

Acompanhamento terapêutico e intervenção em rede como estratégia na atenção psicossocial

Therapeutic follow-up and network intervention as a strategy in psychosocial care

Acompañamiento terapéutico y la intervención de red como estrategia en la atención psicossocial

Felipe Kaê Martins Prado¹

ORCID: 0000-0002-4037-1581

Marcelo Augusto de Medeiros Lourenço¹

ORCID: 0000-0003-0430-9657

Larissa Barros de Souza¹

ORCID: 0000-0002-8060-7974

Aline Ferreira Placeres¹

ORCID: 0000-0002-4261-0347

Fernanda Carla de Assis Cândido¹

ORCID: 0000-0002-3399-5249

Gabriela Zanim¹

ORCID: 0000-0002-0465-6045

Camila Maria Fernandes Fantacini¹

ORCID: 0000-0003-4773-0214

Regina Célia Fiorati¹

ORCID: 0000-0003-3666-9809

¹ Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo:

Prado FKM, Lourenço MAM, Souza LB, Placeres AF, Candido FCA, Zanim G, et al. Therapeutic follow-up and network intervention as a strategy in psychosocial care. Rev Bras Enferm. 2020;73(1):e20180161. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0161>

Autor Correspondente:

Marcelo Augusto de Medeiros Lourenço
Email: celoam@gmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Fátima Helena Espírito Santo

Submissão: 10-05-2018 Aprovação: 22-07-2018

RESUMO

Objetivo: analisar o Acompanhamento Terapêutico (AT) e a Intervenção em Rede (IR) como dispositivos para construção da rede social/pessoal de usuário do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **Método:** estudo etnográfico. Os instrumentos de coleta de dados foram: observação participante, diário de campo, entrevistas semiestruturadas e Mapa Mínimo das Relações de Sluzki. Local da pesquisa foi em um CAPS II da cidade de São Paulo. Os participantes foram um usuário do CAPS, sua rede familiar, profissionais e outros usuários. Análise dos dados ocorreu através do referencial da Análise de Conteúdo Temático de Minayo e Mapas Pessoais de Sluzki. **Resultados:** o AT e a IR levaram a maior participação social, autonomia e reorganização dos papéis familiares e tratamento nos CAPS. **Conclusão:** o AT associado à IR mostrou-se potente no fortalecimento da rede pessoal/social do usuário e na inclusão dos mesmos em atividades comunitárias.

Descritores: Saúde Mental; Reabilitação; Rede Social; Etnografia; Autonomia.

ABSTRACT

Objective: to analyze Therapeutic Follow-Up (TF) and Network Intervention (NI) as devices for social network/ Psychosocial Care Center (CAPS - *Centro de Atenção Psicossocial*) user staff construction. **Method:** an ethnographic study. Data collection instruments were participant observation, field diary, semi-structured interviews and Sluzki's Minimal Map of Relationships. The research site was at a CAPS II of the city of São Paulo. Participants were CAPS user, their family network, professionals and other users. Data analysis took place through Minayo's thematic content analysis framework and Sluzki's personal maps. **Results:** TF and NI led to greater social participation, autonomy and reorganization of family roles and treatment in CAPS. **Conclusion:** the TF associated with NI was potent in strengthening the user's personal/ social network and in including them in community activities.

Descriptors: Mental Health; Social Support; Rehabilitation; Personal Autonomy; Ethnography.

RESUMEN

Objetivo: analizar el Acompañamiento Terapéutico (AT) y la Intervención en Red (IR) como dispositivos para la construcción de la red social/personal de usuarios del Centro de Atención Psicossocial (CAPS - *Centro de Atención Psicossocial*). **Método:** un estudio etnográfico. Los instrumentos de recolección de datos fueron: observación participante, diario de campo, entrevistas semiestruturadas y Mapa de relaciones mínimas de Sluzki. La ubicación de la investigación fue en un CAPS II de la ciudad de São Paulo. Los participantes fueron usuarios de CAPS, su red familiar, profesionales y otros usuarios. El análisis de datos se realizó a través del marco de análisis de contenido temático de Minayo y los mapas personales de Sluzki. **Resultados:** el AT y RI llevaron a una mayor participación social, autonomía y reorganización de los roles familiares y el tratamiento en el CAPS. **Conclusión:** el AT asociado con el IR fue potente para fortalecer la red personal/social del usuario y para incluirlos en las actividades de la comunidad.

Descriptores: Salud Mental; Rehabilitación Psiquiátrica; Autonomia; Etnografía; Red Social.

INTRODUÇÃO

A partir de meados do século XX, as concepções de loucura como enfermidade incurável e perigosa, e a exclusão do enfermo mental da sociedade como forma de tratamento apoiada no asilamento definitivo começaram a ser questionadas. Buscou-se transformação na forma como a sociedade e a ciência compreendiam a loucura e as formas de tratá-la, questionando a institucionalização física e simbólica da loucura nos manicômios surgindo, assim, movimentos de desinstitucionalização, reformulando as formas de tratamento e dando ênfase no tratamento centrado na comunidade, em preferência no hospitalar⁽¹⁻⁴⁾.

