doente mental, o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento sem a ideia de cura como único horizonte. Espera-se, assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e a sociedade^(83:325).

Estas questões estão ligadas diretamente ao planejamento no processo da Reforma Psiquiátrica. A falta da construção de uma rede de serviços substitutivos ao hospital, suficientes e satisfatórios para dar conta da população que saiu dos hospitais, acaba por gerar desassistência⁽⁸⁴⁾.

A desinstitucionalização:

deve ser feita de forma gradual, assistida e respeitando as vulnerabilidades de cada pessoa. O que se denominou corretamente de desinstitucionalização não pode representar, como se observou em muitos países, deshospitalização como desassistência^(88:5).

A construção do novo modelo de atenção à saúde mental busca a garantia da cidadania, neste sentido o modelo deve estar pautado pela DUBDH, pois já em seu preâmbulo lembra que a identidade do indivíduo deve ser assumida em suas dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais. Essa premissa é fundamental para iniciar qualquer abordagem concernente ao ser humano. Sabe-se que os princípios da Declaração devem ser considerados como complementares e inter-relacionais, no entanto, no que diz respeito à intersecção bioética e saúde mental destacam-se alguns artigos, como os artigos 5º, 6º, 8º, 9º e 10º. Tais artigos são enfatizados porque seu conteúdo trata de questões centrais, abordadas por vários autores, preocupados com um tratamento ético à saúde mental, como, por exemplo: a situação de vulnerabilidade das pessoas em sofrimento psíquico e suas famílias; a perda ou diminuição da autonomia destas pessoas; e, a justiça demandada, principalmente, no que concernem as políticas e programas que garantam o acesso a diagnósticos e tratamentos precisos, adequados e efetivos que promovam a integração social.

O artigo 5º trata da autonomia e da responsabilidade individual, afirmando que a autonomia dos indivíduos deve ser respeitada na tomada de decisões quando essas pessoas podem se tornar responsáveis por essas decisões.

Respeitar a autonomia para Almeida⁽⁸⁹⁾ é valorizar a consideração sobre as opiniões e escolhas, não obstruindo as ações do sujeito autônomo, a menos que sejam prejudiciais a outros. E, desrespeitar a autonomia seria desconsiderar os

juízos do sujeito autônomo, negar a ele a liberdade de agir com base neles ou omitir informações necessárias para que possa ser feito um juízo, quando não há razões convincentes para isto.

No que concerne à saúde mental, uma das questões centrais é sobre os limites da autonomia dos pacientes psiquiátricos, ou, até que ponto o princípio da autonomia deve ser aplicado às pessoas em sofrimento psíquico^(83,89,90,91).

A autonomia envolve a capacidade para decidir. Fortes⁽⁸³⁾ fez distinção entre capacidade e competência. Capacidade diz respeito ao paciente e a competência ao profissional. A capacidade tem como foco a interpretação das informações sobre sua doença, os tratamentos disponíveis e seus riscos e benefícios, a credibilidade nas informações para que seja tomada uma decisão, e, por certo, isto requer alguma habilidade intelectual. A competência é o equivalente clínico da capacidade, ou seja, as habilidades necessárias ao profissional para a tomada de decisões válidas em relação ao tratamento. Então são levantadas as questões "Devemos considerar se é legítimo prover cuidado e proteção a quem é um risco para si ou para outros, mesmo quando esta atenção não é desejada, ou devemos respeitar a autonomia quando isso possa implicar no aumento da vulnerabilidade destes pacientes?"^(83:328).

Fé⁽⁹¹⁾ perguntou se o doente mental sempre pode exercer a sua autonomia ou em determinados momentos isto não é possível? Até que ponto a doença mental compromete a capacidade de decidir? Para o autor, o respeito à autonomia do paciente não deve se constituir em negligência para com as pessoas que necessitam de cuidados médicos.

Essas questões são desafios para a psiquiatria. Fortes⁽⁸³⁾ considerou que as pessoas em sofrimento mental encontram-se, em determinados momentos, em situação especial de vulnerabilidade, precisando, portanto, serem protegidas para preservar o bem maior que é a vida da pessoa. Nesta mesma direção Geraldes^(90:2) entendeu que:

a doença mental é um processo que aniquila ou debilita profundamente a individualidade e a existência dos que por ela são afetados. Se a isto adicionarmos uma pretensa autonomia, estaremos, sem dúvida, contribuindo para piorar definitivamente a qualidade de vida do doente mental.

A questão é que o exercício da autonomia deve levar em conta a capacidade cognitiva, a consciência e a razão, pois como pode ser autônomo o sujeito inconsciente ou mentalmente perturbado? Porém, conforme esclareceu Almeida⁽⁸⁹⁾, não estar consciente não significa que o sujeito não seja humano, e por isso não deva ser respeitado na sua dignidade. O respeito à dignidade não deve depender do estado de consciência e do pleno uso da razão.

Nessa perspectiva se pode conceber que mesmo aqueles privados do pleno uso da razão possam fazer jus a ela [dignidade humana], sendo, assim, portadores da mesma dignidade essencial, bem como dos mesmos direitos intrínsecos e inalienáveis que os demais^(89:384).

A sugestão de Gerald⁽⁹⁰⁾ para tentar suprir a dificuldade de autonomia destes pacientes, é que "a família deve ser mobilizada e incentivada a colaborar com o tratamento e o processo terapêutico, não de forma passiva e expectante, mas com atuação participativa e de colaboração"^(90:2). Outra proposta para tentar superar tais conflitos é exercer uma reflexão constante entre saúde mental e liberdade, saúde mental e cidadania, doença mental e direitos humanos⁽⁹¹⁾.

Braz e Schramm⁽⁹²⁾ afirmaram que os movimentos presentes em vários países em favor dos direitos das pessoas portadoras de deficiências (como se referem à doença mental), declararam que o "maior valor a se garantir é a autonomia das pessoas"^(92:2039), assim, os autores entenderam que isto implica profundas mudanças nas políticas públicas e nos serviços de saúde.

Segundo Braz e Schramm^(92:2039):

[...] o que vem ao encontro das propostas da reforma psiquiátrica no Brasil que consideram essa condição de cidadania sem preconceito, fundamental para que os usuários do sistema psiquiátrico possam apresentar reivindicações sobre como e de que jeito querem ser tratados e em que sociedade querem viver.

No entanto, quando a autonomia não pode ser exercida, Braz e Schramm^(92:2039) consideraram que se deve respeitar o princípio da beneficência ou não maleficência.

Entretanto, observa-se muito paternalismo nessas relações. Mesmo quando se preconiza que o doente mental, fora das crises, possa ter autonomia e traçar o que se denomina "testamento vital" ou "diretrizes antecipadas" em relação ao que deseja que seja feito em relação a sua

peessoa em tratamentos ou pesquisa, isso é completamente ignorado sob o pressuposto de sua incapacidade.

Assim, entende-se pertinente e atual a afirmação de Geraldles⁽⁹⁰⁾ no sentido em que a questão da autonomia na saúde mental não se encerra nestas discussões e é um tema para a bioética aprofundar, desvendar os obstáculos e tentar solucioná-los.

Outro artigo pertinente ao tema da saúde mental é o artigo 6º, mais especificamente o primeiro item, que fala do consentimento livre e esclarecido que deve compreender qualquer intervenção médica preventiva, diagnóstica e terapêutica. Este tema também é discutido entre os autores interessados em caminhos para a saúde mental consonantes com os pressupostos éticos. Tema que está diretamente intrincado com a autonomia, pois para avaliar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e exercer a autonomia de consentir ou não a um tratamento é necessário considerar a discussão sobre as condições e a capacidade de autonomia das pessoas em sofrimento mental.

Fé⁽⁹¹⁾ destacou a importância da ampliação da discussão em torno do consentimento informado e de sua prática no meio médico. Além disso, considerou que o consentimento informado deve se estender, inclusive, sobre o uso da medicação em que o paciente, devidamente advertido sobre os riscos e benefícios e consequências pela não utilização da medicação, pode optar por fazer ou não fazer uso desta. Outra advertência do autor é para que o consentimento informado não se constitua num ato burocrático e sim que o paciente participe ativa e continuamente das decisões a seu respeito e, que "as avaliações e decisões sejam revistas periodicamente, sempre que a mudança das circunstâncias assim o recomende"^(91:3).

O artigo 8º da Declaração trata da vulnerabilidade humana e da integridade individual e já foi citado neste estudo no tópico sobre vulnerabilidade em que alguns autores analisaram o artigo. Entretanto, aqui o artigo é citado para articulá-lo às ideias dos autores que tratam especificamente sobre a vulnerabilidade na saúde mental. A reflexão sobre vulnerabilidade em saúde mental também envolve a autonomia, no sentido em que não é tão fácil contar com o caráter ativo destas pessoas, dado as suas condições específicas no que consiste à vulnerabilidade emocional e cognitiva⁽⁸⁶⁾.

Braz e Schramm⁽⁹²⁾ recolheram na literatura os diferentes tipos de vulnerabilidades descrevendo-os em quatro níveis: todas as pessoas que, pelo fato de estarem vivas, são vulneráveis por poderem ser feridas; os suscetíveis, aqueles em situações de maior risco de serem feridas; os propriamente vulnerados, que já foram de fato atingidos; e, finalmente, os desmedrados, os que não tiveram a oportunidade de desenvolver suas potencialidades. E, entenderam que as pessoas com transtorno mental e os deficientes fazem parte do último grupo, por nunca terem podido se defender de abusos, ficando sem possibilidades para assumir suas vidas.

Para Felício e Pessini⁽⁸⁶⁾ o fazer psiquiátrico exige reflexão mais cuidadosa sobre o fazer, no que concerne aos temas da bioética como a vulnerabilidade, por exemplo. “Na saúde mental, a maior vulnerabilidade dos pacientes implica em uma atitude terapêutica de mais autoridade na relação com o paciente, o paternalismo, que restringe sua liberdade e responsabilidade para decidir sobre a própria vida”^(86:205).

Em saúde mental, além das questões que envolvem a terapêutica, comumente a recusa dela, a autonomia nas decisões também abrange os casos em que pessoas perturbadas estão cuidando de filhos pequenos, ou, ainda, pessoas depressivas ou outros sofrimentos psíquicos tentam atacarem suas próprias vidas ou de outros. A autora ressaltou a importância das conquistas no campo da saúde mental, em relação ao respeito dos direitos dos pacientes, mas, não deixou de chamar a atenção que, para além do direito à autonomia deve-se considerar a vulnerabilidade presentes nestes casos. Ao deixar de considerar isto poderia correr-se o risco de lançar estes pacientes em maiores perdas e incapacidades⁽⁸⁶⁾.

[...] a situação existencial de pessoas marcadas por doenças e transtornos mentais configura-se como uma situação especial de vulnerabilidade. A resposta ética perante a esta situação específica de vulnerabilidade denomina-se proteção. É uma posição que também implica na visão de uma sociedade mais inclusiva, de acolhimento à alteridade. Assim, para além dos dilemas e impasses da equação autonomia *versus* vulnerabilidade, relativos a uma ética autonomista, se quisermos respeitar a dignidade e integridade humana, precisamos implementar a ética/bioética de proteção^(86:216).

O sujeito em sofrimento psíquico necessita de proteção de todos os envolvidos em seu cuidado para que possa a partir deste cuidado com

parâmetros éticos e não paternalista consiga mais adiante agir com autêntica autonomia⁽⁸⁶⁾.

Os artigos 10º e 11º da Declaração podem ser apresentados juntos, com relação à saúde mental. O primeiro trata da igualdade, justiça e equidade, pelo qual todos devem ser considerados iguais em termos de dignidade e tratados de forma justa e equitativa. E o outro versa sobre a não discriminação e não estigmatização: "Nenhum indivíduo ou grupo deve ser discriminado ou estigmatizado por qualquer razão, o que constitui violação à dignidade humana, aos direitos humanos e liberdades fundamentais"⁽¹⁰⁾.

O mote destes artigos faz parte do aporte teórico das bioéticas de intervenção e proteção, descritas anteriormente, no sentido em que buscam o aprimoramento e a concretização dos direitos humanos, assim como a justiça social. Convém especificar os termos igualdade e equidade para pensar de forma concreta suas aplicações na busca da justiça. Igualdade é a consequência desejada da equidade; a igualdade é o ponto de chegada da justiça social, referencial dos direitos humanos, onde o objetivo futuro é o reconhecimento da cidadania; e, equidade é o reconhecimento de necessidades diferentes de sujeitos também diferentes para atingir objetivos iguais, é um dos caminhos da ética aplicada frente a realização dos direitos humanos universais entre eles o direito a uma vida digna com acesso a saúde e demais bens indispensáveis a sobrevivência humana no mundo contemporâneo⁽⁸⁰⁾.

Na saúde mental, o respeito pela igualdade, justiça e equidade significa o acesso a uma saúde de qualidade, a tratamentos eficazes que possibilitem uma vida digna com oportunidades de inserção social. Não é raro na saúde mental o não cumprimento das diretrizes da reforma psiquiátrica no sentido em que a lei que regulamenta a reforma recomenda que sempre que houver serviços alternativos este deve ser usado em detrimento da hospitalização, exceto em casos de risco para a pessoa ou os outros. Pinho⁽⁸⁴⁾ citou um exemplo em que considerou que o princípio da justiça foi desrespeitado em que um rapaz, doente mental, vivia acorrentado em casa e quando esse fato foi descoberto pelas autoridades, ele foi encaminhado diretamente para um hospital. A autora ressaltou a incongruência entre os discursos e as práticas institucionais, mencionando que mesmo existindo um CAPS na região onde o rapaz vivia acorrentado pela sua família, ainda assim foi encaminhado ao hospital. Ela

considerou esta atitude paternalista, desprezando o "paradigma da desinstitucionalização e os princípios bioéticos nela contidos, pois, mesmo a reforma psiquiátrica contemplando, como aspecto fundamental, o direito à cidadania"^(84:823). Observou-se que esse direito não foi respeitado como prática social.

Almeida⁽⁸⁹⁾ articulou os princípios da igualdade, justiça e equidade ao princípio da autonomia.

[...] mesmo respeitando a prerrogativa de serem todas as pessoas iguais em direitos, nem todas têm a capacidade de se autodeterminar na mesma medida. [...] algumas pessoas perdem-na [esta capacidade] total ou parcialmente devido a doenças, distúrbios mentais [...]. Dado esse diferencial na capacidade de exercício da cidadania torna-se necessário considerar, nesses casos, também os princípios da justiça e equidade, ou seja, é indispensável ter-se em conta que as diferenças relevantes que possam afetar as escolhas devem ser ponderadas para a efetiva aplicação da justiça. Deve haver, e, portanto deve-se buscar, uma forma de garantir o direito à autodeterminação na ausência da capacidade para a tomada de decisão^(89:386).

A questão da discriminação e estigmatização são temas atrelados à saúde/doença mental desde o começo da classificação da normalidade e não-normalidade, dos loucos e não-loucos. E, pode-se dizer que a discriminação e a estigmatização desencadeiam todos os outros problemas na saúde mental, que acabam resultando na exclusão social.

Portanto, é imperativo que a bioética faça parte, de maneira constante e incisiva, nas reflexões e ações de saúde mental. O olhar da bioética clássica, aquela que se tornou conhecida, praticamente em todo o mundo ocidental, a bioética principialista, com a qual costumava ser praticamente a única forma de abordar as questões éticas que envolvem a saúde, se tornou limitada, como, por exemplo, a relação médico (psiquiatra) / paciente (louco), e o que isto implicava. Estas preocupações ainda são pertinentes, porém, carecem de ampliação no escopo da bioética no tema da saúde mental. As vertentes bioéticas que vêm sendo desenvolvidas, principalmente na América Latina, se configuram ferramentas úteis a agregar e expandir os princípios clássicos da bioética, nos novos rumos da saúde mental. Faz-se premente uma bioética com maior ênfase ao princípio da justiça e uma visão mais crítica, politizada e interventiva, capaz de contribuir com a discussão, aprimoramento e consolidação dos direitos humanos e da justiça social. Portanto, uma bioética comprometida com os direitos humanos

a fim de assegurar respeito, dignidade e proteção aos vulneráveis. Questões tão fundamentais referentes aos sujeitos em sofrimento psíquico, que, devido à confusão mental que se encontram, muitas vezes, têm esses direitos suprimidos.

2 MÉTODO

2.1 TIPO DE PESQUISA

Utilizou-se o estudo qualitativo. A coleta e análise dos dados e elaboração dos resultados foram norteados pela metodologia da Teoria Fundamentada⁽⁹³⁻⁹⁵⁾. Anselm Strauss é um dos fundadores da teoria, e Juliet Corbin e Kathy Charmaz deram continuidade aos seus estudos^(93,94). Tarozzi apresentou de forma didática e atualizada a ideia dos precursores da teoria⁽⁹⁵⁾.

A teoria fundamentada faz uso de metodologia qualitativa que reúne estratégias úteis para estudar, compreender fatos, relações, fenômenos que acontecem nos grupos sociais. Conforme Strauss e Corbin⁽⁹⁴⁾ esta metodologia é uma versão de análise qualitativa que oferece um conjunto de procedimentos, essencialmente diretrizes, técnicas sugeridas, mas, não preceitos. Uma diferença fundamental da teoria fundamentada é que seus métodos favorecem a percepção dos dados sob uma nova perspectiva. Eles são estudados logo no início, isto é, os primeiros dados já são separados, classificados e sintetizados por meio da codificação qualitativa, a fim de estabelecer comparações com outros segmentos de dados que virão. Tem-se a possibilidade de voltar ao campo da pesquisa e buscar novos dados. A coleta e análise dos dados acontecem simultaneamente.

Da análise resultam codificações que são denominadas: codificação inicial, codificação focal, codificação axial e codificação teórica. A primeira pode ser realizada palavra, por palavra, linha por linha, parágrafo por parágrafo e serve para gerar categorias e orientar as decisões posteriores relativas à definição das principais categorias conceituais. Os códigos iniciais são provisórios, comparativos e fundamentados nos dados e podem induzir a perceber as áreas nas quais faltam dados indispensáveis. Na segunda fase de codificação, os códigos são mais direcionados, seletivos e conceituais e exigem a tomada de decisão sobre quais os códigos iniciais permitem uma compreensão analítica melhor para categorizar os dados de forma incisiva e completa. Não é linear, podendo levar o pesquisador a voltar aos seus respondentes e analisar os tópicos que possam ter ficado demasiadamente implícitos para serem percebidos de início. A terceira fase da codificação tem por objetivo relacionar as categorias às subcategorias e questionar o modo como elas estão relacionadas. E a última fase, a codificação teórica, tem por

objetivo especificar as relações possíveis entre as categorias que foram desenvolvidas na codificação focalizada. Entrelaçam a história fragmentada. A Codificação teórica ou codificação seletiva se refere ao processo analítico de conceituação de dados que acontece em um nível mais abstrato e é o nível de análise em que se delineiam e se qualificam as relações existentes entre as categorias que emergiram da codificação focalizada. Nesta fase a teoria ganha forma, as categorias integram-se e começa a se formar uma teoria coerente interpretativa. Passa-se do plano descritivo para o plano de crescentes abstrações conceituais. Não segue uma linearidade e sim avanços e retornos aos dados. Esta fase se caracteriza por: pontuar e interligar as categorias; identificar a categoria central (*core category*); e, integrar e delimitar a teoria⁽⁹⁵⁾. Os códigos demonstram a forma como os dados são selecionados, separados e classificados para iniciar uma interpretação analítica sobre eles. A codificação aponta para as categorias teóricas. Categorias, segundo Strauss e Corbin⁽⁹⁴⁾, são agrupamentos de conceitos conforme suas propriedades evidentes, ou seja, conforme suas similaridades e diferenças.

Outro instrumento importante para ter em mãos no momento de analisar os dados é o memorando. Segundo Strauss e Corbin⁽⁹⁴⁾ os memorandos, na teoria fundamentada, referem-se a tipos muito especializados de registros escritos, que contêm os produtos da análise ou as direções para o analista; devem ser analíticos e conceituais, e não descritivos. Assim como as outras técnicas da teoria fundamentada, os memorandos acontecem em todas as etapas da pesquisa, ou seja, durante a coleta, a análise e a codificação dos dados.

2.2 LOCAIS DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial Prado Veppo (CAPS II) e no Ambulatório de Saúde Mental, ambos em Santa Maria – RS. Santa Maria é uma cidade situada na região central do Estado do Rio Grande do Sul e, segundo o censo de 2010, possui 261.027 habitantes. Santa Maria destaca-se por ser um polo universitário e uma referência educacional do Estado. A cidade destaca-se, também, por possuir uma multiplicidade de serviços em saúde em todos os níveis: baixa, média e alta complexidade.

2.2.1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II)

O CAPS II destina-se ao cuidado de adultos em sofrimento psíquico. Compõe 230 vagas, sendo 35 para tratamento intensivo, 45 semi-intensivo e 150 não intensivos. A equipe é composta por duas psicólogas, um psiquiatra, uma enfermeira, um fisioterapeuta, duas técnicas de enfermagem, duas técnicas de saúde mental, um agente administrativo, um recepcionista e um funcionário de serviços gerais. O horário de funcionamento é das 08:00 às 17:00 horas e tem o acolhimento como porta de entrada para o usuário e seus familiares. Possui grupos operativos de artesanato e de escuta para os usuários e familiares, cada um com seu plano terapêutico, decidido em reunião de equipe que acontece uma vez por semana.

2.2.2 Ambulatório de Saúde Mental

O Ambulatório de Saúde Mental (ASM) faz parte da rede de atenção à saúde mental do município de Santa Maria. É um serviço de média complexidade, ou seja, unidade de saúde que, através de uma equipe especializada, tem como um dos objetivos racionalizar os encaminhamentos para os serviços de maior complexidade, reduzindo a procura direta aos atendimentos de urgência e hospitalares. A equipe é composta por quatro médicos psiquiatras, seis psicólogos, um enfermeiro e um técnico de enfermagem. Oferece atendimentos clínicos em psiquiatria para adultos, atendimento psicoterápico para adultos e crianças, com transtornos mentais de leve a moderado, além de grupos terapêuticos e operativos. Realiza, também, visitas domiciliares de acordo com a necessidade, e a enfermagem realiza um trabalho de acolhimento e triagem no primeiro contato do usuário com o serviço.

2.2.3 Hospital Universitário de Santa Maria

Apesar de o Hospital Universitário de Santa Maria, RS (HUSM) não ter sido um dos locais da pesquisa, ele está brevemente descrito neste estudo, devido à sua participação indireta, através das falas dos participantes da pesquisa.

