

# A atenção domiciliar em saúde mental realizada por estagiários de Psicologia no Programa de Intensificação de Cuidados

Laura Alcía Silva Côrtes  
Marcus Vinícius de Oliveira Silva  
Mônica Lima de Jesus

Universidade Federal da Bahia, Salvador – BA – Brasil

**Resumo:** Este estudo investiga a atenção domiciliar, tomando o domicílio como lócus de cuidado de pessoas com transtorno mental, na perspectiva dos familiares acompanhados por estagiários de Psicologia do Programa de Intensificação de Cuidados (PIC). Trata-se de pesquisa qualitativa com desenho de estudo de caso, que ainda considera o domicílio como encontro dos saberes técnico-científicos e familiares, centro de tensões e dinâmicas vinculares. Realizaram-se entrevistas semi estruturadas com familiares assistidos em 2010, para avaliar o PIC, e análise do prontuário do paciente para contextualizar o atendimento entre 2004 e 2008. Conclui-se que os entrevistados reconheceram o PIC como uma possibilidade exitosa de cuidado em saúde mental, no processo de desinstitucionalização da loucura, por apontar diversos ganhos para o paciente e para sua família. A atenção domiciliar e as tecnologias empregadas pelo PIC são reconhecidas como promotoras da autonomia do usuário, o que resulta na ampliação da sua rede de cuidado ao ser inserido no Centro de Atenção Psicossocial (Caps).

**Palavras-chave:** família; transtorno mental; programa de atendimento domiciliar; Reforma Psiquiátrica; saúde mental.

## Introdução

Do cenário de reestruturação da política de saúde mental no Brasil nas últimas décadas do século, por meio da substituição do modelo hospitalocêntrico por um trabalho desinstitucionalizante e territorial, emerge uma forte tensão entre as instituições e as famílias, na medida em que se interroga sobre quem é responsável pelo louco.

A atenção domiciliar, como proposta de reorganização da atenção e estabelecimento de uma linha de cuidado, apresenta-se como uma resposta, na medida em que propõe uma corresponsabilização entre serviços e famílias. Quais condições de parceria e construção de cuidado mútuo colocariam as famílias numa posição mais justa e empoderada no âmbito dos modelos substitutivos de cuidado à saúde mental?

Nessa direção, ao tomar a atenção domiciliar como lócus de cuidado do portador de transtorno mental, considerando o encontro dos saberes técnico-científicos e familiares o centro de tensões e dinâmicas vinculares, a partir da implantação do Programa de Intensificação de Cuidados (PIC) buscou-se oferecer subsídios para as questões levantadas. Nesse sentido, este estudo promove uma avaliação do domicílio como *setting* para o cuidado, na perspectiva dos familiares acompanhados pelo PIC, visto que esse tipo de recurso aparece como estratégico para a atenção ao portador de transtorno mental no contexto da Reforma Psiquiátrica.

## Método

O Programa de Intensificação de Cuidados a pacientes psicóticos foi implementado em janeiro de 2004, por meio de uma parceria do curso de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA) com o curso de Terapia Ocupacional da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Surgiu com o objetivo de proporcionar a estudantes de graduação uma experiência de atuação clínica numa perspectiva ampliada, tratando a psicose como um fenômeno psicossocial, contrapondo-se à ideia da necessidade da internação. Essa atuação está em conformidade com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, com as diretrizes da nova legislação em saúde mental e com a tentativa de incentivar a autonomia, respeitar as singularidades e interromper as recorrentes internações desses pacientes. Os estagiários atuavam em dupla e seu trabalho era supervisionado por dois professores, um de Psicologia e outro do Serviço Social, que utilizavam múltiplas referências teóricas na interpretação e intervenções com os sujeitos (SILVA; COSTA; NEVES, 2010).

Das 40 pessoas acompanhadas no PIC entre os anos de 2004 e 2008, apresenta-se, neste estudo de caso, a família Almeida (nomes fictícios), pela sua riqueza e pela disponibilidade dos familiares para participar da pesquisa. Foram entrevistados quatro familiares que mantinham relações mais próximas e de responsabilização no cuidado de Hélio (paciente acompanhado). Os sujeitos entrevistados foram: a mãe, Vânia; a irmã, Luísa; e os irmãos Carlos e Nivaldo. Nessas entrevistas, buscou-se compreender as percepções e os significados deles sobre a atenção domiciliar realizada durante os quatro anos de programa, com o objetivo de avaliar o PIC.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com desenho de estudo de caso. Duas fontes de dados foram utilizadas para apreender as dimensões qualitativas da experiência da família Almeida em relação ao cuidado oferecido, sob inspiração de Minayo (1993), quando aponta que esse tipo de abordagem busca apreender valores, crenças, hábitos, atitudes, representações e opiniões. Dessa forma, permite capturar a complexidade de fatos e processos particulares e específicos de indivíduos e grupos. Nessa direção, analisaram-se os dados provenientes do prontuário (relatórios de atendimento) do caso selecionado e as entrevistas semidirigidas a membros da família Almeida, realizadas individualmente. Com a análise dos prontuários, pretendeu-se obter uma caracterização da família, conhecer as estratégias, o tempo, a duração e os modos de manejo nos momentos de agudização e tensões cotidianas no cuidado do usuário, entre outros aspectos. Com as entrevistas, buscou-se que a família Almeida atualizasse a experiência do PIC a partir do diálogo com o entrevistador. Utilizou-se a análise do conteúdo por não ser um processo rígido que segue esquematicamente etapas que resultam em determinadas conclusões. Segundo Bardin (1977, p. 42), ela é

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens.