No Brasil, destaca-se a Lei Federal 10.216, que representou o consenso possível sobre o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental no país⁽⁵⁾.

As Portarias Ministeriais 189/91 e 224/92 de 2000 instituíram várias modalidades de serviços extra-hospitalares, os hospitais-dia, as oficinas terapêuticas. Os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) foram regulamentados pela Portaria 336/2004. No final de 2011 e início de 2012, o Ministério da Saúde publicou uma série de Portarias que instituíram a Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental (RAPS). A RAPS é composta pela Atenção dos tipos: Básica, de Urgência e Emergência, Hospitalar, Residencial Transitória, por Estratégias de Desinstitucionalização e de Reabilitação Psicossocial (RP), e pela Atenção Psicossocial Estratégica. Este último componente engloba os CAPS em todas as suas modalidades⁽⁶⁾.

Assim, os CAPS passam a organizar a rede de atenção psicossocial e constituem-se nos principais serviços de saúde mental de caráter comunitário⁽⁷⁾.

Estudos mostram que os CAPS vêm representando papel central na desconstrução da lógica manicomial, centrado em sua atuação na Estratégia de Reabilitação Psicossocial. Entretanto, há dificuldades nesse processo de consolidação enquanto serviços substitutivos da lógica hospitalocêntrica, e preconiza-se a realização de atividades extramuros e intersetoriais para a promoção da RP e inclusão do usuário. A formação de laços sociais com pessoas e grupos sociais, bem como com espaços fora dos muros do CAPS vêm sendo apontados como uma estratégia fundamental para que o serviço cumpra o seu papel⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Duas estratégias de intervenção têm se mostrado potentes para a efetivação da ocupação dos espaços sociais pelas pessoas em sofrimento psíquico e pela construção e/ou fortalecimentos de suas redes sociais: o Acompanhamento Terapêutico (AT) e a Intervenção em Rede (IR)⁽¹¹⁻¹²⁾.

Portanto, o referencial teórico-metodológico para este estudo é o AT, que consiste em uma modalidade terapêutica que permite que o encontro entre terapeuta e paciente ocorra fora da clínica e de seus espaços tradicionais. Ele pode ocorrer na casa do acompanhado, em um cinema, em uma praça, em um parque, em um encontro familiar, em atividades comunitárias, entre outras⁽¹³⁾. Nesse cenário, o AT mostra-se um dispositivo importante para a inclusão do acompanhado nas relações sociais e na sociedade, gerando acessos a ambientes e serviços públicos, e configurando-se em um encontro entre a subjetividade, a coletividade e o mundo social⁽¹⁴⁾.

A IR se caracteriza pela realização de reuniões entre a pessoa central, sua rede social primária e uma equipe coordenadora. A rede social primária de um indivíduo é composta pelas relações mais próximas

que ele possui e se dão antes por uma natureza afetiva que por uma natureza formal. Tais vínculos são, em geral, mais estáveis e tendem a permanecer ao longo do tempo, por isso são nessas relações que as pessoas ancoram suas vidas⁽¹⁵⁾. Nessa perspectiva, o método da IR consiste na realização de várias reuniões entre usuário e sua rede social, com intuito de fortalecê-la e de estabelecer nós firmes que amarrem a tessitura da sua rede de apoio social. Busca-se, com as reuniões, a construção de objetivos e interesses em comum entre os participantes, a fim de que se fortaleçam os vínculos entre eles, e se forme, dessa maneira, uma rede ativa⁽¹⁶⁾.

O AT e a IR se apresentam, juntas, como estratégias potentes para intervir diretamente no processo de construção da rede social significativa de uma pessoa.

OBJETIVO

Analisar o processo de intervenção do AT e da IR como dispositivos para construção da rede social pessoal/significativa para usuários de CAPS, a partir do desenvolvimento dessas duas estratégias com um usuário de um CAPS da cidade de São Paulo.

MÉTODO

Aspectos éticos

Os dados apresentados constituem de uma dissertação desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, cujo projeto foi aprovado pelo seu Comitê de Ética em Pesquisa. A pesquisa encontra-se em conformidade com a Resolução nº 466/12, seguindo os preceitos éticos de autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e privacidade.