Desde sua fundação, em 1970, o HUSM é referência em saúde para a região centro do Rio Grande do Sul. Sendo um órgão integrante da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), a instituição atua como hospital-escola, com sua atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e assistência em saúde. Os atendimentos prestados à comunidade são realizados nos 291 leitos da Unidade de Internação e 37 leitos da Unidade de Tratamento Intensivo, além das 53 salas de ambulatório, 11 salas para atendimento de emergência, 6 salas do Centro Cirúrgico e 2 salas do Centro Obstétrico. No Hospital, são diagnosticadas e tratadas diversas formas de procedimentos em saúde. É um dos únicos hospitais da região centro que atende pelo SUS⁽⁹⁶⁾.

2.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos de pesquisa dividem-se em dois grupos: grupo 1, dos usuários do CAPS e do Ambulatório de Saúde Mental; e grupo 2, dos seus familiares. Inicialmente, o projeto da pesquisa previa escolher intencionalmente cinco ou mais usuários e suas respectivas famílias, de cada uma destas Instituições, conforme a necessidade do estudo. O número de familiares poderia variar, pois a entrevista poderia acontecer com um familiar apenas, ou com o grupo familiar. Efetivamente, o estudo se configurou com quinze usuários e nove familiares, sendo que em uma destas famílias participaram três familiares da entrevista (nos outros casos somente um familiar concedeu a entrevista). Onze dos usuários entrevistados são atendidos no ASM e quatro no CAPS II. Quanto aos familiares, oito são de usuários do ASM e um de usuário do CAPS II. A não simetria entre o número de entrevistados entre as duas instituições se dá devido à dinâmica existente atualmente na rede de atenção à saúde mental do município. Isto é, a maioria das pessoas que procuram os serviços de saúde e que são reconhecidas como depressivas são encaminhadas para o ASM, um número muito pequeno de pessoas nesta situação são encaminhadas ou permanecem no CAPS (no caso de serem acolhidas ali), conforme foi esclarecido anteriormente.

À medida que se deparava com a dificuldade em encontrar sujeitos que atendessem aos critérios no CAPS (pessoas com diagnóstico de depressão), iam sendo realizadas as entrevistas com os usuários do ASM a fim de atender aos objetivos do estudo. As entrevistas encerraram assim que se entendeu que a

saturação dos dados foi atingida. Conforme a metodologia utilizada, isto foi possível através da amostragem teórica. A busca por dados cada vez mais focais permitiram a saturação das categorias e da disposição delas na teoria. Os critérios para a escolha dos pacientes foram: os que frequentam regularmente o CAPS e o Ambulatório, com diagnóstico de depressão, acima de 18 anos de idade e com, no mínimo, um ano de tratamento nestes locais. Os profissionais destas instituições participaram no sentido em que foram observados, juntamente com usuários e familiares, na rotina de suas atividades e, também, através das conversas informais e esclarecimentos que concediam durante as visitas da pesquisadora nestes lugares.

2.3.1 Perfil dos sujeitos de pesquisa

Dos 15 usuários entrevistados, apenas três são do sexo masculino. A média de idade entre as mulheres é de 45 anos e entre os homens, de 48 anos. Em relação à profissão das mulheres, três são empregadas domésticas, duas são secretárias e uma trabalha em granja. As demais são donas de casa. Entre os homens, um era pedreiro, outro caminhoneiro e outro executivo. Quanto à escolaridade, umas das mulheres tem curso superior, quatro possuem ensino médio e as demais têm ensino fundamental. Entre os homens, um tem curso técnico e os outros dois têm ensino fundamental.

Dos nove familiares entrevistados, em relação ao parentesco com usuários, três eram cônjuges, duas mães, um pai, duas irmãs e uma filha. Em relação ao trabalho dos familiares: dos cônjuges, todos eram aposentados; dos pais uma era aposentada e na outra família a mãe deixou de trabalhar para cuidar da filha, o pai continua trabalhando. A irmã é dona de casa, e a filha é estudante.

2.4 COLETA DOS DADOS

Esta etapa, para a metodologia que norteia este estudo, merece atenção especial. Os dados são a matéria prima para gerar a teoria. Os métodos são ferramentas e sozinhos não geram uma pesquisa; o que importa é o modo como serão utilizados (trabalhados). Conforme o tipo de pesquisa, algumas ferramentas são mais úteis do que outras.

Neste sentido, a fim de responder com mais precisão às questões de pesquisa o estudo contemplou abordagens combinadas de coleta de dados, observação e entrevistas individuais (com os usuários e a maioria dos familiares) e em grupo (como foi o caso de uma das famílias). Pretendeu-se, com estes métodos, dar voz aos sujeitos envolvidos neste processo, pessoas com sofrimento psíquico e seus familiares; e que essas vozes pudessem ecoar de forma a sensibilizar e nortear o estudo.

Em 2010 iniciaram-se os contatos com as instituições que se pretendia incluir no estudo. Primeiro investigou-se quais locais em Santa Maria ofereciam atendimento a pessoas em depressão. Fez-se contato com vários profissionais e selecionaram-se os dois locais já citados.

No CAPS II foram realizadas em torno de três visitas iniciais, que tiveram o propósito de fazer os acertos para a realização da pesquisa com os funcionários da instituição. Para a coleta de dados, observações e entrevistas, foram realizadas 15 visitas. A coleta dos dados aconteceu de janeiro de 2011 a janeiro de 2012. Durante este período, houve troca de coordenação administrativa na instituição e, praticamente, se iniciou um novo acordo sobre a pesquisa (a renovação de autorizações, por exemplo). Assim que esta questão foi resolvida, iniciaram-se novamente as visitas ao CAPS. Antes de se realizar o convite para as entrevistas com os usuários, conversava-se com os profissionais que os atendiam para saber da possibilidade da entrevista, como por exemplo, se eram depressivos. Depois disto, verificava-se o prontuário para observar os outros critérios de inclusão como idade, tempo de tratamento, se não havia outros sintomas que indicassem outros diagnósticos que não a depressão. O passo seguinte era o convite para participar da pesquisa. Houve apenas uma recusa ao convite, entre os usuários.

Nas primeiras visitas ao CAPS já se observava a dificuldade de encontrar os sujeitos com o critério de inclusão principal da pesquisa, portador de depressão. A maioria dos usuários sofria de transtornos, considerados pelos profissionais, mais graves. Mesmo assim, durante as visitas conversava-se com os profissionais que atendiam os usuários, pois eles poderiam indicar com mais precisão os sujeitos com o perfil da pesquisa. Alguns convites para participar da pesquisa foram realizados por telefone e, então, agendada a entrevista. Outros convites aconteceram no CAPS mesmo. Quanto ao método de atendimento dos usuários, um era intensivo e três semi-intensivos.

No ASM foram realizadas igualmente, em torno de três visitas iniciais e 15 para a coleta de dados. A igualdade no número de visitas não foi proposital, isto foi constatado no final da coleta dos dados. Neste ambiente, adotou-se o mesmo procedimento, observar a rotina da instituição e conversar com os profissionais, a fim de saber dos possíveis usuários que poderiam participar da pesquisa. No Ambulatório, a secretária selecionava e organizava os prontuários dos usuários que seriam atendidos no dia seguinte. A observação desta rotina facilitou a busca dos sujeitos de pesquisa. Então, procurava-se entre estes prontuários, os sujeitos com o perfil da pesquisa. Anotavam-se os nomes e no dia seguinte voltava-se ao Ambulatório para realizar o convite para participar da pesquisa. Caso aceitassem a entrevista poderia ser realizada naquele mesmo dia ou agendada para outro dia e lugar, conforme a preferência do usuário. O contato com os usuários foi realizado, também, por telefone a partir de indicação dos profissionais. Todos os usuários foram entrevistados no ASM, alguns dos familiares destes usuários foram entrevistados no Ambulatório e outros em suas residências. O contato com os familiares foi realizado por telefone ou enquanto acompanhavam o familiar ao Ambulatório.

Durante as visitas, conversava-se com os profissionais: psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, secretários, pessoal da limpeza, assistentes sociais e observava-se a rotina destes serviços. As técnicas de coleta de dados aconteceram alternadamente. Concomitante às visitas ao CAPS e ao ASM foram sendo realizadas as transcrições das entrevistas e a análise das falas a fim de atender à metodologia da Teoria Fundamentada nos dados.

Foram realizadas, também, visitas à Prefeitura Municipal de Santa Maria e ao Núcleo de Estudos Permanente em Saúde (NEPS), em um total de seis visitas entre os dois lugares. As visitas tiveram o propósito de obter as autorizações necessárias para a realização da pesquisa.

Os Serviços de Saúde Mental em Santa Maria são: Ambulatório de Saúde Mental (ASM); Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS AD) – Caminhos do Sol; Centro de Atenção Psicossocial – Prado Veppo (CAPS II); Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS I) – O equilibrista; Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – de 12 a 29 anos de idade (CAPS AD) Companhia do Recomeço; e, HUSM – Urgência e emergência.

2.4.1 Instrumentos

Ficha de dados demográficos (da família e do paciente): foi utilizada ficha de dados como: idade, sexo, escolaridade, trabalho, renda, nº de integrantes da família, ...

Diário de campo / observação: o diário de campo foi utilizado para registro das observações no campo da pesquisa. As observações aconteceram no CAPS (rotina dos usuários e equipe de saúde mental); no ASM (equipe, familiares e usuários). A observação, neste método, assume destaque importante, pois, além dos eventos observados constituírem fonte de dados, serviu, também, de base para o roteiro das entrevistas. Salienta-se que as observações ocorreram simultaneamente (intercaladas) com as entrevistas.

Entrevistas: foram realizadas entrevistas com os usuários e seus familiares. As entrevistas aconteceram individualmente com os indivíduos em sofrimento psíquico e com a maioria dos familiares e em grupo com uma das famílias. Participaram das entrevistas nove familiares escolhidos intencionalmente a partir da seleção dos usuários e 15 usuários. Conseguiu-se entrevistar os familiares de sete usuários. Quanto aos outros familiares, não se conseguiu a entrevista, por questões de disponibilidade de tempo dos mesmos ou por se negarem a conceder a entrevista. Neste último caso, foram três familiares. Seguindo os preceitos da teoria fundamentada, nas primeiras entrevistas, realizaram-se questões mais abertas, porém, orientadas a partir dos objetivos do estudo e das observações iniciais. À medida que se avançou no estudo, partiu-se para questões focais semiestruturadas a fim de refinar, compreender os dados e preencher lacunas existentes. Como lembrou Charmaz⁽⁹³⁾, deve-se estar atento para as questões éticas que envolve a pesquisa com seres humanos e que, neste caso, os Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) exigem dos pesquisadores descrições detalhadas de seus instrumentos de pesquisa. A autora⁽⁹³⁾ apontou para a dificuldade deste detalhamento no método da teoria fundamentada, já que é difícil prever todas as questões, pois elas são orientadas conforme as falas dos participantes. Mas, que se devem propor questões suficientemente detalhadas para demonstrar aos avaliadores que não ocorrerá nenhum dano aos participantes do estudo.

2.5 ANÁLISE DOS DADOS

As falas dos participantes, obtidas por meio das entrevistas, foram gravadas e transcritas a fim de serem analisadas, com o objetivo de estudar os conflitos éticos originários da atenção à saúde mental do sujeito com depressão e da inserção da família no tratamento dos mesmos. Conforme preconiza a metodologia utilizada no estudo, a análise dos dados aconteceu simultaneamente com a coleta dos mesmos. Portanto, a transcrição das gravações foi realizada logo após cada entrevista pela própria pesquisadora. Isto foi importante porque na escuta repetida para as transcrições foi surgindo material para os memorandos e se configurando as codificações iniciais.

As entrevistas foram sendo analisadas, juntamente com as observações registradas no diário de campo. Para a análise dos dados, foi organizado um quadro para as codificações. O quadro foi composto por colunas: na primeira coluna foram sendo colocadas as falas dos participantes e, nas seguintes (simetricamente ao lado das falas), as codificações (Apêndice H). A partir da análise minuciosa de cada segmento de dados, estes passaram a ser codificados e categorizados.

A codificação inicial propriamente dita dos dados foi realizada com as primeiras entrevistas e se deu com pequenos segmentos de falas. Esses segmentos foram meticulosamente analisados e atribuídos códigos que representassem esses segmentos. Para melhor compreensão, citam-se três exemplos: fala: *“Não, não, é só medicação fluxetina e cloropramida”*, código: O tratamento envolve somente medicação; fala: *“Desde novembro desde que ela deu alta do hospital a gente já encaminhou tudo né, mas até agora nada”*, código: Aguardando atendimento na saúde mental; fala: *“ela é uma criatura assim super inteligente, ela já fez vários cursos, mas ela não tem aquele ânimo, assim sabe de, de lidar sozinha ela começa e já fica apavorada”*, código: A doença impossibilitando (limitando) as atividades da vida cotidiana. Esta etapa de análise também permitiu o rumo para as entrevistas seguintes, ou seja, orientaram questões mais focalizadas a partir dos pontos levantados pelos participantes.

Após esta etapa, passou-se para a codificação focalizada dos dados a fim de sintetizar e explicar segmentos maiores de dados e decidir quais códigos iniciais permitiriam melhor compreensão analítica para categorizar os dados de forma incisiva e completa. A codificação focalizada aconteceu com as primeiras entrevistas

já analisadas e com as entrevistas que foram realizadas na sequência da coleta de dados com novos sujeitos. Aí surgiram novos códigos e foram se desenhando algumas categorias. Os primeiros esboços de categorias agruparam códigos semelhantes, que pertenciam a assuntos análogos. Significa dizer que, sob a mesma categoria, foram reunidos temas com as mesmas propriedades e dimensões. Desta análise, foram esboçadas (delineadas) dez categorias que receberam os seguintes nomes: 1) Frequência das consultas; 2) Cronicidade da depressão; 3) Medicalização como principal forma de tratamento; 4) Mudando a rotina familiar; 5) Porta de entrada na rede de saúde mental; 6) A participação da família no tratamento; 7) Aguardando atendimento; 8) Perda da autonomia; 9) Vulneração social; 10) Diagnóstico.

Dando sequência ao método de análise dos dados, passou-se de forma mais concreta para a codificação axial (de algum modo esta codificação já veio sendo apontada na fase precedente de codificação). Esta fase da análise dos dados foi ainda mais dinâmica que as anteriores. Esta foi a etapa de se fazer conexões entre as categorias, estabelecer semelhanças e diferenças. Para melhor visualizar estas conexões foram elaborados diagramas. Os diagramas foram sendo construídos com a ajuda de cores, utilizadas para destacar os dados. O emprego das cores foi uma alternativa para não correr o risco de negligenciar dados frente ao grande volume dos mesmos. Optou-se por pintar os códigos que diziam respeito aos dilemas do sujeito em sofrimento psíquico da cor laranja; os concernentes as estratégias de tratamento e atenção à saúde mental, da cor verde; e, os que envolviam as atitudes e sentimentos das famílias, da cor amarela. Desta forma, resultaram três diagramas (Apêndice I). As categorias anteriores foram distribuídas nos diagramas. Portanto, foram configurados três diagramas denominados: Usuário como sujeito em sofrimento psíquico; Tratamento fragmentado e centrado no modelo biomédico; e, A família suprimida e desassistida no processo terapêutico. Estes diagramas foram analisados e, igualmente, estabelecidas as conexões entre eles. As conexões foram realizadas através das propriedades e dimensões existentes em cada categoria. Após, foi sendo configurado um diagrama que abrangeu todos os outros (Apêndice J).

O confronto das categorias, com a ajuda dos diagramas, permitiu o próximo passo na análise dos dados, a codificação teórica. Assim, definiu-se a categoria central, *As faces da vulneração na atenção à saúde mental*.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, de acordo com os preceitos exigidos da Resolução 196/96, sob o número 171/10 (Anexo A). O papel do CEP na aprovação de um projeto é garantir a proteção dos sujeitos da pesquisa. Quanto mais vulneráveis forem esses sujeitos, mais é necessário munir a pesquisa de cuidados de proteção. A pesquisa teve como participantes pessoas fragilizadas: os portadores de depressão e seus familiares. As entrevistas com esses sujeitos e suas famílias e as observações junto as Instituições que os acolhem, de alguma forma, invadem o cotidiano destas pessoas que provavelmente estão fragilizadas pela doença. Neste sentido, a fim de reduzir ao máximo, possíveis riscos, buscou-se a formação de vínculos consistentes com os sujeitos de pesquisa através de encontros preliminares e esclarecimentos de todas as dúvidas e a garantia de total confidencialidade das informações, preservando a privacidade das identidades.

Procurou-se estabelecer uma relação não hierárquica entre pesquisadora e sujeitos de pesquisa, para que estes se sentissem livres e à vontade para responder (ou não) às questões de pesquisa. O ritmo das entrevistas foi pautado pela disposição dos participantes, ou seja, manter a atenção para que as entrevistas não fossem exaustivas ou ir além do que estavam dispostos a responder. E deixar claro que, a qualquer momento, sem nenhum ônus, poderiam retirar-se da pesquisa se assim o desejassem. Foram seguidos os princípios determinados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos. Constaram da pesquisa os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com todos os seus requisitos conforme estabelece a Resolução (Apêndices E, F e G).

3 RESULTADOS

Este capítulo é destinado a apresentar os resultados na forma como eles foram sendo encontrados. Conforme a metodologia utilizada, Teoria Fundamentada nos Dados, os resultados vão se estruturando na sequência de etapas: codificações.

3.1 CODIFICAÇÃO INICIAL

Durante a escuta e transcrição das entrevistas, foram sendo esboçados alguns achados da codificação inicial. Na escuta das falas emergiram ideias, que foram sendo registradas nos primeiros memorandos. Os memorandos são registros da análise dos dados que ajudam a esclarecer e a direcionar as codificações, assim como identificar quais códigos devem ser tratados como categoria⁽⁹³⁾. Ao longo do estudo resultaram quatro memorandos que foram denominados: Memorando de notas teóricas e operacionais; Memorando dos usuários; Memorando das famílias; e, Memorando da atenção à saúde mental. O primeiro reúne as notas do estudo referentes à entrada no campo de pesquisa, as observações, as considerações sobre as entrevistas, as percepções ao longo do estudo e os aspectos que deveriam ser aprofundados. Os memorandos seguintes reúnem as considerações sobre os usuários, as famílias e a atenção à saúde mental, respectivamente. Além disso, foram sendo acrescentadas as bibliografias que se entenderam pertinentes a estas temáticas.

Com os primeiros dados transcritos, iniciou-se a codificação inicial. Nesta fase foi realizada uma análise aberta dos dados, frase por frase, em que os primeiros fenômenos emergentes foram sendo etiquetados (Quadro 1). Mesmo ainda não sendo nomeadas, algumas categorias já foram sendo delineadas e códigos semelhantes foram sendo agrupados.

Usuário	Codificação inicial
Eu agora já to, tinha assim, eu ficava preocupada, porque assim aos olhos dos outros a gente depressiva parece uma pessoa inútil.	Preocupando-se com o estigma (com os outros)
Familiar	Codificação inicial
A gente tava dormindo, era madrugada, daí ela me acordou, me chamou, me pediu ajuda, daí eu disse, não então a gente vai no hospital lá, tem plantão.	Procura por atendimento no plantão de psiquiatria do hospital universitário

Quadro 1 – Exemplo da codificação inicial

As primeiras entrevistas são longas, com muitas informações. Analisar essas falas exigiu muito tempo e atenção. Além disso, eles falaram de seus sofrimentos profundos, as entrevistas, muitas vezes, se confundiam com entrevistas terapêuticas em que os usuários buscavam alívio e respostas para seus sofrimentos. Nesta etapa surgiram questões como: o tempo em que as pessoas estão se tratando, o tipo de tratamento que estas pessoas estão recebendo, o afastamento de seus trabalhos, como acontece o acolhimento destas pessoas nos serviços, quais são as portas de entrada dos usuários nos serviços de saúde, o uso de medicação e o efeito dos mesmos na vida destas pessoas, o tipo de participação dos familiares em seus tratamentos, a frequência com que os usuários são atendidos durante o tratamento, os fatores desencadeantes atribuídos ao início dos sintomas depressivos, seus entendimentos sobre a doença, o preconceito e a estigmatização em relação à doença, os sentimentos em relação à depressão, as limitações materiais e emocionais dos familiares no cuidado a seus familiares depressivos, o tempo de espera para conseguir atendimento nos serviços de saúde mental, a mudança de rotina na vida dessas pessoas, tanto os usuários como seus familiares.

Em relação ao tempo em que as pessoas estão em tratamento, fez-se uma média entre os entrevistados e constatou-se um tempo de quatro anos. A escuta e leitura inicial das falas chamou a atenção para o tratamento dispensado aos usuários. A grande maioria deles recebe tratamento medicamentoso como praticamente a única e/ou principal forma de tratamento. Chamou a atenção, também, o grande consumo e variedade de medicamentos. Cada paciente toma de dois a quatro tipos de medicamentos, por dia, para a depressão.

Outra questão emergente nas primeiras falas foi o afastamento das pessoas de seus empregos, e que permaneceu até o final das entrevistas. Dos 15 entrevistados, somente três pessoas se mantêm nos empregos, as outras não conseguiram manter-se em suas atividades trabalhistas.

Quanto à forma como os usuários entram na rede de atendimento à saúde mental, acontece de maneiras variadas. Porém, uma das maneiras mais comum é através do HUSM. Isto remete a uma questão fundamental: a lógica contrária de atenção à saúde preconizada pelo SUS, ou seja, a porta de entrada dos usuários nos serviços de saúde mental está sendo o serviço de alta complexidade (atenção terciária).

Nesta primeira etapa de codificação dos dados, a participação da família no tratamento da depressão de seus familiares em sofrimento psíquico apareceu, de forma quase que unânime, a família presente no tratamento. Porém, nas próximas etapas se verificou que esta participação é restrita, se resume, sobretudo, em torno do controle do uso da medicação.

Em relação à frequência com que os usuários são atendidos durante o tratamento os entrevistados que utilizam o ASM, relataram frequentar o ambulatório de dois em dois meses ou três em três meses. Já a dinâmica de atendimento do CAPS é diferente, os usuários entrevistados frequentam de forma intensiva e semi-intensiva; todos os dias de segunda a sexta e uma vez por semana, respectivamente. Entretanto, a maioria dos participantes do estudo faz uso do ASM, significando que a maioria tem seu tratamento reduzido à medicação e visitas esporádicas ao serviço de saúde mental. Estas visitas, muitas vezes, têm como propósito principal, pegar novas receitas para as medicações.

Os relatos sobre os fatores desencadeantes dos sintomas depressivos têm a ver com situações decorrentes da experiência humana, perdas, por morte ou separação; doenças; sobrecarga no trabalho; desentendimento com colegas, ..., remetendo aos determinantes sociais da depressão.

Uma preocupação por parte dos entrevistados, que aparece na codificação inicial dos dados, é a questão do preconceito, da estigmatização e da não compreensão em relação à doença. As falas denotaram a forma como os usuários se sentem enquanto depressivos. Aparece sentimento de inutilidade, como se as pessoas a sua volta os vissem como inúteis e incapazes de realizarem tarefas, sentem-se incompreendidos em relação a não conseguirem desempenhar os seus afazeres como antes de serem acometidos pela depressão. *“Eu ficava preocupada, porque assim aos olhos dos outros a gente depressiva parece uma pessoa inútil”* (usuária).