Para Rocha e Deusdará (2005), esse procedimento permite traçar unidades elementares que, pelo grau de repetição em que aparecem nos escritos analisados, revelam os significados mais expressivos atribuídos a um tema de um determinado texto (e contexto). Essa técnica, ao trabalhar com a palavra, permite, de forma prática e objetiva, produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto – encarado como um meio de expressão do sujeito – replicáveis em seu contexto social.

Os procedimentos relativos à pesquisa foram autorizados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Cepesab) (Processo n. 067/2009). Todas as entrevistas foram precedidas da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados

Com base na análise de conteúdo, foram elaboradas as seguintes categorias: 1. o atendimento oferecido e as estratégias utilizadas; 2. os diversos componentes da família do paciente atendido e os múltiplos pontos de vista existentes; 3. as tensões experimentadas entre a família e os agentes de cuidado; 4. as interferências do PIC na dinâmica familiar e na evolução dos casos; e 5. avaliação do PIC como experiência de atenção domiciliar.

### ○ atendimento oferecido e as estratégias utilizadas

Entre as atividades oferecidas à família Almeida, destacam-se atendimentos sob a forma de atenção domiciliar, acompanhamento terapêutico (AT), organização de espaços de convivência e sociabilidade – a exemplo de grupos, comemorações festivas e passeios, apoio aos familiares (atenção domiciliar e reuniões mensais) – e suporte às necessidades individuais, como acompanhamento a consultas psiquiátricas em um hospital especializado em saúde mental em Salvador, assessoria no encaminhamento de documentações, benefícios e questões jurídicas. Esses componentes ofereciam compreensão sobre os sujeitos e os diversos contornos que a psicose apresenta, dando suporte para possibilitar seu estar no mundo; intervieram sobre as suas relações familiares e sociais; introduziram o sujeito no mundo das relações, apresentando-o à sociedade e/ou ampliando suas possibilidades de trânsito pela cidade (SILVA; COSTA; NEVES, 2010). Houve ainda uma tentativa de vinculação ao Centro de Atenção Psicossocial (Caps).

Durante as crises foi intensificado o cuidado a Hélio, a partir do aumento do número de visitas, acompanhamento às consultas ao hospital, ajuda na administração correta dos medicamentos, persuasão da remoção do paciente de internações, através de acordos de corresponsabilização, mediação dos conflitos familiares, escuta aos delírios e às histórias de Hélio (já que nem sempre ele tinha espaço para ser ouvido pela família).

Ao fim do seu período de existência, diversos ganhos puderam ser notados, a exemplo da redução do número de internações, do fortalecimento e da ampliação das redes sociais e da conquista significativa de autonomia por parte do usuário, bem como do estabelecimento de relações mais saudáveis e tranquilas com seus familiares.

## **Os diversos componentes da família do paciente atendido e os múltiplos pontos de vista existentes**

O acompanhamento a Hélio foi realizado de 2004 a 2008. Ele apresenta um quadro processual de psicose desde seus 13 anos, com histórico de recorrentes internações, precárias condições psíquicas e sociais e consequente desorganização familiar. Antes de participar do PIC, Hélio não recebia acompanhamento de serviço de saúde mental; quando estava em crise, era atendido em ambulatório e internado.

Desde o período de atendimento, Hélio mora com sua mãe Vânia, sua irmã Luísa e seu irmão Dionaldo, que também foi acompanhado pelo PIC em 2006. Com a morte de seu pai, em 2004, apresentou alucinações, porém sem internações. Vânia e Luísa lideram o cuidado, mas os irmãos Carlos e Nivaldo estão sempre presentes. Vânia regulava o tratamento, horário dos medicamentos, dia da consulta, entre outros. Durante o atendimento, a mãe falava pelo filho, interferia em sua fala e o contradizia. Entretanto, Hélio demonstra forte desejo de autonomia e faz questão de cuidar de suas próprias coisas.

As dinâmicas familiares eram tensas: quando Hélio estava em crise, afrontava a família. A relação com os irmãos Dionaldo e Luísa era difícil, com muitos momentos de agressividade. Apesar de não morarem com Hélio, a situação com seus irmãos Carlos e Nivaldo não era diferente. Mesmo agindo de forma compreensiva, Carlos era personagem frequente nos delírios do irmão. Com Nivaldo, Hélio tinha desentendimentos constantes e intensos, pois, na maioria das vezes, era ele quem tomava a decisão pelo internamento.