Tipo de estudo

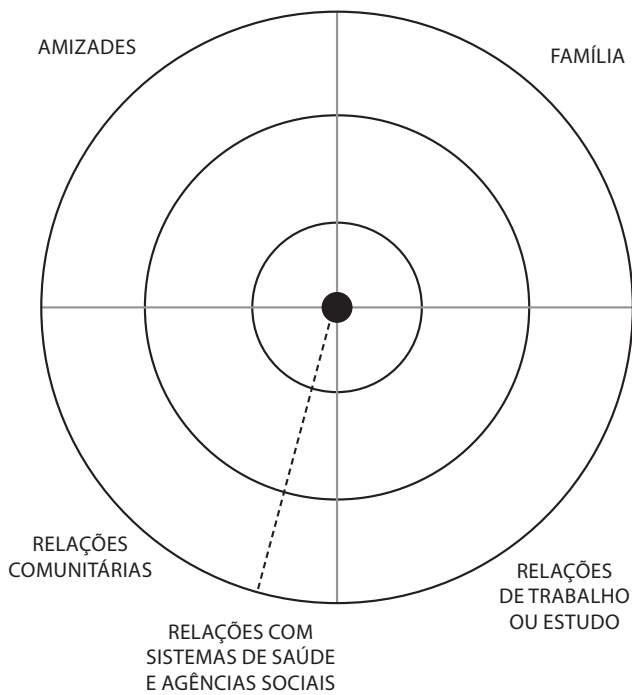
Trata-se de um estudo etnográfico, que traz o resultado da imersão do pesquisador na realidade cotidiana, material e simbólica dos sujeitos estudados, sendo o estudo desenvolvido em ambiente natural do grupo em investigação e do participante central da pesquisa⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Como instrumentos de coleta de dados, utilizou-se a observação sistemática e participante, diário de campo, Mapa Mínimo das Relações de Sluzki⁽¹⁹⁾ e entrevistas semiestruturadas⁽²⁰⁻²¹⁾.

Procedimento metodológico

Além da observação participante e diário de campo, utilizou-se o Mapa Mínimo das Relações de Sluzki⁽¹⁹⁾ para mapeamento e análise da rede social pessoal do participante central do estudo e entrevistas semiestruturadas com integrantes da rede social pessoal do participante central.

Assim, foram realizados dois mapas, um no início e outro após as sessões de AT e a IR. O Mapa de Rede de Sluzki nos permite identificar as pessoas que fazem parte da rede de relações de uma pessoa. É possível entender qual a ligação que há entre a pessoa e cada membro de sua rede, qual o papel que cada membro desempenha e o papel que a rede como um todo cumpre em sua vida⁽¹⁹⁾. A Figura 1 apresenta o modelo Mapa Mínimo das Relações de Sluzki.



Nota: o Mapa pode ser sistematizado em 4 (quatro) quadrantes: 1 - família; 2 - amizade; 3 - relações de trabalho ou escolares; 4 - relações comunitárias, de serviço ou de credo. Sobre tais quadrantes, inscrevem-se três círculos: o interno (mais próximo do ponto central, o intermediário representa o indivíduo que se está mapeando), que conterá as relações mais íntimas; o intermediário, que conterá as relações com menor grau de compromisso; e o externo, que abarcará as relações mais ocasionais.

Figura 1 - Mapa Mínimo das Relações de Sluzki, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2016

As entrevistas foram utilizadas com o intuito de colher as impressões das pessoas identificadas como integrantes da rede social e pessoal do participante central, buscando-se desvendar a história e o contexto que atravessaram o conteúdo discursivo, relacionando significados em seus discursos.

Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada em um CAPS II da cidade de São Paulo, ocorrendo entre janeiro de 2015 e março de 2016. Incluíram-se os espaços públicos da cidade de São Paulo, tais como ruas, serviços, espaços de circulação coletiva e espaços domiciliares do sujeito principal da pesquisa, com o qual foram realizados o AT e a IR.

O CAPS funciona como um CAPS II desde 09/2005, em dois turnos, das 8 às 18 horas. Realiza atendimento ambulatorial tanto por meio de demanda espontânea quanto por demanda referenciada por outros serviços. Este CAPS recebe, em média, trinta (30) usuários por dia.

Fonte de dados

O estudo tratou de escolha intencional e contou com a participação de um (1) usuário do CAPS (o participante central da pesquisa), e sete (7) pessoas de sua rede social, entre familiares, usuários e profissionais do CAPS. Além disso, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com três (3) profissionais do CAPS, um (1) familiar e uma (1) usuária.

O participante central do estudo está vinculado ao programa intensivo de atenção, e atendeu aos seguintes critérios para sua

inclusão na pesquisa: possuir 18 anos completos ou mais, concordar em participar da pesquisa, ser usuário do CAPS II por dois anos no mínimo e ir ao CAPS duas ou mais vezes por semana. Esses critérios se deram por coincidirem com o problema vinculado à questão principal do estudo: a dificuldade de inserção social, familiar e comunitária, que alguns usuários de CAPS vêm apresentando no cenário da Saúde Mental no país.

Os participantes que são parte da rede social do usuário atenderam aos seguintes critérios para participarem das entrevistas e das reuniões de rede: concordar em participar da pesquisa; ter um vínculo com o local da pesquisa e com o participante central da pesquisa; ter 18 anos completos ou mais.

Coleta e organização dos dados

A coleta de dados desta pesquisa se deu através de observação sistemática e participante. Os dados obtidos através da observação foram registrados em diário de campo.