As primeiras famílias entrevistadas demonstraram inquietações sobre suas possibilidades em assistir seu familiar com depressão. Os familiares relataram suas limitações materiais e emocionais para lidar com as situações decorrentes da depressão. Falaram da falta de recursos para se deslocarem até os serviços de saúde, como por exemplo, nem sempre disporem do dinheiro para pagarem a passagem do ônibus ou taxi até o atendimento mais próximo. Em casos de atendimento emergencial e/ou à noite, o local mais próximo é o HUSM, que fica a

dez quilômetros de distância do centro da cidade. Em certos casos também há entraves burocráticos, como, por exemplo, não conseguir a medicação nas farmácias do SUS.

Outro achado na codificação inicial é um fator que está longe de ser raro nos serviços de saúde: o longo tempo de espera para atendimento e para iniciar um tratamento. Vários dos entrevistados relataram esperar aproximadamente um ano para conseguir tratamento. O Apêndice H mostra o desdobramento da codificação inicial.

3.2 CODIFICAÇÃO FOCAL

A etapa seguinte da análise dos dados se configurou na codificação focal. Foram sendo agrupados os códigos emergentes na codificação inicial que pertenciam ao mesmo assunto e tinham as mesmas características. Aqui a codificação inicial conduziu as questões para as entrevistas posteriores e uma leitura focalizada das primeiras falas. Foram sendo questionados pontos mais focais conforme as respostas avaliadas na primeira análise, como, por exemplo: Porque o CAPS envia os pacientes que ali são acolhidos para o ASM? Existe algo de saúde mental nas UBS ou ESF? Em que sentido a família é meio (fator) terapêutico? O tratamento (medicalização) ajuda na reabilitação da autonomia e/ou na (re)inserção social, ou seja, a pessoa consegue trabalhar, desenvolver suas tarefas? O tratamento ameniza os sintomas?

Além dos códigos iniciais apontarem as questões das próximas entrevistas também esboçaram algumas categorias. Então, as respostas mais recentes foram examinadas e também codificadas. Desta forma foram emergindo as primeiras categorias que foram sendo nomeadas de forma a melhor representar suas propriedades e dimensões. Desta análise resultaram dez categorias: 1) *Frequência das consultas*; 2) *Cronicidade da depressão*; 3) *Medicalização como principal forma de tratamento*; 4) *Mudando a rotina familiar*; 5) *Porta de entrada na rede de saúde mental*; 6) *A participação da família no tratamento*; 7) *Aguardando atendimento*; 8) *Perda da autonomia*; 9) *Vulneração social*; e, 10) *Diagnóstico* (Apêndice H).

A seguir as categorias e suas descrições.

Frequência das consultas

Esta categoria reúne as falas que tratam da frequência com que os usuários foram atendidos durante o tratamento para a depressão pela equipe de saúde mental. As pessoas atendidas somente pela psiquiatria relataram intervalos de dois e três meses entre as consultas. A maioria dos entrevistados faz uso somente deste tipo de atendimento. Comumente as consultas psiquiátricas, tanto no CAPS como no ASM, têm como característica renovar receitas para os medicamentos antidepressivos, obter o laudo médico para apresentar na perícia (fins burocráticos) como, por exemplo, o psiquiatra atender o usuário para verificar o seu estado a fim de atestar sobre a possibilidade de continuar em laudo ou voltar a trabalhar: *“só que eu tenho medo de perder a, o doutor fizer diferente, os atestados [...] eu tenho uma perícia [...] eles tinham me dado dois anos de laudo”* (usuário). Isso faz com que o paciente se centre mais nesta questão do que em esclarecer ou discutir com o médico sobre sua doença.

A maioria dos entrevistados é atendida no ASM. Isto, em razão da dinâmica existente hoje na rede de atenção à saúde mental do município. As pessoas que procuram o CAPS e são diagnosticadas com sintomas depressivos são encaminhadas para o ASM. Os quatro entrevistados no CAPS são praticamente exceção. Um foi encaminhado ao CAPS pela médica que o atendia em outro serviço de saúde e lá ficou frequentando semanalmente o grupo de ginástica; outras duas permanecem lá pela facilidade de acesso, frequentando, uma vez por semana, o grupo terapêutico; a razão de a outra pessoa estar sendo atendida no CAPS é o fato de não ter quem fique em casa durante o dia com ela (todos trabalham ou estudam). Os usuários do CAPS relataram estarem satisfeitos com a qualidade do atendimento que recebem. *“Aqui é muito bom, é ótimo aqui, as pessoas tratam a gente bem, e agora eles tem uma nova que é a M, ela trata a gente assim sabe, como pessoas assim sabe que, tá sempre no meio da gente”* (usuária).

Nas visitas de observação e tentativa de encontrar possíveis usuários no CAPS para participar da pesquisa, constatou-se que a instituição está mais voltada para os doentes mentais considerados mais severos, como por exemplo, esquizofrênicos, bipolares, *borderlines*. Porém, no estatuto do CAPS, a depressão está entre as doenças mentais assistidas. Inclusive, nas primeiras visitas ao CAPS obteve-se uma relação dos pacientes e nela haviam vários usuários diagnosticados com depressão,

mas, quando se começou a seleção dos entrevistados houve dificuldade em encontrá-los. Em relação a esta lógica de atendimento retornar-se-á mais adiante.

Cronicidade da depressão

Esta categoria se refere ao tempo em que as pessoas estão em tratamento para a depressão e o estado de recuperação das mesmas. Por entender que as pessoas estão sendo tratadas por um longo espaço de tempo, em média quatro anos, considera-se que o estado depressivo parece se cronicar. Além disso, mesmo estando em tratamento há muito tempo, as pessoas relataram estarem constantemente em oscilação em relação à doença (estar bem/estar mal). A recuperação da pessoa é lenta ou inexistente, não acontece. Normalmente os usuários relataram uma recuperação que se arrasta num “vai e volta”. Faz parecer que depois de a pessoa ser diagnosticada depressiva, passa a ser uma doença crônica, a pessoa não se “livra” mais dela: *“faz mais de cinco anos [de tratamento] começou no Hospital Universitário, [...] o doutor só me passava o mesmo remédio, não me trocava nunca, depois que eu comecei na doutora C., ela começou trocar os remédios aí, a fazer um teste com um remédio e outro, vem adiantando mais, por fim tinha dias que eu não dormia de noite, virava a noite e eu não dormia, fechava os olhos e não dormia”* (usuário).

Os participantes descreveram o tratamento com variações entre melhoras e pioras de estados. Mesmo estando em longo tempo em tratamento medicamentoso (único, na maioria das vezes) e psicoterápico para a depressão, está presente o estado de instabilidade constante em relação à doença: *“ah o tratamento [...], eu tô tomando remédio ta indo, tô levando, [...] acho que, ta dando certo coisa assim, mas tem horas que eu tô bem, mas tem horas que eu, que eu não tô bem, eu não sei se, do que deve de ser, a consequência do remédio... mas tem horas que eu não, não me sinto bem”* (usuário).

A oscilação do estado da doença é descrito também pelos familiares, são relatos carregados de emoção e angústia: *“ele tem umas melhoras, mas têm assim umas semanas que volta de novo assim, aquela apatia ele só quer todo tempo na cama, não quer levantar, aí eu começo a insistir pra ele se alimentar, daí ele levanta se alimenta, mas caminhar conversar com a gente nada, ele só quer ficar no quarto isolado”* (familiar).

Medicalização como principal forma de tratamento

Outro tema que surge na codificação inicial e se perpetua até o final das entrevistas é o elevado uso de medicamentos por parte dos entrevistados. Portanto, designou-se uma categoria que abarca as questões em torno da medicalização da depressão. Todos os usuários entrevistados, sem exceção, fazem uso de medicamentos antidepressivos. E o que é mais importante é que, para a maioria deles, a medicação é praticamente o único método de tratamento: “*só tô fazendo o medicamento*” (usuário). E, as visitas esporádicas ao médico têm por finalidade, praticamente, a revisão do uso dos medicamentos: se os remédios receitados estão fazendo os efeitos desejados, se necessitam mudar o medicamento e/ou acrescentar outros, preenchimento de novas receitas, ... Deste modo, o tratamento acaba se resumindo no uso por tempo indeterminado de psicofármacos. A questão do alto uso de medicação é trazida não só pelos usuários, mas, também, por seus familiares: “*só o ruim assim é que é muito remédio ela fica muito aérea com os remédios*” (familiar). O relato demonstra o lamento, por observar o efeito da medicação em seu familiar depressivo.

Há situações que mesmo os usuários consideraram excessivo o uso de medicamentos: “*agora eu tô com eu acho umas nove qualidades de remédio e eu tô achando demais. Eu acho que, eu só acho que a gente toma remédio demais pra o tratamento que a gente toma, porque antes a gente não tomava tanto remédio assim*”(usuário).E o que torna esta questão ainda mais perturbadora é que isto não garante o bem estar do sujeito em sofrimento psíquico, como demonstra o relato do mesmo usuário: “*...eu quero ficar só encerrado no quarto assim, quieto assim, ficar deitado, eu não gosto de me levantar nem pra me alimentar as vez*” (usuário).

Como já foi salientado, a maioria dos entrevistados é usuário do ASM e esta instituição como o nome já diz, tem por característica o atendimento ambulatorial. Significa dizer que não são comuns atividades diárias para os pacientes depressivos, como oficinas ou outras, a exemplo dos CAPS. Além do atendimento psiquiátrico, o ambulatório conta com o serviço de psicologia. Psicólogos e estagiários de psicologia realizam atendimento a alguns pacientes atendidos pela psiquiatria. Existem, também, grupos terapêuticos semanais, coordenados pelas estagiárias de psicologia. No entanto, a minoria faz uso destes serviços, a maioria

fica restrita ao atendimento psiquiátrico nas condições citadas acima, atendimentos pontuais para receitas, controle de medicação.

A questão do uso da medicalização como praticamente o único método de tratamento não se restringe a um nível específico de atenção à saúde (primário, secundário ou terciário), é prática comum em todos eles. Uma das entrevistadas que esteve em tratamento em um serviço de atenção primária à saúde, relatou ter sido a medicação seu único método de tratamento.

Mudando a rotina familiar

A categoria mudando a rotina familiar trata dos dilemas diários enfrentados pelas famílias que têm um ente em sofrimento psíquico. Reúne as falas que abordaram as mudanças nas vidas das famílias em torno do familiar depressivo. Muitas vezes, uma pessoa da família tem que se afastar do emprego para cuidar do familiar com depressão, o que piora, ainda mais, a situação financeira da família. Aparece, também, a dificuldade em entender o comportamento do familiar depressivo: a vontade de ficar isolado, não querer participar das atividades da família, não querer sair de casa, dormir mal, não querer se alimentar, ... Tudo isto faz com que o resto da família se sinta impotente para dar conta da situação criada pela depressão em seu familiar. Mesmo assim, está presente a vontade, por parte dos familiares, de compreender essa desconhecida, de que muito se fala e pouco se sabe – a depressão, para poderem ajudar seu familiar a superar o sofrimento psíquico.

A doença em um dos cônjuges causa mudança na rotina do casal. Principalmente quando o parceiro exige atenção constante. Quem cuida necessita mudar seus hábitos em função da doença do outro: *“ah mudou, mudou assim, não totalmente, mas, assim que a gente tem que ter assim mais cuidado pra não deixar ele só em casa, [...] eu sempre tive a vida ativa, trabalhava fora aí depois, aí me aposentei”* (familiar).

Ter um familiar sofrendo de depressão em casa faz com que a rotina doméstica mude completamente. Como foi mencionado, é comum uma das pessoas da família largar seu emprego para ajudar a cuidar do “depressivo”. Além disso, a “depressão em casa” requer toda uma modificação na dinâmica da família. Um familiar relatou estar sempre atento ao quarto do filho, que já tentou suicídio, com receio que ele

tente algo contra a própria vida novamente, por isso deixa a porta do quarto dele sempre entreaberta. Outra pessoa relatou ter abandonado todas as suas atividades fora de casa, pois seu familiar depressivo requer atenção por tempo integral. Este é o caso de uma pessoa que tem idade avançada, e que deixou de fazer hidroginástica, de participar dos grupos de terceira idade, entre outras atividades, para cuidar do familiar depressivo. A mudança de hábitos significa, muitas vezes, que alguém da família tem que se subtrair do mundo para dedicar-se, exclusivamente, aos cuidados do familiar doente como ilustra esta fala: “... o ano passado sai completamente [das atividades], agora esse ano já voltei, eu não to aguentando mais essa pressão, essa coisa de ficar só em casa, eu senti que eu tô precisando voltar” (familiar).

A necessidade de cuidados por tempo integral sobrecarrega a família e com pouco ou nenhum auxílio técnico, sozinhas no ato de cuidar, se fragiliza, podendo levar, muitas vezes, toda a família a “adoecer”. O médico de um dos familiares recomendou que esta pessoa voltasse a se cuidar e voltar às suas atividades para manter-se saudável. Ela percebe que está se afetando muito com o cuidado intenso do familiar depressivo e diz: “quem tá doente é ele não eu, ... eu não posso ficar só em casa” (familiar). Codificando a fala desta pessoa percebe-se que sua vida mudou muito após a depressão do familiar.

Além de incapacitar a pessoa que sofre de depressão, esta doença acaba tolhendo, também, quem cuida da pessoa doente. É uma doença que exige muita atenção de quem cuida, pois são pessoas que se tornam muito dependentes, inseguras, com pânico, além de sujeitas ao risco do suicídio: “... e ele se sente inseguro ele de vez em quando ele diz que tem medo de alguma coisa, tem medo que vá acontecer alguma coisa, ele tem muito medo ...” (familiar).

Quem cuida diretamente do familiar depressivo praticamente abandona sua vida, suas atividades. E é muito difícil para a pessoa conseguir trocar suas atividades, principalmente quando é desassistida, pela equipe de saúde, no ato de cuidar de seu familiar em sofrimento mental.

Porta de entrada na rede de saúde mental

Esta categoria reúne os relatos sobre a forma como os usuários ingressaram nos serviços de saúde mental, ou seja, qual foi o primeiro acesso que o sujeito em

depressão e sua família encontraram para o alívio dos sintomas. A porta de entrada para o tratamento, ou detecção da depressão, na maioria das vezes é o HUSM. Isto acontece pelo fato de as pessoas terem conhecimento somente da psiquiatria do Hospital; ou, porque a crise depressiva ter acontecido à noite e a psiquiatria do HUSM ser o único local de acolhimento; ou, por já estarem internadas no Hospital por outro problema de saúde; ou, por dificuldade de encontrar atendimento em serviços primários ou secundários de saúde mental.

Os achados apontaram para a facilidade das pessoas em encontrar atendimento emergencial no HUSM, talvez por isso elas recorram frequentemente para o hospital sempre que necessitam de atendimento psíquico. No entanto, o Hospital segue os preceitos do SUS, faz o atendimento emergencial e recomenda ao usuário para que procure e realize tratamento perto de sua casa: *“É aquele atendimento rápido assim, inclusive de lá [HUSM] eles mandam a gente procurar um, alguma coisa mais perto de casa”* (familiar).

Apenas dois dos sujeitos entrevistados relataram terem passado primeiramente pela UBS, procurando alívio para seu sofrimento. Um procurou a UBS perto de sua casa onde sua família conhece os profissionais, entretanto, após o médico diagnosticar depressão para seus sintomas, a encaminhou para o ASM. O outro refere ter permanecido oito meses em tratamento para depressão na UBS e “não deu certo” então o médico da Unidade o encaminhou para o CAPS II, estando há quatro meses nesta instituição. As outras formas de entrada nos serviços de saúde mental são diretamente no CAPS ou no ASM.

A participação da família no tratamento

Aqui, trata-se sobre o modo como as famílias se inserem ou são inseridas no tratamento de seu familiar depressivo. Uma das formas mais comuns da família participar do tratamento são os cuidados em relação à medicação. Tanto os usuários quanto os familiares referem que a pessoa que cuida diretamente do familiar depressivo tem como preocupação básica o controle dos remédios: para que não esqueçam a medicação, a hora de tomá-los, para que não falem, cuidado com os efeitos dos remédios, as recomendações: *“Eu acompanho vendo quais os remédios que ela está tomando, lendo as bulas pra ver reações ou coisas assim, o que pode,*

contraindicações ou coisa do tipo e observo como ela mudou durante o tratamento como era” (familiar).

Para alguns familiares o tratamento do familiar depressivo se resume ao uso frequente de medicamentos. Como é o caso deste cônjuge que diz que para que sua parceira fique bem, deveria tomar a medicação sempre, sem parar, e, compara o sofrimento da esposa com o seu problema físico, salientando que se ele toma a medicação para seus problemas e melhora, ela deveria fazer o mesmo: “... *se tomar [os remédios] acho que até ..., eu vejo por mim, eu tenho [cita a enfermidade] então eu tenho que tá sempre tomando um remedinho, um de manhã e um de noite, me cuido se eu tenho que tomar eu vou tomar” (familiar).*

Outra forma da família participar é acompanhando nas consultas no ASM ou no CAPS. Os familiares relataram acompanhar seus familiares em depressão, principalmente nas primeiras consultas, e/ou nos momentos em que os sujeitos estão muito fragilizados pela doença: “*É, como eu tô bem eu venho sozinha, mas, no início o pai veio comigo, a mãe, ele me acompanhava” (usuário).*

Um dos familiares relatou participar das atividades do CAPS. Porém, a participação acontecia por conta própria, ou seja, ela procurava se inserir nas atividades, como, por exemplo, ajudar na horta, nos trabalhos manuais “*não ficava sentada, eu ajudava né” (familiar).* Esta fala demonstrou que não havia uma atividade específica e sistematizada para os familiares.

A família se insere no tratamento acompanhando nas consultas, no uso da medicação, por iniciativa própria. Não se percebeu a equipe de saúde mental “chamando” a família para o tratamento. Não se observou uma política clara de inclusão sistemática da família no projeto terapêutico de seu familiar. Além disso, ela se fragiliza e “adoece” por não ser acompanhada no seu sofrimento em lidar com o familiar depressivo.

Quase que invariavelmente no momento da dor, do vazio, dos acontecimentos em volta não fazer sentido, a família é o que de real segura o sujeito, como, por exemplo, este usuário que fala da importância da família e do tratamento no ASM: “*então a minha família dum lado e eles do outro têm deixado bem mais leve a minha carga” (usuário).* A família, por sua vez, ratifica esta ideia como, no caso desta mãe que destaca a importância de ter alguém que ajude a “tirar” a pessoa da depressão: “*precisam de que tenha alguém que ajude a sair disso, porque é muito triste uma depressão” (familiar).* Os familiares demonstraram esforços para lidar com o

depressivo: *“procurar manter o pensamento sem se deixar abater pela depressão”* (familiar).

Em alguns casos, mesmo as famílias não conhecendo muito sobre a doença, procuraram formas para lidar com as “crises” depressivas: *“mas eles percebem já, mais ou menos acho que sabem né, daí tipo eles respeitam isso assim, eles mais ou menos acho que sabem, como eles podem saber mais, o que fazer para eles saberem mais”* (usuária).

Porém, a participação da família, na maioria das vezes, parece se restringir a uma extensão do consultório, ou seja, os cuidados com as datas e horários das consultas, para que não falte a medicação, para que o familiar não deixe de tomar a medicação, na busca de receitas quando o usuário não pode fazê-lo, entre outros. A família se mostrou zelosa nestes cuidados não medindo esforços. Mesmo assim se sente frustrada por não conseguir, na maioria das vezes, aliviar o sofrimento de seu familiar doente: *“eu me sinto mal porque eu não gosto de ver, ela sendo uma pessoa e de repente do nada caí assim [...] eu não consigo ajudar, me sinto mal por isso”* (familiar). Há um limite intransponível da família no auxílio ao familiar depressivo, mesmo assim, se percebeu a disposição em relação ao colaborar, no que for necessário, para alcançar o bem estar de seus familiares com depressão e entender a doença.

O apoio da família é fundamental para que o portador de sofrimento psíquico possa ser assistido por uma equipe de profissionais e continuar no convívio familiar. Isto foi observado no caso de uma usuária que, pelo fato do marido ter percebido que ela não estava bem, quando ele foi levar o material de higiene para ela no hospital onde ela ficaria internada, e, acabou a levando para casa assumindo a responsabilidade de cuidar dela. Isto fez com que ela pudesse permanecer em casa com ele e com as filhas. Enquanto o marido e os filhos seguem suas atividades de trabalho e escola, ela está no CAPS. O atendimento intensivo no CAPS não sobrecarrega a família, todos se mantêm em suas atividades e compartilham os momentos de lazer: *“o meu cunhado que, eu tenho um cunhado que é solteiro, ele disse assim como é que o A. conseguiu; eu disse decerto porque gosta de mim, tenta sair comigo, me levar, ele gosta muito de viajar, me leva junto, mesmo eu doente assim como eu tava meio bobalhona, me levava junto, a família é a coisa mais importante na vida da gente, os filhos é tudo”* (usuária). Ela não se sente excluída e se sente satisfeita com o atendimento no CAPS e em relação à

participação, ao apoio da família em seu tratamento: *“ele disse agora é só tu A. tu precisa de mim eu tenho (tento) ficar contigo, eu acho que, eu só to viva assim sabe, por causa deles, senão eu já tinha...”* (usuária). O esposo incentiva para que ela continue fazendo as atividades que fazia antes de sofrer de depressão, e a acompanha sempre nestas atividades: *“ele quer que eu vá, que eu tenha aquele compromisso, ele quer que eu tenha responsabilidade, porque antigamente era tudo eu sabe, então ele não me tirou aquilo totalmente [...] nunca me tirou aquela coisa assim sabe de eu não ser a dona da casa”* (usuária).

Aguardando atendimento

Esta categoria versa sobre a carência de serviços de saúde mental e, conseqüentemente, das “filas” de espera que as pessoas em sofrimento psíquico enfrentam até serem atendidas. As pessoas que procuram os serviços de saúde até conseguem com certa facilidade serem acolhidos. Faz parte do acolhimento a recepção, a escuta das “queixas” por um dos profissionais da saúde (enfermeiro, psicólogo), o preenchimento de um formulário com os dados do usuário e um possível “diagnóstico” (natureza das queixas). A fluidez do acolhimento faz parte tanto do CAPS quanto do ASM e das UBS, conforme os relatos dos usuários. Portanto, o serviço de acolhimento funciona com eficiência, porém, após o acolhimento e um parecer que recomende algum tipo de atenção na saúde mental, o usuário tem que aguardar um longo tempo até ser chamado para receber o devido tratamento: *“fui no postinho o doutor me disse que era uma depressão depois eles marcaram na saúde mental, depois de tempo né, depois de um ano, sempre tomando remédio”* (usuária); *“Desde, novembro desde que ela deu alta do hospital a gente já encaminhou tudo né, mas até agora nada né, a gente não obteve resposta [...] É tem que entrar numa fila de espera e é só ali que tem psiquiatria”* (familiar).

