

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Maria Sônia Lima Nogueira

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL:
estudo de caso no centro de atenção psicossocial da Secretaria
Executiva Regional IV do município de Fortaleza

FORTALEZA-CEARÁ

2009

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

MARIA SÔNIA LIMA NOGUEIRA

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL:
estudo de caso no Centro de Atenção Psicossocial da Secretaria
Executiva Regional IV do Município de Fortaleza

Trabalho apresentado à coordenação do curso de Pós-graduação em Políticas Públicas e Sociedade da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Liduína Farias Almeida da Costa.

FORTALEZA-CEARÁ

2009

MARIA SÔNIA LIMA NOGUEIRA

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL:
estudo de caso no Centro de Atenção Psicossocial da Secretaria
Executiva Regional IV do Município de Fortaleza

Fortaleza, ____/____/____ Conceito obtido ____

Banca examinadora

Prof^a. Liduína Farias Almeida da Costa – Doutora

Orientadora

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof. João Tadeu - Doutor

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof. Erasmo Ruiz Miessa - Doutor

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

É intuitivamente que classificamos um homem como alienado, e o fazemos “como homens, e não como especialistas”. O alienado “não se enquadra” não tanto em relação aos outros homens, mas em relação à própria vida; não é tanto desviado, mas sobretudo diferente.

(CANGUILHEM, 2006, p. 79)

DEDICATÓRIA

Dedicamos esta pesquisa a Deus que tem nos guiado no caminho da justiça e da ética;

Aos nossos filhos Emanuel e Elohim, razão de nossa vida, na busca de vê-los crescer com dignidade e ética, em estatura, sabedoria e graça diante de Deus e dos homens;

A todos os profissionais do CAPS SER IV que nos apoiaram na realização desta pesquisa, de forma especial à Luciene, Daniele, Fernanda e Almir sempre prontos a nos atender.

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho é fruto de muitas parcerias e apoios, aos quais somos profundamente agradecidos.

Nossos sinceros agradecimentos a Deus, que nos tem concedido forças e sabedoria para superar as dificuldades e realizar essa pesquisa;

À nossa família pela força e compreensão de nossa ausência para estudar;

À nossa orientadora Liduína Farias, que partilhou conosco um pouco do seu conhecimento, pela sua compreensão e por ter sido uma verdadeira companheira nessa jornada;

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico pelo apoio financeiro, através de uma bolsa de estudos que viabilizou as despesas com a pesquisa;

À Prof^a. Dr^a. Barbra D'Álencar pelo apoio com a concessão de várias literaturas;

Às nossas amigas Quitéria Clarice e Keyla, apoio nas horas mais difíceis da construção dessa pesquisa;

A todos os profissionais do CAPS SER IV que nos acolheram de forma carinhosa e se dispuseram a colaborar com a pesquisa nos concedendo entrevistas, pelos momentos de alegria e angústias do cotidiano profissional partilhados, pela confiança que depositaram em nós concedendo informações valiosas para a realização desta e por fazerem sentir-nos quase da equipe.

RESUMO

A presente pesquisa trata dos significados da política de saúde mental brasileira para os profissionais da área. Tem como objetivo apreender o significado que estes atribuem às atuais propostas de desinstitucionalização preconizadas pela reforma psiquiátrica. Quanto à metodologia, é de natureza qualitativa, tendo sido realizado um estudo de caso. A Etnografia foi escolhida para adentrar mais aprofundadamente no universo da instituição eleita: o Centro de Atenção Psicossocial da Secretaria Executiva Regional IV (CAPS SER IV) do município de Fortaleza. Os informantes foram os profissionais desta instituição e a amostragem, por saturação. Foram realizadas a observação sistemática, a observação participante e a entrevista semi-estruturada, gravada quando permitida. O diário de campo foi um recurso complementar importante. Os principais conceitos discutidos foram: reforma psiquiátrica, representações sociais, identidade, diferença, normalidade, anormalidade, institucionalização e desinstitucionalização. As reflexões teóricas dos conceitos partiram da leitura de clássicos como Durkheim (1978), Marx (1984), Weber (2004), Goffman (1988), Canguilhem (2006), Geertz (1989), Foucault (2005), dentre outros, que constituem o fundamento da pesquisa bibliográfica. Os profissionais demonstraram uma tomada de posição em favor das pessoas com transtornos mentais, sobretudo quando assinalam indignação com o tratamento manicomial. Defenderam a política atual de saúde mental de Fortaleza, como um avanço na conquista da cidadania dos usuários de CAPS e ampliação dos espaços de cuidados. Foi possível perceber o quanto valorizam a desinstitucionalização psiquiátrica como uma proposta que recupera e fortalece os vínculos familiares e comunitários, embora para alguns profissionais ela ainda seja a simples desospitalização. Enfatizaram alguns limites da política de saúde municipal, tais como a fragilidade da rede de atenção à saúde, o preconceito que os usuários enfrentam ao buscar os serviços além do CAPS, como se estes não tivessem necessidades clínicas, mas apenas mentais e a dificuldade de atender a uma demanda que extrapola sua capacidade de atendimento. A necessidade de capacitação, expressa no conhecimento superficial da reforma e no modo de lidar com o usuário, foi uma queixa presente, pois a maioria afirmou não participar de discussões teóricas sobre o tema. O conhecimento é condição fundamental para se pensar uma efetiva desinstitucionalização psiquiátrica em Fortaleza, fortalecendo, verdadeiramente, os vínculos familiares e comunitários, não incorrendo no risco de institucionalizar no espaço aberto de cuidado.

Palavras-chave: Avaliação de serviços de saúde. Serviço Social e Saúde. Representações Sociais e Saúde. Reforma Psiquiátrica. Centro de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

The following research deals with the meanings of Brazilian mental health by its professional's angle. It is focused on acquiring the meaning attributed by these professionals to the present deinstitutionalization recommended by the psychiatric reform. The methodology is qualitative and a case study was carried out. The ethnography was chosen to detail the universe of the chosen institution: Centro de Atenção Psicossocial da Secretaria Executiva Regional IV, CAPS SERIV, (Psychosocial care center from the Regional IV Executive Office) from Fortaleza. The informants were professionals from this institution and the samples were gathered through saturation. Systematic and participant observation were executed such as the semi-structured interview, when its recording was allowed. The field diary was an important complementary resource. The main concepts discussed were: psychiatric reform, social representations, identity, difference, normality, abnormality, institutionalization and deinstitutionalization. The theory comes from classics such as Durkheim (1978), Marx (1984), Weber (2004), Goffman (1988), Canguilhem (2006), Geertz (1989), Foucault (2005), and many others who establish the basis of the bibliographic research. The professionals demonstrated a tendency to support the people with mental disorders, especially when they emphasized indignation upon the mental disease treatment. They highlighted the present Fortaleza mental health policy as a progress in the acquisition of citizenship by the CAPS users and the enlargement of the care space. It was noticed how much they value the psychiatric deinstitutionalization as a project that recovers and fortifies the community and the family bonds, even though for some professionals it still is the simple dehospitalization. Some political boundaries from the municipal health policy, such as the health care system fragility, the prejudice faced by the users who search for help in the health service, as if these people did not have clinical necessities, but just mental ones, and the difficulty of dealing with more people in need for medical care than the service capacity. The necessity of training, expressed by the superficial knowledge about the reform and in the way to deal with the user, was a constant complaint, since the majority affirmed not to participate in the theoretical discussions about the theme. Knowledge is a fundamental situation to wonder about an effective psychiatric deinstitutionalization in Fortaleza, truly reinforcing the family and community bonds, not taking the chance to institutionalize the open care space.

Key words: health service evaluation. Social service and Health. Social representations and health. Psychiatric reform. Psychosocial attention center.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO, 12
 2. O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL IV DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA, 25
 - 2.1 A equipe profissional, 37
 - 2.2 Os usuários do Centro de Atenção Psicossocial, 41
 - 2.3 Atividades desenvolvidas, 43
 3. DISCUSSÃO ACERCA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA; 51
 4. DISCUSSÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO, 66
 - 4.1 As representações sociais, 66
 - 4.2 Institucionalização e desinstitucionalização, 77
 - 4.3 Identidade e diferença; 82
 - 4.4 Normalidade e anormalidade; 86
 5. REPRESENTAÇÕES DOS PROFISSIONAIS ACERCA DA SAÚDE MENTAL, 89
 - 5.1 Entrada em campo, 89
 - 5.2 Os entrevistados e suas trajetórias profissionais, 93
 - 5.3 A reforma psiquiátrica segundo os profissionais, 107
 - 5.4 A desinstitucionalização sob a óptica dos profissionais, 110
 - 5.5 Sentidos da normalidade e da anormalidade para os profissionais, 117
 - 5.6 Pessoas com transtornos mentais sob a perspectiva dos profissionais, 120
 6. AO MODO DE CONCLUSÕES, 125
- BIBLIOGRAFIA, 131
- APÊNDICES, 138
- ANEXOS, 142

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Incremento anual de CAPS, no período de dezembro de 2002 a dezembro de 2006, na Região Norte, 55

Gráfico 2 – Incremento anual de CAPS, no período de dezembro de 2002 a dezembro de 2006, na Região Nordeste, 55

Gráfico 3 – Incremento anual de CAPS, no período de dezembro de 2002 a dezembro de 2006, na Região Centro-Oeste, 56

Gráfico 4 – Incremento anual de CAPS, no período de dezembro de 2002 a dezembro de 2006, na Região Sudeste, 56

Gráfico 5 – Incremento anual de CAPS, no período de dezembro de 2002 a dezembro de 2006, na Região Sul, 57

Gráfico 6 – Total de CAPS no Brasil, 57

Tabela 1 – Número de CAPS por UF, 58

Figura 1 – Pátio do CAPS, 25

Figura 2 – Mapa dos bairros do Município de Fortaleza, 36

Figura 3 – Mapa dos bairros da Secretaria Executiva Regional IV, 36

Figura 4 – Brasileirinho: *Codiaeum Variegatum*, 39

Figura 5 – Grupo de expressão corporal: formação simbólica de união, 44

Figura 6 – Grupo de expressão corporal: fortalecimento de vínculos, 45

Figura 7 – Parte externa do salão onde são realizadas as reuniões, 91

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNS – Conferência Nacional de Saúde

GM – Gabinete do Ministério

IAPB – Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários

IDH-M – Índice de Desenvolvimento Humano por Município

IPEC – Instituto de Previdência do Estado do Ceará

MS – Ministério da Saúde

PMF – Prefeitura Municipal de Fortaleza

SEMAS – Secretaria Municipal de Assistência Social

SER III – Secretaria Executiva Regional III

SER – IV – Secretaria Executiva Regional IV

SIH – Sistema de Internação Hospitalar

SNAS – Secretaria Nacional de Saúde

SUS – Sistema Único de Assistência Social

UECE – Universidade Estadual do Ceará

1 INTRODUÇÃO

No curso da história os transtornos mentais apresentaram diversos significados, sendo inicialmente reconhecidos como “loucura”, “alienismo, manifestações malignas, erro, desrazão ou fraquezas humanas” (FOUCAULT, 2005). Somente com o advento da ciência, mais especificamente da Psiquiatria, no século XVIII, é que se ouviu falar em doença mental (IBID). Na Idade Média, a pessoa com transtorno mental era exaltada, visto como um ser ligado à divindade, pois havia a crença de que sua fala confusa e seus gestos desordenados eram uma forma de manter contato com o divino e entender seus mistérios (BELMONTE et alii, 1998).

Na Europa do período mercantilista e, posteriormente, com a consolidação do capitalismo, surgiram os equipamentos de reclusão para aqueles que não se adequavam ao novo sistema, incapazes de contribuir com a produção, comércio e consumo. Assim, a pessoa com transtorno mental era punida, muitas vezes, com trabalho forçado pelo “vício” da ociosidade nas casas de correção. A partir de então, a doença mental deixou de ser uma questão moral para tornar-se também uma preocupação econômica.

Foi com o avanço da ciência e o nascimento da Psiquiatria que apareceram as idéias de Pinel, com sua máxima de quebrar as correntes dos “alienados”, instalando-se, então, o sistema asilar que se tornou hegemônico no trato do transtorno mental.

Durante o século XIX, a Psiquiatria não avançou muito em suas discussões, só da segunda metade do século XX em diante foi que se registrou a assistência psiquiátrica, passando por profundas transformações nos países ocidentais, inclusive no Brasil, mudanças que culminaram no surgimento de várias opções alternativas de atenção à saúde mental, como: Psiquiatria de Setor,

Psicoterapia Institucional, Psiquiatria Comunitária, Antipsiquiatria e Psiquiatria democrática italiana, com sua proposta de desinstitucionalização, denunciando um tradicional paradigma opressor quanto à forma de lidar com os transtornos mentais.

A Reforma Psiquiátrica e, conseqüentemente, a discussão da Psiquiatria é um fenômeno recente no Brasil, datando de meados de 1970 e tomando forma com a implantação e implementação do Sistema Único de Saúde – SUS e das leis e portarias específicas, tendo por inspiração a corrente democrática italiana.

Citamos como avanço na legislação o Projeto de Lei nº. 3.6957/91 do deputado Paulo Delgado, que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por novas modalidades de atendimento, como hospitais-dia, centros de atenção psicossocial e núcleos de atenção psicossocial, e regulamenta as internações psiquiátricas compulsórias, marco na história da Psiquiatria brasileira. Sua elaboração, em consonância com as idéias de desinstitucionalização de Basaglia, mentor da Psiquiatria democrática italiana, é fruto de vários debates sociais sobre a assistência psiquiátrica.

Dessa forma, o País dispõe de uma legislação que trata da saúde mental, constituindo-se em um conjunto de prerrogativas legais que paulatinamente foram ampliando os horizontes da reforma psiquiátrica brasileira, tais como: a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; a Lei nº. 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações; a Portaria GM nº 1.720, de 4 de outubro de 1994, que, no art. 1º, proclama a adesão do Brasil à celebração do 10 de outubro como Dia Mundial da Saúde Mental; a Portaria SNAS nº 189, 19 de novembro de 1991, que aprova os grupos e procedimentos da tabela do sistema de internação hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), na área de saúde mental; a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 93, de 2 de dezembro de 1993, que constituiu, no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, a Comissão Nacional de

Reforma Psiquiátrica, com os objetivos de definir estratégias para o cumprimento das resoluções da II Conferência Nacional de Saúde Mental e avaliar o desenvolvimento da reforma psiquiátrica no País; e a Lei nº 12.151, de 29 de julho de 1993 – do Estado do Ceará, que dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória e dá outras providências.

No que diz respeito à política de saúde brasileira, muitas lutas foram empreendidas em prol da reforma sanitária e da psiquiátrica. Assim, no século XX, especialmente na década de 1980, a política de saúde brasileira teve avanços significativos. No período, foi organizada a Assembléia Nacional Constituinte para discutir e propor políticas públicas, dentre elas, a do Sistema Único de Saúde (SUS), confirmada na Constituição Federal, promulgada em 1988 e conhecida como “Constituição Cidadã”, pelo seu caráter de conquista de direitos. As leis federais nºs. 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e 8.142, dispendo acerca da participação da comunidade na gestão do SUS as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, também foram conquistas fundamentais para a população brasileira.

Naquela década, houve alguns acontecimentos importantes para o desenvolvimento da política de saúde no Brasil, como a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986. Como desdobramentos desse evento, dois outros no campo da saúde mental marcaram o movimento em prol da transformação da assistência psiquiátrica brasileira: a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, culminando com o que se convencionou chamar de reforma psiquiátrica brasileira (OLIVEIRA, 2002).

Desse modo, os anos 1980 e 1990 foram marcados pela criação de experiências antimanicomiais, sendo implantados mais serviços de atenção à saúde mental em todo o País, em conformidade com a Reforma Psiquiátrica e sua proposta

de desinstitucionalização contrapondo-se ao tradicional paradigma opressor no trato dos transtornos mentais.

Nesse período, a busca pela transformação da saúde mental passou a ser uma realidade dentro das políticas de saúde, embora tenha sido um grande desafio, pois os novos modelos de atenção que emergiram na desinstitucionalização buscaram superar o modelo tradicional de atenção baseado no confinamento institucional, propondo um tratamento extra-hospitalar, que valoriza a família e a comunidade, buscando romper a idéia mercadológica dos hospitais psiquiátricos, em sua maioria privados, financiados pelo SUS.

Diante do exposto, nos propomos refletir sobre um novo modelo de atenção que privilegia o contexto familiar e comunitário. Nesse sentido, nossa proposta de pesquisa assenta-se no interesse de apreender, ao iniciarmos a pesquisa, o que os profissionais do Centro de Atenção Psicossocial da Secretaria Executiva Regional IV (CAPS SER IV) do Município de Fortaleza entendem por normalidade e por anormalidade, o que nos levou a formular a questão central expressa a seguir:

Quais os significados da política de saúde mental brasileira para os profissionais do CAPS SER IV?

Vale salientar que a escolha do tema e dos informantes não ocorreu de forma aleatória, mas atende a uma inquietação nossa desde o primeiro contato com o cotidiano de pessoas com transtornos mentais, por ocasião do desenvolvimento de atividades profissionais como assistente social, em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Desde então, observamos no fazer profissional um misto de cuidado e preconceito com a diferença, com o diferente, com o outro, que não se assemelha ao tido como “normal”, e que expressaria um comportamento “desviante”, às vezes bizarro, cujos incômodos causados deveriam ser evitados por meio do uso de psicofármacos.

Desse modo, a curiosidade e essa percepção nos possibilitaram entrar em contato com discussões institucionais e acadêmicas relacionadas aos cuidados em saúde mental na busca de compreender o que haveria de implícito nas práticas profissionais quanto à suposta anormalidade do portador de transtorno mental.

Importante é assinalar que a política de saúde mental é nosso objeto de estudo desde a pós-graduação *lato sensu* em saúde mental, cuja preocupação central foi investigar quais as perspectivas de reinserção social do usuário de CAPS, o que suscitou mais indagações e inquietações, as quais nos estimularam a continuar na busca de respostas e entendimentos de um assunto tão complexo como o tratamento, em sentido amplo, dos transtornos mentais, do ponto de vista social.

Assim, entendemos que apreender as representações sociais dos profissionais acerca das pessoas com transtornos mentais e que, conseqüentemente, apresentam comportamentos diferentes, “anormais”, não é tarefa simples. Não podemos deixar de considerar que as representações sociais sobre elas são constituídas histórica, social e culturalmente e, ao estarmos inserida nessa sociedade, buscamos nos “distanciar” do objeto de análise, no sentido de apreendê-lo com o mínimo de interferência.

Desse modo, a busca tem como objetivo geral apreender o significado que os profissionais da área de saúde mental atribuem às atuais propostas de desinstitucionalização preconizadas pela reforma psiquiátrica e, como específicos: identificar nos discursos e práticas de tais profissionais as representações sociais acerca da normalidade e da anormalidade; perceber, por meio das posturas profissionais, qual seu entendimento no que se refere à pessoa com transtorno mental, tida muitas vezes como “desviante”.

Do ponto de vista metodológico, priorizamos a pesquisa qualitativa. Apoiamo-nos em Minayo (2004) pelo fato de tratar-se de pesquisa social que se refere à subjetividade dos sujeitos envolvidos, buscando compreender o universo de

sentidos, significados, valores, comportamentos e representações, elementos indispensáveis à observação e formulação do objeto.

A pesquisa bibliográfica nos levou a eleger categorias teóricas que julgamos imprescindíveis no sentido de orientar a análise que a pesquisa se propõe, tais como: representações sociais, a qual buscamos compreender com suporte nos clássicos das ciências sociais, procurando entender suas bases teóricas, bem como institucionalização e desinstitucionalização, identidade e diferença, normalidade e anormalidade.

As reflexões de Durkheim (1978), Marx (1984), Weber (2004), Goffman (1988), Canguilhem (2006), Geertz (1989), Foucault (2005), dentre outros, constituem o fundamento da pesquisa bibliográfica. A utilização das categorias ora referidas justifica-se pela caracterização do *locus* da pesquisa, ou seja, uma instituição não asilar que presta atendimento consoante os paradigmas da reforma psiquiátrica, propondo a criação de espaços e possibilidades de cuidado, assim como outras formas de sociabilidade que venham a substituir a dos manicômios, portanto, concebida como um espaço de liberdade e livre fluxo de seus usuários.

O campo empírico selecionado para a realização da pesquisa foi o CAPS (Geral)⁷ SER IV, instituição que presta serviço de atenção à saúde mental aos moradores dos bairros pertencentes ao Distrito Sanitário desta SER e está localizada na avenida Borges de Melo, 201, no Bairro Jardim América, em Fortaleza, Ceará, Brasil.

Trata-se de um estudo de caso, cuja escolha ocorreu por entendermos que por meio dele reuniremos o maior número possível de informações detalhadas, mediante variadas técnicas de pesquisa, tais como observação participante e entrevistas, buscando apreender a totalidade de uma situação e descrever a complexidade de um caso concreto (GOLDEMBERG, 1997).

⁷ CAPS Geral: denominação dada pelos profissionais e usuários para diferenciá-lo do CAPS infantil e do CAPS para alcoolistas e drogadictos (ad).

O estudo de caso, de acordo com Becker (1997), vem de uma tradição de pesquisa das áreas médica e psicológica, referindo-se a uma análise mais detalhada de um caso individual. De acordo com o método, é possível se chegar ao conhecimento de um fenômeno estudado com base na exploração exaustiva de um só caso.

Assim, o objetivo do estudo de caso é, segundo o autor, chegar a uma compreensão abrangente do grupo estudado e, ao mesmo tempo, tentar “desenvolver declarações teóricas mais gerais sobre regularidades do processo e estrutura sociais”. (P.118). Não sendo o estudo de caso tão preciso, ele deve ser preparado para lidar com uma grande variedade de problemas teóricos e descritivos. Desse modo, é por tentar compreender todo o comportamento do grupo que ele não pode ser pensado de acordo com uma mentalidade singular para testar proposições gerais.

Nesse sentido, conforme ele segue assinalando, nas ciências sociais, o estudo de caso não se refere a um só indivíduo, mas a um grupo, uma organização ou comunidade, ainda que estudos individuais também sejam desenvolvidos, embora raramente. Assim, o estudo de caso se tornou uma das principais modalidades de análise das ciências sociais.

Segundo Goldenberg (1997), o estudo de caso, não é uma técnica específica, é antes uma análise holística que considera a unidade como um todo, não só um indivíduo, mas uma família, uma instituição ou comunidade, buscando compreendê-los em seus próprios termos.

Assim sendo, no contexto de efetivação do estudo de caso realizamos uma descrição densa ou etnográfica acerca da instituição e sua dinâmica de funcionamento, para conhecermos melhor o espaço onde os agentes sociais eleitos como informantes se movem, as relações se estabelecem, os diálogos sucedem, ou seja, onde encontraríamos as possibilidades de apreender o significado de falas, gestos e atitudes desses sujeitos, pois, como refere Geertz (1989), a *descrição*

densa é o papel da Etnografia por excelência, é a interpretação do fato descrito, buscando seus objetivos e significados.

Deste modo, a Etnografia foi uma das formas que escolhemos para adentrar mais a fundo o universo da instituição eleita. Realçamos, também, de acordo com Geertz (1989), que a Etnografia é conhecida como observação participante, pesquisa social, interpretativa, analítica, hermenêutica, definida por ele como uma prática que não se restringe a estabelecer relações, selecionar informantes, transcrever textos, levantar genealogias, mapear campos, manter um diário etc. A Etnografia vai além. O que define [o empreendimento], conforme o autor, é o “tipo de esforço intelectual que ele representa: um risco elaborado para uma ‘descrição densa’”. (GEERTZ, 1989, p. 4).

Desse modo, a Etnografia, como abordagem hermenêutica de investigação científica, é utilizada neste trabalho para nos situar na tecitura das relações estabelecidas na instituição, considerando a importância de suas contribuições ao campo das pesquisas qualitativas, sobretudo quando se trata de estudos referentes a temas tão subjetivos quanto o que nos propomos pesquisar. Trata-se, portanto, de um estudo que se realiza pela observação direta em um dado período, das formas rotineiras de viver de um grupo de pessoas que possuem algo em comum e que é uma unidade social representativa para o estudo, seja uma tribo, uma comunidade, uma vila ou no caso presente, um Centro de Atenção Psicossocial.

A Etnografia, diz-nos Geertz, permite observar os modos como pessoas ou grupos sociais conduzem suas vidas com a finalidade de “revelar” o significado cotidiano em que elas desenvolvem suas ações. O objetivo é desvendar o significado da ação. Isto o autor confirma, ao acentuar que o etnógrafo enfrenta, de fato, uma multiplicidade de estruturas conceituais complexas, muitas delas sobrepostas ou amarradas umas às outras, simultaneamente estranhas, irregulares e implícitas, as quais ele tem que, de alguma forma, primeiro apreender e depois apresentar.

Quanto à delimitação do grupo de informantes da pesquisa, elegemos a modalidade de amostragem por saturação, também nos apoiando em Minayo (2004, p. 113) por se referir à representatividade qualitativa na pesquisa social. De acordo com seu pensamento, o sujeito transmite, pela fala, as representações de determinado grupo, ou seja, o sujeito é representativo do grupo social a que pertence. Ela esclarece em que condições o indivíduo é representativo do grupo ou fala por si mesmo, afirmando que ele representa a sociedade na medida em que os modelos culturais revelados na entrevista refletem o caráter histórico e específico das relações sociais. O sujeito também representa a si mesmo, pois “cada ator social se caracteriza por sua participação, no seu tempo histórico, num certo número de grupos sociais [...]”.

Assim, na pesquisa social, é possível utilizar a amostra por saturação quando se admite a representatividade. Para esclarecer essa possibilidade, a autora recorre à elaboração teórica de Bourdieu (IN: MINAYO, 2004, p. 114), quanto ao conceito de *habitus*. Ela busca em seu pensamento elementos para responder a indagação acerca de em que sentido a fala de um é representativa da fala de muitos. “Um desses elementos que ele apresenta é que a identidade de condições de existência tende a reproduzir sistemas de disposições semelhantes, através de uma harmonização objetiva de práticas e obras”.

Nesse sentido, o indivíduo é representativo, na medida em que está inserido numa dinâmica sociocultural específica e interage nas relações sociais, partilhando de um *habitus*, de modelos culturais.

Consoante Fontanella et al (2008), a amostra por saturação é uma ferramenta conceitual amplamente empregada nas investigações qualitativas na área da saúde. É utilizada para estabelecer o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a inclusão de novos informantes pelo fato de os dados obtidos apresentarem certa redundância, na avaliação do pesquisador, ou repetição com base em um número determinado de informantes, não sendo mais relevante

persistir na coleta de dados, de modo que as informações acrescentadas pelos novos participantes não contribuiriam significativamente para a reflexão teórica.

De acordo com Glaser e Strauss, apud Fontanella et alii (2008), a saturação acontece no momento em que o pesquisador percebe que deve interromper a captação de informações quanto à discussão de determinada categoria na investigação qualitativa sociológica. Para os autores, trata-se de uma confiança empírica de que a categoria está saturada, não apresentando mais novidade

Fontanella et alii (2008, p. 20) seguem ressaltando que, em estudos qualitativos, a quantidade é um elemento secundário, embora seja necessário e inevitável o estabelecimento de um número amostral fechado. Segundo os autores, o mais significativo [...] “não se encontra na quantidade final de seus elementos, mas na maneira como se concebe a representatividade desses elementos e na qualidade das informações obtidas deles”.

Vale salientar que na amostragem por saturação o pesquisador não encerra o número de informantes a seu bel-prazer. Ele precisa valorizar nos discursos as informações diferentes e as que se repetem. Assim, o fechamento da amostra freqüentemente acontece pela redundância de informações ou saturação. “É certo que nenhum discurso é igual a outro, no entanto todos apresentam elementos em comum com algum outro”. (IDEM, p. 20). No início da coleta de dados, o acréscimo de informações nos discursos é claro, mas com a continuação vai ficando cada vez mais raro até desaparecer e tornar-se repetitivo, dando-se o momento de encerrar a amostra.

Mediante tais reflexões, elegemos como interlocutores da pesquisa os profissionais do CAPS SER IV. Dessa forma, iniciamos as entrevistas com quinze sujeitos – trabalhadores de nível médio e superior. Ao priorizar esses dois segmentos de profissionais consideramos todos aqueles que de algum modo têm contato com os usuários na instituição. Ao obter informações suficientes para

responder a questões e objetivos propostos, demos por encerrado o número de informantes, que totalizou 22, como ponto de saturação.

Realçamos, também, no contexto do estudo de caso realizado, a utilização de instrumentos de coleta de dados, tais como a observação sistemática, a observação participante e a entrevista semi-estruturada gravada, conforme a permissão dos informantes.

A observação sistemática facilitou o contato com a realidade profissional dos informantes no sentido de possibilitar maior apreensão de uma diversidade de situações e fatos que subsidiaram a captação das informações e dados, possíveis de obter apenas pela aproximação da própria realidade. Foi realizada em salas de consultas, em sessões de grupos terapêuticos, em salas de acolhimentos², na recepção, na sala da Coordenação, no pátio do CAPS e no estacionamento, por onde as pessoas chegam à instituição.

Quanto à observação participante, considerada como parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa, Schawartz e Schawartz, apud Minayo (2004), a definem como um processo em que o observador se mantém presente numa situação social dada, com o objetivo de realizar uma investigação científica. Assim, o observador, ao participar do cenário sociocultural dos sujeitos, colhe as informações e dados e, ao passo que modifica o contexto, é modificado por ele. Dessa forma, tomamos parte em alguns grupos, como o de arteterapia, bem como nos atendimentos individuais que nos foram permitidos, desde o atendimento pela recepção ao realizado pela enfermeira, mas não participamos de nenhuma consulta médica a usuários. Para tanto, consideramos o modo como o usuário se comporta

² Discutimos sobre o termo acolhimento com alguns profissionais, e suas definições variaram entre ele ser uma atividade ou uma filosofia; contudo, procuramos nos documentos oficiais do Governo e neles encontramos a definição de acolhimento, como sendo não um espaço ou um local, mas uma atitude ética que não “pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.” (BRASIL, 2006). Assim, percebemos que o acolhimento é indicado como uma atividade, a qual é desenvolvida no CAPS SER IV por vários profissionais de nível superior.

diante do profissional que o atende, bem como a forma de atendimento, a duração das consultas, das oficinas, o envolvimento do paciente nos grupos terapêuticos.

Relativamente à entrevista semi-estruturada, a escolha deu-se pelo fato de possibilitar a combinação de perguntas estruturadas, fechadas e abertas, em que o entrevistador tem a possibilidade de falar sobre o tema proposto sem respostas preestabelecidas pelo pesquisador (MINAYO, 2004). A autora assegura que a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, transmitir as representações de determinados grupos com suas condições históricas, socioeconômicas e culturais, faz da entrevista um instrumento privilegiado de coleta de informações. Nesse sentido, a utilização dessa técnica de coleta de dados foi de fundamental importância, pois nos aproximou das representações dos sujeitos entrevistados apreendidas por intermédio de seus relatos.

Com efeito, a entrevista semi-estruturada gravada (todas as que o foram tiveram autorização dos sujeitos) permitiu que os informantes tivessem maior liberdade de opinião e reflexão a respeito das questões apresentadas e possibilitou-nos um contato maior com o conteúdo subjetivo de suas falas sem perdas de informações valiosas.

Outras fontes de informações que utilizamos foram os documentos institucionais, dentre os quais destacamos: prontuários, projeto terapêutico, plano de ação e do Ministério da Saúde, como o Relatório de Gestão da Saúde Mental, Política Nacional de Humanização da Saúde e Leis relativas à Reforma Psiquiátrica.

No segundo capítulo – seguinte a esta Introdução, que é o primeiro – buscamos perceber as relações que se estabelecem no cotidiano profissional do CAPS, tanto entre profissionais como entre profissionais e usuários, considerando a história de formação do referido Centro.

No terceiro seguinte, realizamos uma discussão sobre a reforma psiquiátrica no Brasil, apresentando as orientações atuais do Ministério da Saúde quanto ao funcionamento dos CAPS, com a representação gráfica do número de CAPS registrado no Ministério da Saúde até 2006, conforme a região.

No quarto capítulo, discutimos os pressupostos teóricos de autores, que nos propiciaram o aprofundamento de conceitos importantes para propósitos de nossa pesquisa, tais como representações sociais, identidade e diferença, normalidade e anormalidade, institucionalização e desinstitucionalização na reforma psiquiátrica.

Por fim, no quinto, capítulo de remate, expomos os achados da pesquisa empírica, visando a aproximações sucessivas com a realidade.

2. O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL IV DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

O CAPS selecionado para a pesquisa funciona de segunda a sexta-feira, das oito às dezessete horas. Seu prédio pertence ao patrimônio do Município de Fortaleza e sua estrutura física é composta por vinte e um cômodos: sala de arquivo/prontuários, recepção, coordenação, farmácia, refeitório, cozinha, pátio, almoxarifado, depósito, banheiros (masculino e feminino para os usuários) e outro para os funcionários, consultórios médicos, salas de Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Enfermaria, salão para realização das reuniões e um pequeno estacionamento externo. A seguir apresentamos uma fotografia do Pátio do CAPS.

Figura 1 – Pátio do CAPS.

Fonte: autora



Segundo uma entrevistada, antes de ser o CAPS, o prédio era um mercado, as salas de atendimento individuais atualmente improvisadas eram boxes

de venda de fruta e outras coisas do gênero, o que explica o fato de serem muito apertadas e desconfortáveis. É localizado numa área residencial com escolas, igreja, praças e supermercados em seu entorno, de fácil acesso físico à população.

Era um daqueles dias em que o CAPS estava repleto de usuários esperando atendimento quando, ao esperar na fila da farmácia para receber medicação, foi possível observar, com o olhar de quem está pelo lado de dentro, ou seja, como usuária do serviço, as relações ali estabelecidas. Um serviço que iniciou suas atividades de modo precário e que após sete anos de funcionamento conta com avanços limitados para atendimento a uma demanda em constante expansão. A fila para receber a medicação estava extensa. Era um dia de grande movimentação, os pacientes muito agitados passavam de um lado para o outro, muitas conversas simultâneas não permitiam distinguir as vozes, as falas pareciam confusas. Na farmácia uma só pessoa realizava a dispensação de medicamentos mediante a receita e documento de identificação. Uma ou outra pessoa não portava a carteira de identidade, ficando impossibilitada de receber a medicação, o que causava muitas reclamações e discussões.

Uma jovem senhora que estava esperando na fila para receber medicamentos desabafava o fardo que era cuidar sozinha de sua mãe esquizofrênica, explicando que ela havia ficado doente depois que soube da morte do filho. Desabafou: “antes ela era boazinha, depois que meu irmão morreu ficou assim, lerda, depressiva, chorando o tempo todo, me xingando”. Enquanto ela falava, sua mãe ficava olhando-a com olhar de reprovação e ao mesmo tempo com ar de quem estava alheia a toda aquela movimentação, em um mundo bem distante.

Observamos também outro usuário que tentava se apoiar de pé em um canto da parede e, apesar de ereto, balançava para frente e para trás e, batendo os pés no chão como quem marchava sem sair do lugar, falava coisas “sem nexos” com voz “embolada”, incompreensível. Isso não parecia, no entanto, chamar a atenção de ninguém, além da nossa. Todos, usuários e profissionais, pareciam bem familiarizados com aquela cena. Pensamos que, talvez, fosse aceitação do diferente,

da “anormalidade”, ou quem sabe, cenas como essa façam parte do cotidiano do CAPS que já não atraem a atenção de funcionários ou usuários.

Alguns familiares e usuários gritavam com o farmacêutico para que apressasse a entrega de medicação. Muitos pacientes aguardavam para serem atendidos pelo médico, outros esperavam o momento de iniciar o grupo terapêutico³. Aquela foi uma manhã bastante agitada, como muitas outras, para os profissionais que tinham muitos usuários para atender, mas foi também de grande proveito para nós, pois percebemos um pouco das relações que ali se desenvolvem.

A observação realizada naquele dia, e noutros mais, nos despertou para a idéia de que seria importante trabalhar com a Etnografia, de como seria valioso proceder à descrição densa. Assim, ao considerar que o principal objetivo da etnografia é realizar uma descrição, a mais completa possível, sobre o que um grupo de pessoas faz e o significado que eles dão ao que fazem, nossa primeira aproximação ao campo de estudo objetivou a familiarização com a teia de relações desenvolvida ali.

Assim, em 2007, ouvimos um pouco da história daquele serviço de atendimento a pessoas com sofrimento psíquico. Conversamos com profissionais que nos acolheram com muita atenção e observamos durante alguns dias a movimentação do cotidiano do CAPS, o fluxo de pessoas que por ali passaram. Em outro momento, observamos o desenvolvimento do serviço, não mais na qualidade de pesquisadora, mas como usuária⁴, pois estávamos ali para utilizar o serviço, como foi relatado acima.

Entre idas e vindas ao CAPS, movimento este que iniciamos em julho de 2007, por ocasião da fase exploratória da pesquisa, percebemos, de forma especial

³ O grupo terapêutico é um espaço onde o profissional de Psicologia reúne usuários com o objetivo de tratá-los.

⁴ Estávamos no CAPS, esperando na fila da farmácia para receber medicação, quando pudemos observar, de modo privilegiado, um dia de grande movimentação do referido Centro.

por meio das falas dos entrevistados, inúmeras dificuldades no funcionamento daquela instituição, sobretudo no início da sua implantação, a exemplo da deficiência no apoio da Secretaria Municipal de Saúde e Distrito Sanitário, da desarticulação em relação às demais políticas públicas, das dificuldades em fortalecer vínculos com outros órgãos públicos, dentre outras. São dificuldades que, em virtude do serviço ser de inteira responsabilidade do Município, desde o planejamento até a execução, deveriam ser superadas mais facilmente, pela aproximação à vida da comunidade e conseqüentemente às suas necessidades e interesses, já que é um serviço que atua no plano local.

Consoante o desenvolvimento dos serviços de atenção à saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos no Brasil, sua implantação no Ceará tem sido uma realidade em virtude de pressões que demandaram do Estado mais atenção à saúde mental, culminando na implantação de serviços substitutivos ao manicômio. Tais pressões continuam sendo exercidas por movimentos de profissionais, usuários e familiares, como o Movimento da Luta Antimanicomial, juntamente com a repercussão que acontecimentos internacionais tiveram no País, a exemplo da política de desinstitucionalização do portador de transtorno mental na Itália, o que confere visibilidade à questão da saúde mental na arena social brasileira.

Assim, como produto desse movimento, ocorreu a criação dos CAPS, iniciativa implantada no Brasil, na década de oitenta do século passado, de estrutura terapêutica entre a hospitalização integral e a vida em comunidade, cuja proposta é cuidar de pessoas com transtornos mentais dentro do sistema de políticas públicas de saúde.

Então, em 1987 inaugurou-se o primeiro CAPS do Brasil, em São Paulo. Depois desse evento, multiplicaram-se, por todo o País, espaços de atendimento, visando à superação do modelo psiquiátrico tradicional, pautado na internação manicomial (PITA, 1996).

Os CAPS, que se configuram como uma forma de assistência pública – estatal ou contratada – à saúde dos portadores de transtornos mentais, individual e coletiva, diferenciando-se das estruturas anteriores pelo acesso local, aproximação à família e interdisciplinaridade, na medida em que articula diversos saberes (Enfermagem, Medicina, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional e outros), são implantados no Brasil ao longo das duas últimas décadas. Regulamentados pela Portaria nº. 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais, redirecionam o modelo assistencial de saúde mental.

É interessante observar que tais Centros, orientados a funcionar em espaço físico específico e independente da estrutura hospitalar, propõem atendimento, mais próximo da família e da comunidade, numa busca de estreitar e fortalecer vínculos afetivos a demanda da população que esteve sem cobertura e assistência psiquiátrica durante anos ou que só contava com a internação (SAMPAIO & SANTOS, 1996). Assim, a Portaria nº. 336/GM propõe a perspectiva de fortalecimento de vínculos com a família e a sociedade. Lê-se em seu artigo terceiro:

[...] é responsabilidade do Estado o desenvolvimento de política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instalações ou unidades que oferecem assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais [...] (BRASIL, 2002).

Os CAPS fazem parte da política pública de saúde do SUS e têm como determinação constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcionem segundo a lógica do território. Em substituição ao hospital psiquiátrico, se propõem a não reproduzir o modelo hospitalocêntrico que se caracteriza pela crença em uma verdade exclusiva da essência humana imutável de que os desvios são patológicos e que, portanto, precisam ser tratados como tais, pela via da segregação, que confunde a doença com o doente, sob a justificativa de que o isolamento o protegeria dos outros e os outros dele.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), os CAPS objetivam oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. De acordo com Sampaio e Barroso (s/d), buscam prevenir a rotulação, hospitalização, desamparo, estigma e cronificação, bem como outras formas de abandono, garantindo a permanência de vínculos sociais. Busca ainda estimular um redimensionamento crítico das relações familiares, de trabalho, vizinhança, sexualidade e política. Consideramos questionável, contudo, se o serviço em discussão previne mesmo o estigma e a rotulação, uma vez que é um espaço peculiar para tratamento de situações específicas.

Vale ressaltar que, inicialmente, o CAPS foi proposto, dentro da atenção secundária à saúde, como um lugar de referência e tratamento para atender casos de transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais casos, cuja severidade e persistência justificassem a permanência do usuário em um dispositivo comunitário de cuidado intensivo (BRASIL, 2002). Todo e qualquer sofrimento emocional, porém, é atendido pelo serviço especializado. Desse modo, o CAPS funciona como um ambulatório, apesar de que, atualmente em Fortaleza, e de modo especial na SER IV, os casos de ansiedade e depressão leves estão sendo pactuados com a Atenção Básica, em um sistema de matriciamento, mas ainda de forma muito incipiente.

O matriciamento ou apoio matricial é um momento em que se estabelece a troca de saberes entre os profissionais, de vários serviços de atenção, envolvidos no cuidado dos usuários, com o objetivo de garantir que as equipes das unidades básicas de saúde e unidades referenciadas se vinculem aos pacientes e se responsabilizem pelas ações desencadeadas no processo de assistência (CAMPOS, 1999).

A proposta de matriciamento da saúde mental na atenção básica, em Fortaleza, se efetivaria por meio de uma equipe de profissionais de saúde mental formada para prestar esclarecimentos e orientações às equipes de saúde da família

nos centros de saúde. Realizam estudos de casos e discutem situações relacionadas. De acordo com informações de uma entrevistada, duas equipes de saúde mental da SER IV retomaram (estava sendo avaliada e por isso deixou de funcionar por alguns meses) as atividades com oito centros de saúde da família, há um ano e meio esse trabalho era realizado com seis centros. Lê-se na reprodução da fala de uma entrevistada:

[...] a gente fez uma reunião e todo mundo queria voltar ao matriciamento, né? Então a gente fez um pouco mesclado, o matriciamento, juntou pessoas das várias disciplinas, né, serviço social, de cada categoria um profissional, que tem no CAPS e procuramos também juntar os três serviços [CAPS ad, infantil e geral] em cada equipe, formamos duas equipes, montamos um cronograma e aí alguns percalços no caminho a gente vai ajustando[...]. (Entrevista nº 20, nível superior).

Ressaltamos, entretanto, que o matriciamento não funciona a contento, mas apenas como primeira experiência que se anuncia, sendo necessário avaliações e continuidade do processo, com envolvimento não só da equipe de saúde mental, que é quem está à frente do processo, mas também com a adesão real das equipes do Programa Saúde da Família (PSF) e de hospitais regionais na discussão do tema.

De acordo com Sampaio e Santos (1996), para os CAPS, o eixo da política de saúde mental é extra-hospitalar, interdisciplinar, otimista e humanista. Assim, revolucionariam a atitude dos profissionais e da sociedade ante as concepções de natureza humana, da doença mental e dos direitos de cidadania, em contraposição ao fazer do hospital psiquiátrico, individualista e segregador.

No que diz respeito à internação, tais centros seguem a orientação da Lei Federal nº. 10.216/01 que preconiza a internação apenas em duas situações extremas: no caso do portador de transtorno mental representar risco iminente à sua vida ou a de terceiros, ou seja, os CAPS só encaminham para internação, seja em hospital psiquiátrico ou não, pessoas cujas situações fogem à sua capacidade de resposta.

A Lei nº. 10.216/01 regulamenta ainda três tipos de internação: a voluntária, a involuntária e a compulsória. A internação voluntária é definida como aquela em que o portador de transtorno mental procura se internar espontaneamente. Na involuntária ele é internado por terceiros contra sua vontade; alguém se responsabiliza por ele. A internação compulsória é determinada por ordem judicial.

Os centros de atendimentos em referência classificam-se por ordem decrescente de porte/complexidade populacional em CAPS I (para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes), CAPS II (para municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes) e CAPS III (para municípios com população acima de 200.000 habitantes); bem como de acordo com a especificidade da demanda, em CAPS I, II e III, destinados ao atendimento a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, CAPS ad, para atendimento à população com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas, e CAPSi, para atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais (BRASIL, 2002).

Em 1993, foi estabelecida em Fortaleza a Comissão Municipal de Reforma Psiquiátrica que propôs à sua Secretaria de Saúde o projeto de criação de um CAPS por distrito sanitário, visto que a Cidade é dividida em seis secretarias executivas regionais – SER. Esse projeto encontrou muita resistência para ser posto em prática, sobretudo por parte dos proprietários de hospitais psiquiátricos privados, pois contrariava seus interesses lucrativos. Grupos de empresários desses hospitais chegaram mesmo a organizar usuários em defesa do hospício, incutindo em suas mentes que sem os hospitais não teriam local para se tratar⁵. Uma entrevistada refere:

Ela [a Reforma Psiquiátrica] não é um bloco sem resistência. Pros hospitais era interessante manter aquele modelo que se ganhava muito e que tratava pouco. O Aldol [medicação] é uma droga de baixíssimo custo pro valor que a internação paga, né? Então por conta disso houve muita resistência, a lei

⁵ Anotações em Diário de Campo de 22/11/2007

da Reforma Psiquiátrica, que na época era muito inovadora, e todo mundo, os conservadores, ficavam apelando para o fato de que se iam destruir os manicômios os “doidos” iam ficar na rua, como nos EUA já tinha algo parecido com isso. (Entrevista nº 20, nível superior).

A despeito, no entanto, das resistências e sob pressão dos trabalhadores engajados no movimento antimanicomial, em 2001 o Governo municipal de Fortaleza, na administração Juraci Magalhães, resolveu implantar apenas três CAPS do tipo II, reduzindo a proposta da Comissão. Seis centros seriam absolutamente insuficientes para o atendimento à comunidade se considerarmos a imensidão territorial e populacional dos bairros que compõem estas secretarias, além do baixo IDHM⁶ de alguns bairros. Tivemos, pois, uma situação perversa com a implantação de apenas três destes serviços. Profissionais, familiares e usuários sofreram não só com a superlotação como também com a impossibilidade de avançar nas propostas da Reforma Psiquiátrica de desospitalização e fechamento gradativo do hospital psiquiátrico. “A sensação que se tinha da saúde mental em Fortaleza era de caos total”. (Entrevista nº 20, nível superior).

As dificuldades sociais e administrativas que seriam enfrentadas caso os seis CAPS fossem implantados ficaram exponencialmente agravadas, uma vez que foram reduzidos à metade, ficando a população de todos os bairros de cada duas secretarias sob a responsabilidade de um Centro, o que causou os transtornos para a vida das pessoas que precisavam desse serviço.

Os CAPS surgem como um serviço em substituição ao internamento psiquiátrico. Uma demanda começa a surgir, porém, como dar respostas a ela era a grande questão, pois havia um estrangulamento, por assim dizer, uma impossibilidade de atendimento digno, o que ensejou angústia e insatisfação na população e nos profissionais que deveriam atender às demandas, a qualquer custo, mas que não dispunham das condições objetivas mínimas necessárias ao desenvolvimento das atividades.

⁶ Índice de Desenvolvimento Humano por Município: caracteriza o desenvolvimento humano e social de um território.

Ressalte-se que, historicamente, a assistência psiquiátrica no Ceará foi predominantemente hospitalocêntrica. O Estado tem uma história de consolidação do cuidado em saúde mental, com a assistência prestada exclusivamente por hospitais psiquiátricos de natureza asilar, tutelar.

O Município de Fortaleza mostra resistências à reforma psiquiátrica, principalmente em virtude da concentração desses hospitais, que são em sua maioria privados (SAMPAIO & SANTOS, 1996), como referido há pouco. Apesar disso, seguindo uma tendência nacional, há uma mobilização de setores da sociedade cearense, sobretudo de profissionais de saúde, no sentido de implementar políticas de desospitalização manicomial.

Em 2000, foi realizado concurso público municipal para a formação de equipes multiprofissionais – assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, enfermeiros e terapeutas ocupacionais – que comporiam os CAPS e em 2001 iniciaram suas atividades. O primeiro destes serviços a ser implantado foi o Centro da SER III, localizado no Bairro Rodolfo Teófilo, em 1998 pela Universidade Federal do Ceará, mediante convênio com a Prefeitura Municipal de Fortaleza. Em 2001, foram inaugurados os outros dois centros, dos bairros Messejana e o do Jardim América.

Em 2005, a Prefeitura Municipal de Fortaleza iniciou a ampliação do número de CAPS. Inicialmente foram formadas equipes de saúde mental, que lotadas na rede de atenção básica à saúde, transformaram-se gradativamente nas atuais equipes de CAPS. Saltou de três para quatorze o número de unidades; um salto grande e ousado que trouxe bônus e ônus para os usuários e as equipes. Bônus pela ampliação da prestação de serviços a uma demanda crescente e pela geração de emprego e renda a muitos trabalhadores. Ônus quanto à insuficiência de recursos para aquisição de material e outras necessidades para o desenvolvimento das atividades e quanto à contratação precária da totalidade dos profissionais para os novos CAPS, que atualmente trabalham sem a segurança trabalhista mínima, que é o registro na carteira profissional.

Refere uma entrevistada:

A Prefeitura foi muito ousada em ter passado de três CAPS para 14 CAPS, a gente sofreu isso no serviço, por conta da manutenção, porque as verbas que o Ministério repassa, elas não são suficientes pra cobrir [todas as despesas], é claro que tem que ter a parceria do Estado e do Município [...]. (Entrevista nº 20, nível superior).

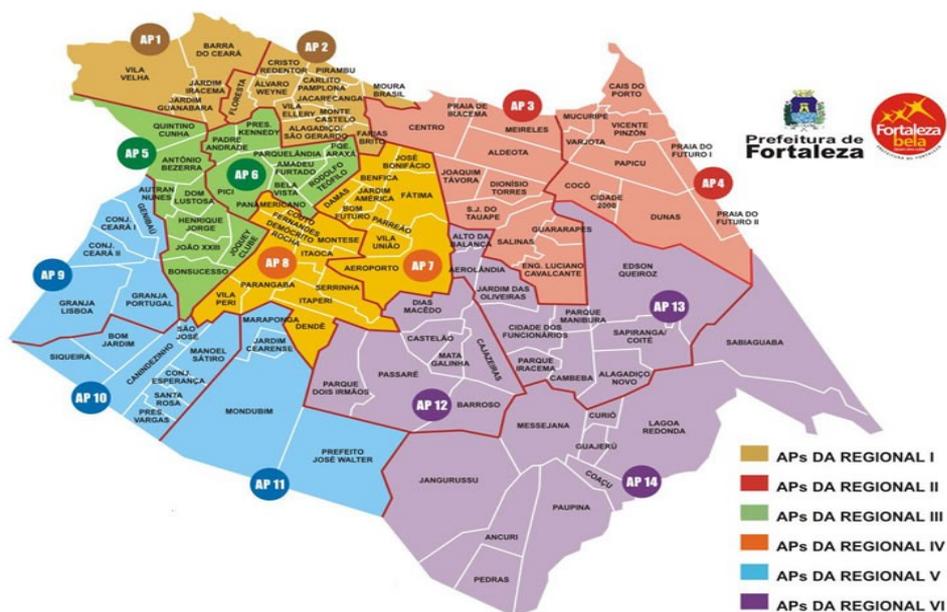
Atualmente os CAPS estão distribuídos da seguinte forma: SER I – um CAPS ad e um tipo II, SER II – um CAPS ad e um tipo II, SER III – um CAPS ad, um CAPS infantil e um tipo II, SER IV – um CAPS ad, um CAPS infantil e um tipo II, SER V – um CAPS ad e um tipo II, SER VI – um CAPS ad e um tipo II.

A ampliação do número de CAPS não significa que o serviço esteja ótimo, que não haja dificuldades ou que a superlotação tenha sido resolvida. A implantação de um CAPS infantil e outro ad na Regional IV trouxe benefícios sensíveis, sobretudo se considerarmos que o público infantil, assim como os alcoolistas e drogadictos, não dispunha de serviço municipal especializado nessa área. É verdade que aliviou, mas estamos muito distante do que seria um atendimento ideal a toda a comunidade.

Na seqüência, apresentamos o mapa dos bairros de Fortaleza por Secretaria Executiva Regional, para que tenhamos uma visão panorâmica da SER IV. A Secretária em que se situa o CAPS que utilizamos como campo de pesquisa está representada no mapa pela cor laranja, onde constam AP7 e AP8.⁷

⁷ Os símbolos AP7 AP8 não têm significação para nossa pesquisa, consta no mapa apenas por estar acoplado a este e não ser possível deslocá-los.

Figura 2 – Mapa dos bairros do Município de Fortaleza.



Fonte: http://www.webbusca.com.br/pagam/fortaleza/mapa_fortaleza.jpg

Figura 3 – Mapa dos bairros da SER IV.



Fonte: http://www.webbusca.com.br/pagam/fortaleza/mapa_fortaleza.jpg

2.1 A equipe profissional

A equipe é formada por quarenta e oito funcionários, dos quais vinte e dois são terceirizados e vinte e quatro são servidores públicos municipais e um é do Ministério da Saúde, dos servidores municipais três estão cedidos para outros órgãos da Prefeitura. Assim, a equipe profissional atual é composta por três médicos, dos quais uma psiquiatra e dois clínicos, uma assistente social, duas enfermeiras, quatro psicólogas, duas terapeutas ocupacionais, um arteterapeuta, cinco auxiliares de enfermagem, quatro recepcionistas, dois agentes administrativos, um digitador, três farmacêuticos, dois guardas noturnos, dois guardas municipais, dois auxiliares de farmácia ou dispensadores de medicamentos, duas cozinheiras, um porteiro, dois agentes serviços gerais, dois auxiliares administrativos, denominados “posso ajudar” e uma coordenadora desses auxiliares (Projeto Técnico do CAPS).

Conforme relatos dos entrevistados, suas atividades foram iniciadas sem a menor condição de atendimento. A estrutura física era toda velha e comprometida e com pouco tempo em que a equipe estava atendendo, o telhado caiu, não tendo sido tomada qualquer providência imediatamente pelas autoridades, apesar de terem sido informadas. Não havia um espaço adequado à realização das atividades, nem apoio logístico.

Vale ressaltar que, nas entrevistas realizadas, foi recorrente a referência por parte dos trabalhadores que iniciaram as atividades no referido CAPS sob a constituição do serviço, momento tido como heróico de fundação da instituição, de oposição radical ao modelo manicomial e instauração de um novo modo de tratamento avesso ao tradicional.

Tal serviço, segundo os relatos, não oferecia condições de lanche para os pacientes, que “chegavam a desmaiar de fome”, nem remédios. A então gestão em

que o CAPS foi inaugurado não expressava qualquer interesse ou compromisso com a saúde mental e a equipe sentia-se abandonada. É como desabafa uma entrevistada:

Fundamos o CAPS só com a nossa vontade. Éramos totalmente abandonados, mas a nossa vontade e compromisso com a Reforma Psiquiátrica nos impulsionava em meio às adversidades a lutar pelo que queríamos. Tudo deu certo porque sempre tivemos uma boa equipe profissional, muito comprometida. (Entrevista nº 20, nível superior).

Muitas vezes formava-se um grupo de profissionais para ir à SER IV cobrar providências, solicitar material para trabalhar, lanche e vales-transporte para os usuários. Algumas vezes o secretário da SER os recebia, mas não dava nenhuma resposta positiva. Resolveram “se virar”, passaram a comprar lanche com seu próprio dinheiro, para aquelas pessoas que “desmaiavam de fome”. Uma psicóloga e uma assistente social juntaram-se e compraram um conjunto de som com seus próprios recursos para desenvolvimento de atividades grupais. Segundo relata a mesma entrevistada, procuravam uma forma de tornar o serviço uma realidade e responsabilidade do Governo. Assim, ela assinala:

[...] formamos um conselho local como uma forma, estratégia né, pra gente ter força né, junto ao poder local, porque só com a população, os usuários, é que a gente podia bancar isso, mas a gestão não respeitava conselho local, não respeitava era nada. Aquilo que não nos mata nos fortalece, né, nós nos tornamos mais fortes. Nos tornamos mais fortes porque a equipe tem muito compromisso. (Entrevista nº 20, nível superior).

A equipe tinha interesse em desenvolver um bom trabalho, que desse resposta às necessidades da população. Para isso, passou a desenvolver suas atividades sob uma árvore frondosa, que lhe proporcionava uma sombra agradável. A entrevistada refere:

[...] nós lutamos por isso aqui, [depois de algum tempo] fizeram uma reforma mal feita daí a pouco o teto cai de novo e aí a gente tinha uma árvore bem verde que era o símbolo de nossa resistência [...] a árvore se quebrou, caiu [...] ela sabia que já não precisávamos mais tanto dela. (Entrevista nº 5, nível superior).

A árvore referida tem forte representação simbólica para a equipe. A entrevistada narra que, ainda na primeira reforma do Centro, organização mínima do espaço para atendimento do público, a árvore foi podada, ficando sem nenhum galho, mas, com o passar do tempo refloresceu e tornou-se frondosa, possibilitando o atendimento ao acolher equipe e usuários sob sua sombra em virtude do episódio da queda do telhado, conforme relatado há pouco.

Figura 4 – Brasileirinho: *Codiaeum variegatum*.



Fonte: autora

Esta outra árvore foi plantada em homenagem a um ex- trabalhador do CAPS, arteterapeuta muito querido pelos usuários e pela equipe, que morreu após a confraternização natalina da equipe, homenagem realizada pelos profissionais e usuários. Uma entrevistada esclarece:

O Beto que era uma pessoa maravilhosa que passou por aqui e deixou uma marca aqui. Ele falava muito da história de plantar um brasileirinho aí. E aí o Beto partiu, ele faleceu e não deu tempo de plantar. [...] plantamos o brasileirinho, foram os pacientes que conheciam o Beto que plantaram. Mas é também uma homenagem a uma pessoa que foi muito importante aqui, tanto pros pacientes como pra equipe, ele era uma pessoa muito querida. (Entrevista nº 5, nível superior).

De acordo com as entrevistas, ao efetivar-se outra gestão no Município de Fortaleza, foi realizada mais uma reforma na estrutura do prédio, a qual deu condições de atendimento nas salas; então a árvore foi cortada até o tronco. “Deu seu último suspiro, não reviveu mais”, afirma uma entrevistada. Alguns profissionais suspiram saudosos e uma psicóloga *jungiana* da equipe verbaliza o sentimento, dizendo: “agora podemos nos despedir da árvore, ela cumpriu seu papel”, na certeza de que a partir desse momento a proposta de trabalho do CAPS tinha se estruturado mesmo, não tinha mais como não dar certo. Percebemos o misto de satisfação e emoção na fala da entrevistada, ao relatar que a equipe sente o quanto foi importante sua persistência, suas idas e vindas ao Distrito de Saúde e à Secretaria de Saúde do Município, na maioria das vezes frustradas, em busca de apoio do Poder Público para a concretização do CAPS em análise.

Não bastassem essas dificuldades, a equipe contava com outro agravante – o de não haver psiquiatra na equipe. Os que fizeram o concurso não quiseram permanecer no CAPS em virtude de o salário percebido ser muito baixo e das melhores propostas de trabalho que recebiam, assim como o escasso o número de psiquiatras no Ceará.

Desse modo, os demais profissionais permaneceram atendendo a uma demanda cada vez mais crescente, sem contar com a atenção de um médico psiquiatra por longos meses. Assim sendo, realizavam apenas atividades de psicoterapia e atendimentos grupais – afirma, com satisfação, a entrevistada.

Essas dificuldades, entretanto, não foram suficientes para que a equipe desistisse. Os profissionais relatam a história de fundação do CAPS como uma vitória da equipe. Eles empreenderam uma luta legítima para a conquista que obtiveram, pois hoje a população conta com um serviço estruturado, cujos registros atestam o atendimento a quase oito mil pessoas desde sua fundação. Dessa forma, atendem sua clientela com respeito e dignidade, não mais sob a sombra de uma árvore, mas em salas reservadas, como um direito que assiste a cada pessoa.

Produto das lutas pela concretização dos direitos dos usuários, atualmente o CAPS possui uma equipe completa, inclusive com uma psiquiatra, e dois clínicos, embora atendendo Psiquiatria e não Clínica. São profissionais que, segundo uma entrevistada, “não têm aquele ranço de hospício em sua prática”, são, antes, profissionais comprometidos com a reforma psiquiátrica, o que também pudemos constatar ao realizar entrevistas e observar a atuação profissional dos dois clínicos, pois dispensam um tratamento humanizado, focado no sujeito e não na doença, o que é muito positivo para serviço, visto que trabalha sob a ótica da desinstitucionalização orientada pela Política Nacional de Saúde Mental. Um dos clínicos é consultor do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde (PNH-SUS), o que, em tese, explica sua atenção humanizada à pessoa com transtorno mental.

Passados cerca de oito meses da segunda reforma, o Centro passou por mais uma reforma física, quando foi construído um salão coberto e fechado, onde ocorrem as reuniões. No pátio que, segundo os entrevistados, alagava todo, ficando com água presa e inviabilizando a circulação de pessoas, foi feita uma drenagem e colocado um piso antiderrapante, visto que, anteriormente, muitos dos pacientes escorregavam e caíam, significando que o espaço físico melhorou, embora necessite ampliar-se para dar conta da demanda sempre crescente.

Não se pode perder de vista, sob pena de ser injusto com os profissionais do CAPS, o fato de que as conquistas relativas às melhorias citadas decorrem do movimento de persistência deles, sobretudo daqueles que iniciaram sua história.

2.2 Os usuários do Centro de Atenção Psicossocial

O CAPS SER IV tem, hoje, 7.600 usuários cadastrados. Na primeira aproximação à instituição, em agosto de 2007, fomos informadas de que esse número era 6.600, aproximadamente. Embora não disponha de uma estimativa de

usuários ativos, uma funcionária ressalta que o serviço atende mais de cem pacientes por dia. Eles são moradores dos bairros da SER IV e algumas pessoas de bairros da SER V, apesar de não pertencerem ao seu distrito sanitário. Isso acontece em virtude do atendimento anterior à implantação dos outros centros na Capital cearense, pois, como referido, cada CAPS era responsável pelos bairros de duas SER's. Assim, o CAPS da SER IV era responsável pelo atendimento tanto da população da SER IV como da SER V. Vale ressaltar que alguns desses pacientes, mesmo sendo moradores dos bairros da SER V continuam sendo atendidos no referido CAPS em virtude do vínculo que estabeleceram com a equipe.

Segundo uma entrevistada, as pessoas que o CAPS atende são, na maioria, de baixa renda, ou seja, das classes mais pobres da sociedade. Apesar de não dispor desse dado por meio de pesquisas, ela assevera que a maioria da clientela é muito pobre e que alguns “chegavam mesmo a desmaiar de fome”, como foi relatado, justificando a importância do lanche na instituição.

Os primeiros usuários do CAPS eram egressos de atendimentos ambulatoriais, como o Instituto de Aposentadoria Pensão dos Bancários (IAPB) e do Instituto de Previdência do Estado do Ceará (IPEC) ou de hospitais psiquiátricos. Alguns destes, já em condições de desligamento do CAPS, não o fazem por medo de recaídas e acabam por permanecer na instituição, desnecessariamente. Para desinstitucionalizar o usuário, é realizado um serviço de desligamento desse público, denominado alta assistida, que é o desligamento gradativo do usuário, passando a ser acompanhado esporadicamente até ser desligado totalmente.

De acordo com o Projeto Técnico, o CAPS visa à prevenção e à promoção da saúde mental, mediante as ações que desenvolve com foco numa clientela em sofrimento psíquico⁸. Dentre as atividades de promoção e prevenção, está o trabalho desenvolvido na comunidade, a exemplo dos eventos realizados nas praças, onde os usuários fazem apresentações teatrais e exposição de arte de sua autoria. Referimo-nos a eventos como o “Tô de Lua”, que, segundo relatos de

⁸ Projeto Terapêutico do CAPS.

entrevistados, foi organizado pela equipe do CAPS na praça do Bairro, mobilizando a população circunvizinha à instituição. Uma entrevistada explica o que foi esse evento:

O Tô de Lua foi um evento do projeto de arte terapia [...] muito interessante. Foi visto no calendário e foi articulado com os líderes comunitários. [...] aqui na Praça do Jardim América. Foram feito dois Tô de Luas. O primeiro foi à noite, na lua cheia mesmo. E foi maravilhoso. Os funcionários se mobilizaram, a comunidade se mobilizou também pra organizar, pra deixar tudo bem organizado. Houve algumas apresentações de teatro, foi levado som, o pessoal da CAGECE cedeu a luz, a prefeitura veio e deu uma limpeza rápida na pracinha e colocaram muitos panos, muitos lenços, a gente levou todos os materiais de oficinas que tinham feitos aqui, fizeram uma barraquinha de venda, tanto de mostruário pras pessoas verem que as pessoas aqui fazem algumas atividades, como também se quisesse vender, eram preços mais simbólicos. Muitos apresentaram teatro [...]. Ficava à mostra cartões em branco e giz de cera e tudo num varal bem grande, onde as pessoas pintavam, faziam ali sua arte, o que quisesse fazer naquele cartão, uma frase, enfim. Qualquer pessoa da rua e depois pendurava no varalzinho e depois poderia pegar o que gostava e dar pra alguém. Usuários do CAPS e a comunidade participaram bastante, foi tudo registrado, tirado fotos, tá tudo guardado. O Lima fez uma peça de teatro. A comunidade participou e foi muito bonito e perguntaram se não ia ter mais, teve o segundo. (Entrevistas nº 5 e nº 12, nível superior).

2.3 Atividades desenvolvidas

Como exposta no Capítulo 2, a proposta vigente da Coordenação Nacional de Saúde Mental é de que os CAPS desenvolvam suas atividades seguindo a mesma orientação em todo o Território nacional, ou seja, que o atendimento ocorre por meio do desenvolvimento das diversas atividades grupais e individuais, desde as oficinas terapêuticas à consulta médica.

Seguindo essa orientação, o CAPS Geral da SER IV desenvolve atividades grupais e individuais. As individuais são: acolhimento, admissão, triagem, anamnese, primeira consulta, atendimento de psiquiatria individual, terapia individual, atendimento de enfermagem, atendimento sócio-assistencial, aconselhamento familiar, avaliação psicológica, avaliação terapêutico-familiar e desligamento ou alta.

Relativamente às atividades grupais: acolhida, grupo de mulheres, grupo de arte-terapia, grupo de oficinas produtivas e artesanato, grupo de confecção de bijuterias e carpintaria e grupos psicoterapêuticos. São atividades que, embora seguindo a orientação geral do Ministério da Saúde, fazem um recorte de realidade local e adaptam às suas condições locais.

Um desses grupos relatados há pouco é o denominado “Corpo e expressividade” desenvolvido pelo arteterapeuta. Este foi um dos poucos grupos a que tivemos acesso e o único onde fomos autorizada pelos usuários e pelo profissional a fotografar.

As fotos seguintes mostram um pouco do trabalho de expressão corporal com os usuários em momentos da terapia grupal, com os quais tivemos uma aproximação amistosa, pois fomos muito bem acolhidas por eles ao grupo.

Figura 5 – Grupo de expressão corporal: formação simbólica de união.



Fonte: autora

Figura 6 – Grupo de expressão corporal: fortalecimento de vínculos.



Fonte: autora

A admissão acontece por demanda referenciada, sendo agendada na recepção a primeira consulta médica, após a avaliação. Os casos de emergência são atendidos por um membro da equipe técnica (Projeto Técnico do CAPS), porém, para que seja atendido no CAPS, o indivíduo necessita preencher alguns requisitos: chegar ao serviço munido de documentação de identificação e de um encaminhamento, de preferência de um profissional de saúde, seja da rede pública ou privada, de serviço especializado ou não. O sujeito deve ter acima de dezoito anos de idade, residir em um dos bairros pertencentes à SER IV e necessitar de cuidados especializados de Psiquiatria.

O CAPS atende ainda a demanda espontânea, constituída por pessoas que chegam ao serviço sem encaminhamento, mas que também necessitam de atendimento psiquiátrico. De acordo com uma entrevistada, não se pode negar

atendimento a quem procura o serviço. As crises não têm hora marcada para acontecer, tampouco a equipe pode se eximir de atendê-las. Respeitado o horário de funcionamento da instituição, atendem-se àqueles que a procuram.

Considerado pela PNH-SUS como a “porta de entrada” do serviço, realçamos também o processo de acolhimento. Trata-se de um dispositivo que expressa para o usuário a possibilidade de resolução ou não do problema apreendido em relação à forma que ele espera. O acolhimento deve, no mínimo, fazer uma escuta mais apurada. É um momento da escuta individual, realizado por um profissional de nível superior, em dois turnos, pela manhã e à tarde, onde são atendidos apenas pacientes que já têm prontuário aberto no CAPS, ou seja, aqueles que por algum motivo abandonaram o tratamento e agora tiveram uma crise e retornaram, que precisem pegar uma receita ou que por qualquer motivo necessitem do serviço e estes não estejam agendados.

Segundo a PNH-SUS, a idéia de acolhimento nos serviços de saúde já acumula uma farta experiência em diversos serviços de saúde do SUS. Tal experiência é heterogênea como o próprio SUS e tem acúmulos positivos e negativos.

No caso específico do CAPS SER IV, os médicos não fazem o acolhimento, o que foi criticado por um deles durante nossas entrevistas. Ele referiu que gostaria de o fazer. Afirmou ainda que faz questão de realizar o acolhimento, defendendo o argumento de que o médico também deve estar nessa atividade e que esse procedimento o situa numa condição, de mais igualdade aos outros profissionais, pois a categoria médica é tratada com diferenciação, por inúmeras questões. O entrevistado relata, ainda, que o acolhimento deve ser coletivo e não individual, no sentido de fluir as informações entre os profissionais que lidam com o paciente em questão. Ele refere que o “acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendemos como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde”.

Também é desenvolvida no referido Centro, a avaliação, denominada triagem, para constatar se o caso é devido ao CAPS. Ela não se dá no momento do acolhimento, na verdade, é outra atividade. Se ficar estabelecido que o indivíduo deve ser atendido pela instituição, ele é agendado para realização de anamnese, se não for possível realizar no mesmo dia, em virtude do elevado número de atendimentos. A anamnese é o detalhamento da sua história de vida, incluindo o início do desenvolvimento do sofrimento psíquico por meio de entrevista ao usuário. É realizada por um profissional de nível superior, procedendo-se ao preenchimento de um instrumento técnico de registro da história do sujeito que possa esclarecer seu diagnóstico. Essa entrevista pode ser na presença de um componente familiar ou acompanhante ou não, conforme cada caso. Alguns usuários não têm condições de relatar sobre sua história em virtude do comprometimento mental ou emocional, sendo necessária a intervenção do acompanhante.

Após a anamnese, ocorrente depois da avaliação, o usuário é encaminhado para consulta psiquiátrica que identificará a psicopatologia e, então, lhe é proposto um plano de atividades terapêuticas, o qual envolve outros profissionais no tratamento do indivíduo, embora o diagnóstico seja de responsabilidade exclusiva da psiquiatria. Após esse passo, o usuário é cadastrado na instituição, quando obtém um registro de prontuário, sob um número que o identificará, na verdade para facilitar o manuseio de seus dados pelos diversos profissionais que o atenderão.

Assim, formulado um plano terapêutico, inicia-se, então, o acompanhamento de psicoterapia grupal ou individual, psicofarmacológico e médico ao usuário. Este acompanhamento é apazado segundo as necessidades do tratamento e as agendas dos profissionais. Algumas vezes, a distância entre uma consulta e outra prejudica a evolução, para melhor, do quadro do usuário. Esta situação é percebida, sobretudo, pela demanda crescente de usuários e pelo número reduzido de médicos no serviço.

No CAPS são desenvolvidos também atendimentos e orientações socioassistenciais aos usuários e familiares quanto aos direitos sociais e previdenciários, assim como encaminhamentos a programas, projetos e serviços. Estas atividades são executadas pela assistente social, que também realiza, tal como o psicólogo, o aconselhamento familiar. Este último é um espaço de escuta, aos cuidadores e usuários, no que se refere às dificuldades geradoras de sofrimentos, assim como um espaço de orientação às famílias sobre a compreensão do transtorno mental e de como lidar com ele.

A avaliação psicológica é realizada por profissional da área, em entrevista, com o objetivo de compreender a psicodinâmica do usuário, com vistas à inserção na psicoterapia individual ou grupal, tratando-se de atividade específica da Psicologia. A avaliação terapêutico-ocupacional é um atendimento individual realizado exclusivamente pela terapeuta ocupacional cujo objetivo é desenvolver ou reabilitar as capacidades manuais e a coordenação motora prejudicada pelo adoecimento psíquico, além de identificar as potencialidades funcionais para inserção em oficinas terapêuticas ou os devidos encaminhamentos.

A alta ou desligamento é um dos objetivos do CAPS, pois há um consenso entre os profissionais de que não é interessante que o usuário fique toda a sua vida dependente do aparato institucional, sem haver necessidade terapêutica. Por isso é realizada a atividade de desligamento, porém ela tanto pode ser solicitada pelo usuário como pelo componente familiar ou concedida pela equipe sem solicitação, se esta julgar que ele está apto a se desligar da instituição e que deve fazê-lo. Esta atividade é realizada pela Enfermagem. Realçamos o fato de que alguns usuários, mesmo em condições de alta, não a aceitam, com a alegação de receio de recaídas, permanecendo no serviço, segundo entrevistados, desnecessariamente.

Acreditamos que não se trata apenas de medo de recaídas, pois há toda uma questão subjetiva envolvida no processo de tratamento, desde seu ingresso na instituição até o seu desligamento, que se apresenta de forma diferente para cada

usuário. A esse respeito, uma entrevistada relatou que ouvia muito os pacientes dizerem: “aqui é minha segunda casa, eu não quero sair daqui, eu quero ficar aqui sempre”, “eu dizia ah, eu pensava aqui, cá comigo, é claro que eu não dizia pra eles, ‘é tudo que a gente não quer que você faça’”. Nesses casos, não lhes é imposto o desligamento, mas seu atendimento fica, muitas vezes, restrito à participação em grupos terapêuticos.

Há atividades que funcionam com muita dificuldade, outras estão paradas por falta de material. O grupo de oficinas produtivas, com uma terapeuta ocupacional à frente, desenvolve trabalhos que devem ser uma forma de geração ou complementação de renda. É uma das atividades que não funciona a contento, pois não há material suficiente para produzir e organizar formas de vendas e gerar renda, enquanto os grupos de confecção de bijuterias e de carpintaria estão desativados por falta de recursos para aquisição de materiais.

Programas de arteterapia são de responsabilidade de um arte-terapeuta, que realiza atividades artísticas e culturais semanais com usuários, além de desenvolvimento de grupo, onde trabalha a expressão corporal referida a instantes Segundo ele mesmo explica,

esse grupo, eu comecei como arte-terapeuta, o artista do CAPS, como assim é denominado na equipe, trabalhando através de tudo que tinha: de tinta, papéis, cartolinas, recortes, esculturas, tira-terapia e percebi que na hora das falas quem falava mais era o corpo e como eu me via apropriado, me via autorizado por ser estudante de fisioterapia, por ter sido até mesmo bailarino profissional, que eu não fui na minha terra, mas fiquei na Argentina por três anos e meio, [...], foi do corpo que eu sobrevivi [...] que mesmo tivesse dificuldade de dominar o espanhol, mas a coisa corporal era perfeita, então a gente começou com um trabalho de apropriação corporal [...] o nome do grupo: “corpo e expressividade”. (Entrevista nº 17, nível superior).

O entrevistado fala de como iniciou o grupo e o porquê de dar ênfase ao trabalho com o corpo. Segundo ele, muitas pessoas não conseguem se expressar por causa de bloqueios desencadeados na vida familiar e que em um ambiente longe da presença dos familiares começam a interagir, tentando conversar com o

próprio corpo. Nessa atividade, os usuários valorizam o caminhar, o toque em si mesmo, o olhar-se e o perceber-se etc.

Outra atividade iniciada no CAPS, em agosto de 2008, foi uma supervisão em saúde mental por um professor do Centro da Saúde, da Universidade Estadual do Ceará. Os encontros ocorrem uma vez por mês o dia todo. Neles são discutidas questões relacionadas ao serviço, às angústias e ansiedades dos profissionais com relação aos limites e desafios postos pelas situações referentes à saúde da população, a cidadania, bem como a busca de possibilidades para melhorar o que necessita ser melhorado.

3. DISCUSSÃO ACERCA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

A temática da reforma psiquiátrica é recente no Brasil, sendo contemporânea do “movimento sanitário” nos anos 1980, – momento histórico em que a sociedade brasileira vivenciava um processo de redemocratização – o qual objetivava a mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, a defesa da saúde coletiva, a equidade na oferta dos serviços e o protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de produção e gestão de tecnologias de cuidado.

Vale salientar que, embora contemporâneo do movimento da reforma sanitária e surgido após este, o processo de reforma psiquiátrica brasileira tem a própria história, visto que estava inscrito num contexto internacional de mudanças pela superação do modelo asilar. Assim, a década 80 do século passado marcou o início da discussão da desinstitucionalização psiquiátrica no País e da emergência das experiências de transformação da saúde mental, que recebeu forte influência da psiquiatria democrática italiana com sua crítica radical ao manicômio.

A reforma psiquiátrica brasileira foi fundada, de um lado, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, e de outro, na luta dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. De acordo com o Ministério da Saúde, a reforma psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e superior ao conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

A década de 70 do século XX é identificada como a de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no País, quando surgiu o movimento dos trabalhadores em saúde mental (MTSM), formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas.

O início das lutas do movimento pela reforma psiquiátrica nos campos legislativo e normativo, porém, aconteceu depois de promulgada a Constituição Federal de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei 8.080/90, sob o controle social exercido pelos conselhos de saúde, regulamentados pela Lei 8.142/90.

No final dos anos 1980, começa a tramitar no Congresso Nacional o Projeto de lei nº 3.657/89, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios, formulado pelo deputado Paulo Delgado (PT – Minas Gerais).

Ressalte-se que, pelo fato de se caracterizar como um processo em formulação, a reforma psiquiátrica não constitui um bloco homogêneo, muito pelo contrário, apresenta múltiplas faces, explicitando as diversidades regionais do País e os diversos interesses em jogo. Assim, o processo da reforma psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

Os anos de 1990 marcaram o compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental. Daí então, entram em vigor as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção à saúde mental e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. Apesar de, no final deste período, o País ter 208 CAPS em funcionamento, cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a saúde mental ainda eram destinados aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Somente em 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei Paulo Delgado foi sancionada pelo então Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, ao cabo de pressão internacional do movimento: “cuidar sim, excluir não”, no mesmo ano, contando com a interferência da Organização das Nações Unidas (ONU), recomendando que os países adotassem atitude mais efetiva no que diz respeito à reforma psiquiátrica. A aprovação, no entanto, se refere a um

substitutivo do Projeto de Lei original, que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Assim, a promulgação da Lei Federal nº 10.216 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Dá novo impulso e outro ritmo ao processo da reforma psiquiátrica no Brasil, pois, em seu artigo 4º, consta que a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, ou seja, após esgotados todos os recursos (BRASIL, 2001). Essa Lei, contudo, não instituiu mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

Desse modo, a política de saúde mental brasileira consolidou-se e auferiu maior sustentação e visibilidade com a promulgação da referida lei e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, alinhada com as diretrizes da reforma psiquiátrica.

De acordo com a Política Nacional de Saúde Mental,

O Governo brasileiro tem como objetivo reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar - Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) - incluir as ações da saúde mental na atenção básica, implementar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, implantar o programa "De Volta Para Casa", manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica, promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado, garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário) e avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/ Psiquiatria. (BRASIL, 2004).

Com a atenção voltada à política de saúde mental, o Ministério da Saúde criou linhas específicas de financiamento para os serviços ditos abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico, bem como outros mecanismos para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos em todo o País.

Em 2003, o Congresso Nacional aprovou a Lei nº 10.708, que cria o Programa “De Volta para Casa”⁹, impulsionando o processo de desospitalização de pessoas internadas por muito tempo. Segundo documentos oficiais do Governo, o objetivo é contribuir efetivamente com a “inserção social” das pessoas com história de internações de longo período em hospitais psiquiátricos, mediante da concessão de um benefício mensal no valor de R\$ 240,00 como auxílio-reabilitação, (BRASIL, 2005).

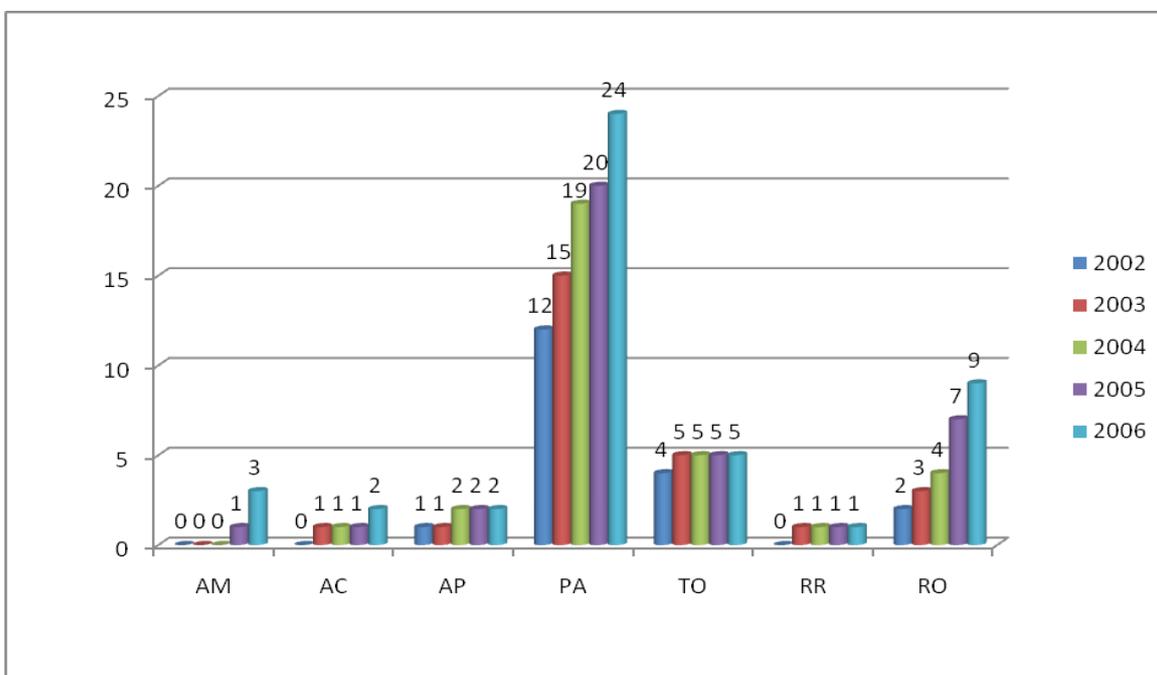
A política de saúde mental de hoje caracteriza-se, por assim dizer, por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção substitutiva ao modelo centrado na internação manicomial, de um lado, e do outro, a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, consolidando a reforma psiquiátrica como política oficial do Governo Federal.

De acordo com o Relatório da Gestão Nacional da Saúde Mental 2003 – 2006, o Ministério da Saúde pauta-se na implantação de uma rede pública e articulada de serviços (98,6% dos CAPS da rede são públicos) e, nos últimos quatro anos, os principais objetivos de suas ações e normatizações foram a expansão, consolidação e qualificação da rede de atenção à saúde mental, de modo especial dos CAPS. O documento assegura que todas as unidades da Federação possuem CAPS e que apenas seis dos 74 municípios de mais de 300.000 habitantes não têm um serviço tipo CAPS em sua rede de atenção à saúde (BRASIL, 2007).

Podemos observar que a maior preocupação do Governo brasileiro, quanto à saúde mental, é a implantação de CAPS, constituindo-se, pois, na principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. Vejamos os gráficos a seguir, que mostram o incremento anual desses serviços nas unidades federativas, no período de dezembro de 2002 a dezembro de 2006, conforme a região administrativa, seguidos de uma tabela.

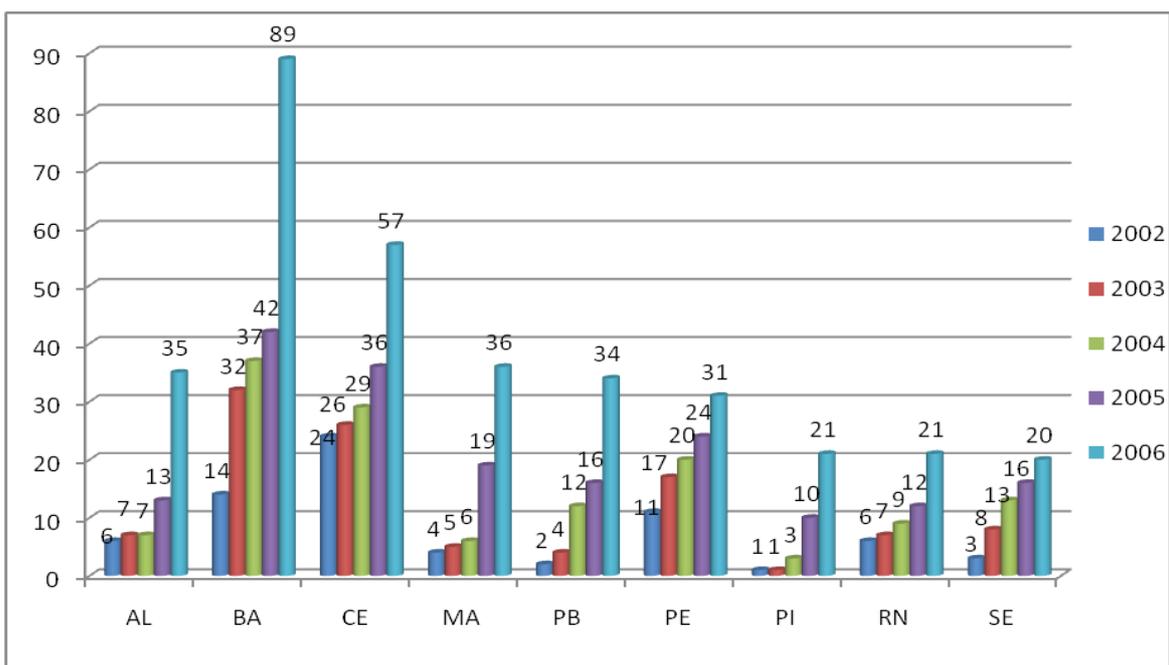
⁹ Para receber o auxílio-reabilitação do Programa De Volta para Casa, a pessoa deve ser egressa de hospital psiquiátrico ou de hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social (BRASIL, 2007).

Gráfico 1 – Incremento anual de CAPS, no período de dezembro de 2002 a dezembro de 2006, na Região Norte



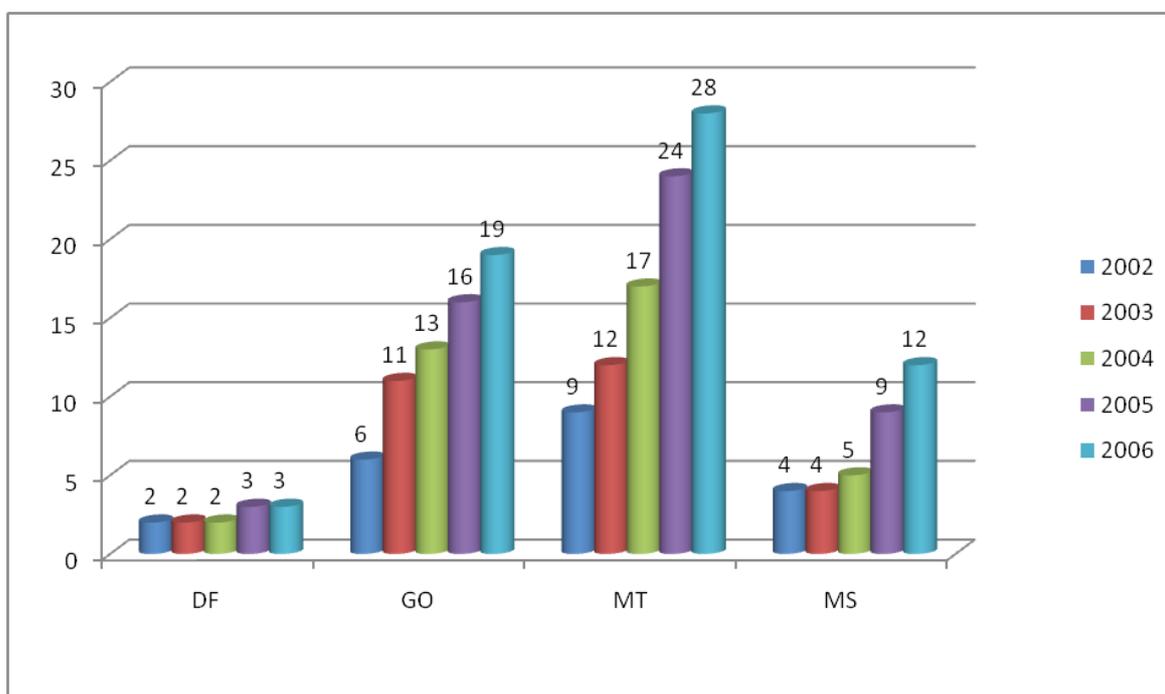
Fonte: Coordenação de Saúde Mental/Ministério da Saúde

Gráfico 2 – Incremento anual de CAPS, no período de dezembro de 2002 a dezembro de 2006, na Região Nordeste



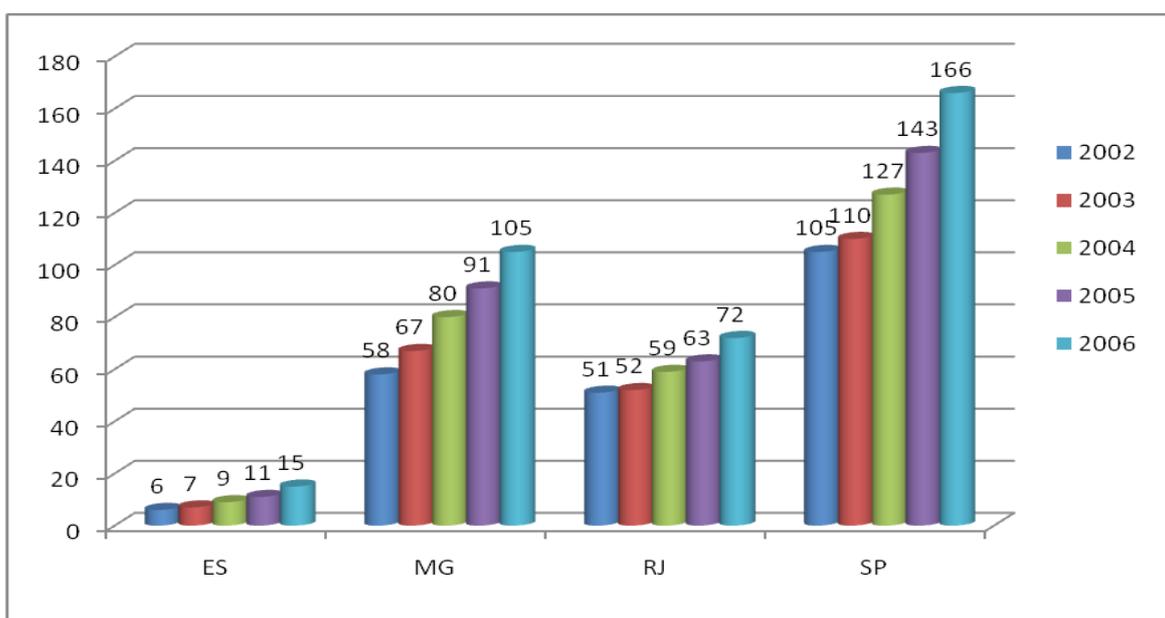
Fonte: Coordenação de Saúde Mental/Ministério da Saúde

Gráfico 3 – Incremento anual de CAPS, no período de dezembro de 2002 a dezembro de 2006, na Região Centro-Oeste



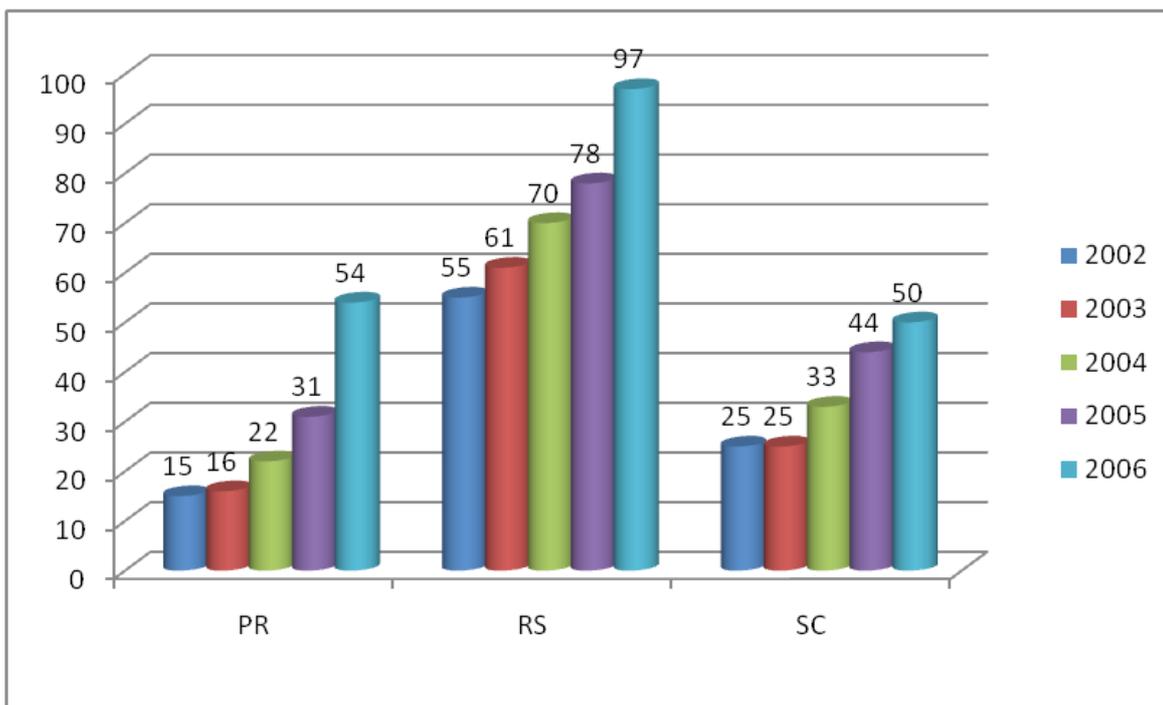
Fonte: Coordenação de Saúde Mental/Ministério da Saúde

Gráfico 4 – Incremento anual de CAPS, no período de dezembro de 2002 a dezembro de 2006, na Região Sudeste



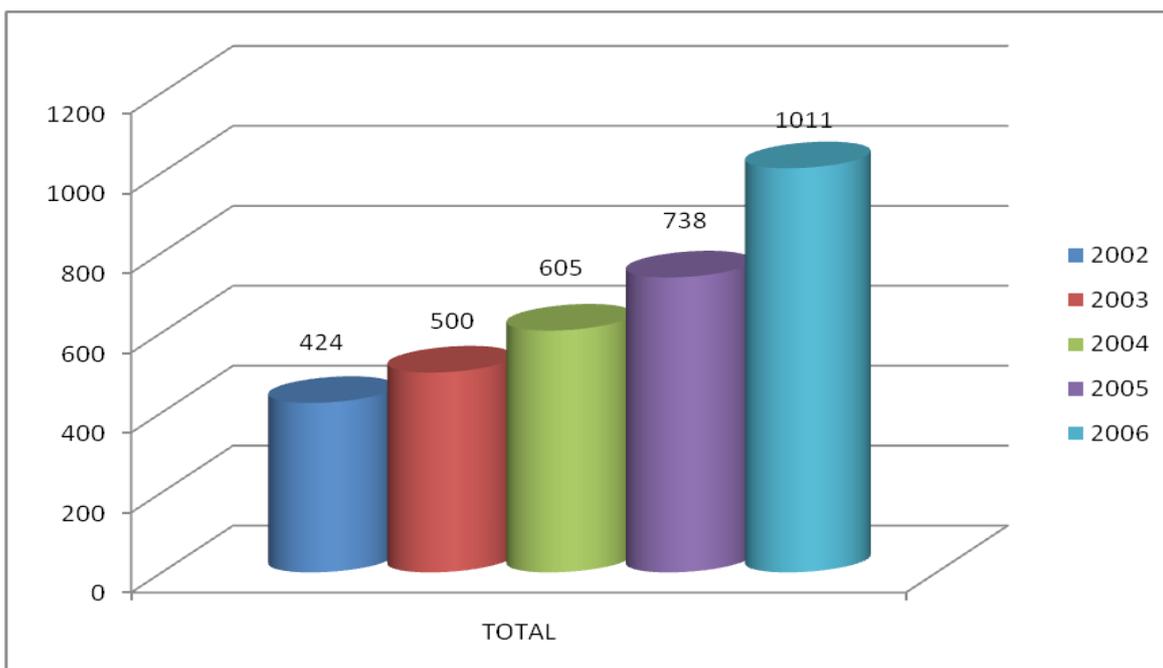
Fonte: Coordenação de Saúde Mental/Ministério da Saúde

Gráfico 5 – Incremento anual de CAPS, no período de dezembro de 2002 a dezembro de 2006, na Região Sul



Fonte: Coordenação de Saúde Mental/Ministério da Saúde

Gráfico 6 – Total de CAPS no Brasil



Fonte: Coordenação de Saúde Mental/Ministério da Saúde

Tabela 1 – Número de Centros de Atenção Psicossocial por UF

Região Norte						
UF	2002	2003	2004	2005	2006	
AM	0	0	0	1	3	
AC	0	1	1	1	2	
AP	1	1	2	2	2	
PA	12	15	19	20	24	
TO	4	5	5	5	5	
RR	0	1	1	1	1	
RO	2	3	4	7	9	
Região Nordeste						
UF	2002	2003	2004	2005	2006	
AL	6	7	7	13	35	
BA	14	32	37	42	89	
CE	24	26	29	36	57	
MA	4	5	6	19	36	
PB	2	4	12	16	34	
PE	11	17	20	24	31	
PI	1	1	3	10	21	
RN	6	7	9	12	21	
SE	3	8	13	16	20	
Região Centro-Oeste						
UF	2002	2003	2004	2005	2006	
DF	2	2	2	3	3	
GO	6	11	13	16	19	
MT	9	12	17	24	28	
MS	4	4	5	9	12	
Região Sudeste						
UF	2002	2003	2004	2005	2006	
ES	6	7	9	11	15	
MG	58	67	80	91	105	
RJ	51	52	59	63	72	
SP	105	110	127	143	166	
Região Sul						
UF	2002	2003	2004	2005	2006	
PR	15	16	22	31	54	
RS	55	61	70	78	97	
SC	25	25	33	44	50	
TOTAL	424	500	605	738	1011	

Fonte: Coordenação de Saúde Mental/Ministério da Saúde

Observamos que a rede CAPS totalizou 1011 serviços no ano de 2006 no Brasil e que o número de CAPS implantados ultrapassou a marca dos 100% para a maioria dos estados nos últimos quatro anos, porém o maior número deles ainda se concentra nas regiões Sul e Sudeste, demonstrando que a distribuição espacial desses serviços reflete as desigualdades estruturais entre as regiões brasileiras quanto à cobertura.

Para o Governo, as residências terapêuticas e o Programa De Volta para Casa, bem como os CAPS, configuram-se como estratégias importantes para a efetivação do processo de desinstitucionalização, pois dão suporte à redução de leitos em hospitais. Interessante é perceber que o discurso governamental considera a desinstitucionalização como a retirada de “doentes mentais” crônicos pela internação, dos hospitais psiquiátricos, e sua colocação em espaços de cuidado que valorize a interação social do indivíduo, como em residências terapêuticas ou no convívio com a família e a comunidade, pois assevera que

[...] o processo de desinstitucionalização avançou significativamente, sobretudo com a instituição, pelo Ministério da Saúde, de mecanismos para a redução gradual e planejada de leitos no país [...] o processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passa a tornar-se política pública no Brasil a partir dos anos 90, e ganha grande impulso em 2002 com uma série de normatizações do Ministério da Saúde, que instituem mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos a partir dos macro-hospitais. (BRASIL, 2005).

Na verdade, a desinstitucionalização ultrapassa a mera desospitalização, pois pressupõe transformações culturais e subjetivas dos indivíduos e da sociedade, bem como a desconstrução no imaginário das coletividades do que seja “doença mental”, além de depender de pactuações entre as quatro esferas de governo (União, Distrito Federal, Estado e Município), para implementação de políticas públicas nessa área

Assim, desinstitucionalizar não é apenas desospitalizar, mas também produzir transformações quanto ao lugar social designado ao portador de transtorno mental, questionar, mas não só, uma cultura que estigmatiza e marginaliza indivíduos tidos como “diferentes”, é também criar condições necessárias de tratamento que valorize os interesses, necessidades e desejos dos sujeitos, buscando formas de sanar uma dívida social de muitos anos com esses sujeitos.

Nesse sentido, os CAPS afloram no Brasil seguindo esta tendência de desospitalização. Em 1987, foi inaugurado, em São Paulo, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial, denominado Professor Luiz da Rocha Cerqueira, como a primeira experiência brasileira totalmente substitutiva do manicômio, e foram implantados no Município de Santos os núcleos de atenção psicossocial – NAPS – que funcionam 24 horas por dia, ao mesmo tempo em que foram criadas residências para os egressos de internação hospitalar, dando início a um processo de “desmanicomialização”, mesmo antes da existência de legislação nessa área. Assim, a experiência de Santos passou a ser um marco no processo de reforma psiquiátrica brasileira. Segundo o Ministério da Saúde, foi a primeira demonstração, com grande repercussão, de que a reforma psiquiátrica, “não sendo apenas uma retórica, era possível e exeqüível”. (BRASIL, 2005).

Com origem nessa experiência, multiplicaram-se, por todo o País, tentativas de superação do modelo de atendimento psiquiátrico tradicional, pautado na internação manicomial, sobretudo na modalidade de CAPS.

No Ceará, historicamente, a assistência psiquiátrica foi predominantemente hospitalocêntrica. Sua experiência na saúde mental ocorreu muito ligada ao hospital psiquiátrico, sendo toda a assistência prestada exclusivamente por hospitais especializados, de natureza asilar.

Ao longo dos anos, foram surgindo, no Estado, instituições asilares que prestavam assistência aos portadores de transtornos mentais. Em 1935, surgiu a primeira iniciativa privada na Capital cearense, a Casa de Saúde São Gerardo, e em

1963 foi instituído o Hospital de Saúde Mental de Messejana como a primeira decisão pública estadual nesta área.

Entre 1965 e 1974, foram instalados 70% dos leitos psiquiátricos cearenses na década de 90 do século passado, por iniciativa comercial privada subsidiada pela Previdência Pública (SAMPAIO e BARROSO, S/D). A assistência era prestada sem nenhuma perspectiva crítica ou valorização humana dos sujeitos assistidos.

A crítica ao modelo asilar surgiu de maneira veemente no Brasil, na década de 1980 e, no Ceará, no início dos anos 1990. Desse modo, seguindo uma tendência nacional, setores da sociedade civil e profissionais de saúde do Estado buscaram orientação no Foro Permanente de Saúde Mental, criado na I Conferência Estadual de Saúde Mental, em 1992, que encaminhou questões relacionadas à reestruturação da atenção à saúde mental no Estado do Ceará. Esse foi o ponto de partida.

O marco legal da regulamentação das mudanças que se buscava na saúde mental foi a Lei nº 12.151, aprovada na Assembléia Legislativa do Ceará, em 29 de julho de 1993, que dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória e dá outras providências, inspirada no Projeto de Lei Paulo Delgado (BRASIL, 1993).

Dessa forma, a luta pela reforma psiquiátrica no Ceará, empreendida, muito mais, por profissionais, culminou com a criação dos centros de atenção psicossocial, que perfazem atualmente um total de setenta em funcionamento, se incluirmos os novos CAPS de Fortaleza, implantados ao longo de 2005 a 2008, sendo o primeiro inaugurado em 22 de novembro de 1991, pela Secretaria Municipal de Saúde de Iguatu, município localizado a 400km de Fortaleza (SAMPAIO & SANTOS, 1996).

Desse modo, o embrião da reforma psiquiátrica no Ceará é formado no interior do Estado, favorecido pela ausência de instituições psiquiátricas para atender a população local e que poderia exercer resistência à implantação de CAPS. Uma entrevistada relata:

É muito fácil se instalar onde não existe resistência nenhuma, por isso é que o interior, ele encampou essa proposta de CAPS, foi mais fácil porque não existia nada pra tratar, já pensou? Eu chego e digo: “ó agora nós vamos ofertar um serviço com psiquiatria, psicólogo” [...] no município não tinha nada. (Entrevista nº 20, nível superior).

O Município de Fortaleza apresentou resistência à reforma psiquiátrica, sobretudo em virtude da concentração de hospitais psiquiátricos. Como refere uma entrevistada:

Ela [a Reforma Psiquiátrica] começa com os dispositivos assistenciais e com os movimentos no Iguatu. Fortaleza resiste energicamente a esse modelo, porque aqui era onde estavam concentrados os hospitais psiquiátricos e isso não era sem motivo, quando a gente começou a instalar os CAPS ouve uma resistência tremenda, a gente tava num cinturão de hospitais nos cercando. [...] e eu acredito que só a partir de 2005 com essa nova gestão é se começou a dar parte no sentido de se concretizar um projeto de reforma psiquiátrica, começou-se a pensar numa política de saúde mental que no município não tinha. (Entrevista nº 20, nível superior).

A despeito dessa resistência e ainda que timidamente, a implantação de novos serviços em saúde mental se iniciou, em Fortaleza, em setembro de 1998.

Assim, seguindo a tendência nacional e estadual de preocupação com a assistência à saúde mental, em 1993, foi formalizada uma comissão de reforma psiquiátrica, que propôs à Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza um projeto de criação de um CAPS por distrito sanitário, totalizando seis CAPS na Cidade, porém apenas três foram implantados: no âmbito das secretarias executivas regionais III, IV e VI, sendo lançado concurso público para os profissionais que comporiam suas equipes no ano 2000. Somente a partir de 2005, foram implantados mais CAPS na

Capital cearense, dentre eles todas as modalidades que o Ministério da Saúde preconiza: CAPS ad (álcool e outras drogas), infantil e tipo II ou geral.

Atualmente a Prefeitura Municipal de Fortaleza possui quatorze CAPS em funcionamento, dois infantis, seis CAPS do tipo II ou geral e seis CAPS ad, dos quais dois foram inaugurados ainda este ano e dois estão prestes serem inaugurados.

Apesar de o Ministério da Saúde orientar municípios a implantarem outros serviços de atenção à saúde mental, como residências terapêuticas, leitos em hospitais gerais para pacientes psiquiátricos e atendimento na rede de atenção básica, essa não é uma realidade em Fortaleza, uma vez que esse público é atendido, sobretudo, nos CAPS e em menor proporção em hospitais psiquiátricos. Quanto ao atendimento em hospitais gerais, a Cidade dispõe, atualmente, de 25 leitos para pessoas com transtornos mentais no Hospital Batista de Fortaleza – Ala Ana Carneiro que, embora não seja público, é conveniado com o SUS.

Considerando que, em nossa realidade, o atendimento a pessoas com transtornos mentais se dá, sobretudo, em CAPS, ressaltamos dois pontos que consideramos relevantes na reflexão sobre tais serviços: de um lado, as ações que neles se desenvolvem e do outro a identificação do profissional com a atual política de saúde mental, preconizada pela reforma psiquiátrica.

A proposta atual do Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Saúde Mental, é que os CAPS funcionem, em todo o Território nacional, seguindo a mesma orientação, ou seja, o atendimento extra-hospitalar, estimulando a integração do usuário a um ambiente familiar, social e cultural concreto, designado como seu “território”, respeitando as especificidades regionais, por intermédio do desenvolvimento de várias atividades grupais, como oficinas terapêuticas, expressivas, geradoras de renda, de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, e de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal ou individuais: prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação. (BRASIL, 2005).

O Ministério orienta, ainda, que sejam desenvolvidas atividades destinadas às famílias, como os atendimentos individualizados a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino e de lazer com familiares bem como atividades comunitárias em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, que têm como objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com as famílias, a comunidade e a sociedade em geral. Dentre essas atividades podem ser realizadas festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários. (IDEM).

Devem ser realizadas, também, assembléias ou reuniões de organização do CAPS, consideradas como atividades, que devem acontecer semanalmente, nas quais se reúnam técnicos, usuários, familiares e outros convidados, onde juntos possam discutir, avaliar e propor encaminhamentos ao serviço (IDEM).

O Ministério da Saúde determina que os centros ofereçam acolhimento diurno e, quando possível e necessário, noturno, devendo funcionar de oito às dezessete horas, com atendimento intensivo ou semi-intensivo. Assim, os pacientes devem permanecer em tratamento intensivo, diário, o dia todo, quando se encontram com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Se o usuário necessitar de tratamento semi-intensivo, pode ser atendido até 12 dias no mês, quando seu sofrimento e “desestruturação psíquica” diminuírem, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas ainda necessitando de atenção direta da equipe para recuperar sua autonomia. É preconizado, ainda, o tratamento não intensivo, pois, quando o usuário não precisa de suporte contínuo da equipe para realizar suas atividades na família e na vida pessoal, pode ser atendido até três dias no mês (BRASIL, 2004).

Vale ressaltar que, apesar de todas essas recomendações do Ministério, os CAPS têm certa autonomia de decisão quanto ao desenvolvimento das suas atividades, contudo, não podem realizá-las sem seguir minimamente a orientação da Direção da Secretaria Nacional da Saúde Mental, por exemplo, quanto a formações

de grupos terapêuticos, atendimentos individuais e atendimento às famílias, sob risco de cada um pensar e fazer de um jeito diferente. Percebemos, portanto, que, apesar de os CAPS apresentarem certa identidade, quanto às atividades de consulta, formação de grupos terapêuticos e orientações sócio-assistenciais, adotam atividades diferentes, por terem uma maleabilidade que lhes permite propor atividades segundo sua especificidade local e regional.

Tais centros são organizados para seguirem uma lógica de atendimento que valorize a particularidade dos sujeitos, sua subjetividade, mas que deve considerar a generalidade social, visto que o adoecimento psíquico é causado por múltiplas condições determinantes, inclusive ou, sobretudo, sociais, razão da proposta de tratamento no convívio da família e da comunidade.

Obviamente, há uma diversidade de atividades, bem como uma heterogeneidade de atuação profissional, de idéias e visões de mundo no universo dos CAPS, o que nos chamou a atenção para o fato de que não estão trabalhando nestes centros apenas pessoas que têm afinidade ideológica com a reforma psiquiátrica, e que, portanto, realizam suas atividades conforme preconiza a Política Nacional, buscando a desconstrução dos manicômios. Há pessoas que não têm interesse em discutir tal proposta ou assuntos relacionados à saúde mental, apenas desenvolvem atividades como decorrentes do trabalho.

4 DISCUSSÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 As Representações sociais

No campo das ciências sociais, as representações sociais são consideradas como categorias de pensamentos que expressam a realidade, explicando-a, questionando-a ou justificando-a (MINAYO, 2004).

A autora, ao definir representações sociais da perspectiva filosófica, significando a reprodução de uma percepção anterior ou do conteúdo do pensamento, acrescenta que as representações não são as mesmas para todos os membros de uma sociedade, pois dependem tanto do conhecimento de senso comum ou conhecimento popular, como do contexto sociocultural onde os indivíduos estão inseridos.

Ela acentua que tais representações possuem núcleos positivos de transformação e resistência na forma de conceber a realidade e assim devem ser analisadas criticamente, já que correspondem à vida real (P. 173).

Vale ressaltar que as representações sociais são objeto de reflexão dos autores clássicos da Filosofia, da Sociologia e, posteriormente, da Psicologia Social. Clássicos da Sociologia – Durkheim, Marx e Weber – pensavam o problema das construções simbólicas sobre o real e, embora nenhum deles tenha feito uso diretamente do conceito representações sociais, se preocuparam com o mundo das idéias e seus significados no conjunto das relações sociais, de modo que, se encontram neles as bases conceituais com os substratos conceituais das representações sociais (MINAYO, 2007).

No campo da Sociologia, as reflexões acerca das representações sociais têm origem no pensamento social clássico, com Durkheim. Suas reflexões envolvem

crenças, mitos, ciências e opiniões. O autor elaborou o conceito de Representações Coletivas na sua obra de 1912, "As formas elementares da vida religiosa", onde propôs um conjunto sistemático de elementos (IDEM).

Segundo Aron (2003), em todas as suas obras Durkheim buscou entender o sentido que os indivíduos ou os grupos atribuem a sua maneira de viver, suas crenças e ritos. O que entendemos por compreensão é exatamente a apreensão do significado interno dos fenômenos sociais.

De acordo com Durkheim, as representações coletivas são categorias de pensamento pelas quais uma sociedade expressa sua realidade, contudo, tais categorias não se apresentam de imediato e não são universais na consciência. Surgem com origem nos fatos sociais, e mais, transformando-se elas mesmas em fatos sociais passíveis de serem observados e interpretados. Saliencia, ainda, que tais representações traduzem a maneira como o grupo pensa suas relações com o objeto que o afeta. Para entender como a sociedade se representa a si mesma e ao mundo que a cerca é preciso considerar a natureza da sociedade e não dos indivíduos (MINAYO, 2007).

As idéias de Durkheim sobre representações coletivas são compartilhadas por uma série de teóricos, como Bohannan, para quem a consciência coletiva é o idioma cultural da ação social, assim como Marcel Mauss, ao defender o argumento que tanto o fato quanto sua representação constitui objeto das ciências sociais, uma vez que a sociedade se exprime simbolicamente em seus costumes e instituições por meio da linguagem, da arte, da religião como também da família e das relações econômicas e políticas (MINAYO, 2007).

Seu pensamento, contudo, é criticado por várias correntes das ciências sociais quanto à sua objetividade positivista nas representações sociais. Max Weber e Alfred Schutz, representantes da Sociologia Compreensiva e da abordagem fenomenológica, criticam nessa idéia o poder de coerção atribuída à sociedade sobre os indivíduos de modo quase absoluto (IDEM).

Weber, ao abordar o tema das representações sociais, o faz por intermédio dos termos idéias, espírito, concepções e mentalidades. Ele utiliza o conceito visão de mundo para desenvolver a noção de que uma sociedade para sobreviver necessita possuir concepções de mundo abrangentes e unitárias. Assim valoriza as idéias, mas também a base material, pois entende que a vida social é carregada de significação cultural dada pela base material e pelas idéias (IDEM).

Para ele as representações são juízos de valor que os indivíduos dotados de vontade possuem. Dessa forma, essas idéias, que são entendimentos do real, têm uma dinâmica própria e podem ser tão importantes quanto a base material. Confere, então, importância às idéias como parte da realidade social, mas a base de seu pensamento é o fato de que a ação humana é significativa e, portanto, deve ser investigada. Assim, as idéias e a ação fundamentam as representações sociais (IDEM).

Schutz faz uso da dicção senso comum para se referir às representações sociais. Para ele, tanto o conhecimento científico quanto o senso comum envolvem abstrações e generalizações realizadas e interpretadas desde o cotidiano dos sujeitos. Sua preocupação teórica é o dia-a-dia, é entender os pressupostos das estruturas significativas da vida cotidiana. São, pois então as experiências da vida do sujeito que dão as bases para a compreensão do mundo. O cotidiano é dotado de significados para grupos sociais que pensam e agem em determinado contexto social, o que se expressa mediado pelas representações sociais (IDEM).

O autor que representa a terceira corrente de interpretação das representações sociais no pensamento clássico das ciências sociais, segundo Minayo (2004), é Marx com o seu método dialético. É na obra “A ideologia alemã”, quando se refere à relação entre as idéias e a base material, que ele realiza um estudo sobre representação.

Sua explanação diz respeito à crítica aos pensadores idealistas de seu tempo por acreditarem que as idéias, os pensamentos, eram produzidos e

reproduzidos pela própria mente, pela consciência. Para esses pensadores, criticados por Marx, as transformações sociais são frutos de abstrações, pela substituição das falsas representações por pensamentos equivalentes a essência humana (IDEM).

É, então, com substrato na crítica aos filósofos neo-hegelianos que Marx elabora e discute as representações sociais. Para ele, o princípio básico do pensamento e da consciência é o modo de produção e reprodução material da vida dos sujeitos. Sua categoria central para tratar das idéias é a consciência. Assim, as representações, idéias e pensamentos são produtos da consciência determinados pela base material, a vida individual do sujeito. Desse modo, ele acentua que não é a consciência que determina o real, mas é este que determina aquela, pois a realidade é mais complexa, mais rica do que o pensamento que a apreende (IDEM).

Apesar de Marx defender a noção de que a consciência é posterior à vida real, percebe os dois elementos relacionados, como constituintes do sujeito. Assim, acredita que as circunstâncias fazem os homens da mesma forma que os homens fazem às circunstâncias. Nessa relação dialética, ele rompe com qualquer determinismo da base material, uma vez que consciência e vida material se constroem e se determinam uma a outra, implicando que o indivíduo constrói sua história, mas não como quer e sim condicionado pelas circunstâncias, de modo que nem a base material por si só é responsável pela sua reprodução, tampouco a consciência, a representação (IDEM).

O autor elabora um pensamento segundo o qual a sociedade é composta por classes e que as idéias são comprometidas com as condições de classe, uma vez que as idéias representam as classes em cada época. Assim, a classe que domina a força material também tem o domínio da força espiritual, pois detém os meios de produção material, de modo que os que não detêm tais meios de produção têm suas idéias subjugadas às classes dominantes. Dessa maneira, ele garante que, por possuírem os meios de produção da vida material, as classes dominantes afirmam suas idéias como idéias gerais válidas, comuns e universais aos indivíduos.

Verifica-se que Marx elabora sua teoria tendo como pano de fundo a relação de classe e a relação de produção da vida material.

Ao analisar a contribuição dos autores clássicos da Sociologia quanto às representações sociais, vemos que em suas análises se aproximam em alguns pontos, mas suas divergências de “visão de mundo” são fundamentais. Desse modo, Durkheim defende o argumento de que as representações sociais exercem coerção sobre o sujeito e a sociedade. O pensamento de Marx é fundamentado no caráter de classe das representações e no papel da luta de classes desenvolvido no modo de produção e que forma o campo ideológico, enquanto Weber assegura que os indivíduos são portadores de cultura e valores que conformam a vida social.

Em síntese, os três autores enfatizam a importância das representações sociais na elaboração do conhecimento, cada um com sua visão própria do fenômeno. Assim é que, em Durkheim, a vida social determina as idéias. A sociedade é, para ele, “síntese de consciências”. De acordo com o autor, a importância das representações está no fato de que o pensamento coletivo deve ser compreendido em sua forma e conteúdo em sua especificidade, pois toda representação social, por ser coletiva, apresenta em si objetividade, portanto, possível de ser pesquisada.

Para Marx, as representações estão ligadas à prática social, não nega a idéia de Durkheim quanto à anterioridade da vida social em relação às representações, porém exprime categoricamente que a consciência emana das relações entre as classes, podendo ser captada empiricamente como produto da vida material, ou seja, as representações não estão desvincilhadas do real, pois sua análise reflete a base material onde se movem os sujeitos e, conseqüentemente, os grupos sociais. Embora afirme que a determinação está na base material, nega um determinismo mecânico do material sobre a consciência, defende a posição de que ambos – material e idéia – estão em relação dialética com origem no real.

Vale ressaltar que todos eles estão de acordo quanto à idéia de que é por meio do individual que as representações sociais são expressas. Desse modo, para Durkheim, as idéias tendem a se individualizar no sujeito, enquanto Weber apresenta o indivíduo como um ser portador de cultura e valores socialmente estabelecidos – constelação singular – que informa sobre a ação do grupo. Por fim, Marx faz referência a sujeitos históricos, indivíduos determinados, que se expressam pelas relações sociais, políticas e econômicas.

Percebemos, então, que as representações sociais têm suas bases conceituais nas ciências sociais, com assento nos estudos desenvolvidos pelos pensadores clássicos da Sociologia, todavia configuram-se como uma semente fértil no campo da pesquisa e estudo de inúmeras áreas do conhecimento ou campos de saberes, tais como Educação, Antropologia, Psicologia, Saúde e tantas outras e em vários países. Assim, ao longo do tempo, as representações constituem um espaço de investigação importante nas ciências sociais e humanas e influenciou pesquisadores tanto na Europa quanto na América, inclusive no Brasil (OLIVEIRA e MOREIRA, 2000).

No Brasil, o estudo das Representações Sociais é recente, sendo iniciado pelos brasileiros que freqüentavam a Cole Hautes Études em Sciences Sociales¹⁰, na década de setenta do século XX, entretanto, só chegou ao país em meados da década de oitenta do mesmo século. Foi desse período em diante, com o aumento do interesse pelos fenômenos do domínio do simbólico, que floresceu a preocupação de explicações sobre eles e com as representações.

Alguns autores, a exemplo de Spink (2007), Sá (2001) e Arruda (2002), expressam que o estudo das representações foi retomado apenas por volta das décadas de 50 e 60 do século passado, pelo estudioso francês Serge Moscovici, a quem tais autores atribuem, em suas obras, o título de teórico das Representações

¹⁰ Escola de Paris onde os estudantes cursaram disciplinas e realizaram teses, tendo como orientadores Moscovici e Jodelet.

Sociais, tendo como marco a obra deste intitulada: *Psicanálise: sua imagem e seu público* de 1961.

Tal afirmação se confirma na escrita de Arruda (2002), para quem, do mesmo modo que vários conceitos surgem numa área e ganham uma teoria em outra, a representação social ganha teorização na Psicologia Social que, embora originada da Sociologia de Durkheim, foi desenvolvida por Serge Moscovici e aprofundada por Denise Jodelet. Assim, alguns autores – Spink (2007), Sá (2001), Guareschi e Jovchelovitch (2007) dentre outros – defendem o argumento de que Moscovici teria desenvolvido a Teoria das Representações Sociais.

Desse modo, ressaltamos que o estudo das Representações Sociais ocupa, atualmente, amplos espaços no campo das ciências humanas. Comporta características como vitalidade, transversalidade e complexidade, que não podem escapar aos olhares dos pesquisadores que exploram o novo campo de pesquisa. Cada pesquisador individualmente busca explorar dos diferentes ângulos o construto representação social, objetivando a compreensão de seu objeto de estudo (D. M. SOBRINHO, 2000).

De acordo com Santos (2000), um dos pressupostos do estudo das Representações Sociais é o caráter coletivo e individual do conhecimento social, uma vez que não concebem a separação entre indivíduo e coletividade e consideram o saber constituído e consolidado no cotidiano das pessoas. Desse modo, o senso comum apresenta, então, uma contribuição fundamental na feitura do conhecimento, nas Representações Sociais.

Assim, as Representações Sociais são embasadas em processos históricos e socioculturais da vida individual e coletiva do indivíduo, portanto, fundamentada no seu dia-a-dia, no conhecimento do senso comum. Este, segundo Nóbrega (1990), é o saber selvagem, profano ou mentalidade pré-lógica, assim classificada pela Sociologia, Psicologia e Antropologia.

A Era moderna, marcada pela profunda ruptura do pensamento científico com o pensamento da vida prática, o que costumamos chamar de senso comum, dividiu a sociedade em dois pólos opostos, os cientistas detentores do conhecimento dito verdadeiro e os leigos, a maioria da sociedade, que detém o pensamento ingênuo, por assim dizer, o pensamento das massas.

Chauí (2006) nos apresenta uma clara distinção entre os dois tipos de conhecimentos, a saber, científico e senso comum. Segundo a autora, o senso comum e os saberes cotidianos apresentam certas características que lhes são peculiares, são subjetivos, exprimem sentimentos e opiniões individuais e de grupos; são ao mesmo tempo individualizadores e generalizadores, pois cada fato é visto por nós como individual, distinto dos outros, por possuir qualidades que nos afetam de modo diferente ou reúnem, numa só opinião ou idéia, fatos semelhantes.

Para a autora, o que distingue o conhecimento do senso comum do científico é a desconfiança da ciência na veracidade das certezas humanas, no fato de o homem aceitar o caráter imediato das coisas, na sua ausência de crítica e de curiosidade. O conhecimento científico, por assim dizer, opõe-se, *ipsis litteris* às características do senso comum. Assim, ele é objetivo, quantitativo e homogêneo.

Santos (2000) assegura que, com base nas representações sociais na elaboração do conhecimento do senso comum, sujeito, objeto e sociedade são inseparáveis. Busca-se compreender processos intra e intergrupais ocorrentes em contextos sócio-históricos e culturais específicos.

Para o autor, as representações sociais fornecem crivos de leitura do mundo, atuando como construtoras da realidade social de indivíduos ou grupos. Desse modo, representar um objeto é compartilhar dos modelos de pensamentos e de explicações existentes na sociedade, fato demonstrativo de que as Representações Sociais são as relações constantes entre sujeito e objeto, pois ao pensar um objeto, expressar opinião sobre ele, o indivíduo ou grupo o recria e o

reconstrói, tornando-o consciente com sua opinião. Assim, a representação social é uma forma de saber prático que liga um sujeito a um objeto.

Neste sentido, compreende-se que o estudo das Representações Sociais rompe com a dualidade ciência (como sendo verdade) e senso comum (como ilusão). As Representações Sociais são, pois, formadas pelos saberes populares, pelas idéias dos indivíduos, pela racionalidade da crença coletiva e sua significação (SPINK, 2007).

Assim, Moscovici dedicou-se ao estudo do tema com sucedâneo no pensamento de Durkheim, ficando conhecido após a publicação de sua obra *La Psycanalyse: Son image et son public*,¹¹ em 1961, como já referido. Ele retoma o pensamento de Durkheim esteado em uma crítica ao conceito de representações coletivas, afirmando que este opõe às representações coletivas as individuais, de modo que as representações são coletivas porque exercem uma coerção sobre os indivíduos e os leva a pensar e a agir de modo homogêneo (NÓBREGA, 1990).

Nesse sentido, Moscovici compreende que as Representações Sociais não são homogêneas, como teria afirmado Durkheim, menos ainda partilhada por toda a sociedade enquanto tais. Ao contrário, elas são sociais pelo fato de serem partilhadas na heterogeneidade da desigualdade social (IDEM).

Dessa forma, é contrapondo-se à idéia de que os indivíduos são levados a pensar e agir de modo homogêneo que o estudo de Moscovici a respeito das Representações Sociais procura se estabelecer, não negando o conhecimento científico, mas se apropriando do conhecimento constituído na vida prática, valorizando o contexto sociocultural e histórico do sujeito coletivo, porém portador de individualidades.

É por tratar da relação entre indivíduo e sociedade que as Representações Sociais apresentam novas possibilidades, pois é contra uma

¹¹ A psicanálise: sua imagem e seu público

epistemologia do sujeito “puro” ou do objeto “puro”, que ela recupera um sujeito, o qual pela sua relação com o mundo, constrói tanto o mundo como a si próprio (GUARESCHI e JOVCHELOVITCH, 2007). Desse modo, as Representações Sociais são entendidas como forma de saber que permite aos indivíduos compreenderem e explicarem a realidade, formando novos conhecimentos e situando indivíduos e grupos no campo social.

Segundo Farr (2007), há uma continuidade entre o estudo de representações coletivas realizados por Durkheim e o mais moderno estudo sobre Representações Sociais de Moscovici, que se apóia nos argumentos daquele sobre representações coletivas, como anteriormente referido, embora o critique pelo fato de ele haver distinguido o estudo das representações individuais do estudo das representações coletivas, que está no domínio da Sociologia e aquela no da Psicologia.

É, sobretudo, quanto à dicotomia individual-coletivo, pessoa-sociedade, que Moscovici se contrapõe ao pensamento de Durkheim. Desse modo, o objeto que surgiu no terreno da Sociologia é pensado por aquele na interseção indivisível do individual e do social e apreendido pela Psicossociologia (IDEM).

Esse é um ponto divergente entre os dois autores, pois Moscovici não concorda com o dualismo do mundo individual e do mundo social, mas com a inter-relação de ambos. Assinala, então, que Durkheim se esquece de que a força do que é coletivo encontra sua mobilidade na dinâmica do social, que é consensual, é reificado, mas abre-se permanentemente para os esforços de sujeitos sociais, que o desafiam e se necessário o transformam (FARR, 2007:19).

Moscovici (2007) traz à baila discussões a respeito das dimensões coletivas e individuais do conhecimento social e da constituição da realidade social. Os sujeitos são produtos, por assim dizer, de uma elaboração de subjetividade e objetividade, dada pelo fator psicológico e pelas relações sociais que estabelece com os outros mediante a cultura.

Assim, as imagens formadas sobre o real, ou seja, as Representações Sociais são idéias coletivas que tendem a se individualizar nos sujeitos, pois o coletivo se expressa no indivíduo, assim como o individual influencia o coletivo, porquanto é o indivíduo como ser portador de cultura e valores socialmente constituídos, que informa a ação do grupo a que pertence, considerando o limite de informações e valores do qual é portador (SANTOS, 2000).

O autor argumenta que as Representações Sociais se formam quando pessoas se encontram para falar, argumentar ou discutir o cotidiano, expostas às instituições, aos meios de comunicação, aos mitos e à herança histórico-cultural das sociedades. Assim, tais representações são entendidas como um fenômeno que pode explicar a maneira pela qual o novo é engendrado no processo de interações sociais.

Ele se apóia também na linguagem para formular suas idéias. Considera a comunicação e a linguagem dois elementos constitutivos e constituintes do sujeito e de suas representações, ou seja, o indivíduo é constituído pelas significações culturais e é constituinte de significações sociais.

Oliveira e Moreira (2000) defendem a idéia de que a mediação pelos signos possibilita e sustenta a relação social, uma vez que a representação permite a comunicação entre indivíduos. Dessa forma, estes indivíduos e grupos estabelecem relações sociais pelas representações que eles próprios suscitam por mediações semióticas, de modo que a mediação se faz presente nas várias dimensões do ser: nos atos de pensar, agir, falar, sentir.

4.2. Institucionalização e desinstitucionalização

A institucionalização do portador de transtorno mental é, ao longo do tempo, a maneira mais ordinária de tratamento, como o isolamento e a privação absolutos ou parciais de sujeitos marcados eternamente, estigmatizados, tidos como “não-normais”. Percebe-se, no entanto, sua ineficácia e por isso se procura seu inverso – a desinstitucionalização, como uma forma de amenizar o sofrimento de usuários e membros familiares.

Institucionalização é um termo usado para descrever a sociabilidade de um grupo de pessoas que, por algum motivo, vieram a estar juntas na mesma instituição, seja ela pública ou não. As rotinas nela estabelecidas levam o sujeito ao estreitamento ou redução do senso crítico individual, causando prejuízos pela aplicação opressiva ou corrupta de sistemas de controle sociais, médicos ou outros inflexíveis. Não se trata, exatamente, do que Goffman (2005) denominou de “instituição total”. Esta se caracteriza pela opressão, o domínio, o roubo de vidas subjetivas humanas e por se tratar de um espaço de segregação e de furto da liberdade. Nela o indivíduo perde, de fato, suas vontades singulares visto que toda sua rotina diária é determinada por outros, geralmente os dirigentes da instituição. Suas necessidades precisam ser “bem planejadas” no sentido de que todas as vontades ou necessidades do indivíduo resultem totalmente controladas.

Como explicita Goffman (2005, p.18), “o controle de muitas necessidades humanas pela organização burocrática de grupos completos de pessoas é o fato básico das instituições totais”. Nessa classificação, encontram-se os quartéis, campos de concentração, conventos, prisões e manicômios. O autor sugere que, para conhecer uma instituição específica, é necessário estar disposto a perceber que toda instituição tem tendências de fechamento, e que esse fechamento é caracterizado pela barreira física com o mundo exterior: portas trancadas, muros altos, grades e outras. “A barreira que as instituições totais colocam entre o internado e o mundo externo assinala a primeira mutilação do eu” – diz ele (P. 24).

Nem todas as instituições, entretanto, têm tal natureza. Outras não “fechadas”, cujos integrantes têm contato com o mundo exterior, embora estejam subordinados a elas e às suas regras, entre as quais podemos citar, como exemplo, a grande fábrica do século XX e as colônias rurais, como a de Ainay-le-Château, na França do início do mesmo século, uma instituição psiquiátrica aberta que, segundo Jodelet (2005), procedia à instalação familiar de doentes mentais, conhecidos como não-civis ou pensionistas, os quais marcados por sua pertinência psiquiátrica eram considerados como os “outros”. Esta última instituição, apesar de aberta, pode, igualmente, tutelar os indivíduos: suas portas estão fisicamente abertas, mas simbolicamente encarceram o indivíduo em normas e regras rígidas sob o argumento de tratá-lo ou simplesmente cuidar dele.

Importante assinalar que, para fins do presente trabalho, as reflexões a respeito da institucionalização e da desinstitucionalização referem-se, especificamente, ao campo social-psiquiátrico, pois reconhecemos que estes termos têm aplicações vastíssimas. Goffman (2005) desenvolve argumentação, segundo a qual até mesmo as pessoas que trabalham em grandes instituições podem ficar institucionalizadas. Elas estão sujeitas a um estado mental subserviente tal, que podem levar ao desprezo as alterações externas à organização, prejudicando sua adaptação a novas circunstâncias.

Desse modo, estamos de acordo com Rotelli (2001, p.63), quando assinala que “[...] muito pouco se dá conta que justiça e sanidade, escolas, entes e poderes locais devem desinstitucionalizar-se assim como os manicômios, os hospícios e as casas de internações”.

A pertinência do argumento de Goffman, ora referido, nos leva a considerar instituição não apenas o manicômio, já levado em conta nos meios acadêmicos e políticos como algoz do portador de transtorno mental que a reforma psiquiátrica busca desmontar, mas também os modelos abertos propostos no contexto da referida reforma.

O conceito de desinstitucionalização, por sua vez, é constatado nas sociedades europeia e dos Estados Unidos no período pós-Segunda Guerra Mundial, desde os processos sócio-institucionais dessas sociedades, quando os Estados modernos assumiram a responsabilidade pelos problemas sociais (OLIVEIRA, 2002).

Tanto na Europa quanto na América, a desinstitucionalização, sobretudo a manicomial, era uma palavra de ordem central utilizada para diferentes objetivos. Para uns ela era a busca da renovação da capacidade terapêutica da Psiquiatria contra o controle social, a coação e a segregação; para outros, era a possibilidade de abolição de todas as instituições de controle social; ou para outros, ainda, era um programa de racionalização financeira e administrativa, com a redução de leitos hospitalares configurando uma consequência da crise fiscal (IDEM).

É, sobretudo, com esse último objetivo que a desinstitucionalização manicomial é levada a efeito em vários países, de modo especial nos Estados Unidos, nos quais ocorreu no período da década de sessenta do século passado a desospitalização pura e simples com vistas à redução de leitos hospitalares, no contexto de uma crise fiscal do Estado (OLIVEIRA, 2002).

Assim, refletir sobre a desinstitucionalização manicomial requer não perder de vista a influência das idéias neoliberais presentes na reforma do Estado, que sucede paralelamente à reforma psiquiátrica, com a busca da desospitalização, redução de leitos psiquiátricos, fechamento de hospícios e outras decisões. Dessa maneira, ao longo da história da política de saúde e, de modo especial, de saúde mental, estiveram bem presentes o mercado e a racionalização de gastos públicos, minimizando o Estado em responsabilidade social e ampliando o seu poder contratual com o mercado numa relação de defesa deste (IDEM).

A reforma psiquiátrica brasileira, no entanto, bem como a reforma sanitária, não desconsiderou o contexto sociopolítico ora referido. Ambas expressam, sempre, a preocupação de aniquilar o manicômio como espaço incapaz de atender as

necessidades da população, ao pensar e lutar pela concretização de serviços alternativos de tratamento, enfatizando a responsabilidade do Poder Público na resposta à questão da saúde mental, aproximando-se da família e da comunidade.

A desinstitucionalização manicomial proposta pela reforma psiquiátrica, no Brasil, refere-se não apenas ao tratamento extra-asilar. Ela acentua a necessidade de considerar a vida subjetiva do sujeito, seu poder contratual, ao contrário do que ocorre na instituição total, em que o indivíduo tem suas vontades negadas, fazendo parte de um tratamento homogêneo, que desconsidera as individualidades.

Ao considerar o manicômio um tipo de “instituição total”, Goffman (2005) realça seu poder de fazer perder a singularidade. Trata-se, segundo o autor, de um local que castra e que leva os indivíduos a se despirem do seu eu e estrategicamente se submeterem à vontade dos dirigentes da instituição como forma de barganhar alguns irrisórios benefícios. Desse modo, entendemos que embora o hospital psiquiátrico tente humanizar as relações internas ele não perde seu caráter de instituição fechada, fazendo com que as escolhas e possibilidades do indivíduo continuem preestabelecidas, reguladas, controladas.

Consideramos mais importante do que a destruição do manicômio em si, e tanto quanto a construção e reconstrução da cidadania do portador de transtorno mental, a desconstrução de idéias, noções e preconceitos que formam o imaginário coletivo de comunidades, gestores, profissionais, usuários e até mesmo daqueles que buscam sua destruição e superação. A implantação de serviços alternativos extra-hospitalares ou a suposta humanização do hospício, por si só, não garantem o fim da instituição total.

Assim, concordamos com as afirmações de Rotelli e Amarante (1992) segundo as quais a perspectiva de o hospital psiquiátrico tornar-se obsoleta pela simples implantação de uma rede de serviços assistenciais extra-asilos é uma ilusão, não correspondendo à realidade, assim como a modernização técnica e

administrativa do hospital que supõe, a partir daí, humanizar-se e tornar-se terapêutico constitui-se uma falácia, discurso vazio. Segundo os autores, a desconstrução não significa a destruição do hospital, mas a superação de todo o aparato manicomial, dos paradigmas clínico e racionalista que o fundamentam.

Desse modo, a desinstitucionalização se afirma na superação dos paradigmas clássicos, referidos em Rotelli *at alii*, que reduz a “loucura” à doença mental e tem como base a idéia de desconstrução da racionalidade científica simplificadora, mutilante e tecnicista e a invenção de novas possibilidades, contrária a toda e qualquer forma de abandono e desassistência. Ela torna complexo o adoecimento psíquico ao perceber e reinventar aquelas possibilidades, ao considerar o sujeito, sua história, sua subjetividade e não apenas sintomas e diagnósticos, de modo que seu objeto não é a doença mental, mas o sofrimento do sujeito em sua complexidade individual, social, cultural, biológica e histórica. Desse modo, a proposta de desinstitucionalização busca, acima de tudo, a criação de mais espaços e possibilidades de cuidado, de outras formas de sociabilidade que venham a substituir os manicômios, mas não como modelos artificiais que servem muito mais de propaganda do que de cuidado; não percamos de vista os conflitos de interesses presentes na arena social.

Para Rotelli e Amarante (1992), tal desinstitucionalização configura-se como um processo social complexo, que deve envolver todos os agentes sociais, visando a modificar a forma de organização das instituições psiquiátricas, criando estruturas que venham substituí-las, mas que, acima de tudo, tenha como foco o sujeito e sua subjetividade, a singularidade, o que requer, sem dúvida, o estabelecimento de uma nova política para a saúde mental pautada nos princípios propostos pela reforma psiquiátrica brasileira, pois é uma proposta que toma como base a perspectiva dialética e que considera o sujeito em sua totalidade, mas que é portador de uma singularidade e está inserido em um contexto social, isto é, segundo a perspectiva de Arendt (2004), na “pluralidade humana”, com o duplo aspecto de igualdade e diferença.

Boarini (2000) pensa a desinstitucionalização como algo capaz de produzir com originalidade uma sociedade fundamentada no exercício pleno da cidadania, da liberdade, da justiça social e no respeito aos diferentes. Portanto, diz o autor, deve-se propor um processo complexo que intencione tratar da desconstrução e reconstrução de conceitos fundamentais da psiquiatria, tais como doença mental e saúde mental, **normalidade e anormalidade**, dentre outros, apresentando para os sujeitos sociais o significado destes conceitos na consolidação de uma sociedade solidária e tolerante, com vistas à criação de possibilidades materiais concretas – por exemplo, emprego e renda, mas não só – para que os indivíduos superem sua condição de estigmatizado, lançando uma crítica radical à lógica manicomial que sustenta saberes e práticas cronificadoras e de subjugação de uns pelos outros. (grifo nosso).

Vale salientar que o marco da desinstitucionalização manicomial brasileira é a Lei Federal nº. 10.216/01, que trata do processo de desinstitucionalização do portador de transtorno mental e propõe a eliminação da internação psiquiátrica, propondo a constituição de serviços comunitários inteiramente substitutivos ao manicômio e que representou forte poder de mobilização social, política e cultural, valorizando os direitos de cidadania desse sujeito e oferecendo-lhe soluções alternativas de tratamento na comunidade (ROTELLI e AMARANTE, 1992).

Nicácio (2001), ao trazer para suas reflexões a política das diferenças, é a favor da idéia de que a desinstitucionalização deve objetivar não apenas a humanização das relações entre sujeito, instituição e sociedade, mas, acima de tudo, a conquista de um espaço social para a “loucura” e o “louco”, a diversidade, a divergência e a diferença.

4.3 Identidade e diferença

Nenhuma pessoa é igual à outra, mesmo que muitas se identifiquem umas com as outras, porque cada indivíduo percebe o outro e a si mesmo de forma

diferente, pelo fato de realmente ser diferente, embora ser o outro, muitas vezes, não signifique apenas ser diferente, mas *anormal*. Assim é que surgem as questões: quem ou o que seria “normal”? O que significa ser “normal” ou ser “anormal”?

A compreensão dos conceitos de normalidade e anormalidade foi facilitada pela leitura de autores clássicos, como Canguilhem (2006), que apresenta o patológico com base no normal. Dessa forma, quando nos referirmos a um conceito será sempre em relação ao outro, isto é, a anormalidade só pode ser pensada com origem na normalidade. Quanto ao que ou quem é normal, no entanto, o autor refere que é um problema que “[...] consiste em saber dentro de que oscilações em torno de um valor médio puramente teórico os indivíduos vão ser considerados normais”. E continua: “Mas será que devemos considerar qualquer desvio como anormal?” (P. 110).

Laugier, apud Canguilhem (2006, p.111-112) assinala que a insuficiência dos dados numéricos biomédicos, a incerteza da validade dos princípios a serem utilizados para esclarecer a separação entre o normal e o anormal, faz com que a definição científica de normalidade pareça atualmente inacessível.

Daí entendermos que o conceito de anormalidade não pode ser definido, senão tendo com parâmetro a normalidade. É com base nessa afirmação que buscaremos entender a normalidade como feito histórico-cultural das sociedades, para compreender os comportamentos humanos, ou, ainda, que ele seja algo vinculado a interesses de uma minoria, seja individual ou grupal.

Dessa forma, cada sociedade ou grupo social identifica, classifica seus membros e espera que eles se encaixem em suas expectativas de normalidade, pois fugir à regra é algo considerado anormal, estando a pessoa sujeita a discriminação, abandono ou indiferença e ainda caracterizará o que Goffman (1988) denomina de estigma.

A identidade é, sobretudo, uma elaboração sócio-histórica e cultural embasada numa relação que opõe um grupo ou indivíduos aos outros com quem têm contato e que expressa tanto a classificação quanto o reconhecimento. Nesse sentido, Bourdieu (2006) assevera que a identidade uma relação de poder constituída pelos sujeitos. O autor expressa que as lutas pela identidade constituem um caso particular das lutas das classificações, são lutas pelo “monopólio de fazer ver e de fazer crer, de dar a conhecer e de fazer reconhecer”. São lutas simbólicas que envolvem relações de poder, nas quais grupos e indivíduos se engajam com o objetivo de impor uma visão de mundo social de acordo com seus interesses.

O poder de classificar, no entanto, não é dado aprioristicamente. Ainda que os grupos se arroguem o poder de classificar e invoquem a autoridade científica para fundamentar sua visão de forma autoritária, dependem não apenas do reconhecimento que lhe é consentido, mas também do quanto ele está fundamentado na objetividade do grupo, em suas propriedades culturais e econômicas (BOURDIEU, 2006).

Assim, a identidade não é algo simplesmente atribuído. Mas é, antes de tudo, produto de uma relação, uma vez que incorpora um duplo aspecto no campo das representações: de um lado a percepção de que o grupo ou indivíduo tem de si, e do outro, a percepção que os outros têm dele. Essa percepção Cuche (1999) analisa como auto-identidade e hetero-identidade, ambas se influenciando.

Desse modo, para esse autor, a identidade é uma concessão, uma negociação entre uma “auto-identidade” atribuída pelo próprio sujeito e uma “hetero-identidade” ou uma “exo-identidade” definida pelos outros, o que não deixa de ser relação. Com efeito, “a construção da identidade se faz no interior de contextos sociais que determinam a posição dos agentes e orientam suas representações e suas escolhas”. (P. 182). Desse modo, o autor entende que numa situação em que está caracterizada a dominação, a identidade atribuída do exterior do grupo, a hetero-identidade, ocorre pela estigmatização de grupos minoritários (IDEM, P. 184).

No caso da identidade do portador de transtornos mentais, também construída social e culturalmente, se aproxima do que Bourdieu (2006) chamou de identidade dominada, em que o discurso científico é tomado como um “discurso de consagração” que tem o poder de fazer valer nas lutas das classificações.

Dessa forma, os transtornos mentais seriam comportamentos desviantes, anormais, atribuídos a sujeitos “inferiores”, por serem diferentes, e resultado da distância social entre quem lhe imputa a expressão e a situação social do indivíduo em foco.

Silva (2000) apresenta uma série de fatores que definem o que é e o que não é a identidade, ou seja, ela não é algo que está dado, não é uma essência, não é fixa, estável, coerente, unificada ou permanente; também não é homogênea e definitiva, mais, é sim, uma construção, um processo de produção. É instável e contraditória, fragmentada, inconsistente e em constante devir. Ela está ligada a sistemas de representações e tem estreitas conexões com relações de poder: poder de classificar e ser classificado, de identificar e ser identificado.

Para o autor, a identidade é classificada tendo como parâmetro o outro, a diferença. Assim, a identidade é aquilo que se é. Em oposição à identidade, a diferença é aquilo que o outro é. A verdade, porém, é que estão em relação de estreita dependência. Por ser produto do mundo social e cultural, a identidade, tanto quanto a diferença, é ativamente produzida. Os indivíduos sociais fazem-na no contexto de relações culturais e sociais, não se tratando de elementos da natureza que estariam postos e que os indivíduos apenas se apropriariam, supondo-se, portanto, a naturalização da identidade (IDEM).

O pensamento de Penna (1992, p.135) também segue essa mesma orientação: a identidade só se afirma em relação à diferença, entretanto, a autora assegura que a relação não se estabelece, de fato, entre identidade e diferença, mas entre semelhança e diferença. Ela esclarece, dizendo que “as expressões “é igual a” e “é diferente de” são contrárias e mutuamente exclusivas. Já a expressão

“é semelhante a” [...] não trabalha com contrários mutuamente excludentes, mas com contrastes relativos”. Disso surge o fato de que a semelhança só é possível com relação ao pressuposto da diferença.

A autora diferencia idêntico de semelhante pelo fato de a identidade dizer respeito a indivíduos distintos que, por uma característica comum, podem ser inscritos em um grupo específico. Ainda que esse grupo agregue indivíduos semelhantes, todavia, são distintos, com objetividade e subjetividade próprias.

4.4 Normalidade e anormalidade.

É interessante perceber que por toda a história da humanidade sempre houve grupos ou pessoas que foram mais ou menos excluídos ou aceitos no convívio social, em nome de uma suposta harmonia e equilíbrio ou normalidade, por assim dizer, seja por qual for o motivo: doença, classe social etc. (FOUCAULT, 2005).

A natureza, no homem ou fora dele, é, segundo Canguilhem (2006) harmonia e equilíbrio. Para ele a perturbação desse equilíbrio, dessa harmonia, é o anormal, a doença, o desvio, a anormalidade. Assim, o anormal é a ausência de normalidade, é o que põe em risco o conhecido desde sempre e que perturba a ordem estabelecida. **A perturbação, a doença, o transtorno mental, o diferente, isso é “anormalidade”.** (grifo nosso).

Para o autor em referência, o papel da Medicina ao longo da história sempre foi restaurar a saúde e expulsar a doença. Para ele, “a doença não é somente desequilíbrio ou desarmonia, ela é também, e talvez, sobretudo, o esforço que a natureza exerce no homem para obter um novo equilíbrio”. (CANGUILHEM, 2006).

De acordo com este pensamento, podemos acentuar que o “anormal” nada mais é que uma nova forma de “normal”, ou seja, uma forma diferente de normalidade. Assim, ser portador de transtornos mentais pode ser outra forma de viver, de ser, ser diferente. Se a doença é uma reação generalizada com intenção de cura (IDEM), a “loucura” é um modo de ver e viver a vida diferente dos “normais”, sendo que estes, na definição de Goffman (1988) são os que não se afastam negativamente das expectativas particulares em foco.

Dessa forma, o homem entra num jogo de classificação e relação de reconhecimento de si e do outro. Além de tantos outros diferentes, estranhos e bizarros, a exemplo dos homossexuais, mendigos e aleijados, o portador de transtornos mentais é classificado, tanto por quem tem o poder de classificar quanto é reconhecido por si próprio.

Nesse sentido, o comportamento desviante é atribuído, tanto pelo outro que se arroga “normal” quanto é reconhecido por grupos e indivíduos estigmatizados, de modo que essa classificação nada mais é do que um jogo de poder.

Penna (1992) reflete com Dumont (1985, p.252/276) na idéia de que reconhecer o outro como outro, como diferente, significa pensá-lo como inferior ou superior e conseqüentemente sua relação com ele. Nesse sentido, Goffman (1988) assevera que apenas na relação é possível perceber o outro, sua diferença e, portanto, seu estigma, sua “anormalidade”.

Interessante é observar na reflexão de Arendt (2004) que é somente na relação que o homem percebe o outro. E mais: é só aí que o homem existe como tal. É na relação que, enquanto que se assemelham, os homens se diferenciam, porquanto a pluralidade humana comporta o duplo aspecto da igualdade e da diferença, igualdade de homens e diferença de indivíduos. Nesse sentido, ser diferente não significa, ou não deveria significar, ser inferior ou superior, tampouco “anormal”, mas simplesmente diferente, embora possa ser semelhante.

Bourdieu apud Penna (1992) refere que existir socialmente é também ser percebido e notado como distinto, em consonância com o pensamento de Arendt (2004) que destaca serem os homens não apenas diferentes, mas também distintos.

Penna (1992, p. 67) citando Bourdieu, segue afirmando que os sistemas de classificação representam objetos em disputa, pois são capazes de impor a definição legítima das visões do mundo social “[...] e o reconhecimento de um grupo passa pela sua presença na classificação dominante ou oficial”.

Em que momento, porém, o portador de transtornos mentais é tido como diferente, como pessoa de “comportamento desviante”? Com o progresso da ciência, da classificação nosográfica da Medicina e nomenclatura das doenças é que os transtornos mentais são percebidos como subversão de normas e regras socialmente estabelecidas. Castel (1978, p.111), citando Fédere, alienista francês do século XIX, relata que em seu entendimento o [portador de transtorno mental] “não tem consideração por nenhuma regra, [...] desconhece-as todas; cujos discursos, posturas e ações estão sempre em oposição, [...] com o que existe de humano e de racional”.

Desse modo, os transtornos mentais são tidos como um estigma, ou seja, o portador de transtornos mentais é um indivíduo que apresenta características que o tornam diferente dos outros, pois lhe é atribuída uma identidade também negativa, uma identidade deteriorada (GOFFMAN, 1988). Assim, os transtornos mentais, concebidos como algo negativo, são vistos como o avesso da ordem, da harmonia e da normalidade. Seriam a própria agitação, ausência de moderação, desregramento, impulsividade e periculosidade, são definidos, então, como "um excesso que é falta" (CASTEL, 1978, p.111).

5. REPRESENTAÇÕES DOS PROFISSIONAIS ACERCA DA SAÚDE MENTAL

5.1. Entrada em campo

Antes de iniciar a pesquisa exploratória, já havíamos tido aproximações ao CAPS e contato com alguns funcionários, por ocasião de um curso de capacitação em saúde mental que havíamos ministrado para os funcionários de nível médio e por havermos desenvolvido, em parceria com um enfermeiro da equipe, um trabalho de terapia comunitária na comunidade, na qual alguns usuários do referido CAPS se faziam presentes. Muitas questões se formaram antes do primeiro contato, tais como, por onde começar? Com quem falar primeiro? Com a moça da recepção ou com a pessoa da Coordenação? Até que numa manhã de abril, chegamos à instituição e falamos com a recepcionista que nos levou à Coordenação. Não foi tão fácil falar com o coordenador, pois, muito atarefado, não podia nos dar atenção. Esperamos até que ele pudesse falar conosco.

A Coordenação do CAPS funciona em uma sala muito pequena, havendo um armário de aço com duas portas onde eram guardadas muitas pastas (acho que documentos), uma mesa com alguns papéis e pastas em cima e um aparelho de telefone; atrás uma cadeira vermelha, que parece confortável. A porta mal podia ser aberta de tão apertada que era a sala. Havia tão pouco espaço ali e com quatro pessoas o espaço ficava sufocante, pois estavam coordenador, uma assistente social e um auxiliar de enfermagem, os quais discutiam sobre a situação de um usuário.

Em razão do contexto ora descrito, anunciamos que voltaríamos outro dia. A sensação era de que naquele aperto éramos invisível, parecia que ninguém nos percebia; porém, o coordenador voltou-se dizendo que falaria conosco sim, só precisava de um “minutinho”. Realmente não demorou muito e pudemos explicar-lhe

a intenção de realizar uma pesquisa naquela instituição. Falamos do projeto de pesquisa e ele concordou. Apenas solicitou uma cópia do projeto para arquivar juntamente com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Enfim realizamos o primeiro contato.

Outros contatos para apresentar o projeto foram necessários, pois uma outra pessoa – coordenadora – assumiu a Coordenação. Tivemos de explicar-lhe nosso objetivo e solicitar sua permissão para pesquisar na instituição, o que foi repetido duas vezes após o primeiro contato, pois a Coordenação mudou três vezes durante o período de realização da pesquisa.

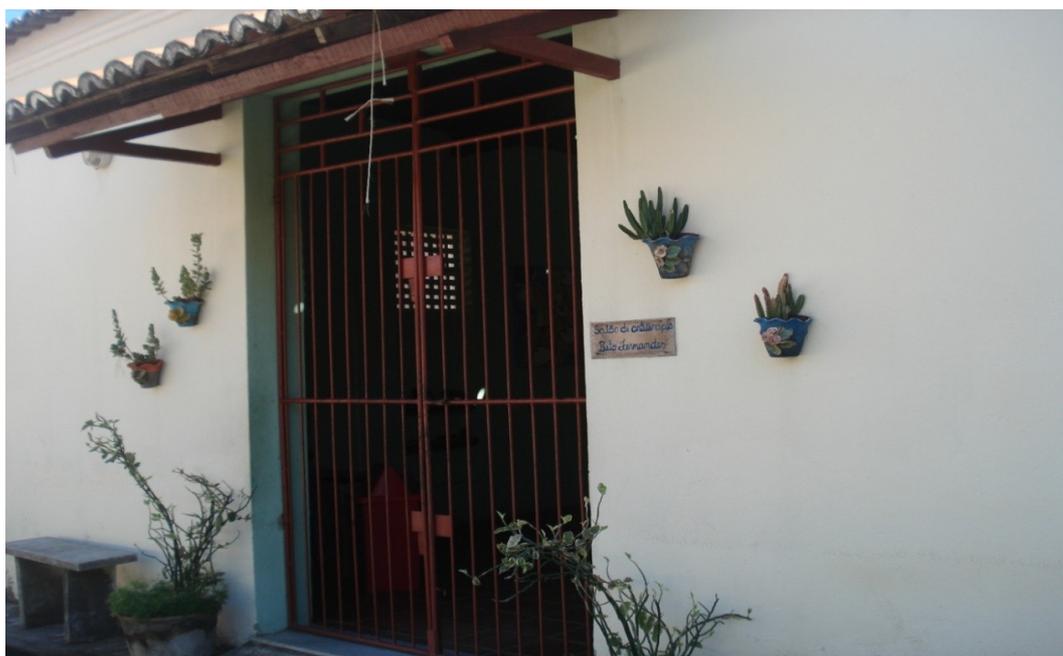
Antes de adentrar o campo da pesquisa empírica, não sabíamos bem por onde começar, pois tínhamos nos estruturado para realizar entrevistas, mas ponderávamos as dificuldades de abordar os profissionais, já que eles se encontravam permanentemente ocupados. Ficávamos até pensando que eles jamais parariam suas atividades para desprender conosco alguns minutos de sua atenção. De fato, durante todo o período da pesquisa, foi muito difícil conseguir atenção suficiente para a realização das entrevistas ou formas outras de abordagens.

Bem, não éramos totalmente estranha naquele lugar. Após alguns dias, sentada em um banco de madeira ou caminhando pelo pátio, acompanhando alguns profissionais em suas atividades, observando o movimento do serviço, a correria de profissionais de um lado para o outro e pacientes agitados à espera de atendimento, fomos convidada pela coordenadora (nesse momento era uma coordenadora interina, pois a coordenadora de fato estava em licença de saúde e o coordenador com quem havíamos feito o primeiro contato havia sido exonerado do cargo) a participar da reunião da equipe para que pudéssemos expor nosso trabalho ao maior número de profissionais e solicitar-lhes a colaboração no sentido de conceder-nos entrevistas.

Não foi sem ansiedade que esperamos pelo dia 23 de julho de 2008, quando participaríamos pela primeira vez da reunião de equipe. Então, havia chegado o dia. Ali estávamos, naquela tarde quente de verão, sob todos aqueles olhares, um pouco tensa, afinal a reunião era da equipe e não sabíamos como os funcionários poderiam interpretar nossa presença numa reunião para tratar assuntos do trabalho, questões que, talvez, não quisessem que “estranhos” soubessem.

O espaço da reunião era um salão sem porta, na verdade havia apenas um portão de grade. Um usuário, com aparência de cinquenta e poucos anos, estatura média, barriga saliente, e voz embolada, vez por outra entrava resmungando uns monossílabos incompreensíveis, arrastando os passos, como se estivesse com o corpo muito pesado para levantar os pés ao dar as passadas, para pegar e guardar seu copo em uma das caixas amontoadas em um canto do salão. Nas paredes havia vários quadros confeccionados, pintados ou rabiscados pelos usuários. Alguns com identificação, assinatura, outros não, uns elaborados de modo compreensível, outros não.

Figura 7 – Parte externa do salão onde são realizadas as reuniões.



Fonte: autora

Alguns funcionários, que ainda não nos tinham visto transitar por aquele espaço, nos olhavam com ar de indagação, como quem pergunta: quem é? A reunião desenvolveu-se como se não estivéssemos ali. Quase ao final a coordenadora nos apresentou à equipe, que contava com cerca de 90% dos profissionais. Falamos de nosso interesse de pesquisadora e solicitamos sua colaboração. A maioria respondeu que estaria à disposição. Sentimo-nos bem acolhida, mas nem tão à vontade.

Logo entendemos que seria necessária uma interação mais amigável com cada funcionário, com o grupo de funcionários como um todo, mediante a participação nas reuniões semanais, nos grupos de usuários, quando possível e até mesmo nas comemorações de aniversários. Buscamos, então, criar vínculos, manter um relacionamento amistoso com as pessoas para conquistar-lhes a confiança e confiar nelas, pois, como assegura Laplantine (2004:24), “não existe etnografia sem confiança mútua e sem intercâmbio [...]”.

Buscamos sair dos olhares cruzados para os olhares partilhados, que é, segundo o autor há instantes referido, “uma atitude de ruptura com uma concepção assimétrica da ciência fundada sobre a captação de informações para um observador absoluto sobrevoando a realidade estudada, mas sem fazer parte dela”. (LAPLANTINE, 2004, p. 24).

Procuramos nos sentir semelhante, fazer parte daquele grupo. Nesse sentido, concordamos com o autor, quando diz que nunca somos testemunhas objetivas, observando objetos, mas sujeito observando outros sujeitos numa experiência em que o observador é ele mesmo observado, pois, de acordo com Laplantine (2004, p.24), “se ser é perceber, é também, como disse Berkeley, “ser percebido”.

Em síntese, desde nossa chegada à instituição, participamos das reuniões semanais de equipe, algumas vezes, expressando uma ou outra opinião, quando solicitada e onde pudemos realizar observações a respeito de como o

serviço se organiza, como os profissionais se dispõem em participação, se ativos ou apáticos à dinâmica da instituição. Pudemos perceber os interesses, as questões que desafiam a equipe, como a qualificação profissional, o número reduzido de profissionais para uma demanda imensa e as orientações do Ministério da Saúde, sobretudo quanto ao acolhimento, das quais alguns profissionais divergem.

5. 2. Os entrevistados e suas trajetórias profissionais

Os entrevistados são os profissionais do Centro de Atenção Psicossocial da Secretaria Executiva Regional IV. São servidores públicos do Município e do Ministério da Saúde ou empregados contratados de nível superior e médio que trabalham tendo contato direto ou não com os usuários. Como informantes-chave, elegemos três profissionais: uma psicóloga, uma assistente social e uma terapeuta ocupacional.

De um universo de quarenta e cinco profissionais que constituem a equipe do CAPS em referência, foram entrevistados 22, pelo critério de saturação informado na introdução desta pesquisa. Foi incluído pelo menos um representante de cada categoria de nível superior: assistente social, enfermeira, psicólogas, médicos, farmacêutica, terapeuta ocupacional, arteterapeuta e alguns de nível médio: recepcionista, técnico em enfermagem, agente administrativo, atendente de consultório, digitador, auxiliar de prontuário.

Buscamos uma forma de nomear os informantes para evitar que fossem identificados, preservando-os e garantindo, assim, o anonimato, o que lhes foi informado no momento da entrevista. Assim, após pensar em várias possibilidades, optamos por atribuir-lhes números, visto que a quantidade de profissionais é pequena, entendemos que a numeração preservaria mais suas identidades.

Os critérios de eleição dos informantes-chave foram ser servidor público municipal, o que, de certa forma, assegura a permanência na instituição, havendo,

portanto, maior possibilidade de continuidade ao trabalho inicialmente desenvolvido, estar no CAPS desde sua fundação, mesmo que atualmente não esteja trabalhando diretamente nele, mas esteja em contato com ele por meio do desenvolvimento da política de saúde mental do Município, como é o caso de uma assistente social que trabalhou no CAPS como técnica e foi promovida a coordenadora regional de saúde mental. Esta, juntamente com uma das psicólogas, colaborou com este trabalho, mesmo antes da pesquisa empírica propriamente dita, ainda na fase exploratória, ao relatar a história de construção do Centro e a história de sua implantação.

Nossa solicitação acerca do relato de sua trajetória profissional incluída sua chegada ao CAPS, assim como os motivos que os levaram a trabalhar nesta instituição, não visava apenas a coletar referências pessoais, tais como idade, número de filhos, onde e com quem moram, se casados ou solteiros, mas, especialmente, suas trajetórias profissionais, embora sem a pretensão de esgotá-las. Deste modo priorizamos sua formação, capacitações ou atualizações que, de alguma maneira, reforçam ou alteram determinadas noções de saúde mental e, portanto, do trabalho que realizam. Então, pudemos observar com relativa facilidade suas identificações ou não com a proposta da reforma psiquiátrica brasileira. Os relatos a seguir propiciam a compreensão de tais trajetórias. Diz um entrevistado:

Essa é minha primeira experiência em CAPS, tá com três anos. Trabalhava no almoxarifado de uma metalúrgica, [...] Minha função aqui é de auxiliar administrativo, só que eu trabalho como atendente de médicos aqui. Auxiliar administrativo, tanto é pra ficar na recepção quanto pegar prontuários, é um só, que no caso fico pegando prontuários, na recepção, sendo atendente de médico, fico na limpeza, n? Aqui sempre é um pouco de tudo [...] Aí tudo bem, fiquei algum tempo na limpeza, depois fiquei uma semana no prontuário, passei uma semana na farmácia, fiquei ainda na recepção e agora tô sendo atendente de médico. [...] assim, eu gosto de ser atendente de médico, mas, é que cada semana se faz um pouco de cada, sempre fico no prontuário, sempre fico na farmácia, sempre fico na recepção, quando eu estou livre se precisar vou pra outro setor. No início eu vim pra cá, porque foi o que apareceu, entendeu? E no momento eu tô gostando e aprendi muitas coisas. (Entrevista nº 8, nível médio).

Outro refere:

Já trabalhei em muitas outras coisas. Em trabalho técnico de telefone na [...] com compra e venda de carros, este é meu forte, minha área, o ramo que gosto, mas eu não tenho recursos para montar meu próprio negócio. Tenho vontade de ser policial. Vim trabalhar no CAPS porque era perto de casa. Não sabia o que era o CAPS. Não me identifico com o serviço. Tenho contato com o paciente apenas através do prontuário. Se o meu trabalho não for bem feito o atendimento médico fica um caos, fica prejudicado e não tem como ter atendimento. Já acompanhei o profissional em visitas domiciliares, mas não vou mais. (Entrevista nº 15, nível médio).

Realçamos o fato de que os entrevistados nos receberam com muita simpatia e que, em respeito à sua sugestão, as entrevistas de três deles foram realizadas em conjunto. Importante é destacar também que eles relataram não ter muito conhecimento das demais questões do roteiro da entrevista e que nenhum dos três quis que suas falas fossem gravadas.

Relata outro entrevistado:

Trabalhei só como topiqueiro, agora no CAPS, é meu segundo trabalho. Gosto muito do que faço. Me identifico. Entendo os usuários. Acho que o serviço deveria dar capacitações pra gente relacionadas à saúde mental. Tivemos apenas uma capacitação organizada pelo Michell e que você deu aula, quando ele tava aqui. [enfermeiro que trabalhava no CAPS], depois só explicaram algumas vezes como conter um paciente em crise. Você podia propor dá outra capacitação pra gente? (Entrevista nº 11, nível médio).

Este mostra-se interessado em aprender mais sobre saúde mental. Disse que gosta do que faz, mas precisa conhecer mais sobre como cuidar do usuário, como lidar com ele, saber mais sobre os transtornos mentais. Solicitou-nos que conversássemos com a coordenadora para ver a possibilidade de organizarmos uma capacitação para eles sobre a Reforma Psiquiátrica, já que estávamos perguntando e eles não sabiam muito sobre isso.

Afirma este outro entrevistado:

Já trabalhei em setor de almoxarifado e em protocolo. Atualmente sou digitador, não tenho muito contato com os pacientes, às vezes converso com alguns deles. Passei a ter mais contato quando conheci ele [entrevistado nº 11] e venho de vez em quando para o setor dele pra conversar, quando tô sem fazer nada. Tem profissional que tá aqui só pelo dinheiro se tivesse outra opção não tava, não. (Entrevista nº 16, nível médio).

Os quatro primeiros entