



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM PLANEJAMENTO E POLITICAS**  
**PÚBLICAS**

**JAQUELINE DIÓGENES MACHADO BRUNO**

**POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E SUA EFETIVIDADE: “DA BELLE  
ÉPOQUE À FORTALEZA BELA”**

**Fortaleza – Ceará**  
**Agosto, 2010**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**  
**JAQUELINE DIÓGENES MACHADO BRUNO**

**POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E SUA EFETIVIDADE: “*DA BELLE ÉPOQUE À FORTALEZA BELA*”**

Texto de dissertação submetido a Banca Examinadora do Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas da Universidade Estadual do Ceará.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Helena de Paula Frota

Área de concentração: Políticas Públicas

**Fortaleza – Ceará**  
**Agosto, 2010**

B898p Bruno, Jaqueline Diógenes Machado  
Política de saúde mental e sua efetividade: Da  
belle époque à Fortaleza bela / Jaqueline Diógenes  
Machado Bruno. – Fortaleza 2010  
114 p.  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Helena de Paula  
Frota.  
Dissertação (Mestrado Profissional em  
Planejamento e Políticas Públicas) – Universidade  
Estadual do Ceará, Centro de Humanidades.  
1. Saúde Mental. 2. Políticas Públicas. 3. Reforma  
Psiquiátrica. I. Universidade Estadual do Ceará,  
Centro de Humanidades.

CDD: 614.89

## JAQUELINE DIÓGENES MACHADO BRUNO

### POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E SUA EFETIVIDADE: *“DA BELLE ÉPOQUE À FORTALEZA BELA”*

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Planejamento e Políticas Públicas.

Área de concentração: Políticas Públicas

Aprovada em: 12/12/2009

#### BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Maria Helena de Paula Frota – Presidente da Banca - UECE

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Violante Augusta Batista Braga - UFC

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Lia Carneiro Silveira - UECE

**O Que Será (À Flor Da Pele)***Chico Buarque*

O que será que me dá  
 Que me bole por dentro, será que me dá  
 Que brota à flor da pele, será que me dá  
 E que me sobe às faces e me faz corar  
 E que me salta aos olhos a me atraiçoar  
 E que me aperta o peito e me faz confessar  
 O que não tem mais jeito de dissimular  
 E que nem é direito ninguém recusar  
 E que me faz mendigo, me faz suplicar  
 O que não tem medida, nem nunca terá  
 O que não tem remédio, nem nunca terá  
 O que não tem receita

O que será que será  
 Que dá dentro da gente e que não devia  
 Que desacata a gente, que é revelia  
 Que é feito uma aguardente que não sacia  
 Que é feito estar doente de uma folia  
 Que nem dez mandamentos vão conciliar  
 Nem todos os unguentos vão aliviar  
 Nem todos os quebrantos, toda alquimia  
 Que nem todos os santos, será que será  
 O que não tem descanso, nem nunca terá  
 O que não tem cansaço, nem nunca terá  
 O que não tem limite

O que será que me dá  
 Que me queima por dentro, será que me dá  
 Que me perturba o sono, será que me dá  
 Que todos os tremores me vêm agitar  
 Que todos os ardores me vêm atiçar  
 Que todos os suores me vêm encharcar  
 Que todos os meus nervos estão a rogar  
 Que todos os meus órgãos estão a clamar  
 E uma aflição medonha me faz implorar  
 O que não tem vergonha, nem nunca terá  
 O que não tem governo, nem nunca terá  
 O que não tem juízo

Aos usuários do CAPS, companheiros de inquietações e ansiedades.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por nos levar a crer na humanidade;

A minha mãe eterna estimuladora do conhecimento;

Aos irmãos incetivadores de novos saberes;

Aos sobrinhos sempre presentes e amados;

A prima-irmã Viola, amizade sincera e presente na materialização desse e de outros sonhos;

A orientadora Professora Helena pela atenção, paciência e encorajamento;

A secretaria do Mestrado, Fatinha, pelas orientações e apoio;

A professora lia, pelas grandes contribuições oferecidas para conclusão desse trabalho;

A professora Violante, pela disponibilidade de se fazer presente em todo o processo dessa dissertação;

Ao Caps onde se tornou possível fazer ciência com sensibilidade;

Aos amigos do convívio diário e de lutas eternas;

Aos usuários do CAPS SER VI com os quais procurei dialogar, nada ensinei, tudo aprendi;

Aos companheiros de vida, Paulo e Paulo Marcelo, pelo amor, apoio, estímulo e disponibilidade no auxílio técnico.

## RESUMO

POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E SUA EFETIVIDADE: DA *BELLE ÉPOQUE* À *FORTALEZA BELA*

Palavras chave: saúde mental, reforma psiquiátrica, políticas públicas.

O presente trabalho procura analisar a efetividade da rede de atenção em saúde mental, com base na trajetória do usuário. Para tanto o estudo consta de uma pesquisa teórico-descritiva e exploratória, de natureza qualitativa, alicerçada em uma revisão bibliográfica e pesquisa de campo, desenvolvida no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS/SER VI, do município de Fortaleza. Tendo como foco a política de saúde mental expressa na Reforma Psiquiátrica brasileira, em fase de implantação. Abrindo novas perspectivas de atenção em saúde mental, criando dispositivos e intervenção que tenham como foco a existência-sofrimento da pessoa em seu meio social, atentando para a criação de novos saberes e práticas, através da criação de uma rede de atenção em saúde. Os resultados nos mostra que é possível refletir sobre a efetividade dos dispositivos dispostos na rede de atenção em saúde mental, através da trajetória de vida do usuário.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Caracterização dos usuários do CAPS quanto ao sexo.....	72
Gráfico 2 – Caracterização dos usuários do CAPS quanto a faixa etária.....	73
Gráfico 3 – Caracterização dos usuários do CAPS quanto a escolaridade.....	73
Gráfico 4 – Caracterização dos usuários do CAPS quanto a ocupação .....	74
Gráfico 5 – Caracterização dos usuários do CAPS quanto ao estado civil.....	74

## FIGURAS

Figura I - Asilo de Alienados do Juquery.....	29
Figura II - Santa Casa de Misericórdia – 1932.....	34
Figura III - Passeio Público Fortaleza / Passeio Público – 1919.....	35
Figura IV – Padaria Espiritual.....	37
Figura V – Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo.....	38
Figura VI - Hospital de Saúde Mental de Messejana.....	41
Figura VII - Caps geral VI.....	59
Figura VII – Representação das Secretarias Administrativas Regionais (SER) da cidade de Fortaleza e suas Regionais. Fortaleza - CE, 2010. ....	62
Figura IX – Regional VI e seus bairros. Fortaleza – CE, 2010. ....	63

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS I – Centro de Atenção Psicossocial Infância e Adolescência

HSMM – Hospital de Saúde Mental de Messejana

LOAS – Lei Orgânica de Atenção a Saúde

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

OEA – Organização dos Estados Americanos

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PSF – Programa de Saúde da Família

PT – Partido do Trabalhador

SER – Secretaria Executiva Regional

SRT – Serviço de Residência Terapêutica

SUS – Serviço Único de Saúde

TC – Terapia Comunitária

## SUMÁRIO

<b><u>CAPITULO I- DESVENDANDO O OBJETO DE PESQUISA.</u></b> - “Nada a temer senão o correr da luta” .....	12
<b><u>CAPITULO II - CONTEXTUALIZANDO AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL</u></b> – “Amanhã vai ser outro dia” .....	20
2.1. Políticas públicas de saúde no Brasil – uma aproximação histórica.....	21
2.2. Política de Saúde Mental – da institucionalização ao programa “de volta para casa” .....	25
2.3. A saúde mental em Fortaleza – da <i>Belle Époque</i> à Fortaleza Bela .....	33
2.4. Os novos serviços de Saúde Mental.....	48
2.4.1 Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).....	48
2.4.2 Residência Terapêutica .....	52
2.4.3 Serviço Ambulatorial .....	53
2.4.4. Centro de Convivencia e Cultura .....	53
2.4.5. Saúde Mental na Atenção Básica.....	55
2.4.6. Terapia Comunitaria.....	57
<b><u>CAPITULO III- PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</u></b> – “Uma parte de mim é multidão, outra parte é estranheza e solidão” .....	61
<b><u>CAPITULO IV- O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: ANALISANDO A TRAJETORIA DO USUÁRIO</u></b> – “Guerreiros são pessoas, são fortes, são frágeis” .....	68
4.1. O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Geral – SER VI - Apresentando	

o serviço.....	69
4.2. Perfil Sócio-demográfico e psicossocial dos usuários do CAPS geral da SER VI.....	72
4.3. A percepção do sofrimento mental e dispositivos de ajuda buscados pelo usuário.....	76
4.3.1. Percepção do sofrimento e causas do adoecimento mental.....	76
4.3.2. Dispositivos de apoio buscados pelo usuário.....	82
4.3.3. Percepção do usuário sobre a assistência recebida na rede de atenção em saúde mental.....	83
4.4. O Modelo Psicossocial representado pelo CAPS e pela Instituição Psiquiátrica.....	86
4.5. Conhecimento e Acesso aos Novos Dispositivos na Rede de Atenção.....	88
<b><u>CAPITULO V- CONSIDERAÇÕES FINAIS</u> – “O mundo é uma escola”.....</b>	<b>92</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>97</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>113</b>

## CAPITULO I DESVENDANDO O OBJETO DE PESQUISA – “Nada a temer senão o correr da luta”

### Caçador de Mim

*Milton Nascimento*

Por tanto amor, por tanta emoção  
A vida me fez assim  
Doce ou atroz, manso ou feroz  
Eu, caçador de mim  
Preso a canções  
Entregue a paixões  
Que nunca tiveram fim  
Vou me encontrar longe do meu lugar  
Eu, caçador de mim

Nada a temer  
Senão o correr da luta  
Nada a fazer  
Senão esquecer o medo  
Abrir o peito à força  
Numa procura  
Fugir às armadilhas da mata escura

Longe se vai sonhando demais  
Mas onde se chega assim  
Vou descobrir o que me faz sentir  
Eu, caçador de mim

Vou descobrir o que me faz sentir  
Eu, caçador de mim

A saúde da população brasileira continua sendo tema de interesse e preocupação de pesquisadores, educadores, profissionais da área e da população em geral, que alertam para grandes agravos, muitos provocados por condições próprias da vida moderna. A tentativa de compreender a realidade da saúde do povo brasileiro, faz-se presente para investigar a sua complexidade, a sua estrutura e as modificações sofridas nos últimos anos.

Especificamente, a saúde mental é algo que vem sendo amplamente discutido nos mais diversos setores, principalmente após a criação da Lei 8080/90 que difundiu os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalidade, equidade, integralidade, incorporados pela Constituição Brasileira de 1988 e contemplados nas definições das políticas públicas. A Constituição de 1988, chamada “Constituição Cidadã”, reconhece e formaliza, através de uma significativa proposta de mudança, os princípios e diretrizes sistematizadas no SUS, o qual promove a implantação e operacionalização do sistema de saúde nacional.

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil surgiu na década de 1980, frutos da resistência e insatisfação dos profissionais de saúde, quanto às precárias condições de trabalho e de tratamento, frente à prática asilar e excludente prevalecente na atenção os portadores de transtornos mentais. No início de forma tímida, com pequenas ações isoladas, arranjos ambulatoriais, ações preventivas e medicalizantes, o Movimento foi ganhando espaço e a prática secular de segregação e morte da subjetividade foi sendo reavaliada pelos cidadãos trabalhadores, pelos clientes do sistema manicomial e seus familiares.

Em 1987, o Movimento de Luta Anti-Manicomial fortalece de forma efetiva, as proposições de reformas, reivindicam novos paradigmas pragmáticos e ideológicos na concepção de saúde mental, na concepção de homem e de mundo e buscam-se uma nova compreensão das relações institucionais que permeiam as políticas públicas de saúde mental.

Na sua origem, esse Movimento está ligado à Reforma Sanitária Brasileira da qual resultou a criação do Sistema Unico de Saúde - (SUS); está ligado também à experiência de desinstitucionalização da Psiquiatria desenvolvidas em Gorizia e em Trieste, na Itália, por Franco Basaglia nos anos 1960.

Como processo decorrente destes movimentos, temos a Reforma Psiquiátrica, definida pela Lei 10216/01 como diretriz de reformulação do modelo de Atenção à Saúde Mental, transferindo o foco do tratamento que se concentrava na instituição hospitalar, para uma Rede de Atenção Psicossocial, estruturada em unidades de serviços comunitários e abertos (BRASIL, 2001).

Enfim, é a partir dos pressupostos do Sistema Único de Saúde – SUS, que o processo de Reforma Psiquiátrica encontra a possibilidade de implantação de uma rede de atenção integral à saúde, com poder revolucionário e transformador, estimulando-se a manifestação de subjetividades e o exercício de cidadania dos portadores de sofrimento mental.

Os profissionais que trabalham na área da saúde mental são sabedores da importância de se refletir sobre o processo de Reforma Psiquiátrica e o modo como isso se faz prática na realidade dos dispositivos de atenção. Repensar essas novas práticas e saberes construídos na atenção à pessoa em sofrimento mental requer um olhar especial de todos os envolvidos nesse processo, quer através de uma avaliação contínua do próprio processo de trabalho, quer através de uma análise mais aprofundada dessa realidade através do desenvolvimento de pesquisas científicas. Entre os vários aspectos da pesquisa, destaca-se a efetividade da aplicação das diretrizes e princípios das leis que regulam os processos de inserção dos portadores de transtornos mentais nos dispositivos de saúde e a integralidade desses serviços.

Apreender essa realidade torna-se necessário para uma reflexão sobre a prática desenvolvida podendo fornecer subsídios para se construir estratégias para que os profissionais da área de saúde, usuários e sociedade ampliem os saberes, superem obstáculos e promovam mudanças fundamentais para melhorar as condições de vida e de saúde da população.

Nesse sentido, torna-se oportuno a formulação de questionamentos partindo-se do estudo ora proposto: Quem é esse usuário do CAPS? Como ele se percebe em sua história de vida e como usuário da rede de atenção em saúde mental? De que modo o CAPS se insere como dispositivo de atenção dentro da rede de atenção em saúde e saúde mental, na perspectiva do usuário?

De um lado, impõe-se uma obrigação constitucional, a de que toda unidade de saúde, com seus diferentes graus de complexidade, deve configurar-se como um sistema integral de saúde, garantindo acesso às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da população; e do outro lado, o estereótipo da incapacidade e da necessidade de tutela que circunda aqueles que sofrem de algum um transtorno mental.

É a partir dessas indagações que este estudo foi conduzido, partindo-se da análise histórica das políticas de saúde e de saúde mental no Brasil, passando pela história da doença mental e pela apreensão do papel dessas políticas públicas na promoção da saúde do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), com foco na política de saúde mental expressa na Reforma Psiquiátrica brasileira, em implantação.

Segundo relatórios sobre a saúde mundial (OMS), e da região das Américas (OPAS), 2001, as condições de vida e saúde da população vem melhorando de forma contínua, devido a avanços político, econômico, social e ambiental, resultado do amplo debate mundial que ampliou a visão reducionista, centrada na doença, para a abordagem positiva do conceito de saúde. No entanto, esses mesmos estudos reconhecem que este progresso não produziu mudanças capazes de acabar com as profundas desigualdades nas condições de vida da população mundial.

A elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis requer o envolvimento de todos os setores da sociedade, levando-se em consideração, de forma essencial, as características próprias de cada sociedade, sua cultura, seus valores e suas necessidades. A participação efetiva da população no processo de promoção da saúde constitui um dos maiores desafios dos profissionais que atuam na área de educação em saúde.

Uma política pública voltada à promoção da saúde e à reinserção social deve ter como um dos princípios básicos um real significado para o meio no qual será desenvolvida suas ações de saúde. Através de profissionais capacitados que, acreditando na essência do ser humano, respeitando os seus valores étnicos e culturais, possam proporcionar a população experiências de aprendizagem que

facilite a sua participação interativa nesse processo dinâmico, a fim de entender aos seus anseios e necessidades.

Para Pereira (2000) a primeira declaração teórica sobre a promoção da saúde no campo da saúde pública aconteceu em 1974, quando Lalonde, então Ministro do Canadá, publicou documento propondo um processo de mudanças radicais na promoção da saúde dos canadenses, contendo dois grandes objetivos: reduzir os riscos de saúde mental e física e melhorar acesso a uma adequada atenção à saúde. Como consequência, realiza-se a Primeira Conferência Internacional Sobre Assistência Primária à Saúde, em Alma-Ata, 1978.

De Alma-Ata até à Declaração de Jacarta, em 1997, um longo caminho foi percorrido: a concepção de saúde física e mental foi sendo modificada, ampliada, fundida, entendida numa perspectiva de articulação de políticas econômicas e sociais, recebida como direito social universal e de atenção integral.

De acordo com relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) 2001, cerca de 500 milhões de pessoas no mundo são afetadas por transtornos mentais e doenças neurológicas, revelando – se um grande peso no aumento da morbidade mundial. Para a OMS, o bem estar mental é parte integrante da saúde do indivíduo e deve ser evidenciado no processo de promoção da saúde, suscitando debates como uma forma de melhorar a atual situação da saúde mental o mundo.

Segundo dados do Ministério da Saúde 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes; mais de 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas; 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental ([www.saude.gov.br.saude](http://www.saude.gov.br.saude) acesso em 01.06.2009).

Não existe comunidade que esteja protegida dos impactos psicológicos, sociais e econômicos ocasionados pelo sofrimento psíquico. Cerca de um quarto da população que procura os serviços de saúde sofrem de transtornos dessa natureza que necessitam ser corretamente diagnosticados, tratados sem discriminação e exclusão, possibilitando o direito à atenção e à cidadania, como propõem a política de saúde mental.

Com o processo de Reforma Psiquiátrica, em implantação, novas perspectivas de atenção em saúde mental se abrem, criando-se dispositivos de

intervenção que tem como foco a existência-sofrimento da pessoa em seu meio social, atentando para a criação de novos saberes e práticas, através da criação de uma rede de atenção extra-hospitalar. Essa rede de atenção compreende dispositivos tais como: hospitais-dia, pensão protegida, centros de convivência e cultura, terapia comunitária, residência terapêutica, Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, Ambulatórios, Hospitais Gerais. As internações, quando necessárias, são feitas em hospitais gerais ou nos CAPS/24 horas. Além disso, prevê que a saúde mental seja contemplada em todos os serviços de saúde e nos vários níveis de intervenção, transversalizando todo o processo de atenção em saúde (BRASIL, 2009).

Amparada pela lei 10.216/2001, conquista de uma luta social que demorou 12 anos para ser aprovada, a Reforma Psiquiátrica possibilita a mudança do modelo de tratamento: no lugar do isolamento, o convívio na família e na comunidade, garantindo o acesso da população aos serviços e o respeito a seus direitos e liberdade.

Como profissional da saúde, atuando como psicóloga em um dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS/SER VI, do município de Fortaleza, instiga-me analisar a efetividade da rede de atenção em saúde mental com base na trajetória do usuário do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na perspectiva do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

A prática profissional cotidiana tem me levado a questionar sobre a participação destes serviços de atenção em saúde na trajetória do usuário, atendendo ao que prevê a política pública de saúde mental. Como objetivos específicos, destaco: Traçar o perfil sócio-demográfico e psicossocial dos usuários entrevistados; conhecer a trajetória de sofrimento mental e de atenção na rede de atenção em saúde mental; identificar dispositivos de rede de atenção e apoio social utilizados pelo usuário; discutir a trajetória do usuário na rede de atenção em saúde na perspectiva dos preceitos do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

Percebo a apreensão dessa realidade como um importante instrumento de análise do próprio processo de Reforma Psiquiátrica, dando vez e voz aquele que é ator social e sujeito do próprio sistema de saúde e, como tal, referencia

fundamental para se refletir sobre o que acontece na prática.

Nesses estudos sobre saúde mental, especificamente sobre o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, têm conduzido a reflexão sobre a rede de atenção em saúde mental, merecendo destaque o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS – SER VI.

O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS é considerado um dos principais dispositivos da rede de atenção em saúde mental, despertando interesse os estudos que levam à reflexão sobre a prática aí desenvolvida, como forma de se avançar na implementação do processo de Reforma Psiquiátrica, não só ao nível local, como também nacional.

Com base no exposto, levanta-se a seguinte hipótese: a rede de atenção em saúde mental dispõe de dispositivos que são utilizados pelo usuário do CAPS SER –VI, favorecendo a assistência em saúde mental e o suporte psicossocial, atendendo ao que prevê as políticas públicas de saúde potencializando e ampliando o processo de saúde-doença.

Essa suposição decorre da constatação de que o CAPS tem se mostrado como um cenário favorável à construção da rede de relações sociais voltado ao trabalho terapêutico, sem se afastar da vida cotidiana do usuário, estando em funcionamento com ampla rede de ofertas terapêuticas, objetivando a substituição do modelo hospitalocêntrico. De maneira geral, esse serviço se caracteriza pela utilização de um conjunto amplo e complexo de tecnologias terapêuticas e práticas psicossociais dirigidas a manter a pessoa na sua comunidade.

Outra hipótese seria a rede de atenção em saúde mental dispõe de dispositivos de assistência, mas, os mesmos não são utilizados pelo usuário do CAPS SER -VI que encontram impasses no seu acesso à rede de assistência em saúde mental e no suporte psicossocial, sinalizando uma impossibilidade de cuidado.

O compromisso ético em assegurar as pessoas com transtornos mentais uma atenção efetiva, baseia-se em pressupostos como o direito à saúde, a vida digna, a inclusão social e tem impulsionado projetos inovadores, rompendo com o modelo de reclusão. Esses projetos devem ser desenvolvidos em espaços públicos, coletivos e serviços públicos como: na Atenção Básica, no Programa de Volta pra

Casa, na oferta de leitos em Hospital Geral, nos Centros de Convivência, nos Albergues, nas Residências Terapêuticas, nas Atividades Comunitárias e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), espalhados por todo o país, e devem se constituir em serviços inovadores, garantindo um

“... espaço de produção de novas práticas sociais para lidar com a loucura, o sofrimento psíquico, a experiência diversa; para a construção de novos conceitos, de novas formas de vida, de invenção de vida e saúde” (AMARANTE, 2003, p. 45).

Assim, é preciso que a comunidade exija o cumprimento dessa proposta, de forma a melhorar o atendimento aos usuários com transtornos mentais, dispondo-lhes serviços em saúde mental dentro de uma lógica antimanicomial e não hospitalocêntrica, estimulando práticas que possibilitem maior humanização desses serviços, integrando ações de saúde mental com as demais Redes Assistenciais, incentivando a organização social e política da sociedade e assim, possibilitar a avaliação dos serviços e a constante atualização das políticas públicas de saúde atendendo os reais anseios da população.

Os serviços têm como algumas de suas finalidades implementar os princípios da Reforma Psiquiátrica, alicerçando suas práticas no respeito aos direitos humanos e à defesa da vida. Focalizando os pressupostos da Reintegração social e da cidadania, no eixo institucional norteador de suas intervenções, não entendido como um conjunto de técnicas, mas, como uma *exigência ética* (SARACENO, 1999, p. 13).

Aproximar-me dessa realidade e refletir sobre ela, certamente, trará contribuições para transformá-la, oferecendo ao usuário do serviço de saúde uma atenção de qualidade e que atenda ao previsto na Reforma Psiquiátrica, em andamento no Brasil.

## CAPITULO II - CONTEXTUALIZANDO AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL – “Amanhã vai ser outro dia”

Apesar De Você

Chico Buarque

Amanhã vai ser outro dia  
 Hoje você é quem manda  
 Falou, tá falado  
 Não tem discussão, não.  
 A minha gente hoje anda  
 Falando de lado e olhando pro chão.

Você que inventou esse Estado  
 Inventou de inventar  
 Toda escuridão  
 Você que inventou o pecado  
 Esqueceu-se de inventar o perdão.

Apesar de você  
 amanhã há de ser outro dia.  
 Eu pergunto a você onde vai se esconder  
 Da enorme euforia?  
 Como vai proibir  
 Quando o galo insistir em cantar?  
 Água nova brotando  
 E a gente se amando sem parar.

Quando chegar o momento  
 Esse meu sofrimento  
 Vou cobrar com juros. Juro!  
 Todo esse amor reprimido,  
 Esse grito contido,  
 Esse samba no escuro.

Você que inventou a tristeza  
 Ora tenha a fineza  
 de "desinventar".  
 Você vai pagar, e é dobrado,  
 Cada lágrima rolada  
 Nesse meu penar.

Apesar de você  
 Amanhã há de ser outro dia.  
 Ainda pago pra ver  
 O jardim florescer  
 Qual você não queria.

E eu vou morrer de rir  
 E esse dia há de vir  
 antes do que você pensa.

Apesar de você  
 Amanhã há de ser outro dia.  
 Você vai ter que ver  
 A manhã renascer  
 E esbanjar poesia.

Como vai se explicar  
 Vendo o céu clarear, de repente,  
 Impunemente?  
 Como vai abafar  
 Nosso coro a cantar,  
 Na sua frente.

## 2.1 Políticas públicas de saúde no Brasil – uma aproximação histórica

Ampliar a possibilidade de debate em torno das políticas públicas de saúde no Brasil requer uma busca histórica constante nos diversos contextos vividos em determinado tempo e espaço. Compartilhando as leituras, apreendemos, recriamos e potencializamos novas vivências e saberes.

Na concepção epistemológica de Foucault, onde prevalece a visão genealógica, se faz necessário compreender o momento histórico, que não busca uma origem única e casual, e as estruturas que o sustentam e o representam em determinado momento provocando mudanças e rupturas conforme o movimento histórico vivido.