As pessoas que são acolhidas no CAPS II e são diagnosticadas com depressão, são encaminhadas para o ASM. Raras vezes estas pessoas permanecem no CAPS. O motivo explicitado é que o CAPS está mais para usuários com transtornos mais “severos” como, por exemplo, os com diagnóstico de esquizofrenia do que os com diagnósticos considerados mais “leves”, como é entendida a depressão.

Acontecem alguns casos em que a pessoa tem que “dar um jeito” enquanto aguarda atendimento nos serviços de saúde mental. Os profissionais da saúde sensibilizados com o dilema do usuário que necessita de assistência, e não encontra com facilidade, acaba por dar solução de forma isolada e provisória até que o usuário seja assistido de forma adequada nos serviços de saúde mental, por equipe multidisciplinar, (não significa que isto acaba acontecendo também): *“Uns dois anos mais ou menos, daí a doutora [psiquiatra] começou a me assistir pelo [plano de saúde], eu pagava a diferença na consulta lá, e eu digo assim eu acho muito demorado, muito demorado e dessa maneira aqui é muita espera, se a pessoa tem... a pessoa não aguenta...”*; relato de um usuário lamentando o grande número de pessoas na fila de espera para atendimento no ASM e considerando a espera pelo primeiro atendimento muito demorada: *“a pessoa pode não aguentar esperar tanto [...] eu não tinha como suportar”* (usuário).

Alguns dos entrevistados referem terem utilizado, determinadas vezes, os serviços oferecidos pelas clínicas de estágio das faculdades de psicologia. Entretanto, também nestes lugares as pessoas têm que enfrentar filas de espera para atendimento psicológico. *“É tem que entrar numa fila de espera e é só ali que tem psiquiatria, na [instituição de ensino], por exemplo, a B andou com uma pessoa da psicologia, é bem interessante tu paga 5 reais só por mês, mas também tu tem que entrar numa fila”* (familiar).

Perda da autonomia

Esta categoria foi desenvolvida com o intuito de reunir os relatos em torno do comprometimento causado pela depressão. A depressão afeta não somente a vida particular do sujeito, no âmbito biológico, na rotina familiar, mas, também compromete a existência do sujeito, enquanto integrante de uma coletividade com todos os seus encargos, compromissos e reconhecimentos. O sofrimento psíquico faz com os usuários percam a capacidade de autonomia. Na maioria dos casos, a depressão afastou o sujeito dos seus afazeres, do trabalho e dificulta as tarefas diárias, dele e da família: *“Daí ela diz assim, porque tu não me chamou para fazer a comida, porque tu não me chamou para ficar com a nenê, porque eu prefiro que tu esteja dormindo, que eu acho que tu tá mais tranquila”* (familiar).

Os achados apontaram para o alto número de pessoas que têm de deixar de trabalhar em função da depressão. Chefes de família (mulheres e homens) se afastaram ou são afastados do trabalho pela depressão.

A depressão é uma doença incapacitante, afeta integralmente todo o ser. A adaptação à vida social se torna difícil ou pelos sintomas ou mesmo pelos efeitos da medicação (sono, distração): *“tomo mais ele [o remédio] de noite, porque, ele me deixa muito sonolento, meio travado [...] O que ainda permanece é de eu de repente assim perder a vontade de sair [...] já aconteceu várias vezes de eu tá pronto pra ir à academia e chegar no portão e voltar e não conseguir sair”* (usuário). Os relatos demonstram a perda da capacidade de se autodeterminarem e a dependência completa da família. A vulnerabilidade do usuário se expressa na dificuldade em superar os empecilhos impostos pela enfermidade para que a pessoa possa desenvolver algum tipo de atividade: *“ela é uma criatura assim super inteligente, ela já fez vários cursos, mas ela não tem aquele ânimo, assim sabe de, de lidar sozinha, ela começa e já fica apavorada e daí, e já não consegue mais”* (familiar). O abandono do emprego e das atividades cotidianas colabora para que estes sujeitos tenham sua autoestima abalada.

Vulneração social

Diretamente vinculada à categoria anterior, esta se refere ao convívio social e a como os sujeitos se sentem enquanto sujeitos portadores de um sofrimento mental. Muitos se descreveram como pessoa ativa, alegre, divertida, antes da depressão. Os familiares ratificaram as falas dos usuários na descrição de seus familiares doentes como é o caso desta esposa que descreveu o marido antes e depois da depressão: *“e ele era muito ativo e agora todo esse tempo desde o ano passado ele é muito apático completamente diferente”* (familiar).

As falas remetem a uma espécie de aprisionamento causado pela doença, à incapacitação provocada pela doença e ao esforço da pessoa para superar esse estado: *“eu ficava preocupada, porque assim, aos olhos dos outros a gente depressiva parece uma pessoa inútil”* (usuária).

Os relatos dos usuários remetem à ideia de que são vistos como se não conseguissem reagir à doença por falta de vontade própria: *“... a gente se sente inútil, a gente fazia e não pode fazer, não tem segurança se vai fazer se tocar de*

fazer acha que não vai dar certo então fica tudo assim né, e tem pessoas que às vezes não entende, a gente tá dum jeito coisa assim a pessoa acha que a gente tá se fazendo que a gente tá bem tem que fazer assim como fazia antes” (usuário).

Está presente nas falas o sentimento de apavoramento, fragilidade, suscetibilidade frente à doença: *“ah eu me sinto apavorado, eu não tinha isso aí antes, eu era são, às vezes uma dor de barriga coisa assim... e eu era de não chorar coisa assim como eu tava explicando pro doutor (psicólogo) e agora não qualquer coisinha me abala”* (usuário). O relato representa um abalo exacerbado diante dos fatos cotidianos.

Além disso, a situação de depressão remete os sujeitos a uma condição de infantilização, constatada na necessidade constante de amparo, no estado de vulnerabilidade e na necessidade de que alguém diga o que fazer: *“acompanhava ele, até viajar [...] eu fui também com ele”* (familiar).

Outra questão que se apresentou na situação de depressão é o tempo. Os participantes costumam comparara rotina atual e antes da depressão. Agora, dizem eles, parece que o tempo não passa. Está presente nas falas o sentimento de inadequação, sentimento de como se as coisas não andassem pra eles: *“parece que as coisas não, não andam pra mim às vezes [...] e quando eu trabalhava, fazia as coisas lá em [cidade] eu tinha freguesia tudo lá, o tempo passava, e aqui eu não, parece que o dia não passa pra mim”* (usuário).

Diagnóstico

Esta categoria reuniu propriedades que tratavam da forma como é realizado o diagnóstico, por quem (profissional), em que contexto, os critérios que envolvem o diagnóstico e a necessidade de formalizar um diagnóstico.

Uma usuária relatou que foi diagnosticada com depressão no posto de saúde que procurou quando se sentiu mal (dor nas pernas, ...). O médico a medicou e a encaminhou para o ASM. Apesar de ter dúvidas de seu diagnóstico o usuário não costuma questionar o diagnóstico realizado pelo médico: *“No postinho o doutor me disse que era depressão, depois eles marcaram na saúde mental [...] é mas acho que as vez não tenho [depressão] [...] não sei, eu vejo as coisas diferente [...] eu tenho tanta força que as vezes eu acho que eu não tenho depressão”* (usuária).

Por outro lado, para o sujeito obter auxílio doença, deve constar no laudo (atestado), um número correspondente ao transtorno que acomete o sujeito, ou seja, o sujeito deve se encaixar em algum destes números.

3.3 CODIFICAÇÃO AXIAL

Esta fase da análise dos dados foi ainda mais dinâmica. Foram confeccionados diagramas mais elucidativos dos dados (Figuras 1, 2 e 3). Os diagramas tiveram o objetivo de facilitar a comparação e o confronto entre as categorias. A partir do exame dos diagramas foram analisados e estabelecidas as conexões entre eles. As conexões foram realizadas através das semelhanças e diferenças das características existentes em cada categoria. Após, foi sendo configurado um diagrama que abrangia todos os outros (Figura 4). Deste emergiu o que veio a se tornar a categoria central – *vulnerabilidade*, que mais adiante recebeu o nome de *As faces da vulneração na atenção à saúde mental*.

Ainda nesta fase da codificação axial os dados codificados foram sendo classificados por cores. Nas codificações percebeu-se que os códigos e as categorias que estavam emergindo giravam em torno de três temas: a) Os conflitos e dificuldades que a depressão implica na vida dos usuários; b) As questões que dizem respeito ao processo que envolve a atenção (tratamento) das pessoas que sofrem de depressão; e, c) Os dilemas das famílias no enfrentamento do sofrimento psíquico de seus familiares. Os temas referentes ao mesmo assunto recebiam cores iguais. Cada grupo destes recebeu uma cor diferente, o primeiro recebeu a cor laranja, o segundo, a cor verde e o terceiro, a cor amarela (Apêndice H).

A partir disto e das conexões permitidas através da codificação axial foi possível visualizar o todo com mais nitidez. Assim, observou-se que estas categorias poderiam ser incorporadas conforme os três grupos descritos acima.

Os três grupos de dados se tornaram macro categorias que receberam o mesmo nome dos diagramas, isto é: 1) *Usuário como sujeito em sofrimento psíquico*; 2) *Tratamento fragmentado e centrado no modelo biomédico*; e, 3) *A família suprimida e desassistida no processo terapêutico* (Apêndice I).

A seguir são descritas as macro categorias e no início de cada uma delas está exposto o diagrama que a representa (Figuras 1 a 3).

1 Usuário como sujeito em sofrimento psíquico



Figura 1 – Usuário como sujeito em sofrimento psíquico

Neste grupo de categorias foram arranjados os assuntos concernentes às especificidades da vida do sujeito convivendo com a depressão. Aqui está presente a questão da valorização social em que se encontra o sujeito deprimido. Na verdade, o sentimento é de desvalorização social por parte destes sujeitos, pois uma das primeiras coisas que acontece quando a pessoa entra em depressão é ter que abandonar o emprego. Isto acontece por iniciativa do próprio sujeito que fica desmotivado a sair de casa ou em função do tratamento que, muitas vezes, impossibilita conciliar com o emprego. O sujeito se sente tão imensamente fragilizado que não consegue enfrentar as situações do mundo do trabalho. Além disso, o tratamento, na maioria das vezes, o alto uso de medicamentos, incapacita a pessoa para exercer suas tarefas. Assim, acaba abandonando o emprego por tempo indeterminado, muitas vezes, levando-o a fazer parte do quadro de incapacitados para o trabalho, os “encostados” nos serviços de previdência. Não surpreende que tal situação leve ao sentimento de inutilidade, presente nas falas dos entrevistados.

Não fazer parte do mundo do trabalho gera o sentimento de estar fora da engrenagem social, à margem do sistema produtivo.

Provavelmente, a situação descrita é, em boa parte, responsável pelo isolamento com que os sujeitos se sentem acometidos. As falas remetem ao estigma em que se veem capturados estes sujeitos. O olhar da sociedade (dos outros) recai sobre eles de forma a se sentirem inúteis, incapazes, e à margem da dinâmica social. Situações que reforçam, cada vez mais, a dependência total da família, se formando um sistema de retroalimentação em que desvalorização social, estigma e preconceito retroalimentam a dependência do sujeito na família. Questões estas que revelam a vulneração social vivida pelo sujeito em depressão.

Este panorama favorece que se configure um quadro de cronificação da depressão. Os sujeitos permanecem enredados nesta dinâmica em torno da depressão e do que isto acarreta. A incapacitação e o conseqüente afastamento das atividades é um dos fatores que propiciam a baixa autoestima, assim como o preconceito e o estigma. Agregados ao tratamento insuficiente em relação ao favorecimento da reinserção social, a recuperação deste sujeito fica ainda mais difícil.

2 Tratamento fragmentado e centrado no modelo biomédico

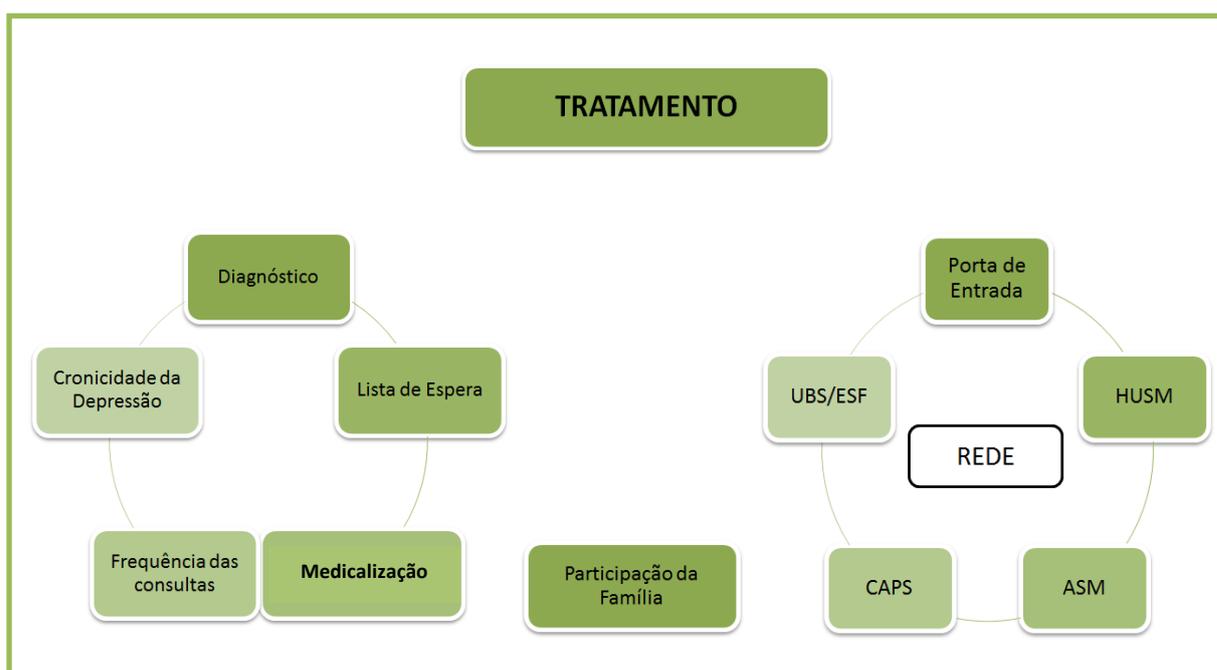


Figura 2 – Tratamento fragmentado e centrado no modelo biomédico

Este grupo reúne as categorias cujos temas tratam das características que envolvem a atenção à saúde mental, atualmente, no município estudado. É constante nos relatos os usuários mencionarem que tiveram seu primeiro atendimento no Hospital Universitário de Santa Maria, ou seja, a sua trajetória na saúde mental se inicia em um serviço terciário de saúde. A partir dali são recomendados a procurarem as unidades de saúde perto de suas residências. O serviço de saúde mental do HUSM tem como característica o atendimento emergencial, e/ou internações em casos agudos de sofrimento mental. O HUSM, dentro da rede de atenção à saúde mental, representa o último estágio na rede, ou seja, para lá são encaminhados os usuários que necessitam de internação por se encontrarem em estado agudo de sofrimento psíquico, crises mais profundas.

O usuário consegue com certa facilidade ser atendido no HUSM, mas, isto não acontece quando procura tratamento integral e efetivo como preconiza a atenção à saúde mental. O intervalo de espera entre a procura por atendimento pelo usuário até ser efetivamente incluído em tratamento é longo. O tempo de espera para acolhimento é, de certa forma, rápido. Assim que a pessoa procura ajuda em um sistema de saúde mental ela é acolhida por um profissional de saúde mental que registra o atendimento em uma ficha de acolhimento. Depois disso então a pessoa passa a aguardar para o atendimento propriamente dito. A pessoa que faz o acolhimento designa o próximo passo que é, geralmente, o atendimento pelo psiquiatra. No ASM o tratamento se resume no atendimento pelo psiquiatra e as prescrições de medicamentos. No CAPS o tratamento dos entrevistados envolve grupos, oficinas e atendimento psiquiátrico; os participantes do estudo atendidos pelo CAPS fazem uso de assistência de forma intensiva e semi-intensiva.

A questão da frequência com que os usuários são atendidos depende do local do tratamento. No CAPS os usuários que fazem parte do sistema intensivo de assistência vão diariamente à instituição e participam de algum tipo de atividade como, por exemplo, oficinas, ginástica, grupos terapêuticos. Os que fazem parte do sistema semi-intensivo vão ao CAPS uma vez por semana participar de grupos ou oficinas. Os usuários do CAPS têm consultas com o psiquiatra, conforme a necessidade demandada por eles ou conforme a avaliação dos profissionais. No entanto, os usuários que são atendidos no ASM frequentam a instituição esporadicamente, com intervalos de dois ou três meses. E estas visitas ao ASM têm por objetivo a consulta com o psiquiatra e giram em torno da medicação (receitas).

Apenas a minoria deles participa de grupos terapêuticos semanais. Os grupos terapêuticos abertos acontecem duas vezes por semana (cada dia da semana é para um grupo de pessoas) e são coordenados por estagiários de psicologia. Como a grande maioria das pessoas que sofrem de depressão é assistida pelo ASM, significa que a maioria deles recebe atenção dos serviços de saúde mental bimestralmente ou trimestralmente.

O que torna esta constatação ainda mais perturbadora é que esta ida esporádica ao ambulatório tem por finalidade “pegar a receita”. Então acaba que a maioria tem a medicação como único tratamento. Frente à complexidade da depressão o profissional acaba por receitar várias qualidades de medicação, conforme se constatou nas falas dos entrevistados. A medicalização acaba sendo uma das únicas alternativas de esperança de alívio dos sintomas. Quando questionados sobre outras formas de tratamento a resposta mais comum foi: *“não eu tô só com os antidepressivos”* (usuário). Constata-se que assim como os sintomas depressivos restringem os sujeitos de suas atividades cotidianas o excesso de medicação também provoca limitações ao sujeito. Ao mesmo tempo em que atribuem à medicação uma ajuda importante para suportarem os sintomas da depressão, também criticam o excessivo uso e quantidade das mesmas: *“só o ruim assim é que é muito remédio, ela fica muito aérea com os remédios [...], esses tempo ela teve uma perícia do benefício, eu fui com ela e ela não lembrava no outro dia que ela tinha ido por causa dos remédios, tem vezes que não faz diferença algumas, mas tem vezes que afeta bem ela, não sei por que o tratamento, mas é isso* (familiar).

Um aspecto que se tornou relevante ao longo do estudo e talvez devesse estar na ponta deste grupo de subcategorias é a questão do diagnóstico. Optou-se por manter a “ordem” em que os códigos foram se estruturando. Entretanto, serve também como forma para “encerrar” este grupo de categorias que se refere à atenção à saúde mental e instigar uma reflexão. Os relatos fazem pensar sobre a forma e os critérios de realização do diagnóstico. Muitas vezes, já no relatório de acolhimento se observa o registro dos sintomas que caracterizam a depressão, e junto vem parte de uma história da vida da pessoa, algum episódio, alguma perda que parece justificar tais sintomas. As entrevistas igualmente corroboram tal fato, logo nas primeiras perguntas o usuário confirmou seu diagnóstico de depressão e depois referiu episódios que causaram profundos sofrimentos. Pode-se constatar

que os diagnósticos foram realizados por clínicos gerais, psicólogos e psiquiatras. Pode-se observar, também, que ao passar de um profissional para outro ou de uma instituição para outra o diagnóstico permanece praticamente inalterado.

3 A família suprimida e desassistida no processo terapêutico

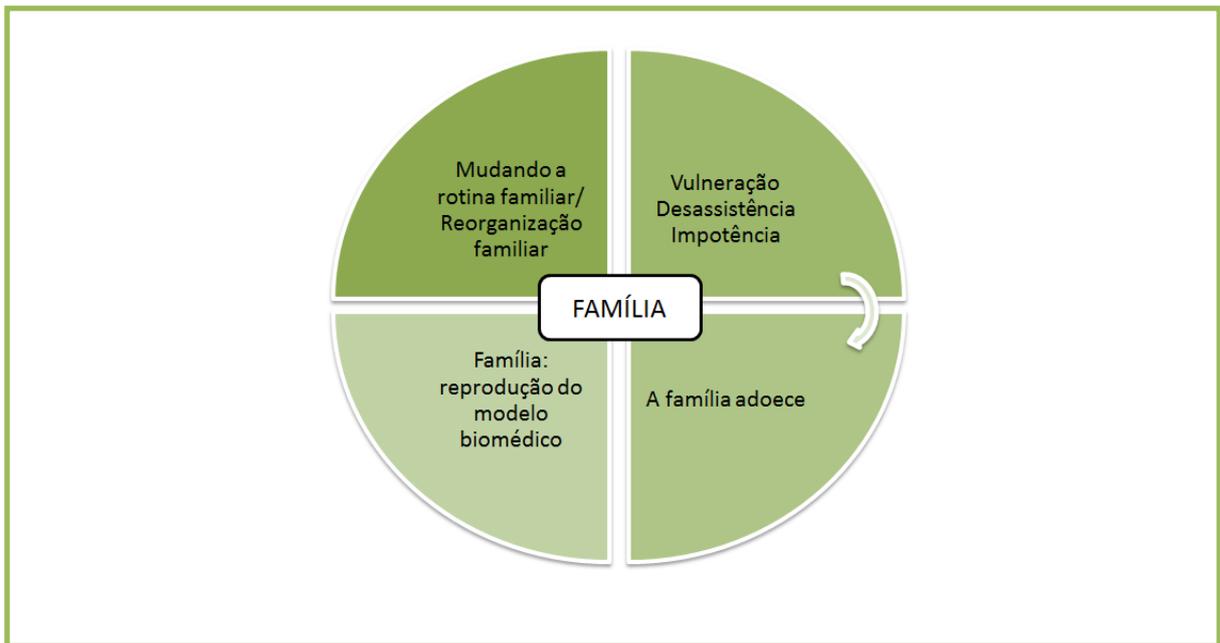


Figura 3 – Família suprimida e desassistida no processo terapêutico

Este grupo reuniu as categorias que abordam os assuntos do envolvimento da família no tratamento de seu familiar depressivo e as questões em torno disto.

No que concerne à família, observou-se que é praticamente inevitável a mudança na rotina familiar, em função dos cuidados com o familiar doente. As famílias relatam as formas como elas se reorganizam para atender às necessidades de quem tem um “depressivo” em casa. O cuidado do familiar em depressão exige tempo integral e normalmente é “eleito” um dos familiares para esta tarefa. Por isso, é comum alguns terem que deixar seus empregos. A diminuição da remuneração de um dos membros da família, somada aos gastos com o tratamento (medicação, locomoção), acaba dificultando ainda mais as condições materiais/financeiras de algumas famílias. Esta reorganização, em alguns casos, tem um custo elevado, resultando na anulação de quem cuida. Pessoas que eram ativas têm que abandonar suas atividades para cuidar do familiar doente. Pois dificilmente acontece de haver uma distribuição igual dos cuidados entre as pessoas da família.

Acontece, também, de os familiares se sentirem impotentes frente ao sofrimento do familiar depressivo e em alguns casos a família “adoece”: “*Eu não consigo ajudar, me sinto mal por isso*” “*pena que não dê pra fazer mais [...] alguma coisa que ajudasse ela a se livrar de vez da depressão*” (familiar). A vulnerabilidade da família se agrava no desamparo das mesmas por parte da equipe de saúde como é o caso, por exemplo, de uma mãe que interroga o médico da filha sobre o que fazer e ele lhe responde que é ela quem deve saber cuidar de seus problemas. Os familiares sofrem ao ver um ente querido, às vezes, totalmente diferente do que era, do que costumava ser. Passa a ser alguém vulnerável, infantilizado, fóbico, incapaz. Frente ao desconhecimento da doença há um sentimento de abandono por parte dos familiares por não saber a quem recorrer para obter respostas para suas dúvidas sobre a doença. Sentem falta de esclarecimentos, de como lidar com o familiar depressivo. Diante deste quadro a família se encontra em situação de vulneração, a família adocece.

Outra constatação é que a participação da família no tratamento acontece de forma intuitiva, particular de cada família. Não se verificou uma política de integração da família no tratamento das pessoas em sofrimento psíquico. É frequente, referirem cuidados com a medicação (horários, efeitos, reposição) e com o acompanhamento nas consultas médicas, por iniciativa própria. Além do cuidado diário na alimentação e para não se ferirem. A maioria refere não saber quase nada sobre a depressão e os que dizem saber, ou estarem informados, buscaram as informações por conta própria.

Além disso, esta fase da análise solidificou o que vinha se delineando como a categoria central (*core category*). Um diagrama com as três categorias com ramificações em subcategorias tornou visível uma variável que estava presente em todas elas, a vulnerabilidade (Apêndice J). Esta variável funcionou como um elo entre as categorias, ou seja, o “conceito organizador” do estudo, permitindo uma leitura integrada dos conteúdos expressos nas categorias. A *core category*, que havia sido denominada inicialmente de *As faces da vulneração* agora mais consistente, passa a se chamar *As faces da vulneração na atenção à saúde mental*.

3.4 CODIFICAÇÃO TEÓRICA

Esta etapa, também chamada codificação seletiva, tem por finalidade entrelaçar a narrativa de certa forma até então fragmentada. Com a codificação teórica buscou-se obter um enlace dos códigos focais, uma integração entre eles. Aqui os códigos teóricos servem para conceituar o modo como os códigos fundamentais estão relacionados e também transformam a história analítica para uma orientação teórica.

Por meio da identificação da *core category*, *As faces da vulneração na atenção à saúde mental*, conceito que perpassa por todas as categorias, se chega à integração de todas elas, o que vai possibilitar a discussão da temática da assistência ao sujeito em depressão e sua família (Figura 4).

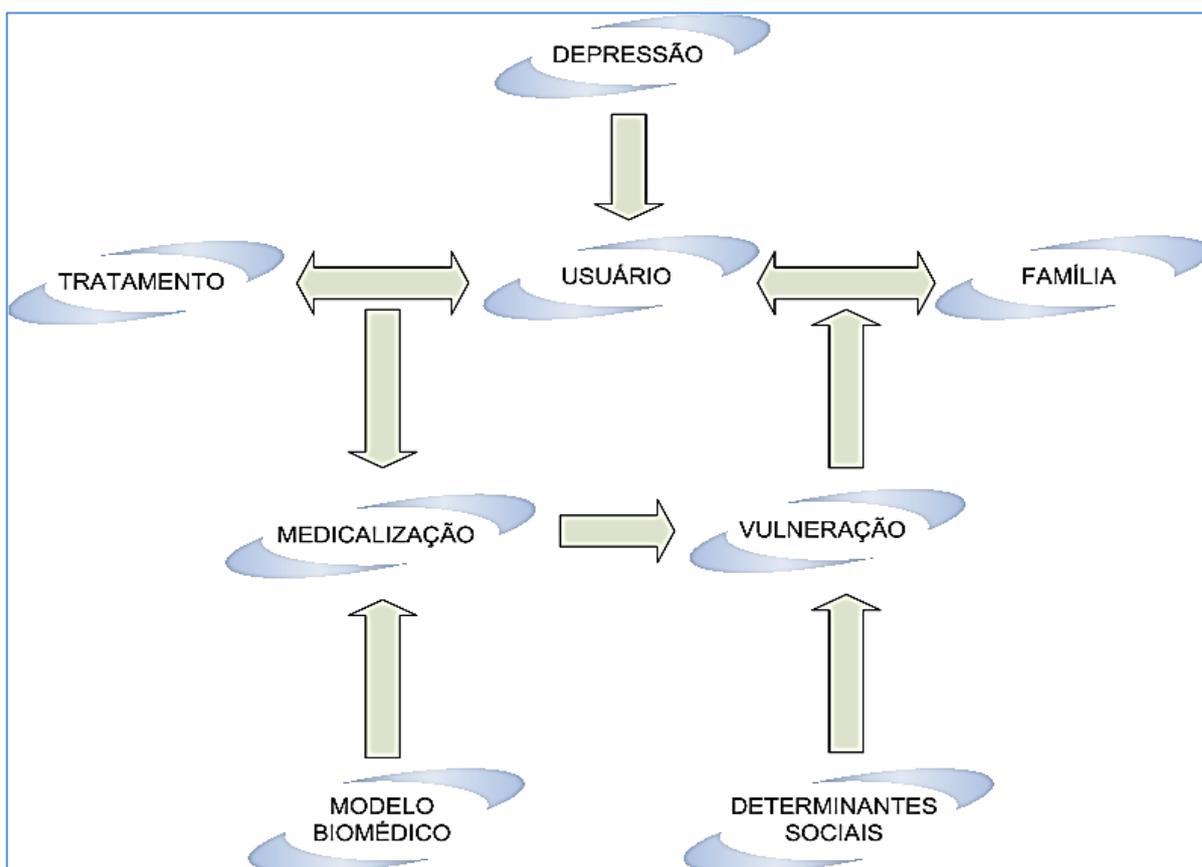


Figura 4 – Modelo de atenção à saúde mental

A vulnerabilidade está presente quando os usuários falam de sua fragilidade para lidar com atividades cotidianas, destituídos de sua autonomia. Quando não conseguem trabalhar ou se locomover por conta própria.

A vulnerabilidade nos serviços de saúde mental foi identificada através da constatação de estratégias pouco consistentes na atenção à saúde mental e na fragmentação da rede de saúde. A assistência à saúde mental acontece de forma pontual e isolada. Apesar dos esforços, a assistência não funciona em rede. O sistema primário de assistência nesta área praticamente é inexistente

Devido à forma como se estruturam atualmente os serviços de saúde mental, isto é, isolada, fragmentada e de um modelo que tem dificuldades de se afastar do modelo biologizante, o diagnóstico igualmente representa uma forma de vulneração. Parece que os diagnósticos são realizados de forma “apressada”, “superficial”. Isto acaba se refletindo no uso da medicação, que, conforme já foi mencionado, é utilizada de modo excessivo. Em consequência, devido aos efeitos da medicação, a vulneração acaba por aumentar.

Em relação às famílias, a vulneração foi identificada quando elas se declararam impotentes para lidar com seus familiares em depressão; nas suas inquietações frente ao desconhecimento sobre a doença; na forma como elas têm que enfrentar sozinhas o desconhecido. A vulneração da família é aumentada diante da ausência de programas e de estratégias de inserção da família na atenção à depressão. O tema da vulneração irá permear toda a discussão do estudo.

4 DISCUSSÃO

Movimento social e disciplina, a bioética ocupa lugar particular entre as éticas aplicadas. Apesar de sua recente criação, a bioética tem produzido intensas reflexões e larga produção teórica a fim de promover, cada vez mais, ações e atitudes coerentes com uma vida qualificada. Em uma vida de qualidade está intrínseca a ideia de dignidade humana, e esta vai muito além da segurança da sobrevivência dos seres humanos, tem um compromisso com a garantia da cidadania dos sujeitos. A constante luta pela cidadania gira em torno de dois pontos: que ela não seja violada e que seja uma conquista de todos, sem exceção. São pontos intrincados, mas, diferentes, pois grupos ou pessoas que nunca gozaram da cidadania, não têm como perder algo que nunca tiveram. Como, por exemplo, grande parte dos doentes mentais. Pessoas não possuidoras de direitos, por não ter consciência deles, nem exigir sua efetividade e não participar, direta ou indiretamente, das discussões em que suas vidas estão implicadas, a tomada de consciência e a efetivação dos seus direitos tornam-se aspectos fundamentais para a vivência da cidadania.

A bioética, tendo como premissa básica a sua aplicabilidade em situações concretas de falta de cidadania, se constitui em referencial indispensável no enfrentamento à vulneração das pessoas em sofrimento mental, para intervir e proteger a sua dignidade. São sujeitos concretos, em contextos específicos que necessitam de soluções reais e contextualizadas para seus problemas. As bioéticas de cunho social e político, desenvolvidas na América Latina, como é o caso da bioética de intervenção e bioética de proteção, que se expressam na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos⁽¹⁰⁾ servirá de norte para a discussão de uma bioética para a saúde mental. A Política Nacional de Saúde mental também oferecerá elementos para essa discussão^(23,97). A promoção e proteção da dignidade e direitos humanos são temas centrais na assistência em saúde mental que se quer alcançar.

Neste sentido, a discussão procura teorizar sobre as questões de vulneração a que estão expostos os usuários, suas famílias e os serviços de atenção à saúde mental. Para isto os resultados são discutidos a partir das três macro-categorias emergentes no estudo: Usuário como sujeito em sofrimento psíquico; A família

suprimida no processo terapêutico e Tratamento fragmentado e centrado no modelo biomédico.

4.1 USUÁRIO COMO SUJEITO EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

A depressão, assim como o sofrimento psíquico em geral, transtorna a vida e modifica o cotidiano das pessoas, afastando-as do convívio social. O estudo demonstrou que quase a totalidade dos adultos afetados pela depressão acaba se afastando de seus trabalhos. Deixam suas atividades de lazer. Até mesmo as tarefas mais elementares do cotidiano passam a ser descuidadas, sentem-se impotentes. Nas palavras de Jorge e Pinto^(98:338) "o processo de adoecimento propicia uma ruptura na existência de expectativas vitais e de convívio social. O parente adoecido parece morrer aos poucos e socialmente...". Estar fora do mundo do trabalho e das atividades de lazer, mal conseguindo interagir com a família, tornam-se fatores que remetem o sujeito a uma vulneração social.

A depressão provoca a perda da autonomia do sujeito que acaba se afastando do convívio social. A incapacitação provocada pela doença leva a uma forma de aprisionamento, não só do depressivo, mas, muitas vezes, de toda a família, conforme indicaram alguns relatos. A pessoa se encontra em um estado fortemente fragilizado, necessitando ser amparada constantemente pelos familiares. Isto se evidencia na necessidade do acompanhamento às consultas, conforme se verificou nas observações dos locais de estudo, e através das falas dos familiares e usuários. Os usuários entrevistados estão em média há quatro anos em tratamento para a depressão. É comum o sentimento de inutilidade por não reagirem como "deveriam". A dependência é praticamente total, as pessoas perderam a capacidade de se autogovernar, deixaram de serem sujeitos autônomos. Isolamento, distanciamento das relações afetivas, exclusão social e dificuldade em mobilizar o próprio desejo são características dos sujeitos com um longo histórico de sofrimento psíquico⁽⁵⁾. Faz parte, também, a sensação de estagnação e de inadequação, como se o tempo não passasse para estas pessoas. As falas sobre a estagnação do tempo são consonantes com a questão sobre o tempo do depressivo destacada por Kehl⁽⁴⁴⁾, isto é, como se o tempo para a pessoa depressiva passasse de forma diferente do que para as pessoas em sua volta. Família e sujeito depressivo são enredados pela

desestabilização provocada pela doença, desestruturando o cotidiano da vida. Ambos estão vulnerados e são suscetíveis à vulneração.

Conforme se verificou no campo de estudo, devido às listas de espera por atendimento ou pelo fato de não saber ao certo para onde se dirigir em casos de sofrimento mental de um familiar, constata-se que a rede ainda não alcançou um patamar satisfatório. Enquanto esperam por atendimento as pessoas permanecem desassistidas por longo tempo.

Quanto a essa realidade é necessário ter presente que um dos preceitos da construção do novo modelo de assistência à saúde mental é a desinstitucionalização. Esse movimento prevê a construção de uma rede de atenção que dê conta das pessoas que necessitam de atendimento psíquico.

A desinstitucionalização tem, como uma de suas prerrogativas, promover a participação dos usuários dos serviços de saúde mental e de seus familiares nas tomadas de decisões na política de saúde mental, juntamente com os profissionais, gestores, e a comunidade em geral. Desta forma, destaca-se a III Conferência de Saúde Mental como evento basilar para essa conquista da política de saúde mental brasileira. A significativa participação de representantes de usuários, familiares e trabalhadores no evento, forneceu subsídios teóricos e políticos para tais políticas. As conferências de saúde mental são realizadas em nível municipal, estadual, culminando no encontro nacional de delegados escolhidos nos âmbitos municipais e estaduais se constituindo em eventos essenciais na democratização da saúde mental. Até o momento foram realizados quatro destes eventos.

A busca constante pela participação de todos trata-se de uma forma de garantir que os direitos dos usuários sejam respeitados e, conseqüentemente, garantir a co-responsabilização no seu tratamento. Caminho que vem sendo traçado, mas, nada fácil de ser percorrido. Isto demanda esforço de todos os segmentos envolvidos, considerando as dificuldades inerentes a cada um deles. Porém, as dificuldades enfrentadas pelos usuários e seus familiares são ainda maiores, pois se encontram vulnerados pelo desequilíbrio mental sofrido na família. Assim, como esses usuários e suas famílias podem ser agentes participativos dos rumos para sua saúde? Entende-se a necessidade da efetivação das políticas públicas já existentes para enfrentar situação de vulneração dos usuários e suas famílias.

A participação e responsabilização pelo tratamento, ou a discussão em vista de um tratamento mais adequado requer autonomia, tanto do paciente quanto de sua

família, diretamente implicada nos rumos e destino do seu familiar doente. A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos⁽¹⁰⁾ tem como um de seus focos principais o tema da autonomia e sua aplicação a situações de sua diminuição e perda devido às situações de vulneração de pessoas ou grupos. A autonomia deve ser respeitada sempre que o indivíduo possa ser responsável por suas decisões, caso contrário medidas de proteção devem ser tomadas, em favor do sujeito que está sem condições de exercê-la⁽¹⁰⁾. Acredita-se que o sujeito em sofrimento psíquico e sua família podem autodeterminar-se e decidir responsabilmente sobre sua situação, se forem tomadas medidas no sentido de fornecer informações sobre a depressão, o adoecer psíquico e os respectivos tratamentos para que os envolvidos saibam como lidar nas situações. Conforme se observou no campo de estudo a incapacidade provocada pela depressão se equivale a qualquer outra doença mental que comprometa seriamente o estado mental e cognitivo do sujeito. Pois, neste caso os pacientes estão totalmente fragilizados e imersos num mundo à parte, no qual mal conseguem resolver suas demandas cotidianas, tendo dificuldades para superar as barreiras impostas pela enfermidade, incluído aqui o próprio uso da medicação. A maioria dos usuários perdeu sua autonomia ou a tem de forma diminuída. Tal constatação se verifica nas situações em que os usuários demonstraram necessidade de amparo constante de um familiar, e são incapazes de tomar decisões, tendo que pedir que o familiar o faça por eles. Os sujeitos em depressão não conseguem decidir sobre questões que já faziam parte de seu cotidiano, quanto mais tomar decisões sobre algo novo que pode mudar completamente suas vidas como é o caso de ter que decidir sobre um tratamento mental.

As decisões e considerações sobre tratamentos possíveis devem ser expostas de maneira clara e de fácil entendimento para os usuários e seus familiares. Esta prerrogativa pode ser concretizada, através do uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), contemplado nos artigos 6º e 7º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos⁽¹⁰⁾. O primeiro menciona que qualquer intervenção médica só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em questão e com base em informação adequada. O seguinte artigo complementa o anterior referindo que em casos de pessoas incapazes de exprimir seu consentimento, a autorização para uma prática médica deve ser obtida em conformidade com o superior interesse da pessoa e que ela possa participar o mais possível no processo de decisão a respeito de seu

consentimento ou da retirada dele⁽¹⁰⁾. O termo de consentimento para ter valor ético precisa ultrapassar as barreiras da formalidade e se constituir em elemento de parceria entre os envolvidos⁽⁹¹⁾. Além disso, a terapêutica deve ser discutida e reavaliada constantemente ao longo do tratamento. Mas será que isto é possível com consultas esporádicas e tempo limitado? Com um longo intervalo entre as consultas não é difícil de imaginar a dificuldade de se estabelecer um vínculo suficientemente satisfatório, para que os profissionais, pacientes e familiares sintam-se à vontade, confiantes e seguros para estabelecerem discussões aprofundadas sobre o destino do tratamento do usuário.

Neste sentido, usuários e suas famílias encontram-se vulnerados no momento em que não decidem sobre sua saúde, não têm todos os subsídios para decidir. Eles sentem-se destituídos do saber sobre sua doença, passando para os profissionais da saúde a responsabilidade de seu tratamento quando dizem "ele é o médico, ele deve saber". Essas verbalizações dos usuários estão de acordo com a literatura, ao considerar que a maior vulnerabilidade em saúde mental diz respeito à terapêutica, ao paternalismo médico e à dificuldade e responsabilidade para decidir sobre a própria vida⁽⁸⁶⁾.

Outro achado importante, anterior e intrinsecamente atrelado ao tratamento do sujeito em sofrimento mental diz respeito ao diagnóstico. Esta etapa merece discussão à parte, pois o diagnóstico determina a terapêutica que será dispensada ao usuário. Verifica-se, em alguns casos, certa rapidez na conclusão diagnóstica. Sob que critérios e contextos o usuário é entendido como depressivo? Sabe-se o quanto é variável o estado de humor e dependente da situação de vida que a pessoa está passando⁽²⁷⁾. Em muitos casos, já na primeira entrevista o usuário é diagnosticado como depressivo. Essa questão configura-se como problema ético, visto que interfere na produção da subjetividade da pessoa em sofrimento mental. Uma vez diagnosticado, o sujeito passa a incorporar seu diagnóstico e passa a se descrever como tal, "*sou depressivo*", não como um estado transitório e sim como algo incorporado a sua personalidade. O sujeito passa a ser "enquadrado" em um transtorno, conforme se observou que em muitos casos, por exigência burocrática para que o usuário possa receber algum auxílio é necessário atribuir-lhe um transtorno com seu respectivo número. O problema não reside no diagnóstico em si e sim no que Basaglia⁽⁴⁰⁾ chamou de *etiquetamento*, ao analisar o problema do diagnóstico, restringindo as possibilidades de ação. Para o autor: "tão logo

formulado o diagnóstico, o homem desaparecerá de seus olhos [do médico], pois estará definitivamente codificado num papel que lhe sanciona, sobretudo, um novo *status social*"^(40:62).

Portanto, o mote da discussão ética deve ser a acuidade/responsabilidade no momento de se estabelecer determinado diagnóstico, porque este terá consequências sobre como a pessoa em sofrimento psíquico se subjetivará dali em diante. No caso do sofrimento psíquico o diagnóstico se torna tarefa complexa e imprecisa⁽⁴⁹⁾. Na depressão, em particular, apesar das propostas patrocinadas pela indústria farmacêutica, não existe uma etiologia definitiva; biologicamente não existe um marcador, o que leva, muitas vezes, a classificar tristezas e infortúnios da vida como depressão⁽³⁴⁾. Nesta perspectiva, a inventividade de uma organização interativa entre um aparelhamento estatístico médico cada vez mais sofisticado e sujeitos com frustrações e sofrimentos cotidianos, faz com que a depressão seja considerada a epidemia do século⁽³⁴⁾. Infante⁽³⁸⁾ considera que atualmente, a pessoa que procura atendimento psiquiátrico possivelmente receberá diagnóstico de personalidade bipolar, síndrome do pânico, depressão, Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC); se for criança, de hiperatividade, déficit de atenção. Na atualidade, a psiquiatria goza de certo sucesso, se tornando um enigma que merece reflexão. "É uma psiquiatria para um mundo globalizado. Universalização dos procedimentos, hegemonia nos diagnósticos obtidos, e não poderia ser de outro modo, com a exclusão da subjetividade"^(38:63).

Outra questão relevante emergente no estudo se refere à medicalização dos usuários, tema que é discutido também e de forma mais ampla no tópico concernente ao tratamento aos usuários. Invariavelmente, todos os usuários fazem uso de antidepressivos. Ainda mais, os usuários raramente fazem uso de apenas uma medicação, é comum relatarem o uso de vários tipos de medicamentos. A inquietação em torno da medicalização deve-se, sobretudo, por esta não ser garantia de bem-estar aos que a ela recorrem (ou são impelidos a recorrer), conforme demonstrou o estudo. Ao contrário, verifica-se uma perpetuação da depressão causando um efeito alienante, no sentido de não conseguirem manter suas atividades diárias, permanecendo dependentes de suas famílias. O estado depressivo se cronifica. Situação que absorve toda a família. Uma vez deprimida a pessoa e sua família passam a conviver indefinidamente com a presença desse transtorno e o que isso acarreta.

Quanto mais aqueles que sofrem depositam nos efeitos dessubjetivantes da medicação sua esperança de cura, mais se afastam da possibilidade de retomar uma via singular de compromisso com o desejo. Quanto mais aderem ao cortejo triunfante dos vencedores, representados pelo *furor sanandi* da indústria farmacêutica que promete a imediata eliminação do mal-estar como se fosse esta a direção da cura (ou o segredo da felicidade), mais ficam sujeitos à acedia, a indolência melancólica do coração^(45:132).

Portanto, a promessa de bem-estar não se concretiza se esta for buscada apenas nos medicamentos. As pessoas continuam sem condições de viver uma vida em sua integralidade.

A inserção social da pessoa em sofrimento psíquico está diretamente associada à sua assistência na comunidade, no território⁽⁵⁹⁾. Território conforme a premissa do Ministério da Saúde⁽²¹⁾ é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dá a vida comunitária. Trabalhar no território equivale trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns.

Trabalhar no território significa, assim, resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a ideia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos⁽⁹⁷⁾.

As visitas esporádicas ao psiquiatra acabam dificultando a formação do vínculo tão necessário para que o sujeito (e seus familiares) possa falar de seu sofrimento ao “terapeuta” e assim alcançar alívio para suas angústias. Lancetti⁽⁹⁹⁾, em a *Clínica Peripatética*, falou da importância desses vínculos na identificação de problemas de saúde mental. Neste sentido o autor destacou a importância do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para o fortalecimento dos vínculos entre equipe de saúde e usuários (famílias). O autor relatou alguns casos em que as ações de ACS foram decisivas para a solução de eventos de saúde mental na comunidade.

A estratégia de saúde da família tem nos ACS a figura que faz o elo entre comunidade e equipe, justamente por esta pessoa fazer parte da própria comunidade e assim, partilhar da mesma linguagem, mesma cultura. Isto é importante, inclusive, para a identificação de casos de sofrimento psíquico, pois,

acompanhando as doenças em geral tem sempre um sofrimento subjetivo, que impede, muitas vezes, que o sujeito leve adiante um tratamento.

Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a Atenção Básica^(97:33).

4.2 A FAMÍLIA SUPRIMIDA E DESASSISTIDA NO PROCESSO TERAPÊUTICO

Conforme os achados de pesquisa, a família está desassistida e não incluída, sistematicamente, na assistência à saúde de seus familiares. A desassistência pode ser observada quando os familiares relataram não receberem orientações e esclarecimentos dos profissionais sobre como lidar com a depressão. A questão dos familiares não serem orientados sobre a doença mental está presente em estudos realizados sobre saúde mental e Atenção Básica, e os autores atribuíram isto à falta de preparo dos profissionais das UBS e ESF para trabalhar na saúde mental^(25,26). A isso se acrescenta, também, a dificuldade de articulação dos CAPS com as UBS e as ESF, dificultando o apoio daquele em relação a estas⁽¹³⁾.

Outro aspecto importante a considerar é o modo como é entendido e acompanhado pelos profissionais da saúde o processo de adoecer na família. Em torno da depressão, a família é convocada a se organizar. A rotina familiar sofre mudanças. Mudanças como, por exemplo, um dos componentes da família ter que largar o emprego para cuidar do familiar depressivo; ou a anulação de alguém da família que passa a viver a "vida" do depressivo, deixando suas atividades e desejos subtraídos. O cuidado por tempo integral, que exige muitas vezes o familiar "doente", e a falta de auxílio sobre como agir para tentar melhorar o estado deste familiar, acaba por levar a família a adoecer. Conforme destacou Melman⁽⁵⁾ as experiências em torno da doença mental requerem investimento e envolvimento maciços no vínculo familiar/"doente". Para o autor: "Os sujeitos se preocupam tanto em resolver os problemas que sobra pouco tempo e espaço para outros relacionamentos, havendo uma sobrecarga nas relações de cobrança e exigência dentro da família"^(5:37).

O estudo evidenciou que a família se mostra zelosa em torno do familiar depressivo, atenta ao uso da medicação para que não falte e/ou que não deixe de

toma-la e acompanhando o familiar nas consultas. Maridos, esposas, mães e filhos, apesar do empenho em ajudar, se mostram frustrados por não conseguirem mudar o estado de seu familiar doente. Esta questão merece ser considerada já que:

A dimensão subjetiva de cada elemento familiar proporciona os limites e possibilidades terapêuticas, pois o nível de entendimento e envolvimento com o processo de adoecimento, muitas vezes, não está claro para todos os familiares, e a tensão resultante desta desarmonia pode acarretar uma fragilidade nas ações necessárias à adaptação psicossocial do ser em sofrimento^(98:335-336).

A vulnerabilidade da família se agrava no sentimento de abandono das mesmas por parte da equipe de saúde, quando relataram não obter respostas para suas dúvidas sobre os sintomas e comportamentos de seus familiares em sofrimento mental. Talvez a dificuldade em ouvir a família seja uma herança da culpabilidade atribuída tradicionalmente à família pelo adoecimento de seu familiar^(5,20), o que resulta em experiência frustrante, confusa e humilhante para quem convive com o adoecimento psíquico⁽⁹⁸⁾. Portanto, juntamente à questão da inserção da família no tratamento, conforme preconiza a política de saúde mental, está presente a questão da necessária atenção que precisa ser dada a própria família do depressivo. Qual é o olhar dos profissionais para a família do usuário? Conforme o estudo, não se percebe uma política explícita no acompanhamento à família por parte da equipe de saúde mental. Para que a participação da família no tratamento deixe de ser simplesmente o fornecimento de medicamentos e acompanhamento nas consultas e que seja promotora, junto à equipe de saúde mental, de cidadania e inserção social do seu familiar depressivo é fundamental que a família seja inserida no projeto terapêutico assistencial em saúde mental. Isto é, "discutir o adoecimento mental no contexto assistencial e a representação deste para com os familiares, em relação ao modo de participar do cuidado integral e resolutivo na rede de serviços e sociedade"^(98:336). Para isto, torna-se crucial que o apoio à família perpassa o projeto terapêutico de forma plena já que o programa de reabilitação psicossocial teve sempre como um de seus desígnios a abordagem centrada na família do usuário⁽²⁰⁾.

A doença mental acaba enredando não só o "doente", mas, todos os envolvidos: familiares, profissionais, amigos. Por isso é essencial no trabalho de reabilitação psicossocial ser entendido como um processo que vise desenvolver novas atitudes e comportamentos não só nos pacientes, mas também, em seus

familiares e nos profissionais a fim de produzir "movimentos inovadores de produção de trocas afetivas e de sociabilidade"^(5:84). A família ainda é pouco valorizada como parceira na atenção à saúde mental.

Constataram-se famílias passivas em relação à inserção terapêutica, e suportando a carga que representa um paciente depressivo. Mobilizar e incentivar a família a cooperar de forma ativa no processo terapêutico pode diminuir a dificuldade enfrentada pela falta de autonomia do usuário e fazer com que a família se sinta mais fortalecida para enfrentar as demandas do familiar em sofrimento psíquico.

Usuário e família dependem de um sistema de assistência à saúde mental sólido e bem definido. E este deve traçar caminhos consistentes de responsabilização mútuos. Acredita-se que assim possam ser superadas as vulnerabilidades em saúde mental, em relação ao indivíduo, sua família e aos programas de saúde mental, ou seja, as três instâncias de vulnerabilidade discutidas por Ayres⁽⁶⁸⁾, a vulnerabilidade individual, a social e a programática. Pois, para que sujeito e família se tornem corresponsáveis juntamente com os profissionais no tratamento à saúde mental é necessário que estes sejam empoderados através de informações suficientes; a comunicação entre equipe de saúde mental e sujeito/família tem que fluir de forma que os dois lados conheçam-se suficientemente para traçarem planos individualizados de tratamento para cada usuário e sua família⁽⁵⁸⁾. A vulneração da família e de seu familiar depressivo só poderá ser amenizada na medida em que se sentirem amparados em seu sofrimento. Grupos particularmente vulneráveis, ou em situação de vulnerabilidade, como são os casos dos usuários com sofrimento psíquico e suas famílias, devem ser particularmente protegidos conforme prega o artigo 8º da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos⁽¹⁰⁾.

Existem várias formas e sugestões para as famílias e sociedade possam ser inseridas na assistência à saúde mental. Amarante^(59:8) considerou que as estratégias em torno da reforma psiquiátrica a tornam um processo social complexo, "mas que a complexidade está em construir outras formas e respostas para que a sociedade possa lidar solidária e inclusivamente com os sujeitos em sofrimento psíquico". O autor acrescentou que não basta a criação de CAPS, mas que são necessárias outras estratégias e dispositivos, sugerindo a criação de atividades como: centros de convivência para trocas sociais; clubes com a participação dos

usuários, técnicos e familiares; cooperativas de trabalho para geração de renda; times de futebol, bandas de música, grupos de teatro, entre outros.

Entretanto, tais atividades devem se configurar como meios em vista do fim que é a reabilitação e ressocialização do sujeito. Isso significa, para Saraceno⁽¹⁰⁰⁾, que o sujeito necessita ser inserido no mundo da sua casa, do seu trabalho e da sua rede social, tornando a reabilitação, uma necessidade e uma exigência ética.

O trabalho em saúde mental, ao invés de querer traçar modelos estáticos com novas normas e dogmas, deve configurar-se numa dialética constante, sempre em movimento. Pois o "manicômio" pode estar presente mesmo em uma comunidade aberta⁽¹⁸⁾. A família exerce papel fundamental no processo de desconstrução do manicômio instituído tanto fisicamente quanto idealmente. Somente com o apoio da família é que a voz de quem sofre mentalmente poderá ser ouvida, para além do âmbito familiar. A família é o elo entre o sujeito e a comunidade⁽²⁰⁾. Uma conduta ética só pode nomear a família e seu ente doente corresponsáveis no projeto terapêutico se estes tiverem suporte para lidar e tomar decisões acerca da saúde de seu familiar. O Ministério da Saúde⁽²²⁾ dispõe que entre as funções do CAPS estão visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias, focalizando a integração do paciente na comunidade e sua inserção social e familiar. Nesta mesma direção, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF/MS)⁽²¹⁾, enfatizaram que devem ser construídas oportunidades com os sujeitos em sofrimento psíquico para exercerem sua cidadania no lugar em que vivem. Diretrizes bem definidas de inclusão da família nas ações de saúde mental.

Um programa que empenhe esforços para desenvolver e aplicar medidas que incluam concreta e sistematicamente a família nas políticas de atenção à saúde mental garantirá uma assistência de acordo com as premissas de um modelo assistencial abrangente, de inclusão dos usuários e suas famílias. Um programa de saúde pública sustentável significa proteger a quem se destina o programa⁽⁶⁶⁾.

O cumprimento das diretrizes preconizadas pela reforma psiquiátrica e asseguradas pelas políticas públicas de saúde mental é uma questão de justiça social. A justiça social é a concretização de uma rede de saúde mental tanto na materialização dos dispositivos, CAPS e UBS, quanto nas normas de encaminhamentos dos usuários. Longas filas de espera e encaminhamentos desconexos acabam por perpetuar o sofrimento de toda a família. Respeitar a

dignidade humana é o compromisso com a realização de medidas para o alívio deste sofrimento.

Portanto, a inserção da família no projeto terapêutico deve ser assumida na prática, no cotidiano das atividades em saúde mental. Devem ser superados medos, tensões, preconceitos em relação à visão do papel da família no adoecimento mental⁽⁵⁾, bem como removidos entraves que impossibilitam a mútua compreensão, equipe e família/usuário do sofrimento psíquico, para que juntos possam promover a saúde (mental).

Considera-se que o alcance de tais prerrogativas, de incluir a família no projeto terapêutico, faz parte da superação da vulnerabilidade programática⁽⁶⁸⁾ para atingir uma assistência que realmente alcance dois fatores centrais para a saúde mental: a reabilitação da autonomia, aspecto fundamental para o gerenciamento da própria vida e a reinserção social, das pessoas que se afastaram do convívio social, de seus trabalhos, de seus desejos, aspecto essencial de uma vida plena com dignidade. Uma assistência eticamente comprometida com os direitos humanos do sujeito em sofrimento mental deverá ampará-lo frente à vulneração provocada pela doença.

4.3 TRATAMENTO FRAGMENTADO E CENTRADO NO MODELO BIOMÉDICO

Por mais que se tenha avançado na busca por tratamentos mais humanizados e coerentes com a reforma psiquiátrica ainda são enfrentadas situações persistentes no âmbito da saúde mental. Os documentos resultantes de debates em torno da atenção à saúde mental e as políticas de saúde mental, elaboradas ao longo da luta em torno destes movimentos, progrediram mais que as ações e práticas em torno do tema, o que não é um caso isolado, pois a implantação de práticas é comumente a maior dificuldade dos setores. Quando se refere à humanização em saúde mental, não se está falando somente nos tratamentos que são dispensados aos “pacientes”, como, por exemplo, maus tratos físicos, morais ou psíquicos, mas também, o acesso aos serviços de saúde, a qualidade destes serviços, entre outros.

Apesar do estabelecimento de políticas intensas de desmanicomialização, se verificou, no estudo, que na prática os caminhos percorridos pelos usuários na “rede” de saúde mental são os mais variados. É comum, por exemplo, o acesso pela unidade de psiquiatria do Hospital Universitário de Santa Maria, independentemente, se, tratam-se de pacientes em crise ou não. Sabe-se, conforme as premissas da

desinstitucionalização que o hospital é o último dispositivo dentro da rede de atenção à saúde reservado para casos muito graves. Então, por que ainda persiste a não sistematização hierarquizada na trajetória dos usuários na procura por atendimento? Na falta de dispositivos mais adequados para o acolhimento, como prevê a política nacional de saúde mental, as pessoas peregrinam por caminhos incertos à procura de alívio para seus sintomas. Conforme prevê o Ministério da Saúde, em locais onde existem CAPS, é função destes organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais, devendo ser este o articulador estratégico da rede e da política de saúde mental⁽⁹⁷⁾.

Apesar de ser frequente o procedimento das pessoas procurarem o Hospital e encontrarem com certa facilidade acolhimento, este segue os princípios do SUS, isto é, depois do atendimento “emergencial” orienta que estes usuários procurem atendimento em serviços na sua comunidade (território). Trata-se de atendimento breve, somente para alívio momentâneo dos sintomas. A atitude adotada pelo Hospital demonstrou estarem de acordo com o procedimento de atendimento em rede, conforme se observou no presente estudo. Ou seja, estão cientes que fazem parte de uma organização, como um dispositivo entre vários outros, para auxiliar as pessoas em sofrimento psíquico. Na rede de atenção à saúde mental, o hospital configura-se como último dispositivo. Porém, não basta que os hospitais estejam conscientes de seu papel na rede para que a assistência em rede funcione, pois os motivos que levam as pessoas a procurarem o hospital são os mais variados, segundo os relatos dos entrevistados. Um dos motivos pelos quais os usuários ingressam na rede de atenção pelo Hospital se deve ao fato da fraca linha de conexão entre os serviços em saúde mental. Diante disso, o hospital ainda é o referencial mais forte para as pessoas com algum sofrimento psíquico, pois sabem que receberão o alívio dos seus sintomas. Esse fator promove a cultura hospitalocêntrica, dificultando sua superação e desenraizamento. Outro motivo da procura pelo hospital diz respeito ao horário. Muitas vezes, os usuários precisam ser atendidos durante a noite e o hospital é o único local com o qual podem contar. Além disso, encontram maior facilidade de acesso e de atendimento no Hospital do que na atenção primária, UBS, CAPS, ASM. Os CAPS com atendimento 24 horas estão previstos para as grandes metrópoles. As cidades de médio porte, como é o caso deste estudo, ainda dependem do atendimento noturno dos hospitais. Isso, de certa forma, acaba por fragmentar a rede de atenção à saúde mental. A fragmentação

acontece na medida em que o usuário não encontra facilmente atendimento em outros dispositivos da rede de atenção à saúde mental.

Desde 2002 foi implantado, como política do SUS, o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospital/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) a fim de incrementar a reestruturação à assistência em saúde mental. Este Programa avalia sistemática e anualmente, a estrutura física do hospital, a dinâmica de funcionamento dos fluxos hospitalares, os processos e recursos terapêuticos e a adequação e inserção dos hospitais à rede de atenção em saúde mental em seu território⁽⁹⁷⁾. O dispositivo que se pode destacar deste Programa é que ele exerce a função de desencadeador da reorganização da rede de saúde mental, diante do gradativo fechamento de leitos psiquiátricos e da conseqüente expansão progressiva da rede extra-hospitalar como os CAPS, Ambulatórios, Centros de Convivência, entre outros.

A política de saúde mental brasileira, na atualidade, se constrói a partir das premissas da reforma psiquiátrica. Neste sentido, a Lei Federal 10.216, de 2001, representou um marco importante nas propostas de uma nova atenção à saúde mental. Redirecionou a assistência em saúde mental, priorizando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dando um novo impulso e ritmo para o processo da reforma psiquiátrica no Brasil. O processo de uma nova atenção à saúde mental caracteriza-se pela transição de um modelo de assistência, centrado no hospital, para um modelo de atenção comunitário. Portanto, deve ocorrer concomitantemente à redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos, a construção de uma rede de cuidado na atenção à saúde mental substitutiva ao hospital⁽⁹⁷⁾. Esta rede é constituída de estruturas formais como os CAPS, ambulatórios, ESF e, também, de estruturas informais como grupos de mães, centros comunitários, grupo de idosos, entre outros⁽⁴⁹⁾.

A Unidade Básica de Saúde se configura ainda como um lugar pouco representativo na rede de atenção à saúde mental. O que faz com que algumas pessoas mesmo assim procurem a UBS é a proximidade não só geográfica, mas também pessoal, como demonstrou o estudo. Porém, nos casos em que o usuário procura a UBS, lhe é logo recomendado procurar outros serviços de saúde mental. Por mais que em alguns casos o usuário permaneça por algum tempo em tratamento na Unidade, acaba sendo encaminhado para o CAPS, Ambulatório ou outros. Os encaminhamentos, conforme demonstrou o estudo, não são por motivos de crise. A procura por atendimento na UBS, apesar de ser praticamente exceção,

segundo os relatos, demonstra o aspecto positivo da atenção básica à saúde: ser porta de entrada do sistema, ser acolhido em sua necessidade em saúde, mas torna-se um atendimento sem continuidade e sem consistência. Usuários que poderiam se beneficiar sendo atendidos em UBS, em sua comunidade, acabam se deslocando para outros serviços, na maioria das vezes, bem mais distantes de suas residências. Além da dificuldade de locomoção destes usuários, este procedimento acaba por aumentar as filas de espera por atendimento e/ou por superlotar outros serviços de atenção à saúde mental (secundários ou terciários). Cabe interrogar-se sobre o que faz as unidades enviar os usuários para outros serviços.

Entre as prerrogativas da Política Nacional de Saúde Mental⁽⁹⁷⁾ está que a atenção à saúde deve estar articulada com a Estratégia Saúde da Família, ideia compartilhada por aqueles que trabalham para uma nova saúde mental^(49,58,98). Esta prerrogativa se justifica pelas próprias características da estratégia: fazer parte da comunidade, estar próximo das famílias e ser um serviço de atenção básica. As equipes, portanto, deveriam representar um recurso para a sustentação ao enfrentamento de problemas de saúde mental. Porém, como já foi abordado, ainda não se alcançou consonância entre as ações reais e as premissas estabelecidas pela política pública de saúde mental.

Para alcançar a almejada e imprescindível mudança no modelo assistencial à saúde mental é imperativo que o conceito de rede faça parte do vocabulário e das práticas desta assistência. Entretanto, conforme já mencionado, esta rede é maior do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município. Uma rede se conforma na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas, em variados espaços das cidades. A rede de atenção à saúde mental do SUS define-se como de base comunitária. É, portanto, fundamental para a construção desta rede a presença de um movimento permanente, direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais^(20,97).

O funcionamento de um trabalho em rede é crucial para a concretização da atenção à saúde mental que se quer atualmente. Porém, ao contrário do que se pode pensar, para alcançá-lo é necessário muito mais que boa vontade. Para que as UBS ou ESF consigam prestar um serviço eficaz, necessitam de apoio de outros serviços. Neste caso, a Política Nacional de Saúde Mental prevê que o CAPS, articulador principal da rede, e as equipes de saúde mental devem prestar apoio

matricial às UBS e ESF. O apoio matricial consiste em um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. Isto pode acontecer através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades, em atendimentos conjuntos e de forma mais abrangente como supervisões e capacitações. A responsabilização compartilhada dos casos elimina a lógica do encaminhamento, na medida em que aumenta a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe na comunidade em que a problemática acontece⁽⁹⁷⁾.

Equipes de saúde mental dos CAPS, estáticas, isoladas da comunidade e de outros serviços dos quais fazem parte, dificilmente irão avançar para o trabalho em rede. O relato de Basaglia⁽¹⁹⁾ sobre sua experiência nos EUA em uma Comunidade Terapêutica e sua crítica ao modo como ela está organizada, serve para se refletir sobre as experiências que são desenvolvidas atualmente na realidade local, nos serviços de saúde mental. Até que ponto os CAPS não estão reproduzindo os antigos modelos, de perpetuar, por exemplo, a exclusão, a alienação, principalmente, quando não conseguem manter o sujeito integrado na comunidade.

Na realidade estudada, o apoio (matricial) foi iniciado em 2007-2008, porém, não teve continuidade. A Comissão de Saúde Mental, um grupo de representantes das universidades (um de cada instituição), dos CAPS, dos Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), entre outras instituições interessadas nas reflexões e práticas na saúde mental, reuniam-se em grupos e desenvolviam um trabalho junto às UBS. O trabalho envolvia seminários, esclarecimento de dúvidas, discussão de casos nos locais onde estavam inseridas as equipes, entre outros. Infelizmente, foi interrompido e apesar de esforços desta comissão para dar sequência a este trabalho, isso ainda não aconteceu. Utilizando os conceitos de Ayres⁽⁶⁸⁾ pode-se considerar que está presente a vulnerabilidade programática, aquela em que os programas não conseguem ser efetivos em suas ações, criando situações de vulneração pelo modo como se organizam.

Esse fator remonta à questão da precariedade dos serviços e recursos humanos na saúde – a demanda supera a oferta – problema presente em praticamente todo o sistema de saúde dos países da América Latina. O sofrimento psíquico que, em muitos casos, pode ser entendido também como alienação, como refere Elliott⁽⁴⁶⁾, poderia ser pensado e trabalhado pela atenção básica, levando em consideração a forma de vida das pessoas, o convívio familiar e comunitário, enfim,

tentando resolver as dificuldades junto com a comunidade e a família^(5,49,58,98). Assim a comunidade e a família, através das UBS, empoderaram-se para lidar com tais questões. Para isso, o trabalho em rede, a articulação dos vários serviços, é fundamental para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental.

A falta de cumprimento destas políticas, ou seja, a impossibilidade de as pessoas serem assistidas em suas comunidades é a razão da fragmentação desta assistência. A frequência dos atendimentos às pessoas em sofrimento psíquico, acontecendo de três em três meses, como é a realidade da maioria dos participantes do estudo, não condiz com a assistência adequada à saúde mental. Além disso, trata-se de atendimento médico para análise do “quadro”, verificação da adequação da medicação e emissão de novas receitas. Portanto, o que está acontecendo é a continuidade do modelo biologizante à saúde mental. Basaglia⁽¹⁹⁾ já alertava para a dificuldade de mudar o modelo de assistência à saúde mental e o cuidado que se deve ter para não passar um puro verniz em cima de velhos esquemas e práticas. Talvez por isso ele tenha dito que é preciso usar de “revolução” para mudar o que está tão arraigadamente instituído.