A observação participante e sistemática foi realizada durante as atividades cotidianas de um CAPS da cidade de São Paulo, em suas reuniões de equipe e em atividades desenvolvidas com os usuários, a partir da inclusão do pesquisador nessas atividades como membro. Foi realizada em duzentas e trinta e cinco (235) horas e ocorreu entre janeiro de 2015 e março de 2016, sendo distribuídas entre espaços de convivência, participação dos grupos terapêuticos, passeios com usuários como atividade do CAPS, ou passeios informais e em participação em reuniões de equipe e assembleia do serviço. A observação ocorreu durante os AT realizados com o participante central da pesquisa e em de quatro reuniões de IR referentes à rede social pessoal do participante central da pesquisa.

Esta fase de observação permitiu selecionar o sujeito central do estudo, com o qual foram realizadas as sessões de AT e as IR.

O AT ocorreu em trinta e dois (32) encontros, totalizando cento e uma (101) horas. Os encontros foram registrados em diário de campo. A IR ocorreu em quatro (4) reuniões com duração de uma (1) hora cada.

Conduziram-se entrevistas semiestruturadas com três (3) profissionais do serviço, uma (1) pessoa da família e uma (1) usuária do CAPS, os quais foram identificados como pessoas da rede social pessoal do participante central. Os eixos temáticos propostos aos participantes foram: a história de vida do participante central, a relação deles com o participante central, a presença do pesquisador no serviço neste período e, em específico, sobre como avaliar o trabalho de AT e a IR como dispositivos de fortalecimentos da rede social pessoal do participante central.

Análise dos dados

Os dados foram analisados segundo o referencial da Etnografia que procurou elaborar uma descrição densa dos dados contidos no diário de campo referentes à observação participante, a qual se deu na participação do pesquisador no cotidiano do serviço através de sua inserção nas atividades realizadas com os usuários, durante o AT realizado com o participante central e das reuniões que constituíram a IR.

Além disso, foram aplicados dois Mapas de Rede Social pessoal do participante central. O mapa inicial buscou identificar como

era constituída a rede social pessoal do participante e o segundo buscou analisar se houve diferença na rede social pessoal do participante após a realização do AT e a IR.

RESULTADOS

A descrição será apresentada, inicialmente, a partir dos registros do diário de campo, o qual balizou as histórias, fatos e pensamentos registrados durante a fase de coleta de dados. Assim, o momento de coleta era o próprio momento em que se avaliava o que se estava vivendo no contato com o serviço, com o participante central e sua família.

Rodrigo foi selecionado para ser o participante central da pesquisa, e sua história mostra que ele frequenta o CAPS desde 2009. Desde sua primeira crise, já passou por seis ciclos de internações. Rodrigo nasceu e cresceu na cidade de Praia Grande e, quando adoeceu psicicamente, foi adotado por parentes (uma família de tios e seus filhos, primos de Rodrigo), diante da impossibilidade da família progenitora cuidar do mesmo. A partir desse momento, ele passou a viver com a família dos tios em São Paulo.

Em 2011, após o falecimento da tia que vivia acamada, Rodrigo perdeu a função de cuidador, atividade que lhe garantia certa importância no seio familiar. Desde então, seu único papel no ambiente familiar é o de paciente. Autores descrevem que no interior das famílias com pessoas com transtornos mentais, é frequente estas perderem papéis ativos, para permanecerem em papéis de passividade^(11,14,22-23).

Assim, após esse período, a relação entre ele e seu tio começou a se intensificar em termos de conflitos. Quando Rodrigo demonstra comportamentos mais autônomos, isso causa certo estranhamento nos familiares.

Rodrigo era o usuário mais frequente do CAPS, e sua presença estava sempre exigindo considerável atenção por parte das pessoas, tanto de trabalhadores quanto de usuários. Nesse sentido, era comum que se manifestasse algum cansaço nas pessoas, devido a esse intenso contato cotidiano. Ao mesmo tempo, percebia-se que, nessas mesmas relações, existia certo afeto, uma preocupação em zelar e cuidar de Rodrigo de forma que lá ele se sentisse protegido.

O AT foi desenvolvido com Rodrigo através de várias atividades e espaços da cidade, a partir das quais Rodrigo frequentou um grupo de teatro, além de diversas atividades culturais. O processo de AT foi apontado por alguns participantes como positivo, relacionando o trabalho com mudanças no comportamento de Rodrigo, fazendo com que se sentisse mais independente em suas decisões:

Ele se sentiu independente. [...] Você sempre quis que ele fizesse as coisas sozinho, estimulava ele, você tentou isso, e no fundo você conseguiu. (E1)

DISCUSSÃO

O processo vivido nos sugere que o AT permitiu a construção de um vínculo de confiança, de troca, de espelhamento, e isso fortaleceu Rodrigo, trouxe a ele vitalidade e tentativas de se conectar à vida social. No entanto, o trabalho do AT e as mudanças de comportamento em Rodrigo foram percebidas, em alguns

momentos, pela família como uma ameaça, o que gerou resistência e conflitos entre eles. Isso é apontado por autores como processo semelhante, pois o AT permite ao acompanhado a recuperação da autonomia^(12-13,24). Diante de uma relação conflituosa com o tio, o qual reagia de forma negativa à busca do sobrinho por maior autonomia, Rodrigo desenvolveu uma crise psicótica e, ainda que a família e os profissionais do CAPS reconhecessem que o conflito e a violência não eram responsabilidade exclusiva de Rodrigo, mas também das reações do tio frente às novas posturas que ele tomava diante da vida, a rede viu a internação psiquiátrica de Rodrigo como solução naquele momento.