Além das tensões familiares, os constantes conflitos de Hélio com a vizinhança eram uma preocupação a mais para sua mãe, já que a vizinhança era percebida como “perigosa”. Eles moram num bairro de baixa renda, muito violento e com intenso tráfico de drogas. A vizinhança aparecia nos delírios de Hélio, como assassinos e perseguidores. Segundo sua irmã, os vizinhos zombavam e ele os xingava, por vezes até os ameaçava com faca. “Hoje ele não age mais desta maneira”, afirma Luísa. A família, por não ter recursos, nos momentos mais críticos optava pela internação, o que tornava as relações entre Hélio e sua família ainda mais tensas. Principalmente porque os episódios nos quais o paciente era levado ao hospital psiquiátrico eram marcados pela invasão e pela violência, com a participação de irmãos e vizinhos que o amarravam e o levavam à força para ser internado.

Durante o acompanhamento, os estagiários sempre alertavam sobre o Caps e os benefícios que traria para Hélio, mas ele teve uma resistência muito grande em se vincular a tal serviço. Carlos disse que seu irmão estava acostumado a ter o acompanhamento em casa, por ser mais cômodo, daí sua resistência. Mesmo assim, ele chegou a ir, fez a triagem, mas não deu prosseguimento porque ficou aguardando vaga. Os familiares então o encaminharam para o tratamento no Hospital Dia, onde não foi aceito por ser considerado semianalfabeto (Hélio concluiu apenas o primário). Voltaram ao Caps, pois a vaga havia surgido. No entanto, Hélio desistiu de ir para lá, retornando à rotina de atendimento ambulatorial. Foi em uma conversa com um psiquiatra da emergência do hospital especializado em saúde mental que Hélio e seus familiares se convenceram da importância do serviço oferecido no Caps. Desde então ele passou a ser tratado nessa instituição.

Segundo o relato dos entrevistados, a situação de Hélio atualmente melhorou bastante. Ele faz tratamento no Caps, tem mais autonomia e não sofre internações, não apresenta mais comportamento agressivo e administra sozinho e corretamente a medicação que lhe é prescrita. Essa evolução repercute positivamente nas relações familiares, que estão se desenvolvendo sem atritos. Carlos conta que, depois da inserção no Caps, basta uma simples conversa que ele obedece e interage, sem que haja a necessidade de ter alguém fazendo a gestão da sua vida. Todos os familiares entrevistados concordam que depois que Hélio começou o tratamento no Caps sua situação melhorou muito por haver um acompanhamento constante de uma equipe multidisciplinar de profissionais e por lá ele ter sempre atividades a realizar, sentindo-se parte de um grupo e útil, além de se relacionar com outras pessoas (usuários ou funcionários), resgatando suas relações sociais e criando vínculos; “um vai à casa do outro, visita e tudo”, diz o irmão. Para a família Almeida, tudo isso faz com que Hélio goste do Caps e tenha prazer em ir, dedicando-se às atividades e ao tratamento. Hoje, Nivaldo percebe os benefícios que o Caps pode trazer aos seus usuários e recomenda o serviço: “quem tiver seus filhos, leve direto pra essa instituição”.

Sobre o atendimento que recebia no hospital psiquiátrico, Nivaldo relata sua insatisfação. Atribuiu aos médicos a piora do estado de Hélio, quando diminuíram sua medicação e se recusaram a interná-lo. Ele acredita que faltou uma avaliação maior do médico, pois Hélio não estava realmente preparado para ter sua medicação reduzida. Segundo ele, quando isso ocorreu, seu irmão ficou mais agressivo e entrou em crise. Nessa época, Nivaldo era a favor das internações. Apesar de achar que depois da internação Hélio ficava melhor, Nivaldo diz que não gostava da situação do seu irmão internado.

Carlos critica o tratamento baseado somente na aplicação de medicamentos, para ele há uma falta de avanço da medicina na área da saúde mental. Ele percebe que esse modelo trata o paciente como se fosse uma cobaia: “os médicos vão administrando as substâncias até achar a dosagem e a substância correta, o que muitas vezes pode ter uma consequência negativa para o paciente”. Ponto de vista com o qual Nivaldo também concorda: “o médico dizia vamos dar essa medicação e deixar em observação. Quando acabava, mandava ir buscar logo Hélio, vá lá buscar que não pode ficar, não”. Para ele, isso não é tratamento. Carlos recorda um episódio: Hélio passou mal, teve um ataque, ficou desacordado e foi levado imediatamente para a emergência do hospital, por conta da mistura e da alta dosagem dos medicamentos de que ele fazia uso.