Outro aspecto referente às políticas e programas de saúde mental é a questão da espera por atendimento. Na realidade estudada, reflexo da assistência em saúde em geral, as pessoas ficam em listas de espera para atendimento por um longo período. Sem dúvida, esta questão está relacionada às questões anteriormente mencionadas: a fragmentação de um serviço em rede e atenção de forma descontínua aos sujeitos em sofrimento psíquico.

Os usuários que procuram o CAPS, após serem avaliados e caracterizados como depressivos, são, na maioria das vezes, encaminhados para o Ambulatório de Saúde Mental. As diretrizes do CAPS preconizam atendimento inclusive para pessoas depressivas, porém, a prática comum no lugar do estudo, é de encaminhar estas pessoas para outro atendimento. O motivo dado é que o CAPS tem que dar conta dos usuários “mais graves”, ou seja, os casos de psicoses.

Esta prática acaba por deixar os “depressivos”, de certa forma, desassistidos, ou com assistência precária. Isto pode desencadear no mínimo dois problemas. Um deles é a questão da cronificação da depressão. Talvez por não existir uma atenção integral, sistemática e baseada em novos padrões de assistência, o estado de sofrimento mental se perpetue sem perspectiva de alívio dos sintomas⁽¹⁰¹⁾. Em

outras palavras, o atendimento esporádico, de tempos em tempos, por um profissional – o psiquiatra – demonstra que os usuários sentem-se fragilizados ao invés de conseguirem tomar as rédeas de suas vidas novamente. Talvez por ser, a depressão, considerada mais leve seja relegada a tratamentos ambulatoriais.

Outro problema que pode resultar dessa prática é a inconsistência da avaliação do estado da pessoa que procura o serviço. Sendo ela encaminhada para outra instituição, acaba não acontecendo um acompanhamento desta avaliação. Poderia acontecer de a pessoa estar passando por um momento difícil, uma tristeza passageira que não se caracterize como uma depressão. Não tendo uma atenção cuidadosa pode se perpetuar um diagnóstico incongruente, equivocado⁽³⁴⁾. Conforme destacado anteriormente, a etapa diagnóstica merece atenção e discussão, envoltas por parâmetros éticos. O diagnóstico determina a atenção que se dará ao "diagnosticado". E mais, produzirá o comportamento conforme a "doença" estabelecida⁽³⁴⁾.

Hoje, as pessoas são diagnosticadas depressivas nas UBS, nos CAPS, nos hospitais. Neste sentido, torna-se importante saber como estão preparados os profissionais destes diferentes segmentos da área da saúde mental para realizar tal etapa da atenção à saúde mental. Já se sabe, conforme demonstra o estudo de Valentini et al.⁽⁴⁷⁾ que em muitas unidades básicas de saúde, os profissionais se sentem despreparados para realizar diagnósticos de depressão, não conseguindo, por exemplo, distingui-la de tristeza. Uma intervenção iatrogênica pode acarretar resultados irreversíveis. Por outro lado, se a pessoa realmente está em transtorno depressivo, a atenção esporádica, como acontece em ambulatorios, pode afastar a perspectiva de recuperação deste sujeito.

Fator que corrobora ainda o modelo biomédico no tratamento à pessoa em sofrimento mental é a atitude em relação à medicação. A medicalização do sofrimento psíquico merece ser cuidadosamente analisada, principalmente, quando praticamente se torna a única alternativa terapêutica oferecida pelos serviços de saúde, conforme já foi destacado pelo estudo. A classificação em forma de transtornos, presente nos Manuais de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais, serve de entrave a qualquer tentativa de abordagem meta-psicológica desta forma epidêmica de sofrimento psíquico que é a depressão⁽⁴⁵⁾. Kehl⁽⁴⁵⁾ se pergunta: "Com quantos "transtornos se faz uma depressão?"

Nos manuais estatísticos de saúde mental (DSM IV, CID 10)^(28,29) estão descritos todos os comportamentos e sentimentos considerados "anormais" e considerados como transtornos. Concomitantes aos esforços de classificação dos transtornos estão as propostas médico-farmacêuticas para trazer à "normalidade" aqueles que se desviaram da norma.

À psiquiatrização dos atos e das ações também corresponde a tentativa farmacêutica de psicofarmacologizar a própria vida, o que equivale a postular que cada ato da vida de um sujeito é possível de ser medicado ou medicalizado, sendo este um programa ao qual a psiquiatria oferece todo o seu empenho^(102:182).

A desinstitucionalização visa além de o tratamento psíquico sair dos muros dos asilos e hospitais psiquiátricos, de modo que as decisões em torno do assunto sejam discutidas abertamente, também fora da clausura das instituições. Mas, esta busca corre o risco de se perder pelo caminho. Ainda não se conseguiu a "derrubada dos muros" e já se tem outro tipo de institucionalização, a medicalização do sofrimento psíquico. Os psicofármacos se tornaram uma verdadeira instituição em torno da saúde mental. O esforço em sair do tratamento alienante dos asilos encontra um entrave tão ou mais poderoso que os seus muros, pois a alienação não está mais restrita aos muros, mas, à modelagem da subjetividade⁽³⁴⁾. A indústria farmacêutica, juntamente com as tecnologias, os saberes e fazeres em torno da saúde, faz parte do que Saforcada⁽¹⁰³⁾ denominou "mercado da enfermidade", que, segundo ele é uma característica dos países da América Latina. Portanto, se faz pertinente o alerta de Fé⁽⁹¹⁾ em que o TCLE tem que deixar de ser um instrumento somente burocrático devendo, além de obter consentimento para o tratamento, informar das implicações do mesmo sobre o uso ou não de medicamentos, seus riscos e benefícios.

A previsão da OMS é de que a depressão será a segunda doença de maior prevalência no mundo. Tendo em vista o galopante avanço da indústria farmacêutica estará disponível um "rico" arsenal de medicamentos com promessas sedutoras para combater tal epidemia. Questões que merecem ser amplamente analisadas e discutidas com responsabilidade, elemento constitutivo da ética. E, vale lembrar que a DUBDH⁽¹⁰⁾ destacou a bioética como exercendo papel predominante nas escolhas a serem feitas sobre o desenvolvimento científico e tecnológico da ciência.

Portanto, os fatores mencionados, a fragmentação do serviço em rede e a descontinuidade na atenção aos sujeitos em depressão, são questões que envolvem programas e organizações em torno da saúde mental. Temas que estão presentes na visão de vulnerabilidade de Ayres⁽⁶⁸⁾. O autor denominou vulnerabilidade programática como aquela referente à inconsistência na qualidade do compromisso das instituições, dos recursos e do monitoramento dos programas de atenção à saúde.

Considera-se que a questão central a que estão expostos os sujeitos em sofrimento psíquico e suas famílias diz respeito à vulnerabilidade programática. Pois, pontos chave como a elaboração, a implantação e o cumprimento de programas de saúde mental, precisam estar em coerência com o atual modelo de assistência à saúde. Por isso, é imperativo a realização frequente e sistemática de avaliação destes programas. Entende-se que a não integralidade nos cuidados à saúde/doença (mental) perpetua o modelo biomédico, centrado na doença e não no sujeito como um todo. Conforme já foi mencionado, a política da saúde mental vem sendo traçada e incrementada desde o início da reforma psiquiátrica, contudo, a inconsistência de sua implementação nas práticas diárias produz a vulnerabilidade programática.

Essa vulnerabilidade está intrinsecamente ligada às outras duas dimensões de vulnerabilidade destacadas por Ayres⁽⁶⁸⁾ a social e a individual. Constatações, verificadas no estudo, mostram que os sujeitos (usuários e suas famílias) encontram-se vulnerados na medida em que, sem recursos necessários (humanos, materiais, sociais, informações suficientes) não conseguem lidar com o seu estado de enfermidade psíquica.

Essa questão remete para a responsabilidade social do poder público em relação saúde dos cidadãos, contemplada pelo artigo 14º da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos. Pois a promoção da saúde precisa ser objetivo fundamental dos governos, envolvendo todos os setores da sociedade, para que a população possa gozar da melhor saúde alcançável, o que se constitui como um dos direitos fundamentais de qualquer ser humano⁽¹⁰⁾.

Portanto, se faz premente uma assistência integral em saúde mental, pois a integralidade no cuidado é uma exigência ética. Necessita-se a reflexão e ação de uma ética aplicada, que concretamente possa apontar caminhos para a superação de tais elementos de vulneração. A bioética é convidada a ajudar os diferentes

atores implicados no cuidado das pessoas com depressão a ampliarem a discussão em torno dos nós críticos persistentes nas práticas e na organização da saúde mental.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descontinuidade e a fragmentação dos serviços de saúde mental, como se verificou no local de estudo, configuram-se como um dos nós críticos do modelo que impede uma assistência satisfatória e integral à saúde mental. Esses nós acabam desencadeando danos, muitas vezes, permanentes, na vida das pessoas em sofrimento mental e de suas famílias. A bioética aplicada à saúde mental pode ajudar a discutir e a equacionar esses entraves concernentes à administração e organização dos serviços, que produzem vulnerabilidade programática no âmbito da saúde. As políticas em saúde mental são conquistas importantes, alcançadas através dos esforços de todos aqueles imersos no campo do acompanhamento de pessoas com sofrimento psíquico. Mas, o cotidiano das práticas ainda deixa a desejar, frustrando os profissionais, os usuários e suas famílias.

As práticas em saúde não conseguem acompanhar o avanço das políticas. Os dispositivos alternativos ao modelo antigo podem cair na "armadilha" do tradicional, porque não existem discussões e pactuações no ambiente de trabalho para a transformação das práticas e dos saberes. As atividades são executadas, no dia a dia pelos profissionais, de uma maneira mecânica, pois, na maioria das vezes, não participam das discussões e formulações das políticas, tomando conhecimento delas através de documentos dos quais emanam diretrizes vistas como algo vindo de fora do ambiente de trabalho, dificultando a plena absorção do conteúdo dessas políticas. Foi possível constatar, através dos resultados e da bibliografia existente sobre o assunto, que não basta criar dispositivos alternativos ao modelo biomédico, são necessárias práticas condizentes com as propostas destes novos dispositivos.

Neste sentido, considera-se que a descontinuidade e a fragmentação na assistência são o resultado da desarticulação da rede de saúde mental. A ausência de efetiva comunicação entre os serviços resulta em encaminhamentos, muitas vezes, desnecessários e sobrecarga em alguns destes serviços. Essas questões dificultam a mudança do paradigma de cuidados na saúde mental, facilitando a reprodução do modelo biomédico. O sinal mais contundente da presença desse modelo é o tratamento medicamentoso como principal caminho e terapia na solução para o sofrimento mental da maioria dos usuários entrevistados. O cuidado centrado no paradigma biológico não condiz com formato de rede idealizado pela Reforma Psiquiátrica, pois não propicia a reabilitação da autonomia e, tampouco, promove a

inserção social do sujeito. O sujeito continua dependente da medicação, dos familiares, e afastado do convívio social.

A articulação das equipes de saúde, constitutivas dos CAPS, com as UBS e ESF é a proposta mais vigorosa que se apresenta à integralidade dos cuidados em saúde mental. Pois a desarticulação da rede de cuidados tem também como consequência, além da já citada sobrecarga, profissionais da atenção básica com dificuldades de detectar e tratar pessoas em sofrimento mental na sua comunidade e território.

A rede da saúde mental precisa ser fortalecida, porque os dados demonstraram que um número sempre mais significativo de pessoas sofre psiquicamente. A depressão, em particular, faz parte de um leque de enfermidades mentais que incapacita drasticamente os sujeitos para a vida cotidiana e a inserção social. O estudo verificou pessoas concretamente vulneradas, incapacitadas de viver uma vida plena com dignidade, porque perderam a sua autonomia ou ela está diminuída, necessitando de um acompanhamento permanente. Trata-se de pessoas cujo projeto de vida foi interrompido por tempo indeterminado devido a sua situação de vulneração. Neste sentido, é importante ter presente as dimensões de vulnerabilidade programática, social e individual que são indissociáveis. A primeira está presente na inconsistência da execução da rede de cuidados que não consegue atender às necessidades da pessoa em sofrimento mental. Em função disso, o encargo dos cuidados fica praticamente com a família, que sofre uma reorganização do seu cotidiano em função do familiar depressivo criando vulnerabilidade social. Por último, e de forma mais dramática, essas dimensões da vulnerabilidade se expressam no indivíduo que se encontra psiquicamente vulnerado em sua identidade.

Essa situação repercute fortemente sobre a autonomia do depressivo que fica prejudicada, tornando-se uma das questões centrais na saúde mental, um desafio ético por ser o foco da preocupação terapêutica. Essa diminuição da autonomia está aliada com o progressivo isolamento social. O caminho da inserção social requer a criação de situações que possibilitem compromissos e trocas no convívio social. O requisito primordial para essa reinserção é ser um sujeito autônomo no seu ambiente de sociabilidade. Portanto, a inserção social requer o fortalecimento da autonomia destes sujeitos, no seu meio de convivência social.

A família igualmente sofre os efeitos da desarticulação nos cuidados, presentes no modelo de atenção à saúde mental do local de estudo, são famílias desassistidas lidando com seu familiar doente. O usuário e sua família se encontram em situação de vulneração provocada pela depressão. As famílias passam a ter suas vidas submetidas aos preceitos delineados por esse elemento que é ter um familiar depressivo. "Adoecer" não é algo que acontece isoladamente, a família se desorganiza, "adoece". Para que a família possa fazer parte do programa de tratamento, ela precisa ser assistida. Para isso é necessário conhecer a família, suas necessidades e recursos para lidar com o familiar depressivo, nos diferentes aspectos implicados. Nessa perspectiva, compartilhar saberes e discutir juntos, profissionais, usuário e família, abre possibilidades na busca de qualidade de vida, tanto para o usuário com sofrimento mental quanto para sua família.

A partir disto, entende-se que a família terá condições mais favoráveis de fazer parte do tratamento, quando tiver mais confiança e autonomia para lidar e cuidar do seu familiar depressivo. Assistir as famílias e pensá-las como parte do tratamento pode desencadear o envolvimento exitoso da própria sociedade e todos os seus setores no apoio à saúde dos sujeitos. A sociedade é formada por famílias e a base da saúde é a família que, sem dúvida, por isso, é um dos principais fatores de preocupação de toda e qualquer sociedade. Discutir a efetiva participação da família no modelo de assistência pode colaborar para uma necessária articulação da rede de saúde mental.

A bioética procura ampliar, cada vez mais, seu campo de abrangência para proteger e intervir em favor da dignidade das pessoas vulneradas em sua vida e ambiente. A autonomia é um dos princípios primordiais da dignidade humana e um desafio ético no cuidado de pessoas com depressão, porque ela encontra-se diminuída. Mas, é necessário ter presente que impossibilidade de uma autonomia plena não significa a ausência de um sujeito singular, que produz a sua subjetividade, nem que esta autonomia não possa e deva ser respeitada e promovida, como base para a consciência da dignidade. Neste sentido, a aproximação contínua da bioética com a saúde mental é condição e compromisso para o respeito à dignidade e à proteção dos direitos humanos, daqueles que se encontram vulnerados em seu bem estar psíquico.

REFERÊNCIAS

1. Solomon A. O demônio do meio dia. Rio de Janeiro: Objetiva; 2002.
2. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
3. OMS. Organização Mundial da Saúde. Depressão será doença mais comum do mundo em 2030. [Internet]. [acesso em 2012 Dec 12]. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/geral,oms-depressao-sera-doenca-mais-comom-do-mundo-em-2030,428526,0.htm>.
4. OMS/OPAS. Relatório sobre a saúde mental no mundo; 2001. [Internet]. [acesso em 2010 Dec 10]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>.
5. Melman J. Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras; 2006.
6. Osório LC. Casais e famílias: uma visão contemporânea. Porto Alegre: Artmed; 2002.
7. Helman CG. Cultura, saúde e doença. Porto Alegre: Artmed; 2003.
8. Oliveira GL. Saúde mental e a continuidade do cuidado em centros de saúde de Belo Horizonte, MG. Revista de Saúde Pública. São Paulo. 2008; 42(4):707-716.
9. Lolas F. Bioética: o que é, como se faz. São Paulo: Loyola; 2001.
10. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. 2005. [Internet]. [acesso em 2011 Dec 14]. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf.
11. Junges JR. Bioética: hermenêutica e casuística. São Paulo: Loyola; 2006.
12. Garrafa V. Inclusão social no contexto político da bioética. Revista Brasileira de Bioética. Sociedade Brasileira de Bioética. Brasília, DF. 2005; 1(2):122-132.
13. Sotolongo PL. O tema da complexidade no contexto da bioética. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A. (Orgs). Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia; 2006. p.93-113.
14. Garrafa V. Multi-inter-transdisciplinaridade, complexidade e totalidade concreta em bioética. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A. (Orgs). Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia; 2006. p.73-86.
15. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
16. Goffman E. Pensões, manicômios e conventos. São Paulo: Perspectiva; 1992.

17. Sarriera JC. Intervenção psicossocial e algumas questões éticas e técnicas. In: Sarriera JC. (Org.). Psicologia comunitária: estudos atuais. Porto Alegre: Sulina; 2004. p.19-41.
18. Basaglia F. A instituição negada. Rio de Janeiro: Graal; 1985.
19. Basaglia F. Carta de Nova York – O doente artificial. 1969. In: Amarante P (Org.). Escritos Seleccionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond; 2005. p.151-60.
20. Hirdes A. Reabilitação psicossocial: dimensões teórico-práticas do processo. Erechim: Fapes; 2001.
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Cadernos de atenção básica. Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília; 2009.
22. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Centro de atenção psicossocial (CAPS); 2004. [Internet]. [acesso em 2010 Set 22]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico_det.php?co_topico=313&letra=
23. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília; 2005. [Internet]. [acesso em 2012 Mar 13]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf.
24. Bezerra E, Dimenstein M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. Brasília: Psicologia: Ciência e Profissão. 2008; 28(3):632-645.
25. Koga M, Furageto ARF, Santos JL. F. Opiniões da equipe e usuários sobre a atenção à saúde mental num Programa de Saúde da Família. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2006; 14(2):163-169.
26. Rosa WAG, Labete RC. A contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do PSF. Brasília: Revista Brasileira de Enfermagem. 2003; 56(3):230-235.
27. Versiani M. A necessidade do grupo-controle com placebo em pesquisas sobre a eficácia de tratamentos psiquiátricos. Revista Bioética. 2000; 8(1):29-42.
28. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-IV. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
29. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Organização Mundial da Saúde - OMS (Coord.). Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
30. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
31. Chemama R. Dicionário de Psicanálise. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

32. Birman J. A psiquiatria como discurso da moralidade. Rio de Janeiro, Graal; 1978.
33. Izaguirre G. Elogio ao DSM-IV. In: Jerusalinsky A, Fendrik S. O livro negro da psicopatologia. São Paulo: Via Lettera; 2011. p.13-22.
34. Caponi S. O diagnóstico de depressão, a "*petite biologie*" e os modos de subjetivação. In: Caponi S, Verdi M, Brzozowski FS, Hellmann F. Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica. Palhoça: Unisul; 2010. p.135-143.
35. Fendrik S, Jerusalinsky A. Introdução. In: Jerusalinsky A, Fendrik S. O livro negro da psicopatologia. São Paulo: Via Lettera; 2011. p.93-101.
36. Goldenberg R. (Quem tem medo do) DSM-IV? In: Jerusalinsky A, Fendrik S. O livro negro da psicopatologia. São Paulo: Via Lettera; 2011. p.39-44.
37. Hernáez AM. A medicalização dos estados de ânimo. O consumo de antidepressivos e as novas biopolíticas das aflições. In: Caponi S, Verdi M, Brzozowski FS. (Orgs) Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica. Santa Catarina: Unisul; 2010. p.111-134.
38. Infante DP. Psiquiatria para que e para quem? In: Jerusalinsky A, Fendrik S. O livro negro da psicopatologia. São Paulo: Via Lettera; 2011. p.63-72.
39. Pignarre P. Comment la dépression est devenue une épidémie. Paris: Hachette; 2001.
40. Basaglia F. Apresentação a Checos' è la psichiatria? In: Amarante P. (Org.). Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond; 2010. p.61-72.
41. Healy D. Good Science or good business? Hastings Center Report. 2000; 30(2):19-22.
42. Conselho Regional de Psicologia-RS (CRP-RS). Patologização e medicalização da vida em discussão. Entre Linhas. Porto Alegre. 2012; 58:20.
43. Kehl MR. Sobre ética e psicanálise. São Paulo: Companhia das Letras; 2002.
44. Kehl MR. O tempo e o cão: a atualidade das depressões. São Paulo: Boitempo; 2009.
45. Kehl MR. A atualidade das depressões (como pensar as depressões sem o DSM-IV). In: Jerusalinsky A, Fendrik S. O livro negro da psicopatologia. São Paulo: Via Lettera; 2011. p.103-128.
46. Elliott C. Pursued by happiness and beaten senseless: Prozac and the American dream. Hastings Center Report. 2000; 30(2):7-12.
47. Valentini W et al. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. Revista de Saúde Pública. 2004; 38(4):522-528.

48. Bandeira M, Freitas LC, Carvalho Filho JGT. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. Rio de Janeiro: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2007; 56(1):41-47.
49. Vieira MAM. Saúde mental na saúde da família: subsídios para o trabalho assistencial. São Paulo: Olho d'água; 2006.
50. Junges JR. Família. In: Barreto VP, Culleton A. (Coords.). *Dicionário de Filosofia Política*. São Leopoldo: Ed. UNISINOS; 2010. p.212-216.
51. Sarti CA. Família e individualidade: um problema moderno. In: Carvalho MCB. (Org.) *A família contemporânea em debate*. São Paulo: EDUC / Cortez; 2002. p.39-49.
52. Levi-Strauss C. *Les structures élémentaires de la parentalité*. Paris: Mouton; 1967.
53. Gabardo RM, Junges JR, Selli L. Arranjos familiares e implicações à saúde na visão dos profissionais do Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo. 2009; 43(1):91-97.
54. Antunes SMNO, Queiroz MS. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. Rio de Janeiro: *Cadernos de Saúde Pública*. 2007; 23(1):207-215.
55. Silva CN. Resiliência no indivíduo e na família. In: Jacquet C, Costa LF. *Família em mudança*. São Paulo: Companhia Ilimitada; 2004. p.177-192.
56. Souza WS. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. *Caderno de Saúde Pública*. 2001; 17(4):933-939.
57. Sarriera JC. O paradigma ecológico na psicologia comunitária: do contexto à complexidade. In: Sarriera JC, Saforcada ET (Orgs.). *Introdução à psicologia comunitária: bases teóricas e metodológicas*. Porto Alegre: Sulina; 2010. p. 27-48.
58. Lancetti A, Amarante P. Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M (Orgs). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz; 2009. p.615-634.
59. Amarante P. Prefácio. In: Vieira MAM. *Saúde mental na saúde da família: subsídios para o trabalho assistencial*. São Paulo: Olho d'água; 2006. p.7-10.
60. Kemp P, Rendtorff JD. Vulnerabilidade (princípio de). In: Hottois G, Missa JN. *Nova enciclopédia da bioética. Medicina, ambiente, biotecnologia*. Lisboa: Instituto Piaget; 2003. p.687-692.
61. Patrão Neves MC. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. In: Barchifontaine CP, Zoboli ELCP. (Orgs) *Bioética, vulnerabilidade e saúde*. Aparecida: Ideias & Letras; São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2007. p.29-45.

62. Solbakk JH. Vulnerabilidad: ¿un principio fútil o útil en la ética de la asistencia sanitaria? *Revista Redbioética/UNESCO*. 2011; 21(3):89-101.
63. Kottow M. Anotaciones sobre vulnerabilidad. *Revista Redbioética/UNESCO*. 2011;2(4):91-95.
64. Gert B, Culver CM, Clouser KD. *Bioethics: a return to fundamentals*. New York Oxford: Oxford University Press; 1997.
65. Arán M, Peixoto Júnior CA. Vulnerabilidade e vida nua: bioética e biopolítica na atualidade. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo. 2007; 41(5):849-857.
66. Schramm FR, Kottow M. Princípios bioéticos em saúde pública: limitações e propostas. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2001; 17(4):949-956.
67. Figueiredo R, Ayres JRCM. Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres às DST/ AIDS em São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo. 2002; 36(4Supl):96-107.
68. Ayres JRCM. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*. 2002; 6(11):11-22.
69. Sánchez AIM, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2007;12(2):319-324.
70. Paz AA, Santos BR, Eidt OR. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. *Acta Paul Enferm*. São Paulo. 2006; 19(3):338-342.
71. Berlinguer G. *A Ética da Saúde*. São Paulo: Hucitec; 1996.
72. Schramm FR. A bioética de proteção é pertinente e legítima? *Revista Bioética*. 2011; 19(3):713-724.
73. Junges JR, Zoboli ELCP. Bioética e saúde coletiva: convergências epistemológicas. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2012; 17(4):1049-1060.
74. Maliandi R, Thüer O. *Teoría y praxis de los principios bioéticos. Remédios de Escalada: UNLa – Universidad Nacional de Lanús; 2008.*
75. Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Loyola; 2002.
76. Jonsen AR. *Casuality and Clinical Ethics. Theoretical Medicine*.1986; 7:65-74.
77. Toulmin ST. *The Tyranny of Principles. Hastings Center Report*. 1981; 11:31-39.
78. Junges JR. Metodologia da análise ética de casos clínicos. *Bioética*. 2003; 11(1):33-42.
79. Garrafa V. O novo conceito de bioética. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A. *Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano*. São Paulo: Gaia; 2006. p.9-15.

80. Garrafa V, Porto D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. In: Garrafa V, Pessini L (Orgs). Bioética: poder e injustiça. Sociedade Brasileira de Bioética e Edições Loyola; 2003. p.35-44.
81. Gomes ASO, Rodrigues DLN, Sertão VS, Porto D. Ensino em bioética: breve análise da primeira década do Curso de Especialização da Cátedra Unesco de Bioética da UnB. Revista Brasileira de Bioética. Brasília. 2009; 5(1-4):106-125.
82. Kottow M. Ética de protección: una propuesta de protección bioética. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2007.
83. Fortes HM. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. Recife. 2010; 10(2):321-330.
84. Pinho MA. Saúde mental, mudança social e discurso bioético: uma face da desinstitucionalização revelada em uma notícia de jornal. Physis Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2009; 19(3):817-828.
85. Carter MA. Ethical issues. In: Reich WT. (Org.).Encyclopedia of bioethics.3rd Edition; 1995. p.1773-1779.
86. Felício JL, Pessini L. Bioética da proteção: vulnerabilidade e autonomia dos pacientes com transtornos mentais. Revista Bioética. 2009; 17(2):203-220.
87. Roura EAF. Salud mental y bioética: relación simbiótica. Acta Bioethica. Santiago. 2009; 15(2):139-147.
88. Jorge MR, França JMF. A associação brasileira de psiquiatria e a reforma da assistência psiquiátrica no Brasil. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2001; 23(1):3-6.
89. Almeida, EHR. Dignidade, autonomia do paciente e doença mental. Revista Bioética. 2010; 18(2):381-395
90. Geraldes PC. A autonomia na doença mental. Jornal da Cremerj. (s.d.) [documento na Internet] [acesso em 2012 Dec 12]. Disponível em: <http://www.cremerj.org.br/jornais/mostraMateria.php?idJornal=24&idMateria=235>.
91. Fé IAM. Bioética, doença mental e autonomia. Bioética. 1998; 6(1):71-79.
92. Braz M, Schramm FR. Bioética e pesquisa em saúde mental. Revista Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2011;16(4):2035-2044.
- 93 Charmaz K. A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.
94. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Porto Alegre: Artmed; 2008.
95. Tarozzi M. Metodologia de Pesquisa e de Teoria Fundamentada nos Dados. São Paulo: Vozes; 2011.

96. Brasil, Ministério da Educação. Hospital Universitário de Santa Maria. 2011. [Internet]. [acesso em 2012 Jun 24]. Disponível em: <http://www.husm.ufsm.br/index.php?janela=historico.html>.
97. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Saúde Mental; 2005. [Internet]. [acesso em 2010 Oct 20]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/.
98. Jorge MSB, Pinto AGA. Adoecimento mental e a família: representações e subjetividades. In: Trad LAB. (Org.). Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p.335-370.
99. Lancetti A. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec; 2008.
100. Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta, A. (Org.). Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2001. p.13-18.
101. Pitta A. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: Pitta A. (Org.). Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2001. p.19-26.
102. Esperanza G. Medicalizar a vida. In: Jerusalinsky AC, Fendrik S. O livro negro da psicopatologia. São Paulo: Via Lettera; 2011. p.53-59.
103. Saforcada E, Lellis M, Mozobancyk S. Psicología y Salud Pública: nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano. Buenos Aires: Paidós; 2010.

APÊNDICE A
FICHA DE DADOS DEMOGRÁFICOS

Nome:	
Grau de parentesco do familiar com depressão:	
Idade:	
Escolaridade:	
Profissão:	
Renda:	
Número de integrantes da família (que coabitam):	
Quem é o responsável pela família:	

APÊNDICE B

ROTEIRO NORTEADOR PARA AS OBSERVAÇÕES:

Baseando-se na metodologia da teoria fundamentada, em que a coleta de dados é aberta e existe sempre a necessidade de voltar ao campo de pesquisa com novas questões, surgidas no andamento do estudo, as questões para observação e entrevistas, foram questões iniciais aprofundadas conforme o surgimento dos dados.

1	A rotina dos profissionais (enfermeiros, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, técnicos em geral, administradores, recepcionista, trabalhadores dos serviços gerais) na atenção aos usuários diagnosticados com depressão que procuram os serviços.
2	Como funcionam as atividades que envolvem os usuários com depressão.
3	A interação entre familiares e profissionais das instituições estudadas.
4	O alcance (acesso) que os familiares têm às informações e conhecimento sobre a doença (depressão), sobretudo sobre a situação de seu familiar doente.
5	A relação entre familiares e o paciente na instituição.
6	Quem (familiar) e se alguém acompanha o usuário ao CAPS ou ambulatório de saúde mental.
7	A participação e envolvimento dos familiares no tratamento de seus familiares com depressão: visitas ao CAPS ou Ambulatório de saúde mental; participação nas atividades promovidas pelos serviços (grupos de familiares, passeios, etc.)

APÊNDICE C

ROTEIRO NORTEADOR DAS ENTREVISTAS COM OS FAMILIARES

Conforme combinamos gostaria de conversar contigo sobre a rotina diária de vocês.

1	Qual é o grau de parentesco de vocês com _____?
2	Como vocês descrevem o (a), como ele (a) é? (como os entrevistados veem o familiar “doente”).
3	Como e quando vocês perceberam sintomas da depressão no (a), por que vocês acham que isto aconteceu? (investigar os motivos atribuídos ao desencadeamento da doença).
4	O que vocês sabem sobre esta doença?
5	_____ já foi internado para tratamento em razão da depressão?
	(Se sim) Como era a rotina familiar enquanto o (a) _____ estava internado?
	(Se sim) O que mudou com a volta do (a) _____ para casa?
6	_____ necessita de cuidados especiais? (se sim) Quais?
7	Quem cuida (ou lida mais diretamente) do (a) _____?
8	Ele (ela) ajuda nas tarefas domésticas?
9	Quem é o mais próximo ao (quem tem mais afinidade) _____?
10	Como é o convívio do (a) _____ na família? E na comunidade?
11	Quais as maiores dificuldades encontradas no dia-a-dia em lidar com esta situação?
12	Quais os serviços existentes (ambulatórios, UBS, CAPS, emergência psiquiátrica em hospital geral, etc) que vocês podem contar para o auxílio na atenção ao _____?
13	Vocês encontram auxílio com facilidade quando precisam?
14	Com que frequência vocês visitam o CAPS (ou Ambulatório de Saúde Mental)? Alguém acompanha o (a) _____ ao CAPS ou ao (ASM)?
15	Existem atividades para os familiares dos usuários no CAPS (ou ASM)? (se sim) Vocês participam das atividades?

APÊNDICE D

ROTEIRO NORTEADOR DAS ENTREVISTAS COM OS USUÁRIOS

1	Como ele(a) se sente em relação à experiência que esta vivendo, a depressão (falar livremente)
2	Como ele(a) descreveria o atendimento no CAPS (ou no Ambulatório de Saúde Mental).
3	Como ele(a) descreve de que forma a família lida com o sofrimento dele (a), a depressão.
4	Ele(a) considera que a família participa no tratamento e se isto ajuda ou não para que se sinta melhor.

APÊNDICE E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: USUÁRIOS

Esse estudo pretende estudar os conflitos éticos originários da atenção à saúde mental das pessoas com depressão e da inserção da família no tratamento destas pessoas. Um tratamento que inclua a família pode representar uma ajuda no restabelecimento da pessoa que sofre de depressão. Para isso, você será entrevistado sobre a sua doença, o seu tratamento e a sua família e essa conversa será gravada e posteriormente transcrita para ser analisada. Trata-se de entrevista aberta em que será seguido um roteiro com questões norteadoras para a entrevista.

Você está sendo convidado para participar desse estudo. Você é totalmente livre para aceitar o convite. Sua negação em participar não terá nenhuma implicação em seu tratamento. Você pode retirar-se da pesquisa em qualquer momento e pode solicitar os esclarecimentos que quiser. Na publicação dos resultados o seu nome nunca irá aparecer, preservando sempre a sua identidade. Esse documento será assinado em duas vias.

Pela minha assinatura nesse documento declaro que estou disposto a participar.

Assinatura do usuário

Assinatura do pesquisador responsável pela pesquisa.

Data

Pesquisadora: Roseclér Machado Gabardo
Orientador: José Roque Junges
Universidade de Brasília – UnB
Telefone da pesquisadora: (55) 81112935
Endereço: Ernesto Beck 1520, Santa Maria – RS, CEP 97020-140
Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da UnB: (61) 31071947

APÊNDICE F

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: FAMILIARES

Esse estudo pretende estudar os conflitos éticos originários da atenção à saúde mental da pessoa com depressão e da inserção da família no tratamento desta pessoa. Um tratamento que inclua a família pode representar uma ajuda no restabelecimento da pessoa que sofre de depressão. Para isso, você será entrevistado sobre o seu familiar doente e o tratamento dele e essa conversa será gravada e posteriormente transcrita para ser analisada. Trata-se de entrevista aberta em que será seguido um roteiro com questões norteadoras para a entrevista.

Você está sendo convidado para participar desse estudo. Você é totalmente livre para aceitar o convite. Sua negação em participar não terá nenhuma implicação no tratamento de seu familiar. Você pode retirar-se da pesquisa em qualquer momento e pode solicitar os esclarecimentos que quiser. Na publicação dos resultados o seu nome nunca irá aparecer, preservando sempre a sua identidade. Esse documento será assinado em duas vias.

Pela minha assinatura nesse documento declaro que estou disposto a participar.

Assinatura do familiar

Assinatura do pesquisador responsável pela pesquisa.

Data

Pesquisadora: Roseclér Machado Gabardo
Orientador: José Roque Junges
Universidade de Brasília – UnB
Telefone da pesquisadora: (55) 81112935
Endereço: Ernesto Beck 1520, Santa Maria – RS, CEP 97020-140
Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da UnB: (61) 31071947

APÊNDICE G

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: PROFISSIONAIS

Esse estudo pretende estudar os conflitos éticos originários da atenção à saúde mental da pessoa em depressão e da inserção da família no tratamento desta pessoa. Um tratamento que inclua a família pode representar uma ajuda no restabelecimento da pessoa que sofre de depressão. Para isso, os usuários desta Instituição e seus familiares serão entrevistados e observados em suas atividades neste local, conseqüentemente, você estará sendo observado também. Trata-se de entrevista aberta com os usuários e familiares em que será seguido um roteiro com questões norteadoras para a entrevista.

Você está sendo convidado para participar desse estudo. Você é totalmente livre para aceitar o convite. Sua negação em participar não terá nenhuma implicação no seu trabalho. Você pode retirar-se da pesquisa em qualquer momento e pode solicitar os esclarecimentos que quiser. Na publicação dos resultados o seu nome nunca irá aparecer, preservando sempre a sua identidade. Esse documento será assinado em duas vias.

Pela minha assinatura nesse documento declaro que estou disposto a participar.

Assinatura do profissional

Assinatura do pesquisador responsável pela pesquisa.

Data

Pesquisadora: Roseclér Machado Gabardo
Orientador: José Roque Junges
Universidade de Brasília – UnB
Telefone da pesquisadora: (55) 81112935
Endereço: Ernesto Beck 1520, Santa Maria – RS, CEP 97020-140
Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da UnB: (61) 31071947

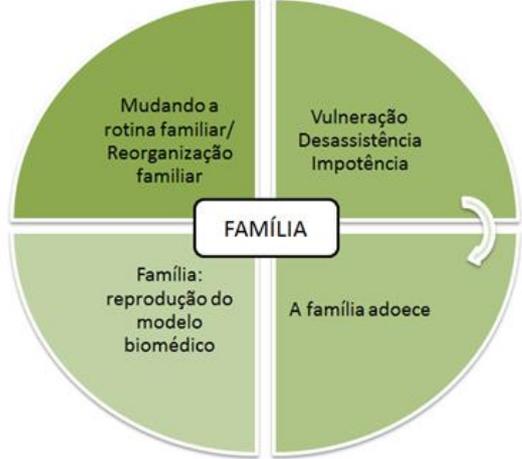
APÊNDICE H

PROCESSO DE CODIFICAÇÃO INICIAL, FOCAL E AXIAL

Este esquema compõe falas de diferentes entrevistas para exemplificar como foi realizado o processo de codificação.

Fala do Usuário (U) ou familiar (F)	Codificação inicial	Codificação focal	Codificação axial
U: venho de três em três meses	Frequência da consulta	Frequência das consultas	Tratamento
U: ... mas têm horas que eu estou bem, mas têm horas que eu, que eu não estou bem, eu não sei do que deve ser, a consequência do remédio, mas têm horas que eu não, não me sinto bem.	Descrevendo o tratamento com altos e baixos.	Cronicidade da depressão	Usuário/ tratamento
U: Eu estou com medicação antidepressiva... só com os antidepressivos	Apenas tratamento medicamentoso	Medicalização como principal forma de tratamento	Tratamento
F: Mudou, mudou assim, não totalmente, mas assim, que a gente tem que ter assim mais cuidado pra não deixar ele só em casa...	A doença do familiar causa mudança na rotina da família	Mudando a rotina familiar	Família
F: Nós fomos no hospital universitário que tem um plantão 24 horas de psiquiatria daí a gente foi pra lá...	Procura por atendimento no plantão de psiquiatria do HUSM	Porta de entrada na rede de saúde mental	Tratamento
F: Não, tudo, que eu sei é por, como é que eu vou te dizer assim é esclarecimento meu, eu que me interesse ... eu leio, escuto, leio jornal, revista, tudo isso me chama a atenção, mas a gente não, não recebe esclarecimentos...	Tudo o que sabe sobre depressão é por conta própria, por interesse próprio. Não recebe esclarecimentos sobre a depressão nos serviços	A participação da família no tratamento	Família
F: É tem que entrar numa fila de espera e é só ali que tem psiquiatria...	Fila de espera para atendimento no ASM.	Aguardando atendimento	Tratamento
F: Eu acho que mais ou menos uns três anos aqui. Em tudo que ela, saia eu estava sempre junto, viajar, tudo, ...eu saia também junto...	Acompanhando o familiar depressivo em tudo.	Perda da autonomia	Usuário
U: ... agora, estando parado se lembra de tudo, tudo que a gente fazia antes... a gente se sente inútil, a gente fazia e não pode fazer, não tem segurança se vai fazer se tocar de fazer acha que não vai dar certo.	Sentindo-se inseguro em desempenhar determinadas atividades	Vulneração social	Indivíduo
U: Cinco eu acho, quatro ou cinco anos	Tempo de tratamento	Cronicidade da depressão	Tratamento/usuário
U: Fui no postinho o doutor me disse que era uma depressão depois eles marcaram na saúde mental, depois de tempo, depois de um ano, sempre tomando remédio.	Iniciou o tratamento na UBS Diagnóstico de depressão	Porta de entrada na rede de saúde mental Diagnóstico	Tratamento

APÊNDICE I
DIAGRAMAS DA CODIFICAÇÃO AXIAL

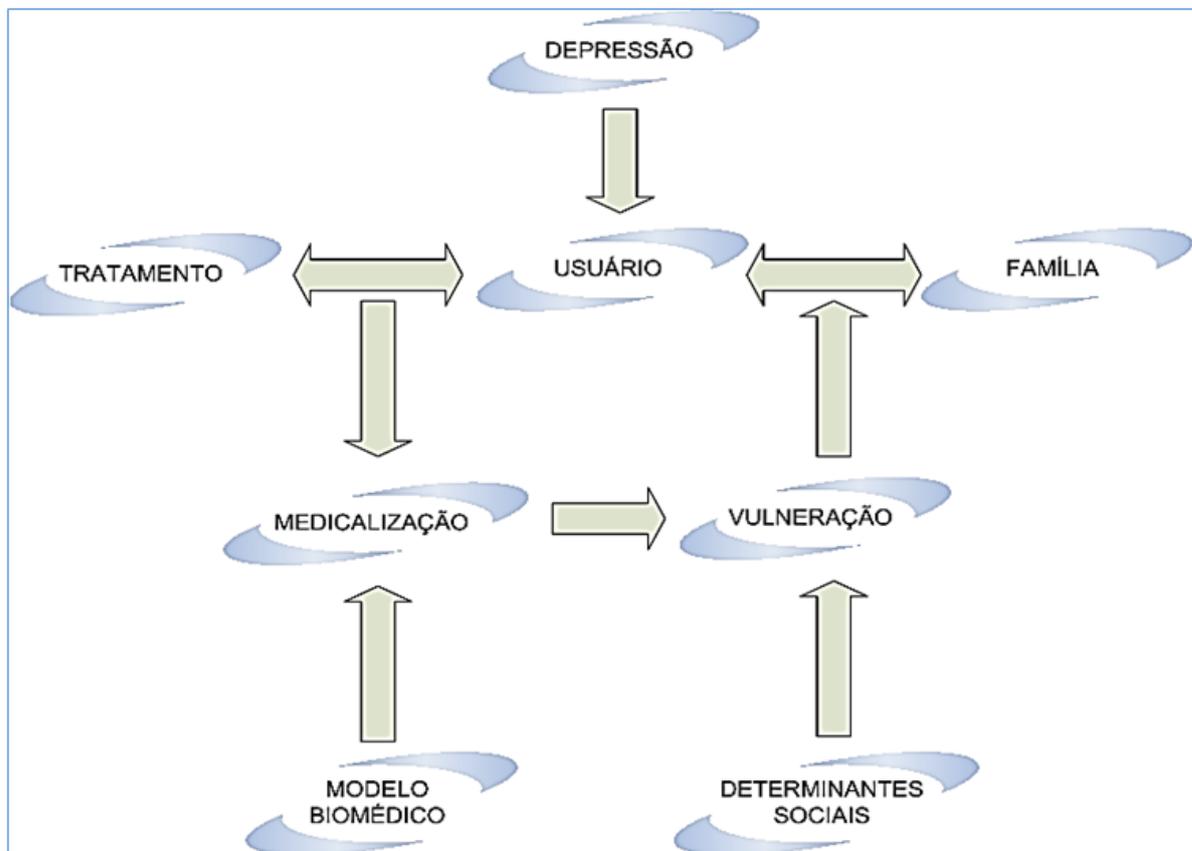
Codificação axial	Diagrama
<p>Usuário como sujeito em sofrimento psíquico</p>	 <p>Diagrama centralizado no usuário (USUÁRIO) com setas bidirecionais conectando-o a seis elementos circulares: Determinantes sociais da depressão, (Des)valorização social, Vulneração social, Perda da autonomia: dependência, Cronicidade da depressão, e Isolamento.</p>
<p>Tratamento fragmentado e centrado no modelo biomédico</p>	 <p>Diagrama intitulado TRATAMENTO, mostrando um fluxo fragmentado. O Diagnóstico leva à Cronicidade da Depressão (resultando em Frequência das consultas) e à Lista de Espera (resultando em Medicalização). A Participação da Família também influencia a Medicalização. À direita, a Rede de atenção inclui a Porta de Entrada, UBS/ESF, CAPS, HUSM, REDE e ASM.</p>
<p>A família suprimida e desassistida no processo terapêutico</p>	 <p>Diagrama circular dividido em quatro quadrantes em torno de um núcleo central rotulado FAMÍLIA. Os quadrantes são: Mudando a rotina familiar/ Reorganização familiar (topo esquerdo), Vulneração Desassistência Impotência (topo direito), Família: reprodução do modelo biomédico (fundo esquerdo), e A família adocece (fundo direito). Uma seta curva indica um ciclo ou processo contínuo.</p>

APÊNDICE J

DIAGRAMA DA EMERGÊNCIA DA CORE CATEGORY

AS FACES DA VULNERAÇÃO NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Diagrama: Modelo de atenção à saúde mental



ANEXO A

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **171/10**

Título do Projeto: “Leitura bioética sobre a inserção da família no tratamento da depressão”.

Pesquisadora Responsável: Rosecler Machado Gabardo

Data de Entrada: 08/12/2010

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **171/10** com o título: “Leitura bioética sobre a inserção da família no tratamento da depressão”, analisado na 12ª Reunião Ordinária, realizada no dia 14 de dezembro de 2010.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 25 de janeiro de 2011.

Prof. Nair Monsores
Coordenador do CEP-FS/UnB