Não era uma crise! Então olha a confusão, quando a pessoa tem um desejo, se organiza pra isso, porque você tá produzindo autonomia, e aí as pessoas entendem isso como loucura. (E2)

No período de internação o AT foi realizado durante algumas visitas no hospital. Após a alta hospitalar, a rede se reorganizou e foi possível realizar quatro reuniões. Nestas, houve a possibilidade de se recuperar a história da internação, os sentidos que levaram a ela, principalmente quanto ao comportamento incomum de Rodrigo e percebeu-se o quanto a rede pessoal dele era densa, coesa e impermeável em determinados aspectos. Quando todos os membros de uma rede têm relação entre eles próprios, Sluzki⁽¹⁹⁾ afirma se tratar de uma rede de grande densidade.

O autor aponta para esse duplo potencial de uma rede densa, que ao mesmo tempo pode ser efetiva para se mobilizar em torno da pessoa e lhe oferecer cuidado, mas também cria resistências caso a pessoa queira assumir nova postura e se inserir em novos grupos. Isso demonstra a presença de uma rede afetuosa, acolhedora e essencial para a existência de Rodrigo, mas com poder para decidir sobre seu destino mesmo sem o consentimento dele próprio e mesmo que ele não seja o único responsável pela ocorrência dos conflitos⁽¹⁹⁾.

As reuniões da rede mostraram um potencial crítico diante dos acontecimentos, sendo que tanto os profissionais quanto os familiares puderam analisar as mudanças do comportamento de Rodrigo com maior tranquilidade, e se apropriar de suas limitações e novas perspectivas a serem implementadas no tratamento. Assim, percebeu-se que a reflexão que ocorreu nas reuniões foi capaz de provocar deslocamentos na própria rede, mudanças e construção de novos sentidos sobre a condição do sofrimento psíquico sobre a experiência cotidiana ao mesmo tempo em que lança mão de recursos conservadores⁽¹⁶⁾.

Nas reuniões de rede realizadas, percebeu-se que um trabalho com a família era indispensável e implicava a aceitação de seus papéis como pessoas em sofrimento que precisavam de auxílio. A sobrecarga de trabalho, a difícil convivência com o portador de transtorno mental e a diminuição do tempo para investir em ações promotoras de saúde contribuem para o adoecimento do cuidador, sobretudo em situações de grande dependência do indivíduo que recebe cuidado⁽²⁵⁾. Nesse sentido, passou-se a supor que o estabelecimento de contratos sociais de Rodrigo passa pelo reestabelecimento dos contratos de toda a família⁽²⁶⁻²⁷⁾.

A rede social significativa de Rodrigo, por um lado, demonstra uma rede com acesso a recursos e é atualizada sobre práticas em consonância com as noções de RP. Por outro lado, sugere uma

rede que se apropria desses recursos, mas os enquadra numa dinâmica que leva ao afastamento e à internação psiquiátrica do usuário. O cuidado ofertado pela atenção psicossocial deve perpassar a lógica do centro de atendimento, desenvolvendo uma rede de assistência que atenda ao usuário em suas mais diferentes esferas, sendo a equipe seu principal alicerce, e o território, seu espaço de atuação. O CAPS pode ser considerado um centro de referência, mas não o único *lócus* do cuidado^(11,28).

Assim, percebe-se a necessidade da consolidação da RAPS, na perspectiva da concretização da RP, em campo intersetorial, e no sentido de estabelecer as contraturalidades dos sujeitos em sofrimento psíquico. Este pode habitar, trabalhar e obter renda digna e integrar redes pessoais reais e que possa garantir o exercício de sua autonomia⁽²⁹⁾.

Torna-se importante emergir os resultados provenientes da análise dos dados dos mapas que, por serem mais específicos, fogem discretamente da lógica da exposição etnográfica, mas a complementam.

Foram aplicados dois mapas de redes com o participante central da pesquisa. O primeiro mapa foi aplicado antes de qualquer intervenção, após a indicação pela equipe desse usuário para ser o participante central do estudo. E o segundo foi aplicado após todas as intervenções de AT e de IR, tendo a função de avaliar a rede pessoal social do participante e avaliar o potencial de benefícios do AT e IR para usuários de CAPS, como pode ser observado na Figura 2.

No primeiro mapa social do participante central do estudo (Figura 2), pode-se verificar que os familiares citados moram com o participante principal (Tales (tio), Augusto (filho de Tales), Verônica (filha de Tales), José (esposo de Verônica), Ricardo (filho de Verônica)). Natália, esposa de Tales, falecida em 2011, é citada em diversas passagens, assim como sua mãe Maria que faleceu no mesmo ano. Odvan, seu pai, ainda é vivo, mas não mora com Rodrigo.

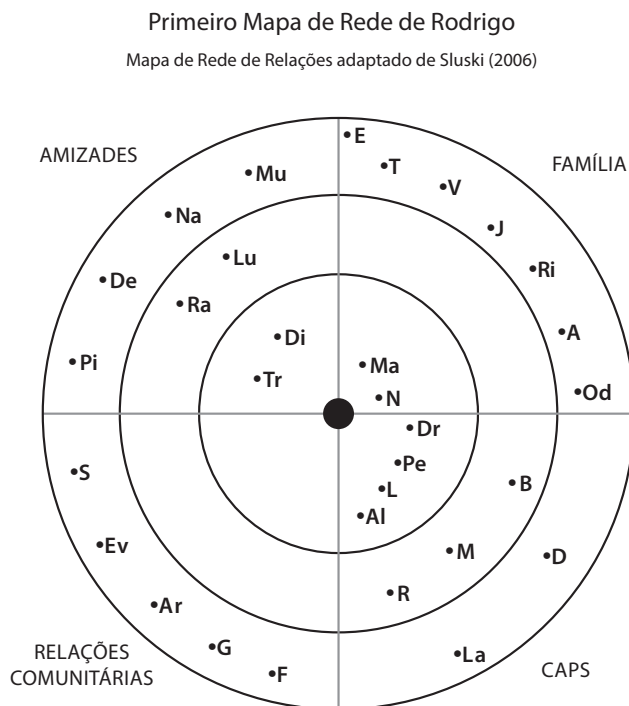
Os profissionais que aparecem são Álvaro (segurança), Lúcio (funcionário da manutenção), o médico psiquiatra, Larissa e Dolores (técnicas de enfermagem), e ainda no quadrante referente ao CAPS, o pesquisador. Beatriz, Marcus e Renato são usuários do CAPS.

Nos quadrantes de Amizades e Relações Comunitárias, todas as pessoas citadas são da época em que Rodrigo vivia em Praia Grande, com as quais ele não mantinha mais contato. Nas Relações Comunitárias, Rodrigo mencionou a empregada doméstica da casa de seus pais, seu marido e filhas. Nas Amizades, ele falou o nome de oito pessoas, e não soube mensurar há quantos anos não se comunica com cada um.

O segundo mapa de Rodrigo (Figura 3), todos os moradores de sua residência são representados no primeiro semicírculo, com exceção de José, o qual é representado no terceiro semicírculo. Assim, em comparação com o primeiro Mapa, pode-se inferir que os sujeitos de sua residência estão mais próximos de Rodrigo.

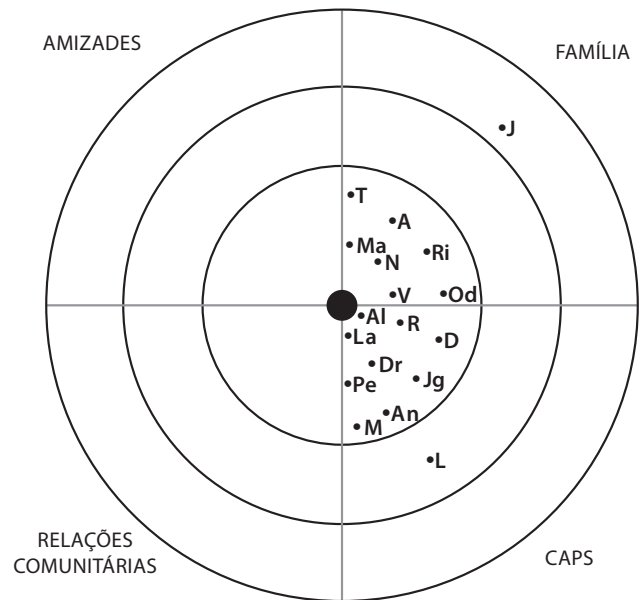
Segundo Mapa de Rede de Rodrigo

Mapa de Rede de Relações adaptado de Sluski (2006)



Nota: Amizades: 1- Tr (trovão), Di (Diego); 2- Lu (Luciano), Ra (Ratinho); 3- Mu (Murilo), Na (Naldo), De (Denis), Pi (Piolho); Família: 1- Ma (Maria), N (Natália); 3- T (Tales), A (Augusto), V (Verônica), J (José), Ri (Ricardo), Od (Odvan), E (Edson); Relações Comunitárias: 3- S (Soraia - empregada em sua casa na Praia Grande), Ev (marido de S), Ar (Ariana), G (Gisela) e F (Fabiana) filhas de S e EV; CAPS: 1- Al (Álvaro), L (Lúcio), Pe (pesquisador), Dr (psiquiatra); 2- R (Renato), M (Marcus), B (Beatriz); 3- La (Larissa), D (Dolores).

Figura 2 - Primeiro mapa de rede significativa de Rodrigo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2016



Nota: Amizades: em branco; Família: 1- Ma (Maria), N (Natália), T (Tales), A (Augusto), V (Verônica), Ri (Ricardo), Od (Odvan); 3- J (José); Relações Comunitárias: em branco; CAPS: 1- Al (Álvaro - segurança), Pe (pesquisador), Dr (médico), R (Renato) e M (Marcus), La (Larissa) e D (Dolores) técnicas de enfermagem, Jg (Jorge - enfermeiro), An (Angélica - funcionária da limpeza); 2- L (Lúcio - funcionário da manutenção).

Figura 3 - Segundo mapa de rede significativa de Rodrigo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2016

O que se percebe, comparando-se o primeiro mapa com o segundo, é a dimensão da realidade concreta e compartilhada

que se impõe na percepção de Rodrigo. Ainda que a rede retratada no primeiro mapa seja mais fértil, percebe-se que muitas pessoas citadas só existiam em dimensão virtual na vida de Rodrigo, em sua memória, perdida talvez inexoravelmente no passado. Ainda que se considere o aspecto desejável de uma rede mais extensa comunitariamente, a rede pessoal social real de Rodrigo é composta apenas pelos familiares e profissionais do CAPS.

As redes sociais favorecem o desenvolvimento humano e auxiliam a preencher a necessidade que a pessoa tem de se relacionar com o outro, tanto em aspectos físicos quanto afetivos, proporcionando conforto de pertencer a um grupo, de ser amado e importante para manutenção da autoestima⁽³⁰⁻³¹⁾. Os quadrantes de Amizades e de Relações Comunitárias aparecem em branco. Quando questionado sobre a ausência deles, em comparação com o primeiro mapa, Rodrigo se justificou por não os ver há muitos anos. Nesse sentido, pode-se inferir que o segundo mapa sugere ter maior identificação com o que ele vive no presente.

O primeiro mapa expõe que sua rede é densa, homogênea, de fácil acesso, concentrada em dois quadrantes, com presença no primeiro semicírculo somente por pessoas vinculadas ao CAPS (considerando somente as pessoas vivas). Os familiares com quem mora são representados todos no terceiro semicírculo.

O segundo mapa manteve a mesma concentração por quadrantes, mas se alterou quanto ao semicírculo mais frequente. Das dezoito pessoas citadas, dezesseis aparecem no primeiro semicírculo. Ele aproximou mais as pessoas do CAPS e as pessoas de sua família, com exceção de José. Dessa forma, a rede social de Rodrigo, que inclui o CAPS e a família, é muito presente em sua vida. Pode-se afirmar que a rede de Rodrigo é presente e atuante em sua vida, bem como Rodrigo é presente e atuante na vida de sua rede.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O AT provocou mudanças em Rodrigo e em sua rede, trazendo recursos para ele com ganho em autonomia. Rodrigo e sua rede mostrou possuir muitos recursos e, nesta pesquisa, presenciou-se muitas produções nessas interações. A rede de Rodrigo pode repensar ações, posturas e tratamento. As estratégias utilizadas permitiram a construção de produções reais e significativas para as pessoas envolvidas no processo.

Entretanto, é necessária a criação e fortalecimento de redes comunitárias para as pessoas em sofrimento psíquico, pois o estudo mostrou que apesar das práticas do AT e IR terem sido exitosas sob alguns aspectos, ainda é necessária a ampliação de sua rede para o social maior, a comunidade, a inserção em trabalho, clubes, associações, entre outros. Assim, ressalta-se a necessidade do fortalecimento da RAPS e suas estratégias intersetoriais.

Limitações do estudo

Os resultados devem ser considerados à luz de certas limitações. Trata-se de um estudo com delineamento transversal, que utilizou um único usuário do serviço de saúde mental. Embora significativo o resultado, foi restrita a um único serviço de saúde mental da cidade, o que dificulta a generalização dos resultados.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Esta pesquisa forneceu ferramentas para se pensar o fortalecimento do atendimento ao usuário de saúde mental e as boas práticas que possam ser realizadas nos CAPS, apresentando a importância da política pública em Saúde Mental e o atendimento pautado na atenção psicossocial que preza um sujeito cidadão.

REFERÊNCIAS

1. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1995.
2. Rotelli FA. A instituição inventada. In: Nicácio MFS, organizadora. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 89-100.
3. Guimarães J. Sobre a criação do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto: outras raízes de uma história [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade São Paulo; 2001. doi: 10.11606/D.22.2001.tde-29012003-104552
4. Birman JA. Cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: Bezerra Junior B, Amarante P, editores. Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume Dumara; 1992. p. 71-90.
5. Devera, D, Costa-Rosa A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na praxis [Internet]. Rev Psicol UNESP. 2007 [cited 2017 Jun 06];6(1):60-79. Available from: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/download/1010/932>
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 3.088, 23 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2017 Jun 06]. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
7. Pitta A. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: Reabilitação psicossocial no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 19-26.
8. Lima M, Jucá VJS, Santos L. Produção de subjetividade e estratégias de inserção social para usuários em um Centro de Atenção Psicossocial, na Bahia [Internet]. Mental. 2011 [cited 2017 Jun 07];9(16):303-26. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272011000100003&lng=pt&tlng=pt
9. Salles MM, Barros S. Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana. Ciênc Saúde Colet.

- 2013;18(7):2129-38. doi: 10.1590/S1413-81232013000700028
10. Botelho JV, Lima MV. Perception of the emotions from CAPS II users: an experience report. *Fractal, Rev Psicol.* 2015;27(2):160-4. doi: 10.1590/1984-0292/929
 11. Aciole Neto ML, Amarante PDC. O acompanhamento terapêutico como estratégia de cuidado na atenção psicossocial. *Psicol Ciênc Prof.* 2013;33(4):964-75. doi: 10.1590/S1414-98932013000400014
 12. Vasconcelos MFF, Machado DO, Mendonça Filho M. Therapeutic accompaniment and psychiatric reform: issues, tensions and trials of a antimanicomial clinic. *Psicol Soc.* 2013;25(2):95-107. doi: 10.1590/S0102-71822013000600013
 13. Palombini AL. Utópicas cidades de nossas andanças: flânerie e amizade no acompanhamento terapêutico. *Fractal, Rev Psicol.* 2009;21(2):295-318. doi: 10.1590/S1984-02922009000200008
 14. Fiorati RC, Saeki T. As atividades terapêuticas em dois serviços extra-hospitalares de saúde mental: a inserção das ações psicossociais. *Cad Ter Ocup UFSCar.* 2012;20(2):207-15. doi: 10.4322/cto.2012.022
 15. Guadalupe S. Intervenção em Rede e Doença Mental. In.: *Anais do II Encontro De Serviço Social em Saúde Mental: Novas Perspectivas*, 2001 Jan 26 [Internet]. Coimbra: Hospital Sobral Cid; 2001 [cited 2017 Jun 07]. Available from: <http://www.cpihts.com/PDF03/Sonia%20Guadalupe.pdf>
 16. More CLO. As redes pessoais significativas como instrumento de intervenção psicológica no contexto comunitário. *Paidéia.* 2005;15(31):287-97. doi: 10.1590/S0103-863X2005000200016
 17. Fino CN. FAQs, etnografia e observação participante [Internet]. *Rev Eur Etnogr Educ.* 2003 [cited 2017 Jun 07];(3):107-17. Available from: <https://digituma.uma.pt/handle/10400.13/498>
 18. Souza MR. Psicologia social e etnografia: histórico e possibilidades de contato. *Psicol Ciênc Prof.* 2013;35(2):389-405. doi: 10.1590/1982-370301742013
 19. Sluzki CE. *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas.* 3ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.
 20. Lapassade G. L'Observation participante. *Rev Eur Etnogr Educ.* 2001;(1):9-26.
 21. Minayo MCS. Qualitative analysis: theory, steps and reliability. *Ciênc Saúde Colet.* 2012;17(3):621-6. doi: 10.1590/S1413-81232012000300007
 22. Alves HMC, Dourado LBR, Côrtes VNQ. A influência dos vínculos organizacionais na consolidação dos Centros de Atenção Psicossociais. *Ciênc Saúde Colet.* 2013;18(10):2965-75. doi: 10.1590/S1413-81232013001000021
 23. Borba LO, Paes MR, Guimarães AN, Labronici LM, Maftum MA. The family and the mental disturbance carrier: dynamics and their family relationship. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(2):442-9. doi: 10.1590/S0080-62342011000200020
 24. Safra G. Acompanhamento Terapêutico: uma clínica assentada na ética. *ATraversar: Rev Acompan Ter.* 2012;1(1):91-8.
 25. Oliveira LV, Cirilo LS, Costa GMC. O cuidar do portador de transtorno mental: significado para a família. *Rev Baiana Saúde Públ.* 2013;37(1):164-78. doi: 10.22278/2318-2660.2013.v37.N1
 26. Leão A, Barros S. Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental. *Interface (Botucatu).* 2011;15(36):137-52. doi: 10.1590/S1414-32832011000100011
 27. Santin G, Klafke TE. A família e o cuidado em saúde mental [Internet]. *Barbaroi.* 2011 [cited 2017 Jun 07];(34):146-60. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-65782011000100009&lng=pt&nrm=iso
 28. Yasui S, Costa-Rosa A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental [Internet]. *Saúde Debate.* 2008 [cited 2017 Jun 07];32(78-79-80):27-37. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341773003>
 29. Lussi IAO, Matsukura TS, Hahn MS. Reabilitação psicossocial: oficinas de geração de renda no contexto da saúde mental. *Mundo Saúde.* 2010; 34(2):284-90. doi: 10.15343/0104-7809.20102284290
 30. Brusamarello T, Guimarães AN, Labronici LM, Mazza VA, Maftum MA. Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares. *Texto Contexto Enferm.* 2011;20(1):33-40. doi: 10.1590/S0104-07072011000100004
 31. Guedes PFM, Souza MCRF. Cartografias de exclusão e inclusão de pessoas com sofrimento mental nos processos de territorialização da Política Nacional de Saúde Mental [Internet]. *Estud Pesqui Psicol.* 2015 [cited 2017 Jun 07];15(1):40-57. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000100004