Sobre a Reforma Psiquiátrica, Carlos acha que o processo de acabar com os manicômios deveria ocorrer aos poucos. “É preciso dar um suporte primeiro pra depois acabar, porque se acabar assim, simplesmente assim, fechar as portas, o paciente vai para a sarjeta juntamente com a sua família”. Segundo ele, essas instituições deveriam oferecer um tratamento mais humanizado, com uma mudança inclusive na estrutura física, retirando as grades e criando um espaço de convivência, em diálogo com a comunidade. Deveria haver também um serviço que desse suporte aos pacientes e seus familiares: “Então tem que haver as duas coisas paulatinamente, a sensibilização dos familiares e do paciente e, em paralelo a isso, a mudança da estrutura”.

## **As tensões experimentadas entre a família e os agentes de cuidado**

Todo o conflito que existiu entre os familiares e os agentes de cuidado era referente ao posicionamento de internar ou não Hélio. Por estar acostumada com essa via, a família Almeida levou um tempo para acreditar que era possível tratar sem internar. Segundo Nivaldo, havia momentos de tensão quando ele decidia internar o irmão e os estagiários tentavam convencer a família a não fazê-lo. Nivaldo justifica as internações por se preocupar com a mãe:

Nesse caso dele ficar com duas mulheres dentro de casa só, ele pode agredir. Tanto que minha mãe não dormia, não dormia porque ele também não dormia, ela não dormia. Subindo na escada pra cima e pra baixo [...]. Resultado, uma vez ele não dormindo, como é que ela podia dormir? Minha irmã virava e dormia. [...] Então, o conflito existia, de eu dizer não, mesmo que você não queria, mas vai ter que levar pra internar. Mas seu Nivaldo... Sim, mas, como é que eu posso ficar com esse homem assim, se eu não moro aqui?

Carlos conta que Vânia tinha um irmão com transtorno mental e ela acompanhou todo o processo por que ele passou de internamentos ininterruptos. Por acreditar que o único tratamento era a internação, Vânia internava Hélio. Até mesmo depois, quando os estagiários passaram a acompanhar seu filho, Vânia resistia: “bom eles vêm pra cá, dizem que internamento não é a solução, mas quem tá sofrendo sou eu”.

## **As interferências do PIC na dinâmica familiar e na evolução dos casos**

Vânia diz que não houve resistência da sua parte em aceitar o programa de atendimento domiciliar e colaborar com ele, “se é para o bem-estar de uma pessoa minha doente, não tenho dúvida nenhuma em participar”. Quanto à interferência do PIC na dinâmica familiar, os irmãos e a mãe de Hélio comentam que não se sentiram invadidos na sua privacidade. “A gente até saía, dava muita liberdade a todos eles”, esclarece Nivaldo. Vânia afirma que se sentia confortável com a presença dos estagiários em sua casa e sempre recorria a eles quando precisava. Segundo Luísa, os estagiários passavam confiança, pois sabia que eles tinham estudado para tal:

[...] eles sabem mais coisas que a gente da família. E quando a gente não entendia alguma coisa, a gente conversava com eles e concordava, tipo o porquê daquele comportamento dele e eles explicavam e a gente sempre aceitava.

A família Almeida concorda que, desde que Hélio passou a ser acompanhado pelo PIC, houve uma evolução em seu quadro. Vânia diz que ocorreu uma melhora “porque ele prestava mais atenção, ele deixou de fazer as coisas erradas que antes fazia, e as relações melhoraram, que é isso que todo mundo quer, que ele melhore”. Carlos relata que “foi uma melhora lenta, mas gradativa. Ele às vezes tinha alguns surtos muito violentos, mas, na medida em que os estagiários iam conversando, fazendo o acompanhamento, ele passou a melhorar”. Ele conta que a principal mudança que ocorreu com seu irmão e

também com os familiares foi a “mudança de mentalidade”. A partir do momento em que eles compreenderam mais sobre o transtorno mental, tornaram-se mais compreensivos com Hélio e passaram a acreditar em um tratamento que não se reduzisse à internação e ao uso de medicamentos.

### **Avaliação do PIC como experiência de atenção domiciliar**

Vânia, Carlos e Luísa reconheceram a importância do programa de atendimento domiciliar. Para eles, os acompanhantes elucidaram o transtorno de Hélio, auxiliaram nas relações familiares, aconselharam sobre como lidar com ele e os conscientizaram dos benefícios da não internação e do tratamento oferecido pelo Caps. Todos apontaram o aspecto positivo da disponibilidade dos estagiários. “Mesmo se formando, elas não desistiam, sempre ligavam, procuravam saber, davam um pulinho lá. Deram muita atenção. Isso foi muito válido”, comenta Nivaldo.

Para Carlos, a família acreditou no PIC e o acolheu da melhor forma possível, visto que “teve o objetivo de resgatar a dignidade da pessoa que é portadora de doença mental”. Os estagiários prestaram muita assistência “quando ele estava assim um pouco mais agitado, minha mãe ligava para o grupo que estava acompanhando. As pessoas sempre marcavam um dia pra ir lá conversar com ele”. Ele conta que a experiência foi gratificante não só para Hélio, mas para os familiares também, que puderam contar com esse apoio, já que “não é fácil também pra família”, ressalta Carlos. E o fato de o acompanhamento terapêutico ter sido realizado no domicílio, segundo ele, foi

[...] um ponto muito positivo que facilita muito a questão da compreensão, da sensibilização do próprio paciente e da família, de que é possível uma via alternativa de tratamento à base do diálogo, de terapia. E foi o que realmente fez com que ele fosse encaminhado até o Caps.

Carlos destaca como mais significativo no PIC o acompanhamento ambulatorial, as visitas domiciliares, os encontros de diversão e de lazer. Já na ótica de Nivaldo, a validade do PIC deve ser questionada. “Os estagiários entravam, ele ficava calmo, ouvindo tudo, quando bem eles saíam, voltava tudo”. Nivaldo diz que sempre questionava com os estagiários sobre a eficácia do PIC. Ele cobrava mais atitude; quando Hélio se recusava a recebê-los, eles simplesmente aceitavam. Mas ele entende isso como um limite de atuação imposto aos estagiários. Sobre os espaços de convivência e sociabilidade oferecidos pelo PIC, ele acha que faltou uma atividade em que Hélio pudesse ter uma participação e envolvimento maior.

Só passeio, só diversão? Sim, mas ele faz o quê? Ele só ia pra assistir, se divertir. É bom? É! Sair é bom, mas ele já saía constante. Eu acho que tinha que ter essa atividade que ele faz hoje no Caps. Hoje ele está com atividade, lá, ele é útil a alguma coisa. [...] Ele quer ser útil também, pra fazer alguma coisa (Nivaldo).

O suporte oferecido pelo PIC de assessoria no encaminhamento de documentações, benefícios e questões jurídicas foi percebido por Carlos como um “maternalismo”: “Ex-

trapolava um pouco na assistência, no sentido de tentar resolver questões que não estavam ligadas diretamente à saúde do paciente. E criava uma dependência de minha mãe em relação a esse tipo de procedimento das pessoas que acompanhavam”. Em sua opinião, os agentes de cuidado deveriam apenas mediar, garantindo, assim, a autonomia do indivíduo.

Com relação à mudança da dupla de estagiários, que ocorria de seis em seis meses, a família Almeida não percebeu que tenha gerado uma repercussão negativa no tratamento. Os estagiários avisavam com antecedência que haveria uma troca e marcavam um encontro para apresentar a nova dupla. Além do mais, os estagiários antigos não rompiam o vínculo imediatamente, fazendo visitas esporádicas ou telefonando. Carlos ainda percebeu a mudança da dupla de estagiários como um ponto positivo, pois preparava seu irmão para lidar com as mudanças e adaptar-se a elas, não criando vínculo de muita dependência com uma pessoa.

Os familiares relatam ter sentido falta do programa de atendimento domiciliar quando este teve fim. Carlos diz ter sentido uma angústia, pois acreditava que o PIC daria continuidade às suas atividades sempre, mesmo com outras famílias. Mas, segundo Nivaldo, esse sentimento foi amenizado, pois os antigos agentes de cuidado continuavam mantendo o contato. Luísa lembra que, quando o PIC se encerrou, os estagiários conversavam com Hélio, explicando que ele tinha que continuar tudo aquilo que havia aprendido durante o programa.

## Discussão

A unanimidade em torno da importância do PIC com programa de atenção domiciliar em saúde mental é evidente na percepção dos familiares entrevistados das particularidades do atendimento ao paciente psicótico. Ao tomar o domicílio como lugar de oferta de atenção a todos os envolvidos e como campo de expressão dos vínculos (SILVA; COSTA; NEVES, 2010), as famílias e os sujeitos – em vez de uma doença localizada no corpo biológico – ocupam a centralidade da atenção, em suas necessidades, características peculiares, dinâmicas relacionais, conflitos e desagregações, entendendo-se que esses fatores interferem na saúde e vice-versa. As ações acontecem a partir do diálogo e da troca de saberes, convocando os familiares a perceber sua participação no processo saúde-doença-cuidado, visto serem importantes e decisivos interlocutores na produção dos projetos terapêuticos (BRASIL, 2002; SANTOS; KIRSCHBAUM, 2008; LACERDA et al., 2006; MERHY; FEUERWERKER, 2007).

A atenção à saúde realizada no domicílio oferece mais liberdade na condução das atividades, permite o relacionamento direto com as pessoas e possibilita a vivência dos contextos reais de vida, o que coloca os trabalhadores em cena de outro modo e abre novos espaços para a produção de alternativas coletivas, criativas e apropriadas para o cuidado e a produção de autonomia (MERHY; FEUERWERKER, 2007). Possibilita aos profissionais o uso de tecnologias leves, pois o domicílio, como espaço de cuidado, permite que emirjam as dimensões não capturadas pela normativa institucional, que, segundo Franco e Merhy (2008, p. 1517),

[...] está no espaço de governo do trabalhador, na sua relação com o beneficiário e a família, e é nesse lugar que se dão as inovações que potencializam o caráter de “substitutividade” das tecnologias de cuidado e das práticas profissionais, que vão ganhando espaço.

A atenção domiciliar produz uma intrincada rede intersubjetiva, encontros que resultam na produção de novas subjetividades. Franco e Merhy (2008, p. 1517) afirmam que “o espaço do domicílio é genuinamente o lugar do encontro”, significando isso múltiplas relações que causam “afetamentos” nos envolvidos, cuidados, cuidadores e profissionais. Esse encontro instala uma contradição na medida em que as profissões configuram um território ético-legal de exercício profissional e poder sobre o atendido. Surgem questões sobre os limites do trabalho profissional, seus saberes e funções. O que se percebe na atenção domiciliar é que tais limites ficam mais tênues, e os limites interpostos pela ética legal-profissional são perpassados pela ética do cuidado que se impõe pelas necessidades, urgências e peculiaridades que os sujeitos moradores daquela casa apresentam.

Os relatos que remetem à ocorrência de confronto do familiar Nivaldo com os estagiários do PIC ratificam as ponderações feitas pelos referidos autores, quando ele questionava os agentes de cuidado sobre a eficácia do PIC, desacreditando dos seus benefícios, ou quando cobrava deles mais atitude. Ao mesmo tempo, pode-se avaliar que, nesse ponto de encontro entre o familiar e os agentes de cuidado, houve um “afetamento”. Ele mudou sua opinião quanto ao internamento e apostou no tratamento oferecido por um modelo desinstitucionalizante, como o Caps.

Ao ancorar no domicílio, o trabalhador se depara com uma série de variáveis que compõem o complexo cenário e envolvem fatores socioculturais e econômicos, as intersubjetividades existentes nas relações familiares, os significados das doenças e do sofrimento para cada família, entre outros tantos que incidem sobre o cotidiano das práticas de cuidado. O saber técnico-científico é interrogado pela família que tem seu próprio “saber-cuidador” e percebe-se que, mesmo em tais espaços, o modelo médico-hegemônico pode continuar ativo (FRANCO; MERHY, 2008).

Os estagiários agiram com cautela, pois deveriam cumprir com seu trabalho desinstitucionalizante e de responsabilização da família no cuidado. A relação entre os profissionais, os cuidadores e os cuidados, dentro do espaço do domicílio, constitui-se como um “jogo” permeado por captura e liberdade, que origina certo modo de produção de cuidado e que requer da equipe “capacidade dialógica, ação acolhedora e aguçada capacidade de pactuação” (FRANCO; MERHY, 2008, p. 1518).

A atenção domiciliar traz implícito também o partilhar de hábitos e de rotinas que são privativos daquele espaço e possibilita o acesso a novos aspectos da vida dos sujeitos. Os profissionais de saúde operantes dessa prática acabam tornando-se depositários de assuntos íntimos e particulares das famílias, bem como de suas angústias, conflitos e demandas (ABRAHÃO; LAGRANGE, 2007). A ação dos estagiários do PIC, dentro das suas técnicas profissionais e da ética do cuidado, foi no sentido de lidar com as distintas necessidades dos membros da família e selecionar aquelas possíveis de ser respondidas dentro do escopo terapêutico e do que todos necessitavam. Alguns dos entrevistados que moram com o

paciente e têm liderança no seu cuidado relatam que eles se sentiam confortáveis com a presença dos estagiários em sua casa, recorrendo aos agentes sempre que precisavam.

As questões e dificuldades decorrentes da prática de atenção domiciliar mobilizam também o assunto do domicílio como locus de cuidado, local este que se estabelece numa dualidade entre ser privado e público ao mesmo tempo. Embora as próprias famílias reconheçam hoje o valor e as vantagens desse modelo, elas reivindicam certa garantia à intimidade; códigos e sinais emergem, nem sempre de modo nítido, podendo se caracterizar como sinais de resistência da família à intervenção de profissionais, por estarem invadindo sua intimidade (SANTOS; KIRSCHBAUM, 2008). São aspectos não verificados na família Almeida, que afirma ter participado do programa sem resistência, já que visava ao bem-estar de todos. Acrescenta ainda que não se sentiu invadida na sua privacidade, ao contrário, se sentia mais segura com o acompanhamento terapêutico realizado pelos estagiários. Merhy (2004, p. 14) afirma que

[...] a produção do ato cuidador é imediatamente um responsabilizar-se diante de uma intervenção, que tem uma forte dimensão tutelar, mas que pode, e deve, estar implicada com ganhos efetivos de autonomia do usuário diante do seu modo de caminhar a sua vida [...].

O autor coloca, inclusive, a importância de explorar as possibilidades terapêuticas que emergem da tensão sobre o tema da tutela e da autonomia, usando-as como parâmetros na organização e escolha das intervenções. No que se refere ao campo da saúde mental, pode-se considerar que o hospital psiquiátrico é favorável a “conteúdos tutelares outorgados e de agires castradores” (MERHY, 2004, p. 15), mas atender os sujeitos no domicílio não garante que o cuidado seja liberador e produtor de autonomia.

O familiar Carlos percebeu o suporte sociojurídico oferecido pelo PIC como um “maternalismo”, extrapolando na assistência, pois estabeleceu uma dependência de Vânia com os agentes de cuidado. Para Carlos, os estagiários deveriam garantir a autonomia das pessoas envolvidas. A atenção domiciliar se apresenta como uma das possíveis soluções para a questão da tutela dos usuários, mas apenas na medida em que ofereça condições à família de parceria e construção de cuidado mútuo. Por sua vez, a troca de estagiários foi percebida como produtora de autonomia, sem ações tutelares, possivelmente estabelecidas na dependência focada em um único agente de cuidado. Pode-se questionar se as ações dos estagiários estavam mais perto do “maternalismo” ou empréstimo de poder contratual.

Pode-se considerar que as ações de cuidado pertinentes à desinstitucionalização podem aumentar o “poder contratual” de cada sujeito/usuário, uma vez que, no universo social, as relações de trocas são realizadas a partir de um valor previamente atribuído para cada indivíduo dentro do campo social, como pré-condição para qualquer processo de intercâmbio. E no caso dos psicóticos, o poder contratual está comprometido, sendo previsto o empréstimo do poder dos cuidadores para aumentar a autonomia do psicótico (TYKANORI, 2001).

Assim, o papel do cuidador seria criar condições para o usuário participar do processo de trocas sociais, por meio do empréstimo do seu poder contratual – possibilitando rela-

ções e experiências renovadas aos usuários – ou a partir da construção de dispositivos que pudessem restabelecer o poder contratual dos usuários, com vistas à ampliação da sua autonomia, compreendida como eixo para a reabilitação psicossocial, “como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para sua vida, conforme as diversas situações que enfrente” (TYKANORI, 2001, p. 56-57). Não se trata de confundir autonomia com autosuficiência nem com independência: “Dependentes fomos todos nós [...] a dependência restrita/restritiva é que diminui a autonomia do usuário” (TYKANORI, 2001, p. 57).

Com o intuito de potencializar as redes sociais de Hélio, o PIC investiu no manejo das relações vinculares, orientada pela ideia de que os sujeitos psicóticos têm uma vulnerabilidade relacional e, por isso, tendem a estabelecer vínculos frágeis e conturbados (PICHÓN-RIVIÈRE, 1998). Reconhecendo que eles não estão fora do laço social, os estagiários, vinculados a Hélio, contribuiriam ao mostrar a possibilidade de se vincular, sustentando melhor os seus contatos sociais.

Trazer a equipe de saúde para o seu domicílio e a sua comunidade pode possibilitar que a ação terapêutica incida diretamente no âmbito das suas relações sociais, na maneira como os outros o percebem e como ele experiencia os diversos encontros, permitindo que a inclusão aconteça de maneira efetiva. Assim, as atividades oferecidas pelo PIC, de organização de espaços de convivência e sociabilidade, parecem oferecer suporte para a inserção de Hélio na sociedade, possibilitando seu estar no mundo. Ao adotar o domicílio como local de intervenção, o PIC torna visível para a sociedade a existência de um sujeito em questão, “merecedor” de cuidado, fazendo processar novas acepções diante da percepção sobre o indivíduo para a sua rede social (MOREIRA; ANDRADE, 2007), mesmo que não seja unânime entre todos na família Almeida.

O PIC se apresenta como uma proposta de atuação inovadora quanto às tecnologias de cuidado, apropriando-se do fazer humano como matéria-prima principal da clínica e construindo “um trabalho efetivamente orientado e mobilizado pelas necessidades de saúde não somente do usuário, mas do coletivo familiar em questão” (MERHY; FEUERWERKER, 2007, p. 6).

Os entrevistados reconheceram os ganhos do PIC. A atuação dos estagiários se estendia para os cuidadores, visto que, no campo da saúde mental, a família ocupa uma posição preponderante, decisiva e inegável tanto no estado de saúde dos sujeitos como nas possibilidades de sucesso do tratamento. Assim, as ações dos estagiários foram esclarecer sobre o transtorno de Hélio, dar suporte pela escuta, intervir para diminuir as tensões familiares e avaliar possíveis soluções para lidar com Hélio. A disponibilidade dos agentes de cuidado é também destacada pela família como um ponto positivo.

Outro aspecto importante é o estabelecimento do vínculo da equipe com a família, o que possibilita ao profissional uma relação mais equânime e respeitosa, não precisando recorrer à autoridade nem à imposição do seu conhecimento no cuidado. O vínculo é a base para um maior impacto no trabalho e nas ações terapêuticas desenvolvidas, e está alicerçado em relações de confiança, em que a responsabilidade pelo cuidado é construída de forma compartilhada com o usuário e a equipe de saúde (ABRAHÃO; LA-GRANGE, 2007).

## Conclusões

Com base nas reflexões suscitadas, pode-se concluir sobre o importante papel desempenhado pelo PIC, particularmente no âmbito do atendimento domiciliar, sendo possível identificar diversos ganhos para a família Almeida e, especialmente, a promoção da autonomia de Hélio, resultando na ampliação da sua rede de cuidado, ao ser inserido no Caps. Pode-se inferir também que a atenção domiciliar é uma possibilidade exitosa de tratamento em saúde mental, no processo de desinstitucionalização da loucura.

### HOME CARE IN MENTAL HEALTH HELD BY PSYCHOLOGY TRAINEES IN THE CARE INTENSIFICATION PROGRAM

**Abstract:** This study investigates home care, taking the household as the locus of care for people with a mental disorder, in the perspective of the family members followed by Psychology trainees of the Care Intensification Program (PIC). It is a qualitative research with a case study design which also considers home as a meeting of the technical-scientific knowledge with the family knowledge, a center of tensions and bonding dynamics. Semi-structured interviews were held with the family members assisted in 2010, in order to assess PIC, and the analysis of the patient's medical records to contextualize the assistance service between 2004 and 2008. One concludes the interviewees acknowledge PIC as a successful possibility of care in mental health, in the process of deinstitutionalization of madness, because as it points out many benefits, both for the patients and their families. The home care and the technologies employed by PIC are acknowledged as providers of client's autonomy, resulting in an expansion of their care network, when they get into the Psychosocial Care Center (Caps).

**Keywords:** family; mental disorder; home care program; Psychiatric Reform; mental health.

### LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN SALUD MENTAL REALIZADA POR PRACTICANTES DE PSICOLOGÍA DENTRO DEL PROGRAMA DE INTENSIFICACIÓN DE CUIDADOS

**Resumen:** Este estudio investiga la atención domiciliar, tomando el domicilio como lugar de atención de personas con trastorno mental, según perspectiva de los familiares acompañados por practicantes de Psicología del Programa de Intensificación de Cuidados (PIC). Es una investigación cualitativa con diseño de estudio de caso, que también considera el domicilio como encuentro de saberes técnico-científicos y familiares, centro de tensiones y dinámicas vinculares. Se efectuaron entrevistas semi-estructuradas con familiares asistidos en 2010, para evaluar el PIC y el análisis del prontuario del paciente para contextualizar el atendimento entre 2004-2008. Se concluye que los entrevistados reconocieron el PIC como una posibilidad exitosa del cuidado de la salud mental en el proceso de desinstitucionalización de la locura, señalando muchos beneficios para el paciente y su familia. La atención domiciliar y las tecnologías empleadas por el PIC son reconocidas como promotoras de la autonomía del paciente, lo que resulta en la expansión de su red de atención al insertarse en el Centro de Atención Psicosocial (Caps).

**Palabras clave:** familia; trastorno mental; programa de atención domiciliar; Reforma Psiquiátrica; salud mental.

## Referências

ABRAHÃO, A. L.; LAGRANGE, V. A. Visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 151-171.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. **Ato Portaria n. 336/GM**. Brasília: Ministério da Saúde, 19 fev. 2002.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1511-1520, out. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000500016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 maio 2010.

LACERDA, M. R. et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 88-95, maio/ago. 2006.

MERHY, E. E. **Cuidado com o cuidado em saúde**. Saiba explorar seus paradoxos para defender a vida. 2004. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-09.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2010.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. **Atenção domiciliar**: medicalização e substitutividade. 2007. Disponível em: <[http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencao\\_domiciliar/textos/ad-medicalizacao\\_e\\_substitutividade.pdf](http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencao_domiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf)>. Acesso em: 25 maio 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, Abrasco, 1993.

MOREIRA, M. I. B.; ANDRADE, A. N. Habitar a cidade: análise de serviços residenciais terapêuticos. **Psicologia e Sociedade**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 46-54, dez. 2007.

PICHÓN-RIVIÈRE, E. **Teoria do vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. Análise de conteúdo e análise de discurso. **Revista ALEA**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 305-322, jul./dez. 2005.

SANTOS, E. M.; KIRSCHBAUM, D. I. R. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 1, p. 220-227, mar. 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a20.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2010.

SILVA, M. V. O.; COSTA, F. R. M.; NEVES, L. M. Programa de intensificação de cuidados: experiência docente-assistencial em psicologia e reforma psiquiátrica. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 30, n. 4, p. 882-895, dez. 2010.

TYKANORI, R. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 55-59.

### **Contato**

Laura Alcía Silva Côrtes

e-mail: laurascortes@gmail.com

**Tramitação**

Recebido em outubro de 2010

Aceito em março de 2011