A reflexão sobre saúde e políticas públicas se processa no plano do debate no nível do conjunto de saberes de uma época. Essa rede de formações discursivas utilizadas e descritas em um feixe de relações, possibilita uma análise que não se processa unicamente na direção de uma teoria do conhecimento, mas também, no sentido do que poderia se chamar de ética. Resumindo, em vez de analisar o saber na direção das idéias, analisa-o na direção dos comportamentos, das lutas, dos conflitos, das decisões e das táticas, em fim das multiplicidades e da ética compartilhadas em determinada época.

Dentro dessa lógica, compreender as políticas públicas no Brasil atual requer uma revisão histórica, mesmo que breve, de como os serviços de saúde foram organizados de acordo com a concepção política e sua ampla relação de poder vigentes, em diferentes momentos, na sociedade brasileira e na relação Estado/sociedade civil.

[...] numa sociedade como a nossa - mas, afinal de contas, em qualquer sociedade - múltiplas relações de poder perpassam, caracterizam, constituem o corpo social; elas não podem dissociar-se, nem estabelecer-se, nem funcionar sem uma produção, uma acumulação, uma circulação, um funcionamento do discurso verdadeiro. Não há exercício do poder sem economia dos discursos de verdade que funcionam nesse poder, a partir e através dele. Somos submetidos pelo poder à produção da verdade e só podemos exercer o poder mediante a produção da verdade. Isso é verdadeiro em toda sociedade, mas acho que na nossa essa relação entre poder, direito e verdade se organiza de modo muito particular. (FOUCAULT 2005, p.2).

Segundo Amarante (2001), as políticas públicas estão relacionadas aos diferentes modelos de Estado que se sucederam e coexistiram nos últimos séculos. As primeiras ações que, posteriormente seriam consideradas a origem da saúde pública ocorreram entre o século XVIII e a primeira metade do século XIX.

No Brasil, o estado Guardião ou Liberal caracterizado pela não interferência no processo econômico-social prevaleceu até o início dos anos trinta.

No período de 1930 a 1940 caracterizado pela mudança no modelo de desenvolvimento econômico agro-exportador para o modelo agro-industrial, se inicia o que podemos chamar de proteção social. Nesse sistema de proteção o Estado exerce regulação direta nos campos da educação, saúde, previdência social, programas de habitação populares e de alimentação, saúde pública e transporte coletivo.

Nas décadas de 1950 a 1970, conhecidas como os anos de ouro dos estados nacionais, caracterizou-se por ações propositais de uma política de planejamento estatal da economia e de desenvolvimento de políticas social-públicas, caracterizando o estado social.

No caso da política social e, em especial a saúde no Brasil, a discussão sobre o projeto de reforma sanitária foi iniciado, questionando-se o modelo hegemônico de atenção à saúde que beneficiava somente os trabalhadores inseridos no mercado formal e enfatiza-se a necessidade de ampliar a abrangência dessa política.

Durante os governos militares as políticas sociais assumem a função de mitigar a profunda repressão imposta pelo autoritarismo militar. Servindo, também, de instrumento para apaziguar as classes sociais e de mercantilização social com o repasse de recursos do Estado, provenientes do trabalhador, para os setor privado.

No início da década de 1980, a situação econômica brasileira caracterizava-se por um aumento crescente da dívida externa e os altos índices de inflação agravando a baixa qualidade de vida da população e reduzindo os investimentos nas políticas sociais. O estado neoliberal prevalece gerando ainda mais desigualdades sociais, redução de investimentos em políticas públicas de

saúde e crise na Previdência. Acordando na reflexão de Demo:

Sob o signo da 'mais-valia' relativa, que encontra seus protótipos em expressões como 'sociedade intensiva de conhecimento', ou 'sociedade em rede', ou ainda em 'processos produtivos informatizados' o impasse está na fantástica concentração da renda, na queda constante do valor dos salários e remunerações, na depredação já irreversível da natureza, no fantasma de mais de 80% da população do planeta serem obrigados a sustentar os privilégios de menos de 20%. Para a política social, este cenário coloca desafios ingentes e perplexos, a começar pela pergunta encardida: é possível fazer política social autêntica (redistributiva, emancipatória, preventiva) dentro do neoliberalismo? É possível inserir a todos que precisam trabalhar neste tipo de mercado? (DEMO, 2002, p. 54).

Segundo Vasconcelos (2001), é importante que se caracterize, sumariamente, o impasse neoliberal, similar ao impasse observado por Marx na segunda metade do século XIX, com a diferença óbvia de que o impasse atual está globalizado: apanha a sociedade humana como um todo e também a natureza como um todo.

Com a abertura política, a sociedade brasileira com estruturas de negociação mais fortes e concentradas, não só alargaram os esquemas protetores dos anos 1960, como resistiram e resistem aos ataques neoliberais que desde a década de 1970 recaem sobre as políticas sociais. Evidenciam-se debates técnico, acadêmico com a participação da sociedade civil que aponta para a necessidade de uma nova constituição.

As políticas públicas representam o poder de barganha entre a sociedade e o Estado para satisfação de duas necessidades básicas e dependem de um espaço para a vontade e decisão democrática de todos. A carta constitucional de 1988 consagrou o direito social universal à saúde. Sua ação faz parte da ação do Estado brasileiro na produção e regulação das atividades econômicas voltadas para resolver problemas de saúde e de adoecimento que afetam a massa da população brasileira (MENDONÇA in MATOS & PINHEIRO, 2006, p.152).

Influenciada pelo Movimento da Reforma Sanitária, a Constituição de 1988 incorpora conceitos, princípios e uma nova lógica na organização da saúde e cria um Sistema Único de Saúde (SUS). Norteados pelos princípios da universalidade, equidade, integralidade, o SUS tem como objetivos finais promover, proteger e recuperar a saúde da população brasileira.

Em 1990, especificamente para nortear as políticas de saúde, foi editada a Lei n. 8.080/90 (BRASIL, 1990) que, em seus artigos. 5º e 6º, cuidou dos objetivos e das atribuições do SUS, tentando melhor explicitar o art. 200 da CF (ainda que, em alguns casos, tenha repetido os incisos daquele artigo, tão somente).

São objetivos do SUS: a) a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; b) a formulação de políticas de saúde destinadas a promover, no campo econômico e social, a redução de riscos de doenças e outros agravos; e c) execução de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, integrando as ações assistenciais com as preventivas, de modo a garantir às pessoas a assistência integral à sua saúde (BRASIL, 1990).

O artigo. 6º da Lei nº 8.080/90 estabelece como competência do Sistema a execução de ações e serviços de saúde descritos em seus 11 incisos. O SUS deve atuar em campo demarcado pela lei, em razão do disposto no art. 200 da CF e porque o enunciado constitucional de que *saúde é direito de todos e dever do Estado*, não tem o condição de abranger as condicionantes econômico-sociais da saúde, tampouco compreender, de forma ampla e irrestrita, todas as possíveis e imagináveis ações e serviços de saúde, até mesmo porque haverá sempre um limite orçamentário e um ilimitado avanço tecnológico a criar necessidades infindáveis e até mesmo questionáveis sob o ponto de vista ético, clínico, familiar, terapêutico, psicológico (BRASIL, 1990).

Será a lei que deverá impor as proporções, sem, contudo, é óbvio, cercear o direito à promoção, proteção e recuperação da saúde. E aqui o elemento delimitador da lei deverá ser o da dignidade humana. Ressalta-se que o Projeto de Lei Complementar n. 01/2003, que visa à regulamentação dos critérios de rateio de transferências dos recursos da União para Estados e Municípios, procura disciplinar, de forma mais clara e definitiva, o que são ações e serviços de saúde e estabelecer o que pode e o que não pode ser financiado com recursos dos fundos de saúde.

Esses parâmetros também servirão para circunscrever o que deve ser colocado à disposição da população, no âmbito do SUS, ainda que o artigo 200 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) e o artigo 6º da Lei Orgânica da Saúde (LOS) (BRASIL, 2002) tenham definido o campo de atuação do SUS, fazendo pressupor o

que são ações e serviços públicos de saúde. disciplinaram o que são ações e serviços de saúde.

Atualmente, diante da complexidade da realidade social, caracterizada pelo aprofundamento da pobreza e desigualdades sociais que segmentam e dificultam a coesão da sociedade brasileira. As políticas públicas, diante de um Estado de base frágil de sustentação e regulação, não conseguem obedecer aos princípios que a nortearam, comprometendo a meta de universalidade, se fragmentado e comprometendo a consecução do pacto social que promoveu a elaboração da Constituição.

[...] as políticas sociais têm como objetivo maior a emancipação da sociedade e como instrumentações básicas a devida inserção no mercado e a contribuição de qualidade política capaz de controle democrático efetivo e duradouro, para além das assistenciais (DEMO, 2002, p. 78).

Necessita-se de espaço de discussão crítica e reflexão sobre as principais questões relacionadas às políticas sociais, ao papel do Estado como gestor de políticas públicas que possibilitem a emancipação e a autonomia da sociedade.

## **2.2 Política de Saúde Mental – da Institucionalização ao programa ‘de volta para casa’**

As políticas voltadas ao atendimento de pessoas com transtornos mentais têm procurado acompanhar a transformação e os anseios da população, possibilitando a construção de uma nova cultura de atenção à saúde mental dos pacientes que necessitam de atenção.

Fleming (1976) reafirma a necessidade de compreender a psiquiatria através de uma análise do contexto econômico, social e político em que se insere e evolui. A psiquiatria nascida, no mundo ocidental, com a ascensão da burguesia à classe dominante encontra-se intimamente ligada às vicissitudes, às contradições e às lutas de classe inerentes a sociedade capitalista. A raiz da psiquiatria, de acordo com o mesmo autor, estaria no século XVII, marcado pelo o fato histórico da criação do Hospital Geral de Paris, em 1656. A partir desse novo modo social de exclusão,

o enclausuramento de figuras que perturbam a ordem vigente e destoam da sociedade, como criminosos, miseráveis, vagabundos, senis, etc. tornam a loucura separada e exilada.

De acordo com Desviat (1999), nesse mesmo século, outros hospitais foram criados sempre com propósito de acabar com o mal-estar da sociedade que se inquietava com os associais e tendo como base a conjuntura histórica vigente na época. As significações políticas, sociais, econômicas e morais norteavam esses hospitais que se caracterizavam como entidades semi-jurídicas, ao lado de outros poderes constituídos, podendo julgar e punir.

A ordem burguesa e monárquica imperava nas relações de poder. O fenômeno de internamento atinge toda uma população marginalizada dos circuitos de produção e do consumo da economia mercantilista. A cada crise econômica grave as casas de internamento lotam, prevalecendo a dimensão ideológica onde a repressão é utilizada como medida de defesa da sociedade burguesa.

Durante o século XVIII, com o desenvolvimento massivo das manufaturas, o homem enquanto força de trabalho e fonte de riqueza começa a ser procurado, o internamento deixa de se justificar como medida econômica e a justificação moral desaparecem. A massa marginalizada da sociedade é liberada, permanecendo os loucos considerados contrários à razão e à natureza, valores da classe dominante. A loucura passa a ser considerada doença da natureza.

É nesse contexto asilar que a psiquiatria do século XIX encontra os loucos. O tratamento desumano praticado nos hospitais desperta a consciência moral da sociedade, mas não ao ponto provocar mudanças radicais. Soltam-se as correntes, retiram-se as celas, mas o espaço social do excluído não é encontrando. Os novos asilos destinados aos insanos adquirem um aspecto hospitalar, é dado um tratamento pseudo humanizado e a psiquiatria científica passa a atuar de forma sistemática em benefício da sociedade dominante, o que vem a ser denunciado por Foucault (2005).

De acordo com Foucault (2005) com a ciência psiquiátrica uma nova forma de poder surgiu: um poder medical, difuso e onipotente, saber e poder junto a serviço da civilização. A prática da psiquiatria tradicional passou a ser contestada a

partir dos anos 60, do século passado, quando uma pequena cidade da Itália, Gorizia, iniciou uma experiência de renovação no campo da psiquiatria, propondo modos de luta anti-institucional idealizada, principalmente, pelo psiquiatra Franco Basaglia.

Conforme Fleming (1976), Basaglia vê na doença mental uma produção psicopatológica no qual o doente se refugia a fim de escapar a uma realidade social que se tornou insuportável. Como esse novo olhar, revela-se a doença mental como fenômeno social e passa-se a questionar as normas estabelecidas e suas contradições. O aparelho psiquiátrico, caracterizado como desumano, excludente, desintegrador e discriminatório, começa a ser desmontado dando início ao movimento de reforma psiquiátrica italiana.

Com base nos princípios democratizantes e compreendendo a necessidade de resgate da cidadania do doente, o planejamento e gerenciamento dos novos serviços e a interdisciplinaridade da assistência, a Reforma Psiquiátrica tem por meta a desospitalização e desinstitucionalização, através da reorientação da assistência em saúde mental, priorizando a implantação de rede extra-hospitalar e multiprofissional; proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos e concentração de novos leitos; a redução progressiva da importância do hospital psiquiátrico como opção de assistência; resgate da cidadania do doente; a integração da saúde mental a outros programas de saúde e a democratização das relações e do saber na área (AQUINO *et al*, 1995; PONTES, 1995).

A Reforma Psiquiátrica tem propostas que mudam muito bruscamente o tipo de assistência prestada aos portadores de distúrbios mentais, por isso precisa de certo período de adaptação e preparação para que essas transformações venham a ocorrer. Assim, essa reforma precisa ser repensada em todos os níveis de atuação, ou seja, no nível político, social, cultural, ideológico e não só a nível estrutural. Acompanhar o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil requer uma reflexão sobre a história da saúde mental no mundo ocidental.

No Brasil, o percurso histórico da psiquiatria foi profundamente influenciado por toda a sociedade ocidental e teve movimentos históricos muito próximos aos ocorridos nesses países. Segundo Lopes, *in Fernandes* (1999), a

psiquiatria no Brasil, com suas instituições asilares, tem nos mostrado ao longo da história, que ainda hoje, transita da exclusão higienista à exclusão científica protegida pelas vestes de um dado saber onde as subjetividades humana são aviltadas e empobrecidas.

Seguindo essa lógica, tenta-se compreender a história da psiquiatria no Brasil dentro do contexto econômico, social e político em que se insere e evolui. Durante o Brasil Império, de acordo com a autora citada acima, os ditos “loucos” eram acolhidos em sua diferença, o que sugeria de forma aparente uma cultura hilária de inclusão e tolerância.

A partir de 1852, os primeiros hospícios, constituídos de casas de caridade e assistência começaram a se concretizar, ainda sem a preocupação com o fenômeno da loucura ou de seu enfrentamento, pois a mesma não era concebida como doença.

Foi com o advento da República que teve início a classificação, desses personagens pictóricos, em doentes mentais e essas figuras começaram a se consideradas ameaçadoras à sociedade. O pensamento alienista, voltado para a profilaxia do meio urbano, ofereceu a teoria da degenerescência, desenvolvido pela psiquiatria, os instrumentos que o regime republicano necessitava de controle social.

Em 18 de maio de 1898, nascia o maior hospital psiquiátrico do Brasil. A primeira colônia agrícola do Asilo de Alienados do Juquery abria suas portas para abrigar os mais diversos tipos de excluídos da sociedade de então: eram 80 pessoas, entre mendigos, marginais, negros e doentes mentais. O nascimento do Juquery inaugura a medicina alienista de aviltamento científico e ocorre num cenário republicano ligado ao mercado, transparecendo a característica higienista do momento – que tem como traço o conceito de limpar as ruas, sanear a imagem e o espaço urbanos, tirando da vista tudo que implique em estorvo à produção: prostitutas, mendigos, pobres, negros, enfim, um ‘pool’ de pessoas que não respondia à produção, representante de um proletariado degenerado (LOPES in FERNANDES, 1999, p.143).



**Figura 1 - Asilo de Alienados do Juquery**

(Fonte:<http://historyofmedicine.blogspot.com>)

Dentro de um Estado centrado na produção capitalista, preocupado com o progresso configurou-se um Estado liberal-oligárquico onde prevalecia a higiene e a salubridade do meio urbano. Surgem os hospícios engendrados com rigor arquitetônico para excluir da sociedade das faces do proletariado, os mendigos, prostitutas, negros improdutivos, imigrantes.

O pensamento positivista sustenta as ações de exclusão e elitizantes fortalecendo o hospício brasileiro unindo republicanos e alienistas. Essa mesma concepção vai servir de matriz para os anos de repressão da ditadura militar, onde os asilos serviram de aparatos a serviço da tortura, do sequestro e morte de presos políticos. As políticas de saúde executadas pelo governo privilegiavam o setor privado facilitando, assim, a rota de martírio dos excluídos confirmando os sentimentos de impunidade predominante nesses anos tenebrosos do regime militar.

Considerando que o desconhecimento e o desprezo aos direitos do Homem conduziram a atos de barbárie que revoltam a consciência da Humanidade e que o advento de um mundo em que os seres humanos sejam livres para falar e para crer, libertos do terror e da miséria, foi proclamado como a mais alta inspiração do Homem [...]. A citação, retirada do preâmbulo da Declaração Universal dos Direitos Humanos, a mesma que em seu artigo

terceiro professa que 'todo indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal', remete de imediato a outro ponto [...] Houve crescimento espantoso das instituições psiquiátricas durante a ditadura militar. Em 1964, eram 74 manicômios. No final do mais obscuro período da recente história brasileira, o número chegava a 395 (LOPES in FERNANDES, 1999, p.150).

Fruto da insatisfação e resistência antiga e reprimida de profissionais de saúde frente à lógica asilar e violenta começa a surgir na década de 1980 às primeiras ações transformadoras. Devido, em parte, aos anos de repressão e em outro a naturalidade com que era encara a instituição psiquiátrica asilar, essas ações a principio foram tímidas e tiveram na organização dos trabalhadores, nos usuários deste sistema e nos seus familiares a grande sustentação para enfrentar a violência das praticas psiquiátricas, o desconhecimento da loucura e do sofrimento mental.

Nesse contexto, em 1987, surge o movimento de luta anti-manicomial. O Movimento Antimanicomial , também conhecido como Luta Antimanicomial, se refere a um processo organizado de transformação dos Serviços Psiquiátricos, derivado de uma série de eventos políticos nacionais e internacionais.

O Movimento Antimanicomial tem o dia 18 de maio como data de comemoração no calendário nacional brasileiro. Esta data remete ao Encontro dos Trabalhadores da Saúde Mental, ocorrido em 1987, na cidade de Bauru, no estado de São Paulo. Nessa efervescência ideologia e cultural acerca da saude mental, surgem novos olhares e escutas: população e profissionais de saúde questionam o preconceito, a violência e o disrespeito aos direitos humanos praticados pela instituição asilar.

O processo de Reforma Psiquiátrica começou a ser gestado nos diversos encontros de trabalhadores de saúde mental que se realizaram, principalmente, em cidades da região sudeste. Posteriormente, com abrangência maior, realizaram-se as Conferências Nacionais de Saúde mental nos anos de 1987, 1992 e 2001 (FRAGA, SOUZA, BRAGA, 2005, p.11).

Acontece a primeira Conferência Nacional no campo da saúde mental em 1987, apontando a necessidade de profundas e imediatas transformações no modelo de assistência em saúde mental do Brasil.

Nos anos seguintes o Movimento de Reforma foi se firmando através da análise sistemática de Basaglia e seus seguidores, mobilizados no sentido de

promover o debate acerca da cultura manicomial, possibilitando a construção de novas maneiras de organizar as estratégias de atenção à saúde mental, permitindo o surgimento de novas reflexões indispensáveis para garantir o livre exercício da cidadania.

As unidades da federação, inspirados pelas experiências exitosas dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de São Paulo, antecipam-se a lei federal e implantam vários serviços não asilares como CAPS, NAPS e serviços ambulatoriais, em substituições à hospitalização psiquiátrica.

Consoante com diversas experiências de reforma da assistência psiquiátrica no mundo ocidental, e as recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) contidas na Carta de Caracas (1990), o Ministério da Saúde, a partir da década passada, define uma nova política de saúde mental que redireciona paulatinamente os recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo de base comunitária. Incentiva-se a criação de serviços em saúde mental de atenção comunitária, pública, de base territorial, ao mesmo tempo em que se determina a implantação de critérios mínimos de adequação e humanização do parque hospitalar especializado([www.saude.gov.br.saude.acesso](http://www.saude.gov.br.saude.acesso) em 01.06.2009).

No Brasil, o processo de Reforma Psiquiátrica teve aprovada em 2001, após dez anos de discussões no Congresso Nacional, a Lei 10216/01 que passa a regulamentar e formalizar a Reforma Psiquiátrica, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Esse modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária busca consolidar-se oferecendo uma rede de serviços e equipamentos variados tais como; Centro de Atenção Psicossocial nas suas diversas modalidades, Residências Terapêuticas, Centro de Convivência e Cultura, leitos de atenção integral em hospitais gerais e CAPS III e programa de volta para casa, além da integração dos Núcleos de Apoio à Saúde da família (NASF) as ações de saúde na atenção básica.

Atualmente, segundo dados do Ministério da Saúde, em junho/09 temos as seguintes informações de atendimento em todo Brasil: 686 CAPS I , 400 CAPS II, 46 CAPS III, 112 CAPS i(infantil), 223 CAPS ad (álcool e outras drogas). O Programa de Volta para Casa atende 3346 usuários, Residências Terapêuticas em funcionamento totalizam 553, em implantação 138 unidades beneficiando um total

de 2829 moradores. Para uma população brasileira de 189.612.814, existem 5.426 leitos em hospitais psiquiátricos e 208 hospitais psiquiátricos. (www.saude.gov.br.saude.acesso em 01.06.2009).

Os desafios permanecem. Embora a Reforma Psiquiátrica tenha evoluído de forma significativa, com a oferta de serviços de qualidade, com maior controle sobre o funcionamento de hospitais psiquiátricos, há necessidade de avanços em vários aspectos, dentre os quais destaco: a base territorial e a atuação na transversalidade com outras políticas públicas que busquem a inserção e a cidadania do usuário com transtorno mental. O Movimento de Luta Antimanicomial de profissionais e usuários dos serviços de atenção em saúde mental continua lutando pela efetividade da aplicação da Lei 10.216/2001 (Lei Paulo Delgado), que dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e pela realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, prevista desde a 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007, em Brasília. Nessa ocasião, o Movimento reúne cerca de 1800 usuários,, acontecendo a Marcha dos Usuários pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.

Como resultado dessa trajetória continua de luta, foi deliberado que o Conselho Nacional de Saúde convocasse conferências temáticas e intersetoriais, em especial a de Saúde Mental, com maior participação de movimentos populares, associações de usuários e Organizações Não-Governamentais (ONG) que atuam nas áreas específicas. E, nos termos da Resolução nº 433, de 14 de janeiro de 2010, aprovada pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde, aconteceu em junho/2010 a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, tendo como tema central: “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. O tema central foi discutido a partir de três eixos temáticos:

- I - Saúde Mental e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais;
- II - Consolidar a rede de atenção psicossocial e fortalecer os movimentos sociais;
- III – Direitos humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial;

Sabendo da importância das Conferências de Saúde para os processos de mudança, construções de saberes e melhoria dos dispositivos institucionais e não-institucionais, aguardo com expectativa que esse momento contribua de forma

significativa para a efetividade da legislação brasileira que dispõe sobre saúde mental.

### **2.3 A SAÚDE MENTAL EM FORTALEZA - DA BELLE ÉPOQUE A FORTALEZA BELA**

Conhecer a história de Fortaleza, suas construções, desconstruções e reconstruções culturais, econômicas e sociais, em muito nos ajudou a refletir sobre identidade e trajetória de vida da sua população. Como principal referência para esse estudo foi utilizada a obra organizada por Souza (2000), intitulada: Uma História do Ceará.

O processo de remodelação sócio-urbana de Fortaleza, iniciado a partir de 1860, se prolonga até as primeiras décadas do século XX e insere a capital cearense, segundo Ponte in Souza (2000), no contexto belle époque.

As novidades extasiantes decorrentes da revolução científico-tecnológica européia, inundam e modifica a ordem urbana, política, econômica da cidade, afetando, de forma significativa, o cotidiano e a subjetividade das pessoas. Comportamentos, condutas, costumes, valores são transformados influenciados por esse conjunto de inovações em tentativa de alinhar-se ao modelo europeu de modernização urbana.

Patrocinado pelas elites políticas, econômicas e intelectuais, o 'processo civilizatório' de Fortaleza visava não só dotar a cidade de equipamentos e serviços modernos, mas, também, 'domesticar' e 'civilizar' a população que apresentava comportamentos rudes e selvagens segundo esse processo civilizatório. Segundo Ponte in Souza (2000, p.163) esse período é assim caracterizado:

Com efeito, esse período, momento fundante do nosso mundo contemporâneo, é marcado por um intenso fluxo de mudanças que não só produziu transformações de ordem urbana, política e econômica, como também afetou profundamente o cotidiano e a subjetividade das pessoas, alterando seus comportamentos e condutas, seus modos de perceber e de sentir.

Vistos como nocivos ao processo civilizatório, produtivista e normatizador da

época, os pobres, doentes, mendigos, loucos, 'vadios' e prostitutas passaram a ser segregados. Surgem o Lazarento da Lagoa Funda e a Santa Casa de Misericórdia, onde se estabelece as práticas de controle higienista, respaldados pelo saber médico dominante que pregava a exclusão e despertava na população o medo da doença, do contágio e da morte, bem como da pobreza.



**Figura II - Santa Casa de Misericórdia – 1932**

(Fonte:<http://commons.wikimedia.org/wiki/>)

A seca de 1877-1879 trouxe a desestabilização econômica da cidade, interrompendo o fluxo de desenvolvimento. Os retirantes que fugiam das condições adversas do interior do estado foram amontoados em barracas e a epidemia de varíola encontrou seu espaço para se proliferar. O Lazarento da Barra Funda, que comportava 300 pessoas, chegou a ter, em um único dia, 1004 vítimas da doença. Instaura-se o medo e cresce o contingente de miseráveis e excluídos.

Junta-se, a essa população discriminada, os voluntários que tem o trabalho repulsivo de transportar e sepultar as vítimas da varíola, os 'gatos pingados' e os 'quimoeiros'. Esses carregadores de mortos e de dejetos, considerados imundos e asquerosos, faziam uso do álcool para suportar o trabalho degradante. Considerado como dependente da principal droga da época, o alcoolista pobre passa a ser a

ameaça à sociedade. Consolida-se o conceito de trabalho ‘honesto e produtivo’, onde a bebedeira, a insanidade ou a indolência não encontra espaço na sociedade.

Encerrado esse ciclo de morte e luto, Fortaleza inaugura os bondes e o Passeio Público, surgindo a valorização imobiliária, o flerte ente os passageiros e espaço de lazer. O segregacionismo social é reforçado pelos três planos do Passeio Público onde as classes sociais não se misturavam.



**Figura III – Passeio Público Fortaleza / Passeio Público – 1919**

(Fonte: [http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Passeio\\_Publico\\_Fortaleza\\_1919.JPG](http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Passeio_Publico_Fortaleza_1919.JPG))

Segundo Ponte in Souza (2000), evidenciado no texto transcrito abaixo, no final do século XIX os ditames e os modismos franceses invadem a cidade. Usar expressões em francês distingue classes sociais e evidencia as pessoas consideradas cultas e modernas. Resistentes a febre do afrancesamento da capital, intelectuais, boêmios literários e parcelas do segmento popular de Fortaleza passam a debochar desse comportamento elitista e foram classificados por parte dessa elite como ‘Ceará Moleque’.

[...] aquela compulsiva ordenação civilizatória que procurava identificar-se com a vida parisiense, beneficiando apenas parte da cidade e da sua população, não passava despercebida dos setores marginalizados. Ante a censura, o controle e a exclusão que sofriam à medida que aquele processo avançava, reagiam através da irreverência, da galhofa, do deboche ou mesmo da vaia, forma de repúdio mais acachapante utilizada pelo chamado “Ceará Moleque” (PONTE *in* SOUZA, 2000, p. 174).

De acordo com Sousa (2007, p.5):

o contraste da cidade “descalça” e suas transformações no início do século passado se evidenciam nas crônicas de Otacílio de Azevedo, onde se descortinam as paisagens física e humana da cidade: as lembranças de acontecimentos históricos (“A queda do Governo Acióli”, “A inauguração do Teatro José de Alencar”...), os registros de fatos pitorescos (“O ‘Cajueiro Botador’”, “O Oitizeiro do Rosário”...), os relatos de manifestações folclóricas (“Carnavais do meu tempo”, “Congos, fandangos e reisados”), as peculiaridades de tipos populares (“O Bembém da Garapeira”, “Os Gatos-Pingados”...), a história dos ‘odores’ (“Os Carregadores de Quimoas”...), as particularidades e as obras de alguns poetas (“Antônio Sales”, “Leonardo Mota”...) e pintores (“Raimundo Ramos - Cotoco”, “Raimundo Cela”...), só para citar alguns. Esse universo da memória em torno da história da cidade não se projeta apenas na crônica de Otacílio, está cristalizado também em seus poemas como “Minha Fortaleza”, “Bem que eu tenho saudade”, “Fortaleza”, “Café Riche” e tantos outros. em que, de forma bem humorada, não deixa de transparecer a sordidez do sistema social com a qual convivia.

Das produções literárias citadas acima, para que se perceba a forma pitoresca das famosas crônicas, reproduzo do texto de Souza in Ponte, 2000, p,173, a crônica “O Bembém da Garapeira”, que descreve a viagem do seu contemporâneo à Paris:

Bembém foi e voltou radiante...” Aquilo é que é cidade” dizia entusiasmado – “ No hotel onde me hospedei fui obrigado a escrever meu nome. Como a língua era outra, escrevi; “ Bien-Bien” e, mais embaixo, “ Garapière”. E completava: “ Olhe, lá eu só andava com um homem chamado Cicerone, que sabia português como eu. Terra adiantada aquela: todo mundo falando francês, até mesmo os carregadores chapelados, as mulheres do povo e as crianças! Bembém não se cansava de falar da França e completava declarando que lá a única palavra que ouvira em português fora “ mercibocu”... A conselho de um intelectual “ perverso”, mandara imprimir um cartão para distribuir com amigos e freqüentes: BIEN-BIEN – GARAPIÈRE – Fortaleza – Ceará.

É interessante observar, portanto, que os *materiais* literários e pictóricos de Otacílio de Azevedo, a exemplo do que citamos anteriormente, remetem a obras que demandam implicações de ordem cultural, podendo contribuir para o resgate da história do Ceará, complementando os fatos e revelando a identidade segregadora de parte da sociedade e a resistência bem humorada de outra parte dela.

O grande feito dessa geração de jovens escritores e intelectuais foi demonstrarem que aquela *belle époque* não seria tão bela assim. Como feito extraordinário dessa geração foi criada a Padaria Espiritual, de repercussão nacional, incomodou autoridades e burgueses. Revolucionários, resistentes as influencias vindas de foras, marcados pelo bom humor, desafiavam a ordem

normatizadora, chegando a ser vigiados pela polícia; os padeiros desafiavam os saberes e poderes civilizatórios, sem serem presos ou segregados, pois pertenciam às camadas sociais da classe médias.



**Figura IV – Padaria Espiritual.**

(Fonte: <http://fortalezanobre.blogspot.com/2009/11/padaria-espiritual-1892-1898.html>)

Com crescimento urbano, crescia, também, o continente de loucos na cidade. Concebidos como incapazes à racionalidade capitalista e inadequados ao convívio social, a “loucura” carecia de espaço, longe das ruas e dos porões da Santa Casa. Como resposta, foi construído “Asilo dos Alienados” do Estado. Em 1878, foram doadas à Irmandade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia, 13 hectares de terra na “Estrada Empedrada de Arroches”, a atual Avenida João Pessoa, na Parangaba. Inaugurado em 1886, com 550 leitos, em local distante de Fortaleza, o Asilo de Alienados São Vicente de Paulo tornou-se um espaço especial para confinamento desses excluídos sociais, a fim de proteger a normalidade pública. Esse Asilo abrigaria os loucos, os quais passaram a ser vistos como nocivos, e os “vadios e ociosos” que ameaçavam a harmonia e segurança pretendida por governantes e senhores da elite fortalezense. Deste modo, concretiza-se a idéia lançada pelo o saber médico que chegou a conclusão que a Casa de Misericórdia não deveria tratar esse tipo de “doente”. (Ponte in Souza, 2000).



**Figura V – Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo**

(Fonte: <http://fortalezanobre.blogspot.com/2009/10/messejana.html>)

No mesmo ano (1886) foi criado, também, o Asilo de Mendicidade para abrigar idosos pobres e mendigos. Consolida-se o caráter higienístico da cidade: os mortos, os doentes contagiosos, os loucos, os retirantes, os vadios, os idosos pobres, todos retirados da Fortaleza que queria construir uma imagem asséptica. À psiquiatria cabia, simplesmente, recolher e excluir as sobras humanas que a organização social tinha produzido.

Na medida em que se empreendia um maior embelezamento urbano, com remodelação das praças, construções de logradouros, coretos, chafarizes e do Teatro Jose de Alencar, mais se evidenciava o contraste social. Surgem protestos de segmentos populares que percebiam que essa modernização urbana não os beneficiava, sendo um fator discriminatório.

A irreverência de seu povo, a rebeldia de uma parte da população cearense foi, durante o final do século XIX e as primeiras décadas do século XX, uma forma de resistência expressa por essa população marginalizada contra a ordem social autoritária e discriminante dominante.

O declínio da *belle époque* surge como consequência da Primeira Guerra

Mundial e culmina sua decadência com o despejo, em Fortaleza, de milhares de ‘flagelados’ oriundos de uma nova seca, que ficou conhecida como ‘seca do 15’.

A elite amedrontada pelos altos índices de delitos e transgressões, frutos da penúria e da falta de uma política sócio-econômica que atendesse os anseios reais da população, surge a segregação socioespacial na cidade onde se criam espaços próprios da burguesia.

Ainda na primeira metade do século XX, concomitante a tentativa de instaurar um processo de modernização disciplinante, o espírito moleque do cearense cruza fronteira e encontra espaço nos locais públicos e muitos “tipos populares” perambulam pela cidade empolgando a população com suas presepadas. Apesar dos agentes civilizatórios classificarem esse comportamento público como problemático e tentarem combatê-lo, vários tipos populares como: Casaca de Urubu, Pilombeta, Tosta, Chagas dos Carneiros e Manezinho do Bispo. A singularidade de alguns, demonstrada nas excentricidades e manias que os diferenciava dos demais pobres e loucos excluídos na efervescência da política de medicalização e multiplicação de hospitais psiquiátricos, é destacada por Ponte *in* Souza (2000, p.189):

O Pitombeira odiava a palavra trabalho; quando lhe arranjavam algum emprego, no mesmo dia pedia licença remunerada. O Tostão costumava declamar um hilariante abecedário onde expunha à gozação pública, instituições e figuras notáveis na cidade... o Manezinho do Bispo, porteiro Episcopal escrevia “literatura do absurdo” suas elaborações meditativas desencadeavam gargalhadas geral na cidade: Todo homem ou mulher, vaidoso ou dosa, deve cuidar do asseio interno. Minha pátria, querida terra brasileira, por ti dou eu uma grande carreira. Amar sem ser amado é correr atrás de um trem e perder (2000, p. 189).

Apesar de todo o bom humor cearense e sua capacidade de fênix, sempre foi difícil resistir aos avanços capitalistas. Nos anos 1950, após a Segunda Guerra Mundial, Fortaleza torna-se fruto de um crescimento explosivo da população e do fluxo migratório, tanto da zona rural para a urbana, como das pequenas e médias cidades para a capital, desencadeando um processo de urbanização desordenado.

As condições de cultura e lazer dos fortalezenses, entre os anos de 1945 a 1960, refletem o contraste entre as diversas opções disponíveis para os grupos privilegiados, símbolo de progresso e modernidade, e as escassas oportunidades

usufruídas pelos menos favorecido, limitados pelas normas que disciplinavam a ordem pública e associados à falta de decência e a irresponsabilidade. Mas a combatida “molecagem” despontava, mesmo sob as rígidas normas morais, em ambientes públicos e os meios de controle e o rigor das sanções impostas variavam dependendo da posição social dos agentes envolvidos (Jucá *in* Souza, 2000).

A polícia agia com frequência no contraditório, parte da sociedade exigia medidas saneadoras da moralidade. Nos bairros onde a miséria e a fome prosperavam, os alcoolistas, as prostitutas e os desempregados eram ‘caçados’ e cada vez mais segregados; criando um clima de medo constante de serem levados ao ‘regime de lata’, ou seja trabalho gratuito e forçado dos presos em obras públicas.

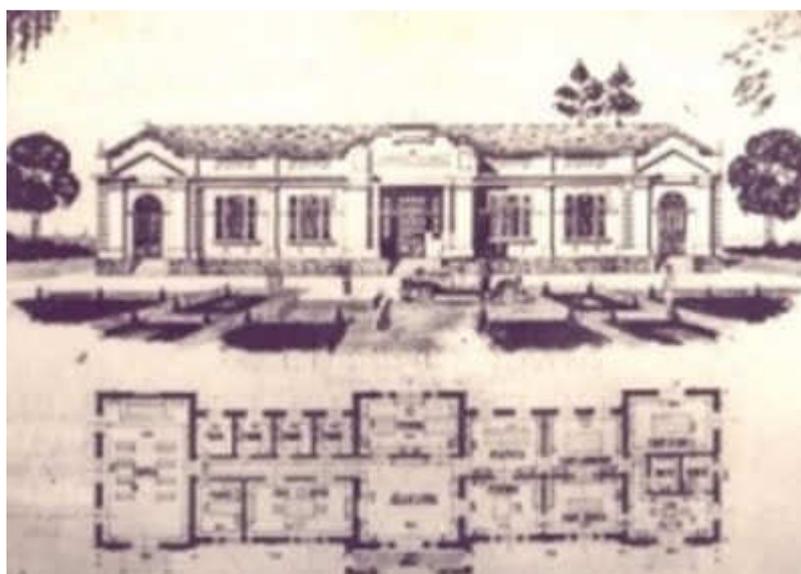
Enquanto a população rural era aviltada de suas subjetividades, a urbana tenta adaptar-se a esse novo contingente de pessoas com costumes, valores e necessidades diferentes. O desemprego, a debilidade do mundo empresarial na realidade urbana, as discriminações sociais, tudo fez ver, aos que tinham responsabilidade pública e também aos que lutavam nos limites da sociedade civil, a necessidade de melhorar as condições sociais. Já não bastava a autonomia, a crença no liberalismo e o remendo da caridade para equacionar e solucionar questões sociais.

Desse modo, o Estado passa a intervir de maneira mais efetiva na questão das políticas sociais, a partir do viés do trabalho. Nesse momento, a Organização Mundial de Saúde, através de resolução, recomenda as Nações membros, especialmente os países em desenvolvimento, como o Brasil, que invistam em saúde mental, tendo como argumento o alto custo para o processo produtivo. Concluía afirmando que esse investimento era rentável econômica, além de ajudar a evitar os desajustes que podem acompanhar a industrialização.

O desemprego, desigualdades de distribuição de renda, os desequilíbrios de desenvolvimento, o problema da velhice, do menor, da violência na cidade, entre outras condições sociais, levam a psiquiatria, através dos hospitais psiquiátricos, a preservar, manter e adestrar a força de trabalho, atenuando os aspectos disfuncionais inerente ao desenvolvimento capitalista. A própria formação de profissionais ligados a psiquiatria analisam o ensino da época como:

[...] um dos instrumentos utilizados pelo poder dominante para preparar pessoas para exercer a vigilância, o controle social e a legitimação da exclusão/segregação do louco, afirmando que, através dele, viabilizam-se as possibilidades de um discurso psiquiátrico brasileiro tornar-se científico, justificando o espaço asilar como campo terapêutico por excelência (BRAGA & SILVA, 2000, p. 14).

Nesse período, especificamente em 1963, é inaugurado em Messejana o Hospital Colonia de Psicopata, que passou a denominar-se Hospital de Saúde Mental de Messejana, estruturado como asilo, tinha como objetivo segregar o “louco” do convívio social, chegando a ter 400 leitos ocupados.



**Figura VI - Hospital de Saúde Mental de Messejana**

(Fonte:<http://fortalezanobre.blogspot.com/2009/10/messejana.html>)

Caracterizado pelo regime de opressão, Fortaleza seguiu a tendência nacional de crescimento desmesurado da capital. Evidencia-se a formação de extensas periferias com diversos déficits nos setores de infra-estrutura, equipamentos e serviços nas áreas de saneamento básico, habitação, saúde e educação, mais uma vez revelando durante o período de ditadura militar, os contrastes da nossa sociedade.

Utilizados como instrumentos de repressão, os hospitais psiquiátricos proliferaram, permanecendo de forma bem atuante, chegando a ter dez hospitais

psiquiátricos em funcionamento no Estado. Com o fim do regime de exceção, o que se presenciou nos anos oitenta foi um retorno lento à vida democrática em um mesmo contexto de concentração de renda e das desigualdades de forma generalizada.

De acordo com Silva *in* Souza (2000) no processo de fragmentação metropolitana, associada a uma descentralização da indústria, que busca cidades menores objetivando maior lucratividade e distanciamento das lutas sindicais, Fortaleza transforma-se em grande centro de redistribuição de produtos industrializados; não perdendo o intenso fluxo migratório e aumento dos índices de pobreza.

No final década de 1980 e início 1990, os trabalhadores da saúde mental do Ceará, também inconformados com a falta de políticas públicas de saúde que atendessem às necessidades da população, embalados pela abertura política e pelo movimento italiano de democratização psiquiátrica e luta anti-manicomial, mobilizam-se, promovem conferências de saúde mental. Incorporando reivindicações do Movimento nacional, propõem a criação de dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico, criam núcleos de movimento de luta anti-manicomial e comissões municipais de saúde mental.

Nesse momento, Fortaleza fortalecida pelo Movimento de Luta Anti-manicomial, pelos debates nas Conferências de Saúde, respaldada pela Lei 8080/90 que constituiu o Sistema Único de Saúde, antecipa-se ao Governo Federal e tem aprovada a Lei 12151/92. Essa Lei, conhecida como Lei Estadual Mário Mamede dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por rede extra-hospitalar de assistência, regulando as internações psiquiátricas compulsórias.(Ceará,1993).

Apesar da efervescência de idéias e de movimentos sociais, segundo OSTERNE (2001, p.108):

Chega-se a década de 90 com as políticas sociais carentes de recursos e de rumos, além de dramaticamente ineficazes. Praticamente desaparecem quase todos os programas sociais especializados, inclusive o de alimentação e nutrição. São notórias as contradições no campo das reformas sociais nos últimos vinte anos, em cenário de democratização, crise econômica e um impetuoso modelo de ajustamento econômico .

Na década de 1990, os indicadores de Fortaleza, produzidos pela pesquisa do IDT – Instituto de Desenvolvimento do Trabalho, demonstra, de acordo com Braga (2006), a situação de precariedade das relações trabalhista e da nova exclusão social produzida pelas altas taxas de desemprego que transforma o segmento populacional juvenil num público-alvo, potencialmente vulnerável, seduzidos pelo fetiche das drogas e violência.

Nesse contexto, cada vez mais exigente de medidas concretas e eficazes na área da saúde mental, o processo de Reforma Psiquiátrica no Ceará, agora amparado pela Constituição de 1988, encontra resistência no executivo estadual e municipal da capital, sobretudo por causa da concentração de hospitais psiquiátricos, impedindo que as novas opções de locais de tratamento para portadores de saúde mental sejam implantados.

Dessa forma, Fortaleza dominada por uma cultura higienista e segregadora, cede seu espaço de iniciador do processo de Reforma Psiquiátrica às cidades do interior do Estado, que avançam, de forma significativa, numa política de saúde mental mais crítica e efetiva. Como consequência foi criado em 1991, pela Secretaria Municipal de Iguatu, cidade a 400 km da Capital, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Ceará (CAPS), iniciando o processo de transformação da lógica manicomial.

Somente no final dos anos noventa, foi criado o primeiro CAPS geral em Fortaleza, na Regional III, resultante de convênio entre a Prefeitura Municipal de Fortaleza com a Universidade Federal do Ceará. No início da década seguinte, inaugura-se mais dois CAPS geral, sendo um na Regional IV e outro na Regional VI, que passam a servir de referência no processo de Reforma Psiquiátrica, na capital.

Em 2001, já com a participação dos servidores dos CAPS de Fortaleza, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental e a I Conferência Municipal de Saúde Mental de Fortaleza, que teve como Tema Central: “Cuidar sim, Excluir não – promovendo a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social”, lançando as bases para pactuação de uma política de saúde mental de Estado.

Atualmente, a frágil política social encontra na ampliação dos direitos

sociais, no plano jurídico-institucional, um cenário contrastante com o Estado neoliberal e a pobreza, o desemprego e a violência ganham expressividade.

Para Braga (2006, p.2):

A terra de Iracema, assim como as grandes cidades brasileiras é produto de conflitos sociais, que se acumularam ao longo da nossa historia, nascidos de uma ordem social incrivelmente desigual. Daí o grito dos excluídos, sem teto, sem emprego, sem educação, sem saúde, que convivem numa cidade cada vez mais apartada, segregada, inclusive territorialmente [...] que separa as minorias incluídas das maiorias deserddadas.

Chega-se ao início do século XXI com um novo cenário político. A população de Fortaleza elege, após anos de hegemonia em torno de um mesmo referencial político-ideológico que teve a frente o partido político PMDB, uma prefeita do PT que adota como slogan “Construindo Fortaleza Bela”. A essência da gestão “Fortaleza Bela” está no Orçamento Participativo, no Plano Diretor Participativo, nos programas que vêm sendo implementados pelas secretarias regionais e outras iniciativas da sociedade civil organizada, que, em conjunto, constroem estratégias de combate à pobreza e à exclusão social. E é nesse contexto de uma nova proposta de cultura política que a Coordenação de Saúde Mental do município lança os princípios e diretrizes da política de saúde mental do município. Nesse documento, composto de Lei e dispositivos de atenção, encontramos a síntese dos princípios e diretrizes da política de saúde mental para Fortaleza (BRAGA, 2006).

A gestão municipal atual assume o compromisso de construir uma política de saúde mental que respeite os direitos dos portadores de problemas mentais, suas necessidades e a sua qualidade de vida, seguindo em consonância com a Reforma Psiquiátrica, defendida amplamente nos Fóruns promovidos pela sociedade organizada, nas Conferências Nacionais de Saúde, em geral, e de Saúde Mental, em conformidade com as determinações constantes na Lei 10.216/01, dentro de uma lógica anti-manicomial e não hospitalocêntrica (BRASIL, 2001).

Essas políticas procuram conceber o campo de ação em saúde mental de forma ampla, estimulando práticas que possibilitem maior humanização e acolhimento nos serviços de saúde e nos espaços públicos em geral, em conformidade com o que está prescrito pelo HUMANIZASUS. Nesse sentido, as ações de saúde mental são realizadas considerando todos os níveis de atenção,

enfatizando a atenção básica voltada à saúde em geral e, especificamente, à saúde mental. São dispensados cuidados de saúde mental comunitária, por meio de ações e atividades contínuas de educação popular em saúde, junto à população, procurando estimular o envolvimento das comunidades, familiares e pessoas usuárias dos serviços de saúde mental, na discussão e implementação de práticas de assistência e cuidados, de forma não excludentes, às pessoas que apresentem problemas mentais. (Brasil, 2004)

Nessa perspectiva, devem ser desenvolvidas ações de atenção à saúde mental da população de Fortaleza sob a égide dos princípios do SUS, criando-se, para isso, uma rede de serviços públicos comprometidos com a assistência de qualidade e com a defesa dos direitos das pessoas, possibilitando, assim, alternativas para a população, em substituição aos hospitais psiquiátricos, pondo fim ao atual modelo hospitalocêntrico de assistência aos doentes mentais (FORTALEZA, 2004).

Para atender de forma efetiva a todos os que necessitarem de assistência à saúde mental, a rede municipal de saúde propõe a adoção de serviços públicos de saúde mental interligados aos demais serviços públicos de saúde e a dispositivos, equipamentos e recursos existentes na comunidade em substituição às clínicas de internamento, consideradas prejudiciais à inclusão social desses pacientes (FORTALEZA, 2004).

A proteção social e o Programa Saúde da Família são duas estratégias básicas de promoção à saúde que recorrem à ação intersetorial e o suporte social. A ação intersetorial pressupõe o planejamento de ações conjuntas de diversas áreas (educação, assistência social, cultura, jurídica e outras) num esforço de articulação com os diversos recursos que a comunidade já dispõe e os serviços ofertados por ONGs, Associações, entidades civis da sociedade organizada em geral e os serviços públicos locais constituindo uma rede de apoio e proteção social.

Nessa mesma resolução de 60/04 propõe-se que os recursos comunitários ofereçam suporte social por meio de ações que podem ser realizadas por diferentes sujeitos, desde amigos, vizinhos, voluntários até os profissionais de saúde ou não que atuam na comunidade no sentido de fornecerem informações e, sobretudo, apoio emocional. Nesse sentido, as pessoas dotadas de maiores conhecimentos, habilidades e auto-confiança poderão proteger sua saúde e viver melhor, por ser

mais informado e, por isso, pode ser mais ativo na busca de soluções para seus problemas cotidianos: saber onde procurar ajuda, se cuidar melhor, conhecer seus direitos e espaços de articulação de defesa destes, enfim pode se proteger e se defender melhor.(Fortaleza, 2004).

Defende que o atendimento à saúde mental consista na prestação de serviços humanizados em busca da integração ou reintegração do portador de transtornos mentais à sociedade, devido ao forte estigma do qual, muitas vezes, é vítima. Desse modo reforça-se a importância do modelo assistencial ser de caráter comunitário e construído de forma participativa.

Nesse sentido, a Lei 10216/01 determina que é direito do portador de transtornos mentais “ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade.” Esse tratamento deve ser realizado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde. (Brasil, 2001).

Muitos programas e serviços inovadores já foram implementados por iniciativas dos movimentos sociais através das ONGs. Têm-se realizado muitas experiências comunitárias que favorecem a participação das classes populares de diversas formas, promovendo a organização autônoma das mesmas e organizando ações pelas quais se incentiva a ajuda mútua, por meio da troca de informações e experiências, apoio emocional, o suporte social e o engajamento em movimentos de defesa dos direitos dos portadores de transtornos mentais e seus familiares, como afirma Vasconcelos (2001). Ressalta, ainda, a importância da participação mais efetiva no processo do cuidado, da reelaboração do sofrimento e dos sentidos da vida, de reinvenção concreta da vida.

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saude, a rede assistencial em saúde mental de Fortaleza, esquematizada abaixo, encontra-se em fase de implantação. Encontra-se em funcionamento uma Residencia Terapeutica, 3 Unidades de Atividade Comunitária, 06 CAPS Geral, 06 CAPSad e 02 CAPSi, 14 usuarios beneficiados com o Programa de Volta para Casa, Unidades de Atenção Basica e 16 leitos em hospital geral. Encontra-se em processo de implantação os Centros de Convivencia, o Serviço Ambulatorial e Albergues. (www.smsfortaleza.ce.gov.br. Acesso em 06.06.2010)

Deste modo, a rede de assistência em saúde mental em Fortaleza está configurado conforme diagrama abaixo:



Alguns dispositivos estão em fase de construção como os centros de convivência, os albergues, os ambulatórios e outros já estão em funcionamento como as atividades comunitárias, residência terapêutica e leitos em hospitais gerais.

Como etapa preparatória para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, realizada em junho de 2010, e preocupados em consolidar avanços, promover a integralidade e a efetividade da atenção em saúde, os trabalhadores da saúde e gestores de Fortaleza reuniram-se em Abril/2010, realizando a II CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL INTERSETORIAL “*Saúde mental, direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios*”.

A II Conferência de Saúde Mental – Intersetorial de Fortaleza vem reafirmar seu compromisso na construção de uma política de saúde mental, implicada com a promoção de direitos, com as necessidades da população, seguindo

o ideário da Reforma Psiquiátrica, desenvolvendo ações de atenção à saúde mental, sob a égide dos princípios do SUS, em conformidade com as determinações constantes na Legislação Federal, pela Lei 10.216/01, dentro de uma lógica antimanicomial. A Política de Saúde Mental vem propor uma rede de serviços públicos substitutivos aos hospitais psiquiátricos, comprometidos com a qualidade da assistência e com a defesa dos direitos das pessoas, de forma a possibilitar serviços comunitários para a população, desconstruindo o atual modelo hospitalocêntrico de assistência. ([www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms](http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms) acessado em 06.06.2010).

Os desafios permanecem, a hegemonia da assistência asilar nos instiga a prosseguir os debates nos centros acadêmicos, nos serviços e na sociedade civil. Qualificar o debate, construindo novas formas de saberes que privilegie as experiências concretas dos atores sociais do SUS; expressar a diversidade e a pluralidade de idéias, é possibilitar, através de uma pratica de integralidade o verdadeiro direito a saúde.

## **2.4. Os novos serviços de saúde mental**

A Reforma Psiquiátrica propõe a superação do modelo hospitalocêntrico através da construção de uma rede de atenção em saúde mental, constituída de vários dispositivos de atenção, os quais serão descritos a seguir, destacando-se suas principais características.

### **2.4.1 Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**

Os serviços substitutivos do hospital psiquiátrico são desenvolvidos por meio de dispositivos assistenciais voltados ao atendimento das necessidades da população com comprometimento da saúde mental, cujas demandas são bastante diversas. Assim, há necessidade de serviços diversificados, com competências e atribuições variadas, mas, ao mesmo tempo, com uma função e uma organização tal, que garanta às pessoas que a ele são referenciadas ou que, espontaneamente, o procuram, o acolhimento às suas demandas singulares, de um modo particular conforme cada situação, conforme suas necessidades. Dessa forma, devem ser estruturados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que devem atender à população do município de Fortaleza, com problemas afetos à saúde mental (FORTALEZA, 2004).

Primeiramente, baseado na Portaria N° 224/92 (BRASIL, 1992), esse novo modelo de atendimento deve ser realizado por equipes multiprofissionais, composta de médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista e pessoal auxiliar, trabalhando conjuntamente em prol da cidadania do paciente.

Os Centros de Atenção Psicossocial foram concebidos, inicialmente, como serviços comunitários regionalizados, de abrangência populacional definida, como referência para as demandas em saúde mental desta população. Assim, eles têm se diferenciado de acordo com o perfil de clientela, para que possam atender a pessoas com demandas em saúde mental em geral. Eles, também, são dispositivos de atendimento a clientelas específicas, como dependentes de álcool e outras drogas (CAPSad) e crianças (CAPSI), cujos serviços são preconizados no processo de uma reforma psiquiátrica embasada em princípios anti-manicomial.

Ao longo desses anos, e de acordo com um maior ou menor investimento das gestões nas esferas municipal, estadual e federal, esses serviços foram ocupando lugares diferenciados na necessária rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos e no SUS como um todo.

O acompanhamento realizado nesses serviços se refere às pessoas que estejam vivenciando momentos de crise, pois se pretende que na rede básica as pessoas tenham acesso a tratamentos diversos, por profissionais que compõem equipes de saúde mental. Cabe ressaltar que toda a rede básica tenha o Acolhimento como pressuposto básico de funcionamento e organização, daí também advém a garantia de acesso facilitado e a organização do atendimento às demandas variadas.

A portaria ministerial nº. 224 (BRASIL, 1992) já mostrava a necessidade e o papel dos CAPS como um intermediário nos atendimentos/acolhimentos à clientela em sofrimento mental realizados em unidades de porte ambulatorial e hospitalar. Assim, esses serviços foram instituídos, no Brasil, como unidades de atendimento a demandas de média e grande complexidade em saúde mental, com o caráter comunitário, funcionando de modo aberto e em conjunto com a comunidade a eles adstrita, engajando-a em suas ações, com intensidades variadas de

acompanhamento, de acordo com a necessidade da clientela. As portarias nº. 336 e nº.189 de 2002 referem-se ao acompanhamento a pessoas que necessitem de cuidados intensivos, semi-intensivos e não intensivos.

Com esse perfil, essas unidades de saúde devem ter em sua clientela em acompanhamento diversificado, em modalidades de atendimentos e frequências variadas, de acordo com a necessidade e evolução. Assim, uma pessoa pode iniciar acompanhamento em uma Unidade com frequência diária, permanecendo ali durante algumas horas ou o dia todo, recebendo acompanhamento e submetida a modalidades de atendimento/terapias diversas, como atendimento terapêutico individual, participação em atividades de socialização, oficinas terapêuticas, atividades de lazer, que ocorrem no interior do serviço ou na comunidade, em espaços conquistados com a necessária e recomendada parceria com a sociedade (FORTALEZA, 2004).

Nos CAPS existentes em todo o território brasileiro, atuam profissionais de formações diversas, que participam de equipes multidisciplinares, dentre os quais estão psicólogos, assistentes sociais, atendentes, médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, psicopedagogos, educadores físicos, artistas, auxiliares de enfermagem, auxiliares de administração, apoiador de gestão, auxiliares de serviços gerais, motoristas e outros. Isso representa uma conquista significativa que oferece uma estruturação interna capaz de atender a singularidade das demandas que cada pessoa usuária lhes traz e com uma forma acolhedora generalizada no modo de funcionar.

Os CAPS se apresentam, portanto, como instrumentos de reinserção social e reabilitação psicossocial, intermediadores de questões do interesse da clientela, como a importante intermediação bastante necessária para que se alcancem benefícios previdenciários e outros, em favor dos portadores de problemas mentais e seus familiares.

Um papel primordial dessas unidades de saúde é a articulação entre os serviços de saúde e os demais setores da sociedade. Eles funcionam, também, como retaguarda para o Programa Saúde da Família, que vai progressivamente se configurando como estratégia de organização do SUS e vai se estruturando para

não mais atuar de modo excludente com as pessoas com demandas em saúde mental (FORTALEZA, 2004).

Outra função de grande alcance a ser efetivado pelos CAPS, especialmente aqueles destinados ao atendimento de pessoas com quadros de dependência química (CAPSad) é funcionar em parceria e de acordo com as premissas de uma lógica de redução de danos, o que além de ser preconizado na política nacional de saúde mental em vigor no país, necessariamente só será possível com uma íntima ligação e atuação junto a setores da juventude e da sociedade como um todo, que adotam e levam adiante, a compreensão de que a lógica de redução de danos é uma das mais efetivas alternativas que a sociedade encontrou até agora, para o enfrentamento de problemas relacionados ao uso e abuso de álcool e outras drogas.

O espaço físico onde as atividades são desenvolvidas não está restrito à sua sede, mas a todos os espaços e equipamentos que forem considerados adequados e com a chamada ambiência terapêutica necessária ao alcance dos objetivos terapêuticos reabilitadores psicossocialmente. A estruturação do seu trabalho baseia-se nas premissas do acolhimento, como forma de organização de serviços, em que as demandas são recebidas, as pessoas são acolhidas e suas necessidades avaliadas durante todo o período de funcionamento das unidades de saúde. Essa postura de acolhimento perpassa todos os momentos e procedimentos, assegurando à clientela o atendimento com qualidade e o efetivo acompanhamento pela equipe multidisciplinar, formada e organizada para atender plenamente suas demandas.

Os serviços substitutivos, como um todo, deve estar vinculados e comprometidos verdadeiramente com a efetivação do SUS, com a qualidade e resolutividade da assistência à saúde mental e com a defesa da cidadania, não por obrigação, ou apenas em obediência à legislação em vigor, mas, sobretudo por convicção de que é este sistema de saúde que queremos.

De acordo com dados do Ministerio da Saúde o Ceará apresenta:

39 CAPS I, 27 CAPSII, 3 CAPS III, 5 CAPSi, 17 CAPSad, totalizando 91 unidades no estado. Em Fortaleza temos em funcionamento: 6 CAPS geral,

6 CAPS ad e 2 CAPS infantil (www.saude.gov.br-saude. Acesso em 09/06/2010).

### **2.4.2 Residencia Terapeutica**

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são realizados em casas inseridas na comunidade, dando continuidade ao atendimento a pessoas com problemas mentais, que tiveram alta da internação psiquiátrica de longa permanência e que não possuam suporte social e laços familiares. Com a intenção de ajudar na sua reinserção social. Essa é uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada para tratamento em saúde mental.

Alternativa de moradia para pacientes que não contem com o apoio da família, destina-se a garantir assistência aos portadores de transtorno mentais com grave dependência institucional, que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradias. Deve atuar com a unidade de suporte destinada aos portadores de transtorno mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado, promovendo a reinserção desta clientela à vida comunitária.

Seu principal objetivo é colaborar com a reabilitação psicossocial e a reintegração social e melhoria da autoestima, com a implementação de programas de alfabetização, reinserção no trabalho, mobilização de recursos comunitários e estímulo à formação de associação de usuários, familiares e voluntários de portadores de problemas mentais.

Suas ações são fundamentadas nas necessidades dos usuários, procurando ajudá-los na construção de sua autonomia no atendimento às suas básicas diárias e na sua inserção social. O portador de deficiência mental deve ser visto e respeitado como cidadão e como sujeito capaz de se integrar ao ambiente comunitário e de viver com qualidade.

Os SRTs devem estar integrados à rede de serviços do sistema de saúde municipal/estadual e vinculados tecnicamente ao serviço ambulatorial especializado em saúde mental mais próximo, garantindo a supervisão necessária ao seu funcionamento. A formação de parcerias com ONGs de saúde ou de trabalhos sociais, de pessoas físicas (família de acolhimento) deve ser estimulada.

Eles devem estar vinculados aos serviços ambulatoriais especializados em saúde mental todos com experiência ou capacitação específica em reabilitação psicossocial, que atuarão na assistência e supervisão das atividades. Com base no Ministério da Saúde o Ceará tem 4 residências terapêuticas em funcionamento e 2 em fase de implantação, beneficiado 21 moradores ([www.saude.gov.br-saude](http://www.saude.gov.br-saude). Acesso em 09/06/2010).

### **2.4.3 Serviço Ambulatorial**

O Serviço Ambulatorial de Saúde Mental é regulamentado pela Portaria 224, de 29/01/1992, devendo fazer parte dos Ambulatórios de Especialidades, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitais, interligado à Rede de Serviços de Saúde Mental, em nível de atenção primária ou secundária, com sistema de referência e contra-referência com os PSF e CAPS, mais especificamente.

Por ele são realizados atendimentos diversificados, por uma equipe multiprofissional especializada, da qual deve fazer parte um médico psiquiatra ou médico clínico, com capacitação em saúde mental, recebendo supervisão do psiquiatra do CAPS, assistente social, psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional, a partir do plano terapêutico traçado juntamente com o usuário, a partir de suas necessidades. Deverá ser realizado atendimento individual (consulta, psicoterapia e outros), atendimento grupal (grupo operativo, terapêutico, de orientação, atividades sócio-terápicas, de sala de espera, educativas em saúde), visitas domiciliares por profissional de nível médio e superior, atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde.

Busca-se, ampliar os espaços de intervenção e circulação desse público na cidade, incentivando o convívio com a diferença e construindo novas formas de relacionamento.

### **2.4.4 Centros de Convivência e Cultura**

Os Centros de Convivência e Cultura, regulamentados pela Portaria/MS 396, de 07 de julho de 2005, são espaços de articulação da vida cotidiana, com o objetivo de estimular a produção das relações sociais das pessoas com transtornos

mentais, utilizando várias linguagens. Não é um equipamento tradicional de assistência à saúde, pois, nele não se realizam consultas, nem se dispensam medicações, mas estimula-se à saúde, impulsionando a vida e a arte.

Nesse sentido, as ações são realizadas em oficinas, por meio de atividades coletivas orientadas por artistas de várias áreas: música dança teatro, artes plásticas, artesanato e outras. A exposição, troca e venda de produtos confeccionados pelos usuários dos Centros de Convivência serão incentivadas, porém a principal meta dessas oficinas é favorecer o processo criativo, valendo-se da arte como recurso para expressão de sentimentos, pensamentos, idéias e identidades. É a arte como ligação com o mundo, como estímulo a autonomia, a sociabilidade e a vida.

Segundo Vale in Ribeiro, (2007, p.95,):

Os Centros de Convivência são espaços que tem como eixo a rede social e sua importância na vida do indivíduo. Promove e facilita a interação dos pacientes entre si e deles com a comunidade. Com atividades internas expressivas, recreativas, produtivas e atividades externas como visitas a museus, exposições, idas ao cinema, teatro, etc..., o paciente tem seu repertório vivencial ampliado e pode ser despertado ou maximizado seu potencial vocacional. Trata-se de importante passo na inserção social e na construção da cidadania.

As atividades realizadas nos Centros de Convivência, assim como nos outros serviços de Saúde Mental, devem privilegiar as ações construídas coletivamente, incentivando e privilegiando a participação dos usuários, criando-se, assim, um espaço de participação social e construção coletiva, possibilitando aos usuários que sejam co-autores do processo de trabalho e das atividades do serviço.

O encaminhamento da clientela a esses centros de convivência será realizado através dos serviços de saúde mental, garantindo, dessa forma, que os portadores de transtornos mentais tenham prioridade na participação das atividades realizadas nesse serviço.

As equipes atuantes nesses centros deverão ser formadas por um gerente (profissional de saúde mental), quatro artistas, um agente administrativo, um porteiro e um auxiliar de serviços gerais. O gerente é um profissional de nível superior da área de saúde mental. É responsável pela gestão das questões administrativas e funcionais, pelas articulações sócio-político-culturais, pelo acolhimento, entrevista

inicial, admissão e acompanhamento da evolução dos usuários através do contato permanente com os profissionais que os atendem e os artistas que os acompanham. (FORTALEZA, 2004).

#### **2.4.5 Saúde Mental na Atenção Básica**

O novo modelo de assistência à saúde procura se afastar, o mais possível, do modelo biomédico e organicista, que assume condutas diante das queixas e se restringe à realização de prescrições de medicamentos, encaminhamentos para exames e serviços especializados, enfocando, unicamente, a doença e afirmando um modelo hospitalcêntrico, no qual o hospital se caracteriza como um serviço especial e diferenciado.

A assistência, na atenção básica, parte de uma regionalização do serviço, oferecendo proximidade territorial e contextualização da atenção à saúde. A noção de tratamento está comprometida com ações preventivas, tratando das doenças antes que elas possam evoluir para um agravamento, buscando a promoção da saúde. Partindo da satisfação ou não das necessidades específicas e locais busca-se estimular o desenvolvimento das potencialidades e capacidades, reconhecendo não somente os fatores envolvidos na produção da enfermidade, do sofrimento e da saúde, mas ampliando sua ação para a construção da cidadania.

Além de concreta e efetivamente contribuir para o processo de desinstitucionalização de indivíduos portadores de perturbações mentais – uma vez que facilita a organização de uma rede de atendimento substitutivo, conforme proposição do Movimento de Reforma Psiquiátrica -, este modelo alternativo ao, até hoje dominante, modelo do especialista, primordialmente favorece o acesso aos serviços de saúde a uma grande massa de sujeitos que demandam cuidados em saúde mental, mas que não dispõem – ou, de fato, não necessitam – de acesso a especialistas. (RIBEIRO, POÇO, PINTO in RIBEIRO, 2007, p. 19)

De acordo com os autores acima citados, a integração dos cuidados em saúde mental nos serviços gerais de saúde oferece muitas vantagens, tais como: menor desenvolvimento de estigma em relação aos doentes, pelo fato dos cuidados serem realizados no mesmo ambiente onde se encontram os doentes clínicos; melhor abordagem das situações clínicas que envolvem queixas somáticas; um potencial de melhor tratamento dos problemas físicos dos que sofrem doenças mentais.

Busca-se, assim, construir um novo modo de trabalho interdisciplinar, que possa estar, constantemente, agindo nos determinantes da saúde e no conjunto dos diversos segmentos nela implicados, procurando criar condições favoráveis ao pleno desenvolvimento das potencialidades humanas. Trabalhando dentro de uma perspectiva de co-gestão com a comunidade e de uma ação intersetorial, tem como principal finalidade assegurar a saúde e, conseqüentemente, a qualidade de vida.

A atenção básica voltada à saúde mental desempenha um papel importante papel no acompanhamento e tratamento de pessoas com transtornos mentais leves e graves, por ser o ponto inicial das diversas ações nesse sentido, garantindo a universalidade, a acessibilidade e a equidade de tratamento. De acordo com a circular conjunta da Coordenação Geral de Saúde Mental e da Coordenação de Gestão da Atenção Básica, nº 01/03, de 13/11/03, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), por sua proximidade com as famílias e comunidades, as equipes da Atenção Básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico.

A Atenção Básica é um dos objetivos das ações voltadas à saúde mental, devendo estar comprometida e fundamentada nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, garantindo uma atitude de acolhimento e vinculação para um cuidado amplo, regionalizado e territorializado. Suas ações devem estar dirigidas para a reabilitação psicossocial, a desinstitucionalização, a promoção da autonomia e da cidadania de usuários, familiares e da comunidade.

Atuando de maneira transversal e inter-setorial, a atenção básica deve se voltar ao atendimento e tratamento dos portadores de transtornos mentais, com equidade e de forma integral. Por meio de parcerias ente família, comunidade e serviços especializados, ela, deve buscar realizar ações coordenadas e articuladas com diversos setores, de maneira a produzir uma responsabilização compartilhada e uma ação interdisciplinar, através de um compartilhamento dos casos. Desse modo, ela poderá aumentar a capacidade resolutiva dos problemas de saúde naquele local.

A promoção da saúde mental também se estende aos demais problemas de saúde, por apresentarem sempre uma dimensão psíquica, e pelo entendimento

de que todo o cuidado à saúde representa uma ação humana e subjetiva, um acolhimento à pessoa como um todo e, não apenas, um procedimento medicamentoso e organicista. Portanto as ações de saúde mental, na Atenção Básica, devem assegurar um cuidado amplo e responsável pela saúde das pessoas inseridas em uma comunidade, buscando a construção da cidadania em um sentido amplo.

Ribeiro, Poço e Pinto in Ribeiro (2007), justificam a necessidade de integração dos cuidados em saúde mental e saúde básica baseados nos seguintes aspectos: oferece cuidados a maioria das pessoas com transtornos mentais mais frequentes e menos graves; garante que os cuidados físicos relativos aos portadores de transtornos mentais não sejam negligenciados; os sujeitos limitados por problemas crônicos tem um seguimento e suporte de longo prazo garantido; o cuidado imediato, precoce e contínuo promove uma maior eficácia no atendimento.

#### **2.4.6 Terapia Comunitária (TC)**

A Terapia Comunitária consiste no cuidar da saúde comunitária em espaços públicos, valorizando a prevenção, estimulando seus participantes a usarem a criatividade em busca de construir seu presente e seu futuro a partir de seus próprios recursos. Essa prática representa um novo olhar ao usuário, na assistência a sua saúde, construir redes sociais solidárias de promoção da vida e mobilizando os recursos e as competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Dessa forma, valorizam-se as práticas terapêuticas do próprio grupo que representam uma herança cultural e o saber produzido pela experiência de vida de cada indivíduo. Dessa forma, cada um procura agregar novos valores ao processo de empoderamento diante dos problemas de saúde e na construção da cidadania.

A TC inclui uma visão mais ampla no processo de cuidar da saúde, que ultrapassa o unitário e se estende ao comunitário. A comunidade que tem problemas, mas dispõe, também, de meios para solucioná-los e, conseqüentemente, torna-se uma instância terapêutica no tratamento e prevenção de seus males, impulsionando a comunidade a sair da dependência para a autonomia com corresponsabilidade. Estimula-se, assim, a autonomia, o crescimento pessoal, o

desenvolvimento familiar e comunitário, a consciência de que as soluções para os problemas provêm da própria comunidade reforçando a autoconfiança.

A TC acata e valoriza a competência da comunidade, como uma forma de reconhecer o saber construído pela vida, mobilizando-a no sentido da promoção de vínculos solidários, consolidando a rede de apoio aos que vivem situações de conflitos e sofrimento psíquico. Dessa forma, parte-se da verticalidade das relações para a horizontalidade, permitindo acolher, reconhecer e dar o suporte necessário aos que necessitam da assistência à saúde, proporcionando uma maior humanização das relações, acreditando-se no potencial de cada um, aprendendo coletivamente.

Enfatiza-se, dessa forma, a importância do trabalho em grupo, para que juntos todos partilhem os problemas e busquem soluções. O TC funciona como um escudo protetor para os mais vulneráveis, como um instrumento de agregação e de inserção social. A reflexão sobre os problemas sociais que atingem os indivíduos sai, portanto, do campo privado para a partilha pública, coletiva, comunitária. Busca-se, nessa perspectiva, encontrar a solução no próprio coletivo e em suas interações, no compartilhar, nas identificações com o outro, no respeito às diferenças. Nesse processo, os profissionais fazem parte dessa construção, orientando e avaliando todas as atividades.

Essa nova forma de 'cuidar' traz, portanto, benefícios, não só para a comunidade, mas também para os profissionais que nela atuam, visto que a comunidade se torna autônoma e se sente valorizada por sua inserção social e os profissionais saem do seu 'autismo institucional e profissional' e de sua alienação universitária. Rompe-se, dessa maneira, com o clientelismo para chegar à cidadania e o indivíduo deixa de ser objeto passivo de intervenção para se tornar num parceiro ativo e sujeito de sua história.

O isolamento entre o 'saber científico' e o 'saber popular' se extingue, fazendo passando a existir um respeito mútuo entre as duas formas de saber, o científico e o empírico, vendo-os como complementares, sem romper com a tradição e sem negar as contribuições da ciência moderna. A informação circula, resgatando o capital sociocultural do grupo e tornando-o co-autor das decisões e das políticas

sociais.

Dentre esses serviços apresentados destaca-se aquele que se tomou como objeto de estudo desse trabalho, o Centro de Atenção Psicossocial SER VI (CAPS), que é um serviço de atenção à saúde mental regido pela lógica anti-hospitalar, onde os dispositivos extra hospitalares são o suporte de um modelo de atendimento sustentado pelo respeito aos direitos humanos e de cidadania. Trabalha com uma equipe multiprofissional composta por Assistente Social, Equipe de Enfermagem, Psicólogo, Psiquiatra, Terapeuta Ocupacional e Pessoal de Apoio. As atividades realizadas no CAPS estruturam-se a partir da compreensão da promoção da saúde, envolvendo aspectos relacionados à qualidade de vida, a equidade, a cidadania, o desenvolvimento socioeconômico-cultural e de participação social.



**Figura VII - Caps geral VI**

(Fonte: <http://capsgeral06.blogspot.com/p/galeria-de-fotos.html>)

Nessa lógica, o sofrimento psíquico é compreendido em sua dimensão

histórico-social, onde a subjetividade do indivíduo não é reduzida a um processo individualizado, prevalecendo a interdisciplinaridade como um aspecto metodológico fundamental. As atividades profissionais, neste contexto, dar-se-ão em dois níveis: o do atendimento Individual e do Coletivo (grupos e oficinas terapêuticas na Unidade e na Comunidade).

Sendo essas ações vivenciadas na lógica da interdisciplinaridade, diferenciado esse serviço das intervenções hospitalares e gerando, para a psicologia, um campo amplo de atuação, que transcende ao atendimento individual e clínico, enfatizando na graduação; priorizando as praticas coletivas combinadas às estratégias de ações do Estado, através de suas políticas públicas de saúde; da comunidade, através do reforço da ação comunitária. De indivíduos, através do desenvolvimento de habilidades pessoais e de parcerias intersetoriais.

Enfim, sustentando nossa práxis na concepção que a promoção da saúde é um processo complexo, amplo que envolve as condições ambientais, sociais, políticas publicas de saúde, econômicas, que envolve atividade-meio de educação em saúde capacitando a comunidade para atuar favoravelmente na melhoria dos níveis de qualidade de vida.

## CAPITULO III - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS – “Uma parte de mim é multidão, outra parte é estranheza e solidão”

Traduzir-se

*Fagner*

Uma parte de mim é todo mundo

Outra parte é ninguém, fundo sem fundo

Uma parte de mim é multidão

Outra parte estranheza e solidão  
Uma parte de mim pesa, pondera

Outra parte delira

Uma parte de mim

Almoça e janta

Outra parte se espanta  
Uma parte de mim é permanente

Outra parte se sabe de repente

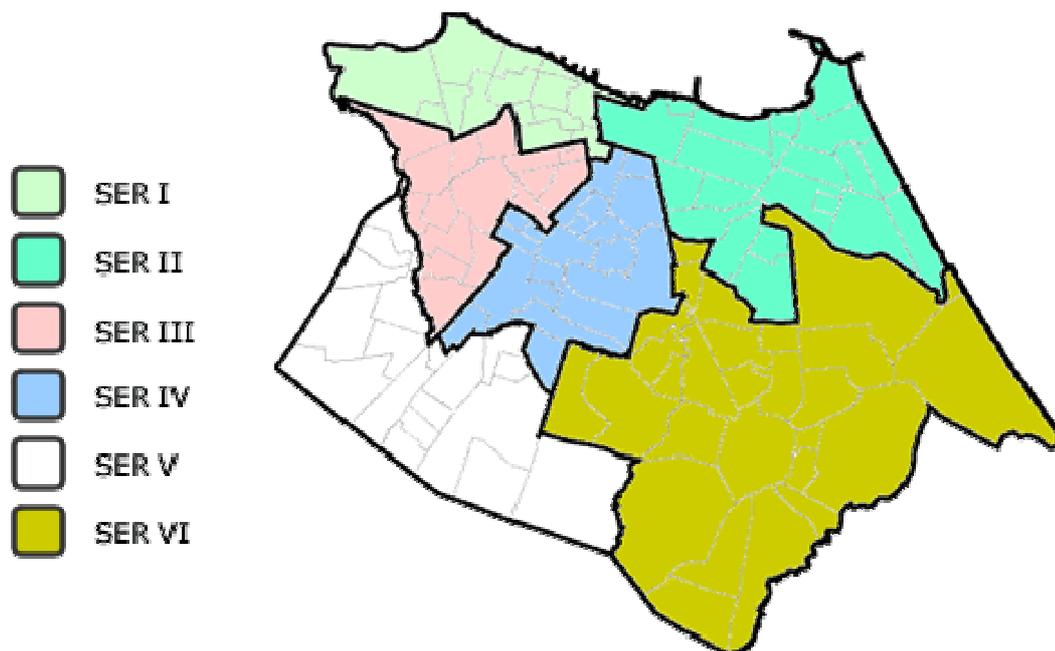
Uma parte de mim é só vertigem  
Outra parte linguagem

Traduzir uma parte na outra parte  
Que é uma questão de vida e morte

Será arte?

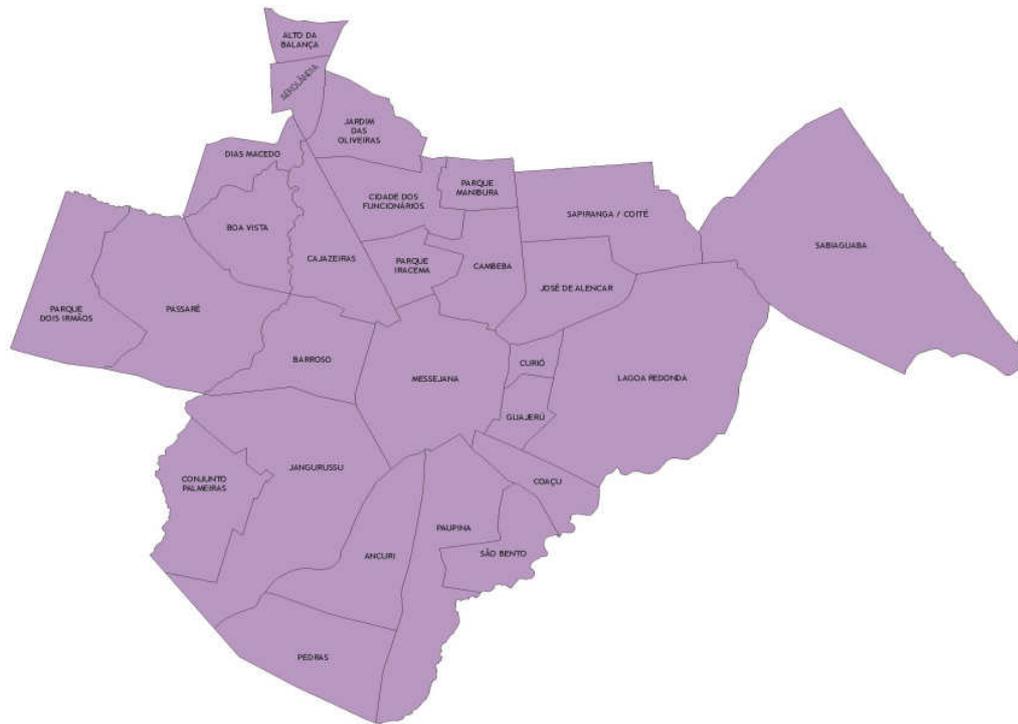
Por se tratar de uma pesquisa qualitativa que procura analisar a efetividade da rede de atenção em saúde mental, com base no relato dos usuários entrevistados do Centro de Atenção Psicossocial procurou-se esboçar aqui as principais idéias norteadoras do estudo realizado.

Este estudo consta de uma pesquisa teórico-descritiva e exploratória, de natureza qualitativa, alicerçada em uma revisão bibliográfica e pesquisa de campo, desenvolvida no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS/SER VI, do município de Fortaleza. Localizado conforme ilustração abaixo:



**Figura IX – Regional VI e seus bairros. Fortaleza – CE, 2010. (Fonte: [www.sms.fortaleza.ce.gov.br](http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br))**

Compreende os seguintes bairros:



**Figura IX – Regional VI e seus bairros. Fortaleza – CE, 2010.**

(Fonte: [www.sms.fortaleza.ce.gov.br](http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br))

A pesquisa descritiva expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno. Pode também estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza (VERGARA e LIGGIERRI, 2005, p.47).

Segundo Minayo(1998) a pesquisa qualitativa é um instrumento importante para se captar reflexivamente os significados sociais. Através das situações que nos são apresentadas pelas pessoas, identifica-se o pressuposto básico de que o mundo está permeado de significados e símbolos e a intersubjetividade nos proporciona essa reflexão.

A revisão bibliográfica consiste no estudo sistematizado desenvolvido com base em material publicado em livros, revistas, jornais e redes eletrônicas, isso é,

em material acessível ao público em geral. Lakatos e Marconi (2001) apontam esse modelo de pesquisa como o primeiro passo na atividade científica. Nesse sentido, foram consultados autores que tratam do tema abordado e que fundamentaram a pesquisa de campo e a análise dos resultados coletados.

A pesquisa de campo constou de 16 (dezesesseis) entrevistas com usuários do CAPS SER VI que tenham recebido atendimento nesta unidade de saúde no primeiro semestre do ano de 2010, com o intuito de conhecer, por meio do discurso desses usuários, o processo de atenção em saúde mental dispensada ao mesmo no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS – SER VI; traçar o perfil sócio-demográfico e psicossocial do usuário entrevistado; conhecer a trajetória de sofrimento mental e de atenção na rede de atenção em saúde mental; identificar dispositivos de rede de atenção e apoio social utilizados pelo usuário; discutir a trajetória do usuário na rede de atenção em saúde na perspectiva dos preceitos do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

A pesquisa de campo parte de uma investigação empírica realizada no local onde ocorre um fenômeno ou que dispõe de elementos para explicá-los (VERGARA e LIGGIERRI, 2005, p.48).

Os dados coletados foram submetidos à análise qualitativa, procurando interpretá-los à luz dos autores consultados. Para Minayo (2007, p. 21), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido, aqui, como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes.

Para a análise, os dados da pesquisa foram categorizados, de acordo com os objetivos definidos para o estudo, e discutidos com base nas categorias teóricas de análise relativas aos preceitos do SUS e Reforma Psiquiátrica e sua efetividade, enfatizando-se os conceitos de reinserção social, cidadania, existência-sofrimento e subjetividade do sujeito portador de transtorno mental em atendimento no CAPS SER VI.

A política de saúde mental proposta pelo SUS, amparada pelos preceitos

da Reforma Psiquiátrica segue a seguinte perspectiva:

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/02, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, que garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece. Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). O Programa de Volta para Casa que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, também faz parte da política ([www.saude.gov.br-saude](http://www.saude.gov.br-saude). Acesso em 09/06/2010).

Avaliar a efetividade dessa política de saúde mental, sua contribuição para reinserção social e melhoria da qualidade de vida dos usuários constituiu um grande desafio, suscita questões complexas próprias da trajetória de vida e requer um olhar atento as subjetividades dos sujeitos pesquisados.

No uso corrente a efetividade diz respeito a capacidade de se promover resultados pretendidos; é fazer aquilo que tem que ser feito, é a capacidade de funcionar satisfatoriamente. Através da pesquisa de opinião sobre as ações que causam efeitos, impacto ou transformações de uma realidade que se modificou, consegue-se perceber a sua efetividade na realidade sentida e vivida (Piacentini,2003).

Desta forma, é colocada em discussão a rede de atenção em saúde mental, a complexidade das necessidades e as possibilidade dos usuários e as reais transformações ocorridas no processo de existência-sofrimento.

Como referencia desse estudo foi eleito o CAPS/SER VI que está localizado em Messejana, zona metropolitana de Fortaleza, estando em funcionamento desde 2001, contando com de uma equipe multidisciplinar composta de: 3 psicólogos, 3 enfermeiras, 4 auxiliares de enfermagem, 5 psiquiatras, 2 assistentes sociais, 2 terapeutas ocupacionais, 1 nutricionista, 1 farmacêuticos, além de categorias profissionais de serviços auxiliares.

A pesquisa foi desenvolvida junto a 16 (dezesesseis) usuários que estavam em atendimento no CAPS SER VI, no período da coleta de dados, que aceitaram participar do estudo. Foram definidos como critérios de inclusão: estar submetido a

tratamento nessa instituição no período da pesquisa, em atendimento na unidade, no mínimo, desde 2007; ter sido atendido por mais de um profissional de nível superior; apresentar condições cognitivas necessárias para elaborar os questionamentos contidos na entrevista; aceitar participar da pesquisa mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido (em apêndice B). O critério utilizado para encerrar as entrevistas foi a saturação e repetição das respostas.

Para cobrir e alcançar um grau suficiente de evidencia qualitativa os dados pesquisados, Marre sugere dois critérios qualitativos: o de diversificação da amostra e o de saturação. A diversidade refere-se à identificação de pessoas que são capazes de analisar e os temas fatos, estratégias e itinerário do grupo social pesquisado, possibilitando assim abarcar o campo da investigação através da escolha de um certo número de pessoas bem diferenciadas, mas conhecedoras do campo. Já a saturação indica o esgotamento da amostra pela incapacidade de acrescentar informações relevantes à pesquisa. (Marre, p.90,1991)

Para a realização da pesquisa foram respeitados todos os preceitos éticos, previstos na Resolução 196/96, que estabelece normas para pesquisa em seres humanos, preservando a identidade dos sujeitos referidos na pesquisa e fatos que possam causar constrangimentos a eles e aos seus familiares.

Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas, seguindo-se um roteiro constituído de: dados de identificação, caracterização sócio-demográfica e do adoecimento mental do grupo pesquisado; e com questões norteadoras que possibilitem a contemplação dos objetivos propostos (Apêndice A). Foram utilizadas, também, informações contidas nos prontuários dos usuários e em documentos do CAPS que relatem a trajetória do sujeito pesquisado.

A análise dos dados teve por base os documentos do CAPS e o discurso dos usuários produzidos através de entrevistas individuais transcritas na íntegra e feitas leituras exaustivas. No processo de análise e discussão, em alguns momentos, lançamos mão das falas dos sujeitos, os quais foram identificados por códigos numéricos, precedidos da letra "E". Esses dados foram classificados e analisados com base na literatura pertinente.

Segundo Fiorin (1996) todo discurso é constituído a partir de outro discurso, é atravessado, é habitado pelo discurso do outro, e por isso, ele é constitutivamente heterogêneo. Estando presentes pelo menos duas vezes, pois é a partir da palavra do outro que se faz a condição necessária para a existência de

qualquer discurso.

Instrumentalizada por Fiorin (1996) a análise dos discursos seguiu a seguinte ordem: leitura repetida dos discursos, análise das várias possibilidades de leitura do texto, análise da estrutura do texto, identificação de valores, crenças e concepções presentes e reconhecimento das categorias empíricas, que são responsáveis por captar as contradições da realidade a ser pesquisada.

A partir da pesquisa de campo foram constituídas as categorias empíricas construídas por finalidade operacional. Essas categorias têm a propriedade de conseguir apreender as determinações e as especificidades que se expressam na realidade empírica (Minayo, 1998).

## CAPITULO IV O Centro de Atenção Psicossocial: analisando a trajetória do usuário – “Guerreiros são pessoas, são fortes, são frágeis”

### **Guerreiro Menino**

*Fagner*

Um homem também chora  
Menina morena  
Também deseja colo  
Palavras amenas  
Precisa de carinho  
Precisa de ternura  
Precisa de um abraço  
Da própria candura  
Guerreiros são pessoas  
São fortes, são frágeis  
Guerreiros são meninos  
No fundo do peito  
Precisam de um descanso  
Precisam de um remanso  
Precisam de um sonho  
Que os tornem perfeitos  
É triste ver este homem  
Guerreiro menino  
Com a barra de seu tempo  
Por sobre seus ombros  
Eu vejo que ele berra  
Eu vejo que ele sangra  
A dor que traz no peito  
Pois ama e ama  
Um homem se humilha  
Se castram seu sonho  
Seu sonho é sua vida  
E a vida é o trabalho  
E sem o seu trabalho  
Um homem não tem honra  
E sem a sua honra  
Se morre, se mata  
Não dá pra ser feliz

Com base nos dados produzidos junto aos usuários e as fontes secundárias de pesquisa, passaremos a analisar a prática no CAPS e a constituição do mesmo como articulador da rede de atenção em saúde mental, tendo como referencial os preceitos do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

Este capítulo será desenvolvido com base nas categorias empíricas definidas, destacando-se: o perfil sócio demográfico e psicossocial, a percepção do sofrimento mental, dispositivos de ajuda, o modelo de atenção psicossocial representado pelo Caps e pela instituição psiquiátrica e o conhecimento e acesso dos novos dispositivos da rede de atenção em saúde mental e sua efetividade.

#### **4.1. – O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS VI) – apresentando o Serviço.**

Antes das análises finais vale ressaltar as experiências vividas pelos profissionais, usuários e familiares do CAPS Geral SER VI, a fim de compreender os relatos dos entrevistados.

Em julho/2001 foi inaugurado o CAPS da Regional VI, o segundo a ser inaugurado em Fortaleza, mas, o primeiro a funcionar unicamente com o respaldo da Prefeitura de Fortaleza. Tendo em vista que o primeiro CAPS de Fortaleza funciona na Regional III, em convenio com o Hospital das Clinicas, inclusive com todos os seus profissionais cedidos pela Universidade Federal do Ceará.

A equipe era composta de servidores concursados com o objetivo de atendermos a população da Regional II e VI na área da saúde mental dentro de um dispositivo de saúde substitutivo de hospital psiquiátrico, em uma lógica antimanicomial.

Antes de efetivar o atendimento aos usuários, a equipe iniciou um processo de estudo, elaborando a missão e os objetivos do CAPS SER VI. Nesse primeiro momento, sem coordenação, sem uma política pública local em saúde mental, os atendimentos à população foram iniciados.

Mesmo sem uma definição das estratégias de ação das políticas publicas, baseando-se na legislação, nas conferencias de saúde e nas experiências exitosas

de alguns profissionais, procurava-se atender as necessidades da população. Realizamos o primeiro encontro dos profissionais da saúde mental com os agentes de saúde e coordenadores dos posto de saúde da atenção básica das Regionais II e VI e participamos da organização e elaboração das propostas da I Conferencia Municipal de Saúde, em 2001.

Desde a sua inauguração o CAPS VI era o único na cidade que atendia em regime de hospitalidade diurna, onde o usuário em crise permanecia na unidade durante o dia, participando de grupos terapêuticos, das oficinas e atendimentos individuais. A tentativa de substituir o atendimento no hospital psiquiátrico, há o compromisso da equipe em não encaminhar usuários para esse tipo de unidade de saúde.

Permanece o compromisso dos profissionais com os preceitos da Reforma Psiquiátrica. Com todas as dificuldades típicas de um serviço que tenta quebrar a hegemonia hospitalocêntrica e o modelo biomédico, as conquistas acontecem de forma lenta.

Sempre com muitas dificuldades e pouco apoio da gestão, sucede uma nova gestão, que permanece até o momento e, com ela, surge o compromisso de uma efetividade nas políticas publicas de saúde mental. Um colegiado é formado, há a contratação de coordenadora de saúde mental em cada Regional e de terceirizados.

Em 2005, já atendendo com uma capacidade muito além dos recursos humanos e físicos da Unidade, somos surpreendidos pelo fechamento do ambulatório do Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM), que concentrava o atendimento psiquiátrico da área até então. O caos se instala. A demanda, que já era grande, torna-se inversamente proporcional a nossa capacidade. Procura-se soluções estratégias para atender aos anseios dessa nova clientela ansiosa por atendimento médico e medicação. Somos “engolidos pela demanda”: prioriza-se o serviço médico.

A maioria desses usuários, habituados a cultura medicalizante, entra na Unidade com a expectativa de serem medicados, de receberem atestados médicos para renovar ou solicitar licença médica do INSS.

Sem apoio da atenção básica, sem serviços atuantes em centros comunitários, enfim, sem uma rede de atenção à saúde e sem ter uma “porta de saída”, começamos a atender a população oriunda do HSMM, composta na sua maioria, de transtornos mentais leves, dependentes de benzodiazepínicos e até paciente com problemas neurológicos.

Desestabiliza-se o processo de construção de uma rede de atenção em saúde.

Há tentativas de humanização dos serviços com reuniões e capacitação de profissionais, supervisão clínica e institucionais; tem início o processo de matriciamento das Unidades Básicas de Saúde; artistas são incorporados aos serviços através do projeto arte e saúde, são concretizados os serviços de terapia comunitária – Ocas.

Em dezembro de 2009, a equipe do CAPS Geral SER VI volta a reunir-se e a partir da avaliação das ações realizadas, da nossa clientela e dos dispositivos de saúde disponíveis para atendimento re-elabora a missão, a visão e os desafios da Unidade (CAPS GERAL SER VI, 2009).

Como missão fica definido: promover a saúde e a (re)inserção social dos usuários com transtornos mentais graves, propondo acolhimento, atendimento e acompanhamento especializados por uma equipe multi/interdisciplinar com ações intersetoriais, possibilitando o exercício da cidadania.

A equipe tem como visão futura que a Unidade esteja: promovendo a saúde em estrutura física e humana adequada; que responda a demanda com ações de qualidade de caráter interdisciplinar e intersetorial inserido em um projeto de formação continuada, sendo modelo no tratamento de pessoas com transtornos mentais graves no Estado do Ceará.

Por fim, nesse mesmo encontro de planejamento estratégico, estabelece os seguintes desafios(p.3):

- ◆ Superar as reproduções das práticas manicomiais existentes na sociedade e no próprio CAPS, combatendo todas as formas de discriminação, exclusão/punição.

- ◆ Atuar sobre os determinantes sociais que geram sofrimento mental: emprego, moradia, alimentação e educação;
- ◆ Criação de uma política de saúde mental verdadeiramente antimanicomial, estruturando, ampliando, diversificando e integrando a rede assistencial em forma de pontes de serviços.
- ◆ Formação continuada e melhoria salarial, mantendo e ampliando a satisfação profissional, humanizando as relações interpessoais.

## 4.2 - Perfil sócio-demográfico e psicossocial dos usuários do CAPS Geral da SER VI

Para traçar o perfil sócio-demográfico dos sujeitos da pesquisa, levantamos informações relativas a: sexo, nível de escolaridade, estado civil, faixa etária, ocupação. Estes dados foram agrupados, apresentados em gráficos e discutidos conforme literatura.

As gráficos (1 a 5), apresentados a seguir, mostram esta caracterização:

- Gráfico 1 – Caracterização dos usuários do CAPS quanto ao sexo (N=16). Fortaleza – CE, 2010.

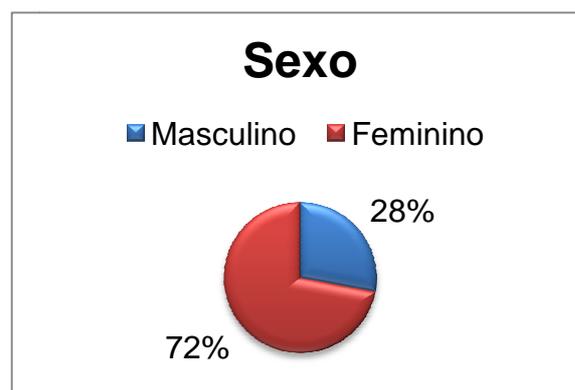
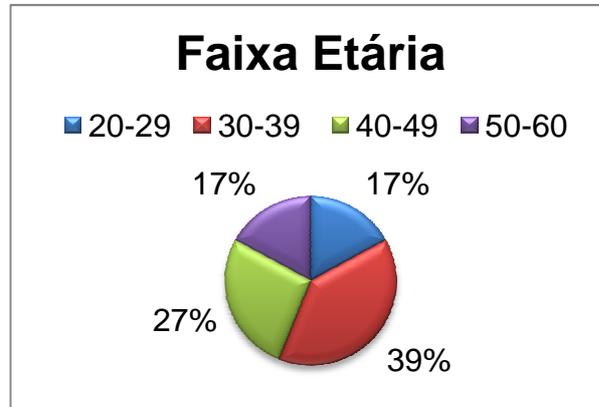
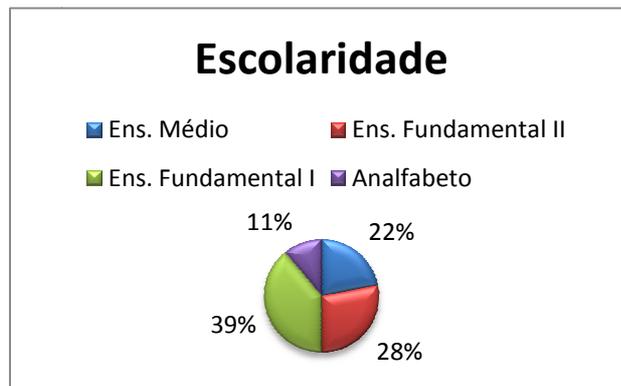


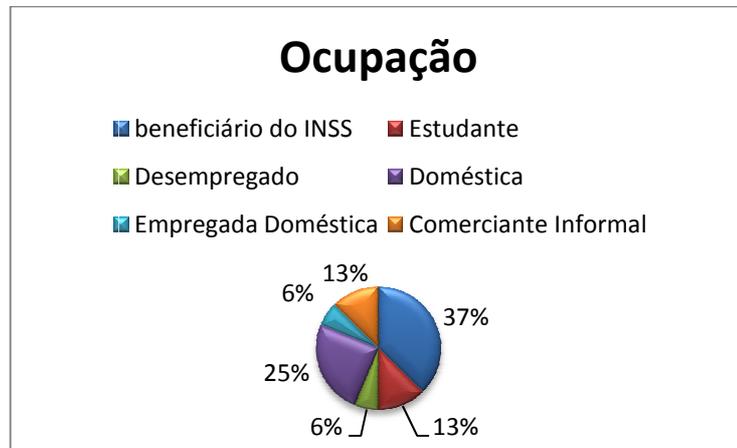
Gráfico 2 – Caracterização dos usuários do CAPS quanto a faixa etária (N=16). Fortaleza – CE, 2010.



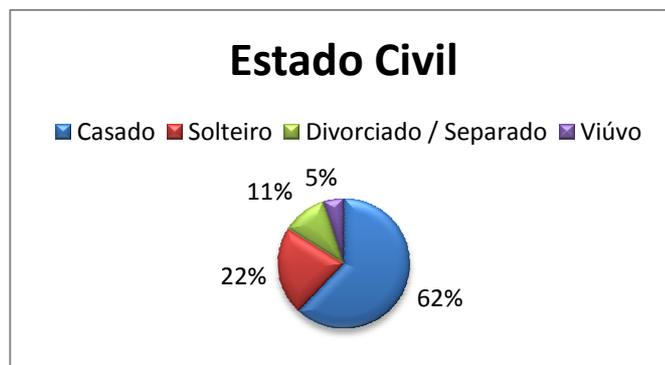
- Gráfico 3 – Caracterização dos usuários do CAPS quanto ao nível de escolaridade (N=16). Fortaleza – CE, 2010.



- Gráfico 4 – Caracterização dos usuários do CAPS quanto a ocupação (N=16). Fortaleza – CE, 2010.



- Gráfico 5 – Caracterização dos usuários do CAPS quanto ao estado civil (N=16). Fortaleza – CE, 2010.



Analisando os dados acima, constatamos que, na clientela entrevistada do CAPS Geral VI, há uma predominância do sexo feminino, na faixa etária entre 30 e 39 anos. Esses dados, associados à narrativa construída durante as entrevistas, sinaliza para a reflexão sobre a exposição da sociedade feminina as diversas formas de violência, ao longo de sua história de vida.

Segundo Lobo, 2003,p.8:

Na historia brasileira, de pouco mais de meio milênio, a violência sempre existiu. Podemos citar a dizimação dos índios, a tortura e a exploração dos escravos, os desmandos da metrópole portuguesa sobre os brasileiros em geral, extorquindo-os, com impostos excessivos, enforcando, esquartejando e torturando os que ousam se rebelar. Uma violência institucionalizada pelos colonizadores sobre os colonizados e da elite sobre os desfavorecidos. Outras formas de violência aconteceram no coronelismos, no cangaço, nas revoluções internas, nas guerras externas e nas ditaduras. Apenas muda a forma como se mostra a violência.

Entretanto, destaca-se atualmente no Brasil, além da violência estrutural que marca as desigualdades sociais mencionadas acima na citação, a violência contra a mulher.

Constatamos que as mulheres, principalmente no final desse século, conseguiram muitas conquistas, graças as suas lutas constantes. Continuam, porém, sendo violentadas, diariamente, por seus maridos/companheiros. De acordo com dados da Organização das Nações Unidas (ONU), uma mulher é agredida pelo seu parceiro a cada dois minutos no contexto mundial, sendo que a maioria sofre calada em decorrência de vários motivos. Sendo assim, a violência contra a mulher constitui um grave problema, não obstante o conhecimento de sua cidadania e igualdade de direitos.(FREITAS, 2008,p.24)

Ao serem tratadas como objeto da história e não como sujeito de direito, diante de tantas dificuldades externas e intrapsíquicas, estrutura-se adoecimentos capazes de conter as ansiedades provenientes da violência sofrida no cotidiano.

Quanto a ocupação prevalece o estado de beneficiário do INSS, desde modo, podemos considerar que, apesar de a maioria dos usuários encontrar-se na faixa produtiva, não há, de modo geral, uma absorção pelo mercado de trabalho dos usuários.

Ao observarmos este item acima, também correlacionamos com o grau de instrução onde predomina, apenas, o nível básico de escolaridade (Ensino Fundamenta I), sinalizando para a precariedade da qualificação profissional que, somada a interrupção das atividades laborativas, contribui para reforçar o lugar de excluído deste determinado grupo.

Ao considerarmos o papel da “produção” em nosso meio, a precariedade da inserção laborativa encontrada justifica não apenas o esmaecimento do vinculo mas também o lugar “marginal” ocupado por essa população. Desta forma, a clientela em foco tem seu lugar reposicionado para um lugar de exclusão (Guljor, Pinheiro & Silva Jr,in Mattos e Pinheiro, 2006, p.130).

No que se refere ao estado civil dos entrevistados constatamos que, a grande maioria, apresenta vínculos afetivos através de relações familiares com conjugue e filhos. A qualidade e a fragilidade desse vinculo foi mencionado no decorrer das entrevistas como agravantes na sua historia de existência-sofrimento. Assim, há a necessidade de se construir redes sociais que possibilitem a reinserção no próprio ambiente familiar.

Acordando com Saraceno(1999), as políticas publicas voltadas para as pessoas em sofrimento psíquico apresentam proposições que compactuam com os conceitos preconizados pela reabilitação psicossocial e o grande desafio da Reforma Psiquiatrica encontra-se nesse ponto. Visto que a exclusão social parece ser a pior das violências e o seu teor político está diretamente ligado ao aspecto econômico, a desagregação familiar e social.

### **4.3. A percepção do sofrimento mental e dispositivos de ajuda buscados pelo usuário**

A historia do sofrimento psíquico dos usuários do CAPS Geral da SER VI confunde-se com a sua própria historia de vida e traduz as situações de busca por uma melhor qualidade de vida.

Acordando com Gonçalves e Lisboa, 2007, p. 84:

...outras tantas questões que surgem no cotidiano da pratica do trabalhador da área social, requerem um conhecimento mais profundo sobre o retrato da realidade dos usuários e as concepções dos mesmos sobre esta realidade, ou seja, requerem investigação. As pessoas com as quais trabalhamos, possuem cada qual uma historia de vida, são sujeitos humanos com características especificas, cada qual dotado de valores, sonhos e experiências. Para recompor estas experiências concretas, históricas e vivas, portanto é preciso também escuta-las.

#### **4.3.1. Percepção do sofrimento e causas do adoecimento mental**

Os relatos dos usuários integram aspectos de suas experiências como pessoa e como doente, atribuindo causalidades e tentando fazer conexões dos

sintomas com as suas vivências pessoais, no âmbito familiar e social. Favoreto in Mattos e Pinheiro (2006, p.196) explica essa questão enfocando o seguinte aspecto:

Na explicação causal, o indivíduo procura compatibilizar suas crenças e seus conhecimentos sobre os fatos que influenciam o aparecimento do adoecimento, a forma como a maioria dos sintomas emergiram, as experiências anteriores de sensações semelhantes e seus efeitos imediatos ou tardios sobre seu corpo, sua identidade e outros aspectos da vida. Com frequência na interpretação das causas do adoecer, os pacientes integram o discurso médico-científico ao senso comum e à suas expectativas em relação ao cuidado.

Na relação de causalidade, há vários relatos dos diversos tipos de violência sofrida no processo existência-sofrimento do usuário e o acompanhamento em instituições excludentes, confirmando que a violência e a exclusão estão na base da nossa sociedade.

Meu pai batia muito na minha mãe e desde criança vivi em hospital psiquiátrico até ser encaminhado para o CAPS tive mais de 16 internações desde os 17 anos (E.3).

Acordando com Basaglia, p.93-94, 2005:

Família, escola, fábrica, universidade e hospital são instituições baseadas em divisão nítida de papéis, isto é divisão do trabalho: servo e senhor, professor e aluno, empregado e empregador, médico e doente ou organizador e organizado. ..que a subdivisão de papéis representa a relação de abuso e violência entre poder e não-poder: a violência e a exclusão estão na base de qualquer relação que se instaure em nossa sociedade. Para tanto, porém, é preciso que nós, que exercemos o poder e a violência, nos conscientizemos de que somos também excluídos, no exato momento em que somos objetificados em nosso papel de excludentes.

Para Osterne (2006, p. 19-20) se faz necessário fazer distinções na definição de violência contra a mulher aprovada na assembléia geral da OEA - Organização dos Estados Americanos.

Observa-se que esta definição inclui as modalidades de violência física, sexual e psicológica que possam ocorrer no domínio público ou no âmbito privado. Neste ponto, convém tratar das distinções que se apresentam para as violências de tipo física, sexual e psicológica. Considera-se violência física um ato executado com intenção, ou intenção percebida, de causar dano físico a outra pessoa. O dano físico poderá ser compreendido desde a imposição de uma leve dor, passando por um tapa até o extremo de um assassinato. Pode deixar marcas, hematomas, cortes, arranhões, fraturas ou mesmo provocar a perda de órgãos e a morte. Por violência sexual compreende-se todo ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual entre uma ou mais pessoas, praticado de maneira forçada, com níveis gradativos de agressividade, com vistas à obtenção de prazer sexual pela via da força. As entidades de enfrentamento à violência contra mulher, por

exemplo, consideram que a violência sexual poderá ir dos atos sexuais que não agradam um(a) parceiro(a), da crítica ao desempenho sexual ou a prática de sexo quando cometida com sadismo, até o estupro seguido ou não de morte. A violência psicológica, também conhecida como violência emocional, é aquela capaz de provocar efeitos torturantes ou causar desequilíbrios/sofrimentos mentais. A violência psicológica poderá vir pela via das insinuações, ofensas, julgamentos depreciativos, humilhações, hostilidades, acusações infundadas e palavrões. Poderá causar traumas e provocar seqüelas por toda a vida. A violência psicológica é invisível por não deixar marcas no corpo humano violentado. Suas marcas, entretanto, podem aparecer nas atitudes e no comportamento posteriores da mulher vitimada.

No relato abaixo, contatamos a presença da violência cotidiana a que são expostos as crianças e adolescente, agravando a possibilidade de ter desenvolvido quadros graves de transtornos mentais.

Aos 17 anos de idade após, a separação violenta dos meus pais apareceram sintomas de depressão, choro fácil, insônia, medo da rejeição dos parentes por ter me assumido como homossexual. Iniciei o tratamento com a primeira internação no Hospital de Saúde Mental de Messejana, depois fiquei no Hospital-Dia e fui encaminhado ao CAPS (E.4).

No depoimento acima constata-se, de forma clara, o processo de adoecimento tendo como nexos de causalidade as situações de violência testemunhadas durante a infância e adolescência. Citando Reichenheim, Hasselmann e Moraes, 1999, p.22.

Um outro enfoque, que somente nas últimas duas décadas tem recebido alguma ênfase, concerne às possíveis conseqüências, para a saúde da criança, do testemunho da violência entre os pais (Freidrich & Einbender, 1983; Kazdin et al., 1985). Alguns autores apontam que, diferentemente do que se supunha, as conseqüências emocionais da convivência das crianças em situações de grande conflito podem ser até mesmo piores do que quando elas mesmas são o alvo de violência. Tal como nos casos de violência diretamente infligida, estudos sugerem a ocorrência de distúrbios ulteriores nos níveis emocionais, cognitivos e de comportamento. A percepção de que vivem em famílias sem limites, conflituosas e perigosas, misturando-se à freqüente culpabilidade que carregam da violência entre os pais, é parte do cenário de desencadeamento de agravos psicoemocionais, quer de curto, médio ou longo prazos (Layzer et al., 1985; Hughes, 1988; Jaffe et al., 1990).

A violência doméstica atinge a todos que fazem parte da família e diante das dificuldades dessa realidade de perdas, frustrações, desamparo e ausência de amor familiar, a família adocece. E muitas vezes, para escapar dessa vivência traumática e enfrentar os sentimentos de impotência e desamparo, seus membros encontram no tratamento farmacológico o refúgio necessário pra continuar

convivendo com essa sociedade excludente, preconceituosa, desigual, desumana e dominada por inversão de valores.

Assim se expressaram alguns dos entrevistados:

Aos 16 anos, após o primeiro parto, fui agredida pelo companheiro, me separei, entrei em depressão, fiz tratamento durante um ano no ambulatório do HSMM. Abandonei o tratamento. A segunda crise veio com a segunda gravidez e piorou 4 anos depois com o assassinato do meu companheiro. Entrei em depressão profunda e em 2004 iniciei tratamento no CAPS encaminhada pelo HSMM (E.14).

Acordando com a citação abaixo, registro a importância de se trabalhar a questão da violência como um problema social.

A consciência é que a violência de gênero é absurda, portanto, deve ser erradicada, no nosso estado, na região, no país e no mundo. Esse trabalho de conscientização trouxe consigo a convicção de que todo tipo de violência, especialmente a violência de gênero, que se dá no âmbito doméstico, deve ser tratado como um problema social, não apenas por suas proporções numéricas, mas também pela gravidade de suas consequências de múltiplas dimensões psicológicas, físicas, econômicas, políticas e sociais, dentre outras.(FROTA, 2006, p.219)

As situações de violência doméstica e de gênero são vivenciadas e presenciadas a todo momento, estando, também, estampada nos vários tipos de mídias, como destaca a seguir:

Dados de 1990 mostram que 23% das mulheres brasileiras estão sujeitas à violência doméstica, segundo levantamento da Sociedade Mundial de Vitimologia, sediada na Holanda. Foi constatado também que 41% dos homens que espancam suas esposas são violentos com seus filhos/as; um terço dessas crianças tende a reproduzir a agressividade contra si e contra os outros quando crescem. Este ciclo de violência, portanto, vai refletir de forma contundente e crescente, nas ruas das cidades. A maioria das histórias de vida dos presidiários retrata essas graves ocorrências em sua infância e na relação diária com suas companheiras (FROTA, 2006, p.221 *apud* CABRAL, 1990; VEJA, 1998).

Constatamos, através dos dados informados acima, a reprodução da violência sofrida na família nas relações interpessoais vividas na sociedade, caracterizando uma propagação da violência e, conseqüentemente, o adoecimento nas relações.

A violência doméstica contra a mulher, podemos considerar, é algo praticado por aquele que se acha superior numa relação, resultante da dita superioridade masculina transmitida por uma cultura androcêntrica, sexista e patriarcal, que apregoa estereótipos de força e virilidade. Sexista, pela capacidade de transformar a diferença entre mulher e homem em

desigualdade; patriarcal, pelo fato de outorgar poder àquele que é considerado superior; androcêntrica, porque o homem é posto como o centro da sociedade, ou seja, a sociedade se constrói tendo o ser masculino como detentor de privilégio, representante único da condição humana. (FREITAS, 2008.p.48)

A violência sexual sofrida por criança de parentes próximos e pessoas do convívio familiar nos leva a refletir sobre a noção de proteção, amparo e responsabilidade esperada da família.

Aos 12 anos sofri tentativa de estupro de um amigo do meu pai. Meu pai era alcoolista e jogador compulsivo passei a infância com muito estresse. (E.17)

Começou desde criança quando fui assediada sexualmente pelo meu pai aos 5 anos. Essa situação durou até 14 anos. Passei a sentir nojo de mim mesma, casei, não conseguia manter relações sexuais com meu marido, me separei, entrei em crise, fiquei com a minha mãe que não aceitava me tratar .Em 1987 comecei a receber medicação na emergência do Mental, Frotinha e no Hospital Geral. Vivi momentos de crise e disposição pra trabalhar. Em 2003 iniciei tratamento no HSMM e fiquei em acompanhamento externo, hospital-dia. Abandonei o tratamento porque não tinha quem me levasse. Voltei em 2005 para o HSSM e me encaminharam para o CAPS com anorexia e depressão. Em 2009 tentei suicídio pela quinta vez. Tenho também Neoplasia, sopro no coração, hipertensão emocional e câncer de pele.( E.9.)

Os dispositivos da rede de atenção em saúde tem a responsabilidade, juntamente com a sociedade, de efetivar ações de política pública no repúdio e enfrentamento a qualquer tipo de violência, ampliando o sentido do valor a vida e dos direitos de cidadania. Desta forma, entender os elos entre violência e saúde mental pode ser uma ferramenta útil para quebrar o ciclo de violência e adoecimento.

A luta contra a violência social ou estrutural é de responsabilidade da sociedade e principalmente dos governantes, a quem cabem medidas efetivas para ajudar a inibir, combater, punir e prevenir de forma eficaz o problema.(FROTA, 2006, P.218)

Apontamos, também, para a correlação de doenças ditas físicas, de cunho neurológico, como desencadeantes de alterações no comportamento e nas relações interpessoais, sinalizando para a necessidade da integralidade da atenção em saúde. O usuário discriminado, inseguro, exposto a intervenções cirúrgicas, a discriminações devido às convulsões, o baixo rendimento escolar, geram fatores

desestabilizantes e o adoecer constitui a única forma de expressar-se. Isto aparece no discurso abaixo:

Apos um acidente que sofri perto de casa, ficando 27 dias internado, passei por 3 cirurgias e entrei em depressão. Tive varias internações psiquiatricas e hoje estou no CAPS. (E.5.)

A descrição dos sintomas no espaço do corpo constitui, muitas vezes, a tentativa de descrever as emoções através de sensações vividas corporalmente, reforçando o tratamento medicamento. A queixa física é destacada pelos entrevistados:

Desde 12 anos sinto dores de cabeça, choro, insônia. Tinha 8 irmãos e 2 com transtorno. Em 1981 iniciei tratamento no Hospital Mental, apenas no ambulatório, fui transferida para o CAPS.(E.7)

Aos 7 anos apresentei sintomas de desmaio, revirando os olhos, após 6 meses comecei medicação neurológica. Coincidiu com a separação dos meus pais, abandonei escola, só voltei em 2006. Tinha em média 2 crises por dia, faço tratamento neurológico desde então. Sentia as pessoas se afastando com medo de pegar doença, me isolei, vivo com marido e família. Em 2005 vim para o CAPS encaminhada pelo HSMM, porque fechou o ambulatório, com epilepsia, impulsividade e agressividade.(E.13)

Até os 15 anos fazia tratamento neurológico, terminei o segundo grau com 16 anos. Minha primeira crise foi com 18 anos, com dores de cabeça e agressividade devido a desilusão amorosa.(E.10)

A referência somática do adoecimento é indicativa de que algo não está bem e que necessitaria de maior atenção e de cuidados, principalmente quando a pessoa procura a clínica médica para buscar ajuda para os males sofridos. A importância das queixas trazidas pelo usuário é destacada por Bezerra Jr. In Tundis e Costa, 2007, p.152 e153):

Se é fato que a procura ao ambulatório pressupõe alguma idéia de causação de ordem científica ( por oposição a outras; mágico-religiosas, místicas, etc.), é também verdade que a noção da biografia emocional como terreno onde a patologia se desenvolve não é tão consensual quanto a primeira vista possa aparecer. A causa da doença é de modo freqüente referida a ordem somática. São os nervos que estão abalados por um trauma ou por algum problema físico, é a cabeça que sofre de algum acidente remoto, ou é a doença que existe desde sempre, transmitida pelos progenitores em função de problemas seus. ... e através de instrumentos - os remédios - que agindo sobre um corpo doente também tenham acesso às raízes do mal.

#### 4.3.2. Dispositivos de atenção e apoio buscados pelo usuário

Apreendemos do discurso dos sujeitos do estudo alguns pontos relacionados com a história de sofrimento psíquico e a trajetória de tratamentos buscados antes de sua chegada ao CAPS. Com base nisso, constatamos que o hospital psiquiátrico continua como um dos principais dispositivos utilizados pelos usuários em busca de tratamento.

Após anos de luta, na tentativa de se contrapor e criar experiências substitutivas ao hospital psiquiátrico e ao modelo que orienta suas práticas, ainda, identificamos referência significativa desta instituição na trajetória de vida dos usuários, conforme aparece nas falas abaixo:

Após o parto de minha filha única, há 25 anos, comecei a sentir depressão. Fui internada em hospital 7 vezes e tentei suicídio 3 vezes. Fiquei bem um ano após a primeira internação. Fui internada a segunda vez depois de 11 anos. Fui diagnosticada com transtorno bipolar, estabilizou por 9 anos. Entre 2005 e 2010 tive 2 crises que necessitou de internação. Em agosto de 2005 quando acabou o ambulatório do Mental fui encaminhada ao CAPS. Depois que cheguei aqui fui internada duas vezes em Hospital Psiquiátrico.(E.11)

Fui interno no HSMM durante 2 meses. Depois tive várias crises, acho que me internei 15 vezes, tentei suicídio duas vezes por vergonha das crises, de ser chamado de louco. Quero tratamento, não quero ser louco. Eu mesmo vou atrás do tratamento. Fiquei no CAPS de Aracati durante 5 anos e vim morar em Messejana e transferido para CAPS VI (E.10).

Há vinte anos começaram os sintomas de pânico, medo, tristeza. Pioraram os sintomas após descobrir a traição do meu marido, em 1993, aí tive várias crises, idas a posto de saúde, tomava Diazepam, ia ao Hospital do Coração e me encaminharam ao Hospital de Saúde Mental de Messejana. Fiquei indo de 2 em 2 meses recebia medicação, parei a medicação. Fiquei indo ao Hospital do Coração que me encaminhou ao CAPS. É a primeira vez que tenho consulta com psicólogo e participo de grupos.(E.1)

Mudo de humor com facilidade, endoido logo. Me acho útil, ajudo minha mãe, mas me acho muito agressiva, muito doída mesmo. No HSMM me achava muito doída. Eu não era como eles.(E.13)

Os efeitos maléficos da instituição psiquiátrica na vida do paciente são referidas por Basaglia (2005, p.118):

Posto num espaço de coação, onde mortificações, humilhações e arbitrariedades constituem a regra, o homem – seja qual for seu estado mental – objetifica-se gradualmente as leis do internato, identificando-se com elas. Assim a construção de uma crosta de apatia, desinteresse e insensibilidade não seria senão o seu ato extremo de defesa contra o mundo que primeiro o exclui e depois o aniquila...

A análise dos discursos aponta que os usuários apresentam, nas suas histórias de existência-sofrimento, uma forte ligação com a instituição psiquiátrica presente no território da SER VI, no caso o Hospital de Saúde Mental de Messejana. Constata-se que essa relação, na maioria das vezes, teve início antes do CAPS da Regional VI ser inaugurado, sendo aquele serviço a única opção de assistência.

#### 4.3.3. Percepção do usuário sobre a assistência recebida na rede de atenção em saúde mental

Na segunda fase da entrevista foi analisado como o usuário se percebe e como se percebe enquanto usuário dos serviços de saúde mental. Nos discursos analisados constatamos que o CAPS é visto como facilitador do processo de inclusão social, contrário ao modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico.

Me percebo como uma boa mãe e esposa. Me sinto triste por causa do relacionamento com meu esposo. Não me conformo com o fim do relacionamento. Utilizei o serviço do Mental, lá me achava diferente dos usuários do hospital, me sentia maltratada, insegura, não dormia, esperava ser morta por outros pacientes. Era ameaçada pelas usuárias. Era discriminada pelos funcionários que só gostavam de quem os ajudava. Havia muita liberdade para encontros de namoro; não era pra acontecer, eu era casada. Os homens me chamavam de mole. Tinha mulher com 3 homens. Não tinha asseio, era muito horrível. Hoje, no CAPS, me sinto bem, quero vir, me sinto aceita, tenho confiança nos profissionais.(E.8)

No discurso abaixo se percebe o fato de que a necessidade do serviço faz com que o usuário conforme-se e aceite atenção dispensada pelo serviço. Mesmo existindo a vontade de opor-se a determinada situação, prevalece a submissão, confirmando estudos anteriores de Basaglia (2005, p. 117):

O doente mental é um excluído que, numa sociedade como a atual, jamais poderá opor-se a quem o exclui, porque qualquer ato que venha a praticar está doravante circunscrito e definido pela doença.

O CAPS, também, se revela como novo modelo institucional, com aperfeiçoamento técnico, mas, dentro do sistema sócio-político tradicional. Demonstrando-se, simplesmente, compreensivo diante dessa exclusão manifesta,

continuando o jogo daqueles contra os quais havia nascido. A doença não é a condição objetiva do doente. Essa condição surge através da codificação oriunda do saber médico e da relação com a sociedade que a exclui e a nega.

Por estar circunscrito no espaço de convívio social, como a família, escola, trabalho, igreja, entre outras instituições, o CAPS deveria, conforme estar previsto em seus preceitos, trabalhar de forma mais efetiva a reinserção social do usuário na comunidade. Ao contrário, o CAPS é citado como visto, por parte da comunidade, como espaço de “doido”.

Acho que o CAPS é o melhor que posso conseguir. Tenho medo de ser atendida pela psiquiatria do CAPS. Sei que preciso, não me sinto discriminada. Faço tudo para não voltar ao hospital psiquiátrico, acho muito perigoso. Tenho medo de um doido matar o outro, fora as drogas que toma lá que são muitas.(E.11)

No CAPS me identifico mais. Aqui não vejo muito louco. Me sinto discriminada por usar o serviço, as pessoas me acham doida, acham que pega.(E.13)

Não estou muito bem. Sinto perturbações na cabeça. Chegado aqui me sinto melhor. O serviço é muito bom, me sinto acolhida, muito a vontade.(E.7)

Tenho muito medo, me desequilibro emocionalmente, preciso melhorar. Me sinto agradecida aos profissionais do CAPS e ao meu esposo. No serviço me sinto acolhida, não me sinto discriminada. As pessoas me tratam bem. Na rua as pessoas me mandam abandonar o tratamento.(E.16)

Atualmente, o CAPS privilegia o atendimento as pessoas oriundas de hospitais psiquiátricos e vitimados por um longo processo de adoecer. Esses usuários encontram, no atendimento da unidade, espaço para ser ouvido na sua singularidade e, mesmo continuando com alguma sintomatologia, conseguem resgatar potencialidades, como constatamos abaixo:

Me sinto bem melhor, apenas escuto vozes pedindo para morrer e sinto tonturas. Como usuário do serviço me sinto útil. Aqui sou capaz de produzir algo nas terapias ocupacionais.(E.3)

Estou muito bem, vou a praia, tenho meus filhos a meu lado, tem o CAPS. Como usuário me sinto participante, já falo dos meus problemas, estou com vontade de viver.(E.5.)

Agora estou bem, me sinto bem acompanhada, tenho apoio dos grupos. Como usuário me sinto fortalecida, capaz de ajudar o outro, principalmente meu filho, que também é usuário do CAPS.(E.6.)

Percebe-se o discurso de conformismo, dependência, agradecimento:

Estou muito preocupada com a minha gravidez. Me sinto muito cobrada no trabalho, mas estou melhor dos sintomas. Acho que preciso do serviço pra não ficar igual aos pacientes de crise. Antes tinha preconceito, achava coisa de louco vir aqui.(E.12)

Com medo de enfrentar a vida, de trabalhar, medo de mudar de humor, dependente. Me sinto dependente do serviço de saúde mental. Antes me achava discriminada , hoje me sinto normal. (E.14)

Me vejo como estável, equilibrado, mas escuto vozes de comando, tenho alucinações visuais. Como usuário dos serviços de saúde mental me vejo livre do preconceito que eu mesmo tinha a respeito do meu diagnóstico.(E.2)

Analisando os relatos acima, cabe uma reflexão utilizando-se o referencial de Oliveira in Jorge, Silva, Oliveira (1999, p.58):

O processo de desinstitucionalização como desconstrução do paradigma asilar, como intervenção de novas possibilidades de atendimento, vai de encontro a toda política de abandono, de desassistência, de desospitalização, de sucateamento dos serviços públicos. Antes exige a criação de serviços complexos de cuidados como CAPS, NAPS, lares protegidos, dentre outros. ... é importante destacar que a criação de novos serviços de atenção não significa necessariamente a transformação da lógica manicomial e da forma de compreender a prática psiquiátrica como uma de suas premissas a codificação do sofrimento psíquico em doença mental.

Discriminada na vida social e aceita no CAPS, é assim que se sentem alguns dos usuários entrevistados:

Sinto solidão, perseguida, eufórica, sem amigos, incapaz, dependente, ansiosa e com a auto-estima baixa. Antes, tinha vergonha, hoje acho importante o serviço, sinto que preciso.(E.17)

Tem horas que me sinto bem, mas, de repente, fico agressivo. Sou agressivo quando estou com raiva, não tenho pena nem de mim mesmo, sou cruel. Meu sonho é me curar. Por parte das pessoas do serviço tenho carinho, mas na minha cidade do interior sou olhado atravessado, sou excluído. Lá as pessoas me viam saindo amarrado para o hospital. Sou mais bem aceito pela opção sexual do que pela doença (E.10)

Para alguns usuários o CAPS acolhe, sentindo dificuldade de usar outros dispositivos de saúde, conforme discurso abaixo:

Me acho gorda, feia, sem atrativo, desanimada, relaxada. Não me incomoda ser usuária do CAPS, mas, me incomoda fazer perícia no INSS, me sinto fraca, impotente, doente (E.15).

O CAPS é percebido pelo usuários, também, como espaço de escuta e favorecedor da interação social:

Estou muito bem, vou a praia, tenho meus filhos a meu lado, tem o CAPS. Como usuário me sinto participante, já falo dos meus problemas, estou com vontade de viver.(E.5.)

Na percepção da assistência recebida, o usuário do CAPS, sinaliza que o considera como espaço de interlocução, onde sua singularidade é respeitada e suas potencialidades resgatadas. Concebido como dispositivo estratégico na saúde mental, a atenção prestada pelo Serviço faz o usuário sentir-se acolhido dentro da unidade e discriminado no espaço de convívio social. Nesse momento, vale refletir sobre a necessidade de se trabalhar a reinserção social do usuário a partir das ações do CAPS em direção a comunidade, reforçando o caráter de facilitador da rede comunitária de cuidados. O desafio consiste em trabalhar a exclusão social em todas as instituições públicas e privadas e na sociedade em geral, sem institucionalizar as relações.

#### **4.4. O modelo psicossocial representado pelo Caps e pela Instituição Psiquiátrica**

Em alguns discursos o CAPS surge como primeiro dispositivo de saúde mental utilizado pelos usuários. Dada a sua relevância nesse momento, o CAPS não pode ter o mesmo papel da comunidade terapêutica, defendida anteriormente, onde os doentes e os profissionais,

...iriam ver-se prisioneiros de um cárcere sem grades, edificados por eles mesmos, excluídos da realidade sobre a qual presumiam incidir; à espera de serem reinseridos...A única possibilidade restante é a de conservar o vínculo do doente com sua história – que é sempre história de abusos e de violências – mantendo claro de onde provêm a subjugação e a violência.(Basaglia, 2005, p.130,)

Como o CAPS é um serviço, relativamente, recente, as pessoas que entraram em sofrimento mental posteriormente a sua estruturação, já disponham de outros serviços para tratamentos. Os depoimentos abaixo mostram esta opção:

Na primeira gravidez sofri muitas agressões do marido que era alcoólatra. Entrei em depressão e perdi a noção das coisas. Comecei tratamento no CAPS de Redenção e depois aqui (E.6).

Em 2003 comecei a sentir sintomas de depressão, tinha problemas conjugais, relaciono o início da doença ao meu relacionamento conjugal. Vim direto para o Caps, fiz tratamento, voltei a trabalhar em 2005. Em 2008 comecei novamente crise de depressão e estou de licença medica ate hoje. (E.15)

Conferimos, em alguns relatos, a tentativa de utilização de serviço de atenção básica em saúde dentro da rede de cuidados. Usuários que foram atendidos nesses serviços com transtornos de menos gravidade e, somente depois de receberem atendimento, foram referendados aos CAPS:

Em 2002, quando minha filha nasceu com problemas de paralisia cerebral e hidrocefalia tive problemas clínicos graves e comecei a sentir os sintomas de depressão. Me sentia culpada pelos problemas da filha. Ouvia vozes, queria morrer, chorava muito. A cardiologista que me acompanhava me encaminhou pra acompanhamento em saúde mental com psicóloga no posto de saúde, de onde fui encaminhada para o CAPS.(E.16)

Percebe-se a contradição no discurso abaixo que representa o questionamento sobre a efetividade do CAPS e a utilização do hospital psiquiátrico como instrumento de punição:

Em 2005 comecei a sentir angustia, vontade de morrer, falta de apetite, tristeza, desanimo, não atribuía a nada. Comecei tratamento no CAPS ao tentar suicídio. Intercalava períodos de euforia com pregação religiosa e momentos de depressão. Parei tratamento, adoeci novamente. Me internei 2 vezes. Uma vez eu pedi e outra vez meu marido fez a internação compulsória por um mês. Hoje faço tratamento no Caps, mas, meu marido diz que se eu não melhorar me interna.(E.8)

Considerada por vários autores como Foucault (2005), Basaglia (1985), Amarante(1994), a forma mais violenta de punir, a exclusão permanece no discurso familiar como um castigo ao usuário pela não redução dos sintomas. O processo complexo de desinstitucionalizações demanda uma gama de intervenções concretas e subjetivas no âmbito das políticas públicas. O trabalho permanente de construção de novos valores culturais na família e na sociedade é de fundamental importância

para a formação de vínculos afetivos saudáveis que favoreçam o processo de saúde.

A comparação na vivência dos usuários do modelo asilar e do modelo psicossocial foi evidenciado por Costa Rosa in Amarante (2000, p.142) quando estabelece critérios para diferenciar o paradigma das práticas asilares e psicossociais. Questiona se um dado modo de atuação em saúde mental é realmente alternativo a outro, se é realmente substitutivo a outro, tanto em termos potenciais quanto efetivos. Afirma, ainda, que dois modelos de atuação serão alternativos se são contraditórios e são contraditórios se a essência de suas práticas se encaminhar em sentido opostos quanto aos seus parâmetros basilares.

Não será, portanto, com critérios como o bom ou o mau, melhor ou pior, humano ou desumano, democrático ou autoritário, etc., que podemos caracterizar a alternatividade de dois modos de ação em saúde mental. ...tanto o ambulatório pode continuar ocupando o lugar de depositário que do hospital psiquiátrico, quanto a equipe interprofissional pode continuar depositando na medicação a expectativa da eficácia das suas ações, não prescindindo do hospital psiquiátrico para atender a clientela da área em que se situa...(Costa-Rosa in Amarante, 2000, p.144)

Toda mudança requer a participação da sociedade como um todo. Observamos, através das histórias que as leis, por se só, não derrubam preconceitos. A luta diária, acreditar que se pode fazer diferente, possibilitar mudanças na família, na escola, na sociedade e na formação acadêmica dos profissionais que trabalham na atenção à saúde, podem contribuir para mudanças significativas no modo de se olhar esse ser humano. Somente assim, a violência da exclusão poderá ser afastada da sociedade.

#### **4.5. Conhecimento e acesso dos novos dispositivos na rede de atenção**

Na terceira parte da entrevista os usuários são questionados sobre os dispositivos de saúde que conhece e quais os que utiliza ou utilizou. Os dispositivos citados pelos usuários coincide com os mesmos que já foram utilizados por eles. A quase totalidade dos entrevistados citaram os seguintes dispositivos: Hospital de Saúde Mental de Messejana, Hospital do Coração, Hospital Gonzaguinha, Posto de saúde, serviços de emergência em hospitais públicos, tanto clínicos como

psiquiátricos, hospitais clínicos, Centro Comunitário – OCA , NAMI-UNIFOR – Universidade de Fortaleza. Dos dispositivos que fazem parte da rede de atenção em saúde de Fortaleza destacados na entrevista como: Centros de Convivência, CAPS AD, Albergues, Unidades de Atenção Básica, Residência Terapêutica, Leitos em hospitais gerais, CAPS infantil, Centros Comunitário (OCA), Ambulatórios em saúde mental, somente foram reconhecidos pelos entrevistados os CAPS ad, os Centros Comunitarios e as Unidades de Atenção Básica.

Resumindo, de acordo com as respostas dos usuários, a grande maioria desconhece os dispositivos de atenção em saúde que estão à disposição em saúde mental e citam apenas alguns que já ouviram falar como: Programa de volta pra Casa, CAPSad. CAPS i. Mencionam os centros comunitários, especificamente a OCA, e as unidades de atenção básica.

Na fala dos usuários percebe-se, claramente, a falta de integralidade da rede assistencial em saúde mental no município Fortaleza. Especificamente na Regional VI, a proximidade de Hospital Psiquiátrico, com sua cultura medicalizante, o atraso nas ações de matriciamento nas unidades de atenção básica e a dificuldade de introduzir-se práticas de saúde inovadoras, dificultam a efetividade das ações de integralidade da rede de atenção.

Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com seus princípios e diretrizes de descentralização, universalização, participação e controle social, equidade e integralidade na atenção dos serviços públicos de saúde houve uma modificação na oferta destes serviços. O grande desafio, na atualidade, se refere a eficácia política, isto é, a do efetivo resultado das ações em termos de saúde pública.

Quando se menciona saúde pública, fala-se na perspectiva do conceito de saúde ampliado e aplicado no campo da saúde coletiva, assim definido por Luz (2006, p. 28):

Esse campo de saberes e práticas é definido como multidisciplinar, por ser constituído por um amplo leque de disciplinas, que abrangem desde as ciências da vida, sobretudo a medicina, passando pelas ciências físicas (aquelas envolvendo sobretudo o meio ambiente), chegando até as humanas e sociais, profundamente imbricadas com os sujeitos, e as relações sociais, no que diz respeito à vida, saúde e morte humanas, bem como as condições que afetam essa tríade.

No relato dos usuários entrevistados percebe-se, de forma clara, que a demanda por saúde gira em torno da oferta de atenção médica ou de cuidados terapêuticos.

Estou bastante confuso, cansado da vida, muito medo da minha mãe e não sei quem sou. Como usuário me sinto muito bem acolhido, faço amigos, tomo medicação que me ajudam a superar obstáculos. E nesse serviço sou escutado. Só assim me sinto gente.(E.4)

Do ponto de vista da própria população existe o costume de se pensar em oferta de saúde como oferta de atenção e de medicamentos, conforme destaca Luz (2006, p.31)

Na verdade a saúde é associada na cultura presente, de dominância da ordem médico-social, à doença e sua atenção – portanto, à demanda por remédios e cuidado médico. Enquanto a demanda por saúde for socialmente construída em função da doença e do seu combate ou prevenção, acreditamos ser impossível aceder a uma demanda efetiva por saúde, no sentido positivo e propositivo do termo.

Vale refletir sobre o desconhecimento, por parte dos usuários dos CAPS, dos novos dispositivos de saúde integrantes da rede de atenção em saúde de Fortaleza, a qual não prioriza o atendimento médico-curativo. Para que ocorra a valorização desses serviços há de haver uma ruptura na cultura presente nas próprias instituições de saúde, através da presença da sociedade civil nos serviços de saúde, da modificação na formação dos profissionais de saúde, da promoção debates no âmbito das demais instituições públicas. Desta forma possibilita-se a construção de um novo diálogo com a população, ampliando o conceito de saúde.

Segundo a Constituição Brasileira vigente, de acordo com seu artigo 196, o direito à saúde deve ser garantido pelo Estado “ mediante políticas públicas e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”( BRASIL, 1988).

Para Ferla, Leal, Pinheiro (2006) o conceito ampliado de saúde, definido na Constituição, reforça a necessidade de produção de tecnologias específicas para a organização da gestão do sistema de saúde e da organização da atenção à saúde propriamente dita. É indiscutível a existência de esforços para produzir mudanças na atenção a saúde oferecidas a população. Compreende-se a dificuldade de

mudança das práticas de saúde tradicionalmente biomédicas, mas o espaço de embate político necessita ser aberto para que se impulsione a transição de valores e práticas ainda vigentes.

## CAPITULO V CONSIDERAÇÕES FINAIS – “ O mundo é uma escola”

### **Gentileza**

*Marisa Monte*

Apagaram tudo  
pintaram tudo de cinza  
a palavra no muro ficou coberta de tinta  
apagaram tudo  
pintaram tudo de cinza  
só ficou no muro tristeza e tinta fresca

nós que passamos apressados  
pelas ruas da cidade  
merecemos ler as letras e as palavras de gentileza

por isso eu pergunto a você no mundo  
se é mais inteligente o livro ou a sabedoria

o mundo é uma escola  
a vida é um circo  
amor palavra que liberta  
já dizia um profeta

Analisar a efetividade da rede de atenção em saúde mental com base na trajetória do usuário possibilitou a reflexão sobre as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

O perfil sócio-demográfico do usuário entrevistado evidenciou a prevalência do sexo feminino e sua exposição constante as diversas formas de violência. A condição sócio-econômica, a dependência econômica e a ineficiência das políticas públicas que promovam a autonomia do usuário pela via do trabalho, são fatores que favorecem a estigmatização e o processo de adoecimento do usuário.

A trajetória de sofrimento psíquico e de assistência na rede de atenção em saúde mental demanda debates intensos em torno da complexidade das histórias do sofrimento psíquico que se confunde com a própria história de vida. O processo de adoecimento, a relação de causalidade com a violência, com as condições sócio-econômica e culturais, nos leva a aprofundar o discurso a respeito das práticas representativas do modelo de atenção representado pelo Hospital Psiquiátrico, ainda tão presente no cotidiano do usuário.

As ideologias fundamentadas na Reforma Psiquiátrica, presentes nos serviços inovadores de saúde mental, devem ser explicitadas contribuindo positivamente para a transformação da cultura manicomial.

Os dispositivos de rede de atenção e apoio social destacados pelos usuários nas entrevistas refletem um desconhecimento dos novos dispositivos de saúde que privilegiam as práticas do modelo psicossocial. Os serviços emergentes de terapia comunitária e o atendimento em saúde mental nas unidades básicas de saúde foram os dispositivos mencionados nos relatos dos usuários. A procura dos dispositivos de saúde permanece associada a cultura de se pensar oferta de saúde como oferta de medicamentos.

A desconstrução desses valores culturais e a necessidade de fortalecimento dos parâmetros da Reforma Psiquiátrica na prática cotidiana podem contribuir, de forma significativa, para uma mudança substantiva no contexto geral da saúde.

A efetividade das ações em saúde é um processo político, técnico e administrativo, envolve mudanças de reorganização das praticas nas instituições e entre as instituições, construindo novas relações de saberes.

Somente com a organização da sociedade civil, dos profissionais em saúde e dos usuários é possível contribuir para o processo de inclusão dos novos dispositivos de saúde; ao contrário, a rede de atenção tende a fragmentar-se impossibilitando a reinserção do usuário.

Os usuários entrevistados demonstraram, nos seus relatos uma serie de atendimentos vivenciados por uma pratica que vai desde o atendimento ambulatorial simplificado, internações em hospitais psiquiátricos, atendimento medico tradicional, serviço substitutivo de hospital psiquiátrico (CAPS) e também experiências inovadoras, como a terapia comunitária (OCA). Vale refletir e possibilitar a construção de novas abordagens que, realmente, expressem os princípios da Reforma Psiquiátrica. A efetividade das ações nessas abordagens dependem da participação da sociedade, de uma mudança cultural.

Uma grande contribuição do CAPS ao Processo de Reforma Psiquiátrica em Fortaleza seria promover o debate, entre os usuários, a sociedade civil e trabalhadores da saúde, na intenção de engajar toda a sociedade no processo de mudança social, avançando na perspectiva de um conceito de saúde ampliado, avaliando ações, intervindo e inovando positivamente na efetividade dos serviços.

A superação do modelo hospitalocêntrico exige o nosso próprio processo de desinstitucionalização, com a destruições dos muros que cercam nossos saberes e práticas. A este respeito, corroboramos com as idéias de Silveira e Braga (2004, p.430):

Entendemos que mudar os muros físicos do manicômio não é suficiente, se isso não vier acompanhado de uma mudança no nosso modo de perceber e, conseqüentemente, agir perante a loucura. De acordo com os pressupostos da psiquiatria democrática italiana, a "produção de vida" é o instrumento dos profissionais de saúde da Reforma Psiquiátrica. Para possibilitarmos essa produção de vida àqueles que assistimos, precisamos, antes de tudo, permitirmo-nos experienciá-la dentro de nós mesmos. Precisamos questionar e descristalizar nossos próprios papéis para que, só assim, possamos abrir espaço para a produção de vida das pessoas em sofrimento mental.

No momento, de acordo com a análise da pesquisa, há uma grande dificuldade em inserir os nossos usuários em outros dispositivos que estão em

funcionamento, da rede assistencial de Fortaleza. O nosso grande desafio é trabalhar o apego e a dependência que o nosso usuário tem ao serviço. O CAPS Geral- SER VI não pode fomentar essa situação. Substituir o HSMM permanecendo no modelo médico-assistencial, contribui para a cronificação do usuário e impossibilita a inclusão social.

A vivência e o respaldo dos doutrinadores nos leva a defender a ideia que a simples substituição dos serviços não garante a efetividade das ações. Há de existir uma mudança cultural dos próprios profissionais de saúde, do usuário e familiares e da sociedade civil, no sentido de construir, coletivamente uma práxis voltada para reinserção social do usuário dos serviços, dentro de um compromisso ético e político com os preceitos da Reforma Psiquiátrica.

O grande questionamento sobre a efetividade da rede de atenção em saúde, através da trajetória da existência – sofrimento dos usuários do CAPS SER VI, nos leva as seguintes reflexões:

- A necessidade de um fortalecimento do compromisso ético-político com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica;
- Promoção permanente de fóruns de avaliação e debates sobre a práxis do serviço;
- Articulação com os outros serviços de saúde, facilitando o acesso e a referencia para o usuário em situação de doença, garantindo a continuidade da atenção e a efetividade do serviço;
- Os serviços oferecidos aos usuários tem que suprir as necessidades reais dos mesmos, oferecendo oportunidade de proteção, promoção, recuperação e reinserção social do usuário;
- Preocupação com o acesso e a formação de vínculo positivo com esse novos dispositivos de saúde propiciando a continuidade das ações que possibilitem a quebra do círculo vicioso de saúde-doença e incentive o processo de reintegração social;
- Superação dos obstáculos de implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, onde, culturalmente, os usuários priorizam o atendimento médico e a procura por medicação para resolver problemas da ordem econômico-afetivo-social;

- Construção, através do dialogo permanente entre os atores do SUS, de propostas de atendimentos pautados nos valores emancipatórios, garantindo as praticas de gestão de cuidado e de controle social.

Finalizo esse momento de reflexão com a crença no dialogo permanente entre os atores envolvidos no processo de inclusão social e a sociedade civil, como instrumento de transformação social. “Feito louco pela ruas”... “sem medo da mudança”.

Gentileza  
Gonzaguinha

Feito louco  
Pelas ruas  
Com sua fé  
Gentileza  
O profeta  
E as palavras  
Calmamente  
Semeando  
O amor  
À vida  
Aos humanos  
Bichos  
Plantas  
Terra  
Terra nossa mãe.

Nem tudo acontecido  
De modo que se possa dizer

Nada presta  
Nem todos derrotados  
De modo que não de prá se fazer  
Uma festa

Encontrar  
Perceber  
Se olhar  
Se entender  
Se chegar  
Se abraçar  
E beijar  
E amar  
Sem medo  
Insegurança  
Medo do futuro  
Sem medo  
Solidão  
Medo da mudança  
Sem medo da vida  
Sem medo do medo  
Das gentileza  
Do coração.

Feito louco pelas ruas...

## REFERÊNCIAS:

ALVES, S.M.C. Conselhos de Saúde: espaço para o controle social e o exercício da cidadania. *Ser Social: Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social*, UNB, Brasília, nº15, p. 85-113, jul./dez. 2004.

AMARANTE, Paulo.TORRE, Eduardo H. G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, maio/ago. 2001.

AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (org.). **Psiquiatria social e a reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

AMARANTE, Paulo (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

AMARANTE, Paulo (org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 1996.

AMARANTE, Paulo. A clínica e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, Paulo (coord.). **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003.

AMARANTE, Paulo. Manicômio e loucura no Final do Século e do Milênio. In: Fernandes, M. I. A. Arendt, H. **O Que é Política?** Tradução Reinaldo Guarany. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

ANTUNES, Eleonora H. Raça de Gigantes: A Higiene Mental e a Imigração no Brasil. In: ANTUNES, Eleonora H. ; BARBOSA, Lúcia H. S.; PEREIRA, Lygia M. F. (orgs.). **Psiquiatria, Loucura e Arte**: Fragmentos da História Brasileira. São Paulo: USP, 2002.

AQUINO *et al.* **Saúde mental no Ceará após a Lei 12151 de 29.07.1993**. Fortaleza, mimeog., maio de 1995.

ARAÚJO, Emnuel. **O teatro dos Vícios**: transgressões e transigência na sociedade urbana colonial. Rio de Janeiro. José Olímpio, 1997.

AVELAR, Lúcia e CINTRA, Antônio (orgs.). **Sistema Político Brasileiro**: uma introdução, Rio de Janeiro. Fundação Konrad Adenauer e Fundação UNESP, 2004.

BACHELARD, Gaston. **O novo espírito científico**. Rio de Janeiro:Tempo Brasileiro. 1968.

BACHELARD, Gaston. **A formação do espírito científico**. Rio de Janeiro. Contraponto. 1996.

BARRETO, Adalberto de Paula. **Terapia Comunitária passo a passo**. Fortaleza: Gráfica LCR, 2005.

BARROS, D.D. jardins de Abel: **Desconstrução do manicômio de Trieste**. São Paulo: 1994.

BASAGLIA, F. Loucura / delírio in AMARANTE, P. (org.) **Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamoud, 2005.

BASAGLIA, F. **A Instituição Negada**. Rio de Janeiro, Graal, 1985.

BASAGLIA, F. As instituições da violência. In: BASAGLIA, Franco (coord.). **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Trad. Heloísa Jahn. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BASAGLIA, F. ONGARO, Franca. CASAGRANDE, Domenico; JERVIS, Giovanni; COMBA, Letizia J.; PIRELLA, Agostinho; SCHITTAR, Lucio; SLAVICH, Antonio. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (org.). **Psiquiatria social e a reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BASTOS, C.; BUARQUE, C. Todo Sentimento, in Buarque, c(s.1): **Focus**, 1999. CD faixa 12.

BERLINCK, Manoel Tosta. **Psicopatologia fundamental**. São Paulo: Escuta, 2000.

BERLINCK, Manoel Tosta. Logos. In: QUEIROZ, Edilene F.; SILVA, Antonio P. R. (orgs.). **Pesquisa em Psicopatologia Fundamental**. São Paulo: Escuta, 2002.

BEZERRA JR.; AMARANTE, P. (orgs.). **Psiquiatria Sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

BEZERRA JR. B. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental in: TUNDIS e COSTA. **Cidadania e loucura**. Vozes, Petrópolis, 2007 .

BOTEGA, Neury José. **Saúde Mental no Hospital Geral**. São Paulo: Papyrus, 1995.

BRAGA, Marinaldo C. O grito da cidade. **Revista Fortaleza**, Jornal O Povo, Fortaleza, 23 de abril de 2006

BRAGA, V. A. B.; SILVA, G. B. O ensino da enfermagem no Ceara: a realidade que se esboça. **Revista latino americana de enfermagem**. Ribeirão Preto. V. 8. N. 1 p. 13-21, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Memória da Loucura**. Centro Cultural da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Lei n. 8.080/90**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. **Lei n. 10216/01**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Resolução CNS n. 322/03**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **circular conjunta da Coordenação Geral de Saúde Mental e da Coordenação de Gestão da Atenção Básica**, nº 01/03, de 13/11/03, do Ministério da Saúde, 2003

BRASIL. **Portaria MS nº. 2.047**, Brasília: Ministério da Saúde, 5.11.2002.

BRASIL. **Portaria MS nº. 396**, Brasília: Ministério da Saúde, 07.07.2005.

BRASIL. **Portaria Nº. 224/92**. Brasília: Ministério da Saúde, 29 jan.1992.

BRASIL. **De volta para casa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Saúde Mental no SUSI**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. [www.saude.gov.br-saude](http://www.saude.gov.br-saude). Acesso em 09/06/2010

BRASIL. **Saúde Mental no SUSI**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. [www.saude.gov.br-saude](http://www.saude.gov.br-saude). Acesso em 01/06/2009.

BRASIL. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Circular Conjunta da Coordenação Geral de Saúde Mental e da Coordenação de Gestão da Atenção Básica, nº 01/03, de 13/11/03**. Disponível em <http://200.214.130.38/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>. Acesso em: Novembro de 2005.

BRASIL. **Legislação em Saúde Mental: 1999-2004 – 5 ed. Amp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.**

BRASIL. **Decreto nº 99.438**, de 7 de agosto de 1990. dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outra providência. Diário Oficial da República, Brasil, DF, 8 de agosto. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria da Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994. 63p.

BRASIL. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213p.

BRASIL. **Lei Orgânica 8080/90**. Brasília: Ministério da Saúde, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde**. 3. ed. Campinas: Unicamp, 2002.

BRASIL. CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. **Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudos envolvendo as 107 maiores cidades do país**, Brasília. CEBRID, UNIFESP, 2002. Disponível em [http://www.cebrid.epm.br/levantamento\\_brasil2/](http://www.cebrid.epm.br/levantamento_brasil2/). Acesso em: Junho de 2006.

BRASIL. Data SUS. **Morbidade Hospitalar do SUS** – por local de residência – Brasil. Disponível em <http://datasus.gov.br>. Acesso em Outubro de 2006.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório do seminário sobre o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas na rede do SUS. **Caderno de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**. Declaração de Alma Ata. Carta Ottawa. Declaração de Adelaide. Declaração de Sndsvall. Declaração de Santafé de Bogotá. Declaração de Jacarta. Rede de Megapaíses. Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CAMPOS, Gastão W. de S. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. 1997 (mimeo).

CANDEIAS, N.M.F. Conceitos de Educação e de Promoção em Saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Rev. **Saúde Pública**, 31 (2): 209 – 13, 1997.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo. Cultrix, 1986.

CAREY, Philip. Community health and empowerment. In: Kerr Joanne. **Community Health Promotion: Challenges of practice**. London, British Library, 2000.

CAMPOS, Rosana O. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. In: CAMPOS, Rosana O. **Saúde em Debate**, p. 98-111, 2001.

CANONGIA, Ana Irene. O esquizofrênico revisitado pela droga-trauma. Que droga de trauma! **Anais do I Congresso Internacional e VII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental**. Rio de Janeiro, set. 2004.

CAPS, **Planejamento estratégico**, Secretaria de saúde de Fortaleza, colegiado de saúde mental Fortaleza, 2009.

CEARA (ESTADO). **Lei nº 12151, de 29 de julho de 1993**. Dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e uma substituição por outros recursos assistenciais. Ceará, 1993.

CECCARELLI, Paulo Roberto. A contribuição da Psicopatologia Fundamental para a Saúde Mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. VI, n. 1, p. 13-25, março 2003.

CHAUI, Marilena. **Convite à Filosofia**. Ática. São Paulo, 2000.

CORDEIRO, Celeste. Vicissitudes da democracia no Brasil: o patrimonialismo com cultura. In: **Revista Síntese**, Ano 5, Brasília, 2000.

COSTA-ROSA, Abílio; LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Sílvio. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, Paulo (coord.). **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003.

COSTA-ROSA, Abílio; O modo Psicossocial: um paradigma nas praticas substitutivas ao modo asila. In: AMARANTE, Paulo (coord.). **Ensaio subjetividade,saude mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

COSTA, M. N. Por uma Sociedade Sem Manicômios. In: Costa F. P. (org.). **Loucura, Ética e política**: escritos militantes. São Paulo. Casa do Psicólogo. 2003.

CORTES, Soraya Maria Vargas. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, jan./jun. 2002, nº.7, p.18-49.

DALLARI, Sueli Gandolfi, ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira, FARIA, Mara de Mello et al. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. **Cad. Saúde Pública**, out./dez.1996, vol.12, nº.4, p.531-540.

DA MATTA, Roberto. **Carnavais, Malandros e Heróis**.. Rio de Janeiro: Rocco 1997.

DA MATTA, Roberto. **Conta de Mentiroso**: sete ensaios de antropologia brasileira. Rocco. Rio de Janeiro, 1993.

DA MATTA, Roberto. **A Casa & a Rua**: espaço, cidadania, mulheres e morte no Brasil. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

DA MATTA, Roberto. **O que faz o Brasil Brasil?** Rio de Janeiro: Rocco, 2001.

DE-SIMONI, Lulz V. Importância e necessidade da criação de um manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienados. **Revista**

**Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. VII, n. 1, p. 142-159, março 2004.

DELGADO, Pedro G. G. Reforma Psiquiátrica e Cidadania: o Debate Legislativo. **Saúde em Debate**, n. 35, p. 80-84, julho 1992.

DELGADO, Pedro G. G. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: TUNDIS, Silvério A.; COSTA, Nelson R. (org.). **Cidadania e Loucura**. Políticas da Saúde Mental no Brasil. 7. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciencias sociais**. São Paulo. Cortez Autores Associados, 1991.

DEMO, Pedro. **Participação é conquista: noção de politica social participativa**. Sao Paulo: Cortez, 1985

DEMO, Pedro. **Politicidade: razão humana**. Campinas: papyrus, 2002

DEMO, Pedro. **Solidariedade com Efeito de Poder**. São Paulo: Cortez, 2002

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DREYFUS, H. e RABINOW, P. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica**, RJ: Forense, 1995.

DUARTE JR., J. F. **A Política da Loucura: a antipsiquiatria**. Campinas: São Paulo. Papyrus, 1986.

DURAND, Gilbert. **O Imaginário: ensaio acerca das ciências e da filosofia da imagem**, Rio de Janeiro. Difel, 1998.

ERIBON, D. **Foucault : uma biografia**, São Paulo:: Cia das Letras, 1990.

ERIBON, D. **Michel Foucault e seus contemporâneos**, Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

ESCOBAR, C. H. (org.) **Dossiê Michel Foucault**, Rio de Janeiro: Taurus, 1984.

EWALD, F. **Foucault: a norma e o Direito**, Lisboa: Veja, 1993.

FAVORETO, Cesar A. O.A construção e avaliação da clinica na perspectiva da integridade: uma rede complexa de palavras e coisas de saberes e praticas in MATTOS, R. A. & PINHEIRO, R. (Organizadores). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006

FÉDIDA, Pierre. Amor e morte na tranferência. In: FÉDIDA, Pierre. **A clínica psicanalítica: estudos**. Trad. Martha Prada Silva e Regina Steffen. São Paulo: Escuta, 1988.

FERREIRA, Ademir P. O ensino da psicopatologia: do modelo asilar à clínica da interação. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. V, n. 4, p. 11-29, dez. 2002.

FERLA, LEAL & PINHEIRO, Um olhar sobre pratica avaliativas de descentralização do sistema se saúde: construindo uma abordagem analítica para atuação em rede in MATTOS, R. A. & PINHEIRO, R. (Organizadores). **Gestão em redes: praticas de avaliação, formação e participação na saude**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

FERNANDES, M. I. A. (org.). **Fim de Século: ainda manicômios?** São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de Sao Paulo, 1999.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à Saúde Mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. VIII, n. 1, p. 75-86, março, 2004.

FIORIN, J. L. **Elementos de Análise do discurso**. São Paulo: Contexto, 1996

FLEMING, Manuela. **Ideologias e Praticas Psiquiátricas**. Porto: Afrontamento, 1976.

FORTALEZA. **Resolução nº de 60/04**. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde/Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza, 21 dez.2004.

FORTALEZA. **Relatório II conferencia de saúde mental intersectorial de Fortaleza**: Secretaria Municipal de Saúde/Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza, 2010. Disponível em [WWW.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms](http://WWW.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms). acessado em 06.06.10.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Trad. Roberto Machado. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

FOUCAULT, Michel. M. **História da Loucura na Idade Clássica**,. 8. ed.São Paulo: Perspectiva, 2005.

FOUCAULT, Michel. **As Palavras e as Coisas**, São Paulo: Martins Fontes, 1981.

FOUCAULT, Michel. **Arqueologia do Saber**. Rio de Janeiro: Forense, 1987.

FOUCAULT, Michel. **A Ordem do Discurso**, SP: Loyola, 1995.

FOUCAULT, Michel. **Eu, Pierre Rivière**. Rio de Janeiro: Graal. 1995.

FOUCAULT, Michel. **A verdade as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: PUC/RJ, Depto de Letras. 1981.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**. Rio de Janeiro: Vozes, 1990.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade: A Vontade de Saber**, Vol. I, Rio de Janeiro: Graal, 1977.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade: o uso dos prazeres**, Vol. II Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FOUCAULT, Michel. **Resumo dos Cursos do Collège de France (1970-1982)**, Rio de Janeiro: Zahar. 1997.

FRAGA, M. N. O., SOUZA, A. M.;BRAGA, V. A. B., **Reforma psiquiátrica brasileira: muito a refletir**. Acta Paul Enfermagem, v. 19, n. 2, p. 207 – 211, 2005.

FRAYZE-PEREIRA. J.A. **O que é loucura**. 10. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

FREIRE, Gilberto. **Vida Social no Brasil nos Mesdos do Século XIX**. Rio de Janeiro. Artenova, 1922.

FREIRE, Gilberto. **Casa Grande & Senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal**. Rio de Janeiro: Record, 1922

FREITAS. A. C. A. Desvendando e refletindo praticas cotidianas: um estudo da delegacia de defesa da mulher de Fortaleza a partir da atuação de profissionais da instituição. **Dissertação apresentada no curso de mestrado acadêmico em políticas publicas e sociedade da UECE**, 2008.

FROTA, M. Helena de P. O feminino no ceará: machismo e impunidade. Revista O público e o privado, n 08, junho/dezembro. 2006

FURTADO, Juarez P. **De caps I a caps II ou a necessária incompletude**. Congresso do Cersam Betim Central, Betim, BH. dez. 2002.

FURTADO, Juarez P.; CAMPOS, Rosana O. A transposição das políticas de Saúde Mental no Brasil para a prática nos novos serviços. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. VIII, n. 1, março 2005.

GALDURÓZ, J.C.; NOTO, A. R.; CARLINI, E. A. IV **Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras - 1997**. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID, Escola Paulista de Medicina, 1997.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 7.ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

GOLDBERG, Jairo I. **A doença mental e as instituições: a perspectiva de novas práticas**. 115p. Dissertação (mestrado no Departamento de Medicina Preventiva) Universidade de São Paulo, 1992.

GOLDBERG, Jairo I. **Reabilitação como processo**: o Centro de Atenção Psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). Reabilitação psicossocial no Brasil. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

GONÇALVES R. C. & LISBOA, T. K. Sobre o método da história oral em sua modalidade trajetória de vida. **Revista Katal**. Florianópolis v. 10. P. 83 – 92, 2007.

GUIZARDI, Francini Lube, PINHEIRO, Roseni, MATTOS, Ruben Araujo de et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. **Physis**, 2004, vol.14, no.1, p.15-39.

GULJOR. PINHEIRO. SILVA JUNIOR . Necessidades e práticas na desinstitucionalização da clientela de longa permanência institucional, in MATTOS, R. A. & PINHEIRO, R. (Organizadores). **Gestão em Redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006

HAJENIUS, Elisabeth K. Como abordar psicanaliticamente as situações psiquiátricas emergenciais. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. VI, n. 1, p. 172-174, março 2003.

KINOSHITA, Roberto T. Em busca da cidadania. In: CAMPOS, Florianita C. B.; HENRIQUES, Cláudio M. P. (orgs.). **Contra a maré à beira-mar**: a experiência do SUS em Santos. 2. ed. São Paulo, Hucitec, 1997.

KODA, Mirna Y. A construção de sentidos sobre o trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial. In: AMARANTE, Paulo (coord). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003.

IRRIBARRY, Isac Nikos. O diagnóstico transdisciplinar em psicopatologia. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. VI, n. 1, p. 53-75, março 2003.

JANINE, R. (org.) **Recordar Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

JAPIASSU, Hilton. **O mito da neutralidade científica**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

JORGE. SILVA. OLIVEIRA: Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio. Ed. UECE, Fortaleza, 1999.

JUCA, GISAFRAN N. M. Fortaleza: cultura e lazer In: SOUZA, Simone (Org.). **Uma História do Ceará**, Fortaleza, Edições Demócrito Rocha, 2000.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**, 4 edição, São Paulo, Atlas: 2001

LEITÃO, Claudia. **Por uma ética da estética**: uma reflexão acerca da 'ética harmorial' nordestina. Fortaleza: UECE, 1997.

LOBO, SONIA. **Violência um estudo psicanalítico e multidisciplinar**. Edições Demócrito Rocha, 2003.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos**. São Paulo: Hucitec, 1997.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

LOPES. In FERNANDES, M. I. A. (org.). **Fim de Século: ainda manicômios?** São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999.

LUZ, Madel. A História de uma marginalização: a política oficial de saúde mental – ontem, hoje, alternativas e possibilidades. .Amarante, Paulo Carvalho (org.). **Psiquiatria social e a reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

LUZ, Madel. Demanda em saúde: construção social no campo multidisciplinar da saúde coletiva in MATTOS, R. A. & PINHEIRO, R. (Organizadores). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

MACHADO, R. **Ciência e Saber: a trajetória da Arqueologia de Michel Foucault**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MANNONI, Octave. O (s) Movimento (s) Antipsiquiátrico (s). In: MANNONI, Octave. **Um espanto tão intenso: a vergonha, o riso, a morte**. Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

MÁRQUEZ, Gabriel García. Só vim telefonar. In: MÁRQUEZ, Gabriel García. **Doze Contos Peregrinos**. São Paulo: Record, 1992.

MARIETTI, A. K. **Introdução ao Pensamento de Michel Foucault**. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

MARTINS, Jose de Souza. O Estado: o uso conservador da mediação do moderno. In: **O poder do atraso: ensaios de sociologia da história lenta**. São Paulo: Hucitec, 1999.

MARRE, J. L. **Historia de vida e método biográfico**. Cadernos de Sociologia, Porto Alegre, UFRGS. V.3, n..3, p.89-141,1991.

MASSARO, Geraldo. **Loucura: uma proposta de ação**. 2. ed. São Paulo. Agora, 1990.

MATTOS, R. A. & PINHEIRO, R. (Organizadores). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006

MENDONÇA, M. H. Maalhães. Práticas de avaliação e formação profissional em políticas públicas voltadas para consolidar a esfera pública no SUS. In MATTOS, R. A. & PINHEIRO, R. (Organizadores). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Organizadora). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 5 edição, São Paulo, Hucitec, 1998

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007.

MURRAY, C. J. L. & LOPEZ, A. D. eds (1996) **The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020**. Cambridge: Harvard University Press, 990 p.

ODA, Ana Maria G. R e DALGALARRONDO, Paulo. O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. VII, n. 1, p. 128-141, março 2004.

OURY, Jean. Itinerários de Formação. Trad. Jairo I. Goldberg. **Revue Pratique**, n. 1, p. 42-50, 1991.

OLIVEIRA, L.M.L. sociedade civil e lutas em defesa da saúde em Juiz de Fora: O fórum popular de saúde. Libertas. **Revista do Serviço Social**, v. 2, nº 1, jan./jun. 2002. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2002.

OLIVEIRA in JORGE, SILVA, OLIVEIRA. **Reabilitação psicossocial no contexto da desinstitucionalização: utopias e incertezas**. P.58. Vozes. 1999

O'DONNELL, Guillermo. Hiatos, instituições e perspectivas Democráticas. In: REIS, Fábio Wanderley (Org.). **A Democracia no Brasil: Dilemas e Perspectivas**. São Paulo: Vértice/RT, 1988.

OMS: **Organização Mundial de Saúde**. Organização Panamericana de Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo. Genebra, 2001.

OSTERNE, Socorro. **Família, pobreza e gênero: o lugar da dominação masculina**. Fortaleza. Eduece, 2001.

OSTERNE, Socorro. Violência contra a mulher. **Revista o público e o privado n.8**. julho-dezembro, 2006.

OSTERNE, Socorro. O sentido da violência e as especificidades da violência contra a mulher no contexto das relações de gênero. **Revista o público e o privado n.8**. julho-dezembro, 2006.

PAREIRA, I.M.T.B., PENTEADO, R.Z., MARCELO, V.C. Promoção da Saúde e Educação em Saúde: uma parceria saudável. **O Mundo da saúde**, São Paulo, ano24, v.24, n. 1 jan/fev.2000.

PEREIRA, Mário E. C. Psicopatologia fundamental e psiquiatria. In: QUEIROZ, Edilene F.; SILVA, Antonio R. R (orgs.). **Pesquisa em Psicopatologia Fundamental**. São Paulo: Escuta, 2002.

PEREIRA, Lygia M. F. Os Primeiros Sessenta Anos da Terapêutica Psiquiátrica no Estado de São Paulo. In: ANTUNES, Eleonora H.; BARBOSA, Lúcia H. S.; PEREIRA, Lygia M. F. (orgs.). **Psiquiatria, Loucura e Arte: Fragmentos da História Brasileira**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002.

PESSOTTI, Isaias. **A loucura e as épocas**. São Paulo: Editora 34, 1994.

PIACENTINI, M. T. Eficiente, eficaz e efetivo, n. 42, publicada em 01 de fevereiro de 2003. Acesso em 05.05.2010. [www.linguabrasil.com.br](http://www.linguabrasil.com.br).

PITTA, Ana Maria F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

PONTE, Sebastião R. A belle époque em Fortaleza: remodelação e controle In: SOUZA, Simone (Org.). Uma Historia do Ceará, Fortaleza, Edições Democrito Rocha, 2000.

PONTES, P. A. R. **Reforma Psiquiátrica no Ceará: tópicos de caracterização dos novos serviços**. Apresentado no Congresso Brasileiro de Enfermagem, 46. Goiânia-GO, outubro de 1995.

QUEIROZ, Edilene F. A pesquisa em psicopathologia fundamental: um discurso transdisciplinar. In: QUEIROZ, Edilene F.; SILVA, Antonio R. R (orgs.). **Pesquisa em Psicopatologia Fundamental**. São Paulo: Escuta, 2002.

RAJCHMAN, J. **Foucault: a liberdade da filosofia**, Rio de Janeiro: Zahar, 1987.

REICHENHEIM; HASSELMANN; MORAES. Consequencias da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para elaboração de propostas de ação. **Revista ciência e saúde coletiva**. Vol. 4 n 1 Rio de Janeiro. 1999.

RESENDE, Heitor. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério A.; COSTA, Nilson R. (org.). **Cidadania e Loucura**. Políticas de saúde mental no Brasil. 7. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

RIBEIRO, Darcy. **Os brasileiros: teoria do Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, 1978.

RIBEIRO, POÇO, PINTO. A inserção da saúde mental na atenção básica de saúde. In: RIBEIRO, Mário Sérgio (Org.) **Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental**. Juiz de Fora: UFJF.2007. p. 15-26.

RIBEIRO, Mário Sérgio (Org.) **Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental**. Juiz de Fora: UFJF.2007.

ROCHA, Eduardo de C. Entrevista do Dr. Eduardo de Carvalho Rocha ao Prof. Manoel Tosta Berlinck, sobre o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. VI, n. 4, p. 164-170, dez. 2003.

ROCHA, Eduardo de C.; FERNANDES, Francisco Leonel F. O psicótico ajuizado: incidências da psicanálise no tratamento psiquiátrico da psicose. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. VII, n. 1, p. 40-62, março 2004.

ROTELLI, Franco, LEONARDIS, Ota de, MAURI, Diana. **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Vozes, 2001.

SARACENO, Benedito. Reabilitação Psicossocial: Uma Estratégia para a Passagem do Milênio. *In*: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial a cidadania possível**. Belo horizonte. Te Cora.1999.

SEGAWA, Hugo. Casas de Orates. *In*: ANTUNES, Eleonora H.; BARBOSA, Lúcia H. S.; PEREIRA, Lygia M. F. (orgs.). **Psiquiatria, Loucura e Arte**: Fragmentos da História Brasileira. São Paulo: USP, 2002.

SILVA, Jose B. A cidade contemporânea no Ceará *In*: SOUZA, Simone (Org.). **Uma História do Ceará**, Fortaleza, Edições Democrito Rocha, 2000.

SILVEIRA, L.C. e BRAGA, V.A.B. About the concept of madness and its reflexes on mental health care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, July/Aug. 2005, vol.13, no.4, p.591-595.

SILVEIRA, L.C. e BRAGA, V.A.B. Contextualizando e problematizando. **Rev. Escola de Enfermagem**, USP,2004, p.430.

SPOSATI, A. e LOBO, E. Controle social e políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, out./dez. 1992, vol.8, no.4, p.366-378.

SOUZA, Simone (Org.). **Uma História do Ceará**, Fortaleza, Edições Democrito Rocha, 2000.

SOUZA, F. Herbet Rolim. O Poeta Anfibio e a história das mentalidades (Otacilio de Azevedo e a cidade de Fortaleza). **Entrelances**. Agosto de 2007. P. 5.

SUCUPIRA, A. C. & MENDES, R. Promoção da Saúde: conceitos e definições. *In: SANARE*, Ano IV, N.1, jan./fev./mar.2003.

TEIXEIRA, Mônica. A implantação da Reforma Psiquiátrica em São Paulo: entrevista com a coordenadora de Saúde Mental do Estado Mirsa E. Delossi. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. VI, n. 4, p. 117-134, dez. 2003.

TENÓRIO, Fernando. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

TOURAINÉ, A. Os movimentos sociais. *In: FORACCHI, M.M. e MARTINS, J.S. Sociologia e Sociedade*, 1977.

TUNDIS e COSTA. **Cidadania e loucura**. Vozes, Petrópolis, 2007

VALLA, Victor Vicent. STOTZ, Eduardo Navarro. **Participação Popular, Saúde e Educação**. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.

VALE, R.D.C. Esquizifrenia. *In* RIBEIRO, M.S.(Org.). Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental. Juiz de Fora: Ed. UFJF, p. 81-96, 2007

VASCONCELOS, E.A. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira *in: VASCONCELOS, E.A. (org.) A saúde nas palavras e nos gestos- Reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001.

VERGARA, Sílvia; LIGGIERRI, Sonia. **Projetos e relatórios de pesquisa**, São Paulo, Atlas, 2005

YASUI, Silvío. CAPS: aprendendo a perguntar. *In: LANCETTI, Antonio et. al. Saúde Loucura*. São Paulo: Hucitec, 1989.

WESTPHAL, M.F. ALMEIDA, E.S. (Organizadores). **Gestão de Serviços de Saúde**. São Paulo: Edusp, 2001.

## FILMES

BICHO DE SETE CABEÇAS. Brasil. Ficção - 88 minutos - 35mm - cor - dolby digital . Direção: Laís Bodanzky . Roteiro: Luiz Bolognesi. 2004.

DIARIO DE UM ADOESCENTE. Estados Unidos – Drama – 102 minutos. Direção: Scott Kalvert. Roteiro: Jim Carroll, Bryan Goluboff. 1995

ESTRANHO NO NINHO. Estados Unidos – Drama - 133 minutos. Roteiro: Bo Goldman, Lawrence Hauben. Direção: Milos Forman. 1975

JANELA DA ALMA. Brasil. Documentário - 73 minutos. Direção: João Jardim e Walter Carvalho. Roteiro: João Jardim. Direção de fotografia: Walter Carvalho. 2001

MAUÁ, O IMPERADOR E O REI. Brasil - Drama – 134 minutos - Direção: Sérgio Resende. 1999.

MELHOR IMPOSSIVEL. Estados Unidos. Comédia – 138 minutos – Direção: James Brook. 1997

PONTO DE MUTAÇÃO. Drama – 126 minutos. Direção Bernt Capra – baseado no livro de Fritjof Capra – 1990

UMA MENTE BRILHANTE. Drama – 134 minutos – Direção: Ron Howard. 2002

## EXPOSIÇÕES

MUSEU BISPO DO ROSARIO. Exposição 154 obras do artista Artur Bispo do Rosario. Rio de Janeiro. 2007

MUSEU IMAGENS DO INCONSCIENTE. Exposição: Nise da Silveira – Caminhos de uma Psiquiatra Rebelde. Rio de Janeiro. 2007.

MUSEU IMAGENS DO INCONSCIENTE. Coleções Adelina Gomes, Artur Amora e Fernando Diniz. Rio de Janeiro. 2007

## TEATRO

ANDANÇAS - VIDA E OBRA DE ARTHUR BISPO DO ROSÁRIO. Monólogo. Direção: Paula Feitosa. Centro Cultural da Justiça Federal - Rio de Janeiro. 2007

## MÚSICA

O QUE SERÁ (À FLOR DA PELE). *CHICO BUARQUE*. CD Caros Amigos. 1976  
 GENTILEZA. *GONZAGUINHA*. CD Cavaleiro Solitário. 2000  
 TRADUZIR-SE. *FAGNER* CD 20 Supersucessos - Fagner. 1997  
 CAÇADOR DE MIM. *MILTON NASCIMENTO*. CD Canção da América. 1990  
 GUERREIRO MENINO. *FAGNER* CD 20 Supersucessos - Fagner. 1997  
 APESAR DE VOCÊ. *CHICO BUARQUE*. CD Chico Buarque. 1978  
 GENTILEZA .*MARISA MONTE*. CD Memórias, Crônicas e Declarações de Amor.  
 2000

## FIGURAS

Figura I - Asilo de Alienados do Juquery -  
[historyofmedicine.blogspot.com/2005/12/incndio-destruiu-arquivos-histicos-do.html](http://historyofmedicine.blogspot.com/2005/12/incndio-destruiu-arquivos-histicos-do.html)

Figura II - Santa Casa de Misericórdia – 1932 -  
[commons.wikimedia.org/wiki/File:Santa\\_Casa\\_de\\_Misericordia\\_de\\_Fortaleza\\_1932](http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Santa_Casa_de_Misericordia_de_Fortaleza_1932)

Figura III – Passeio Público Fortaleza / Passeio Público – 1919 -  
[commons.wikimedia.org/wiki/File:Passeio\\_Publico\\_Fortaleza\\_1919.JPG](http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Passeio_Publico_Fortaleza_1919.JPG)

Figura IV – Padaria Espiritual - [fortalezanobre.blogspot.com/2009/11/padaria-espiritual-1892-1898.html](http://fortalezanobre.blogspot.com/2009/11/padaria-espiritual-1892-1898.html)

Figura V – Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo - [fortalezanobre.blogspot.com](http://fortalezanobre.blogspot.com)

Figura VI - Hospital de Saúde Mental de Messejana -  
[fortalezanobre.blogspot.com/2009/10/messejana.html](http://fortalezanobre.blogspot.com/2009/10/messejana.html)

Figura VII - Caps geral VI - [capsgeral06.blogspot.com/p/galeria-de-fotos.html](http://capsgeral06.blogspot.com/p/galeria-de-fotos.html)

Figura VII – Representação das Secretarias Administrativas Regionais (SER) da cidade de Fortaleza e suas Regionais. Fortaleza - CE, 2010. –  
[www.sms.fortaleza.ce.gov.br](http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br)

Figura IX – Regional VI e seus bairros. Fortaleza – CE, 2010. -  
[www.sms.fortaleza.ce.gov.br](http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br)

## **APÊNDICE**

## APÊNDICE A

### ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMI ESTRUTURADA A USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS – SER VI

#### - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

1. Identificação:
2. Idade
3. Sexo
4. Estado civil
5. Endereço
6. Escolaridade
7. Profissão
8. Ocupação atual
9. Renda individual
10. Renda familiar

#### - HISTORIA DE SOFRIMENTO MENTAL E TRAJETÓRIA DE TRATAMENTO;

1. Como se percebe no momento;
2. Como se percebe como usuário dos serviços de saúde mental;
3. Tipo de atendimento recebido no CAPS;
4. Trajetória de tratamento antes de chegar ao CAPS
5. Quais os serviços utilizados na rede de atenção a saúde mental
6. Como ocorre o atendimento à saúde mental, na perspectiva dos preceitos do SUS e pela Reforma Psiquiátrica nos CAPS (ESTA QUESTÕES DEVE SER RESPONDIDA POR VOCÊ)

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_

declaro que é de livre e espontânea vontade que concordo em participar da pesquisa 'política de saúde mental: Analisar a rede de atenção em saúde mental com base na trajetória do usuário do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)/SER VI., traçar o perfil sócio-demográfico e psicossocial do usuário; conhecer a trajetória de sofrimento mental e de atenção na rede de atenção em saúde mental; identificar dispositivos de rede de atenção e apoio social utilizados pelo usuário; discutir a trajetória do usuário na rede de atenção em saúde na perspectiva dos preceitos do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

A coleta de dados será realizada na própria instituição em que esses indivíduos atendimento, através de entrevistas, sobre os cuidados e atenção recebidos. Serão respeitados, na pesquisa, os aspectos éticos definidos na da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), que rege as regras para pesquisa em seres humanos.

Fortaleza,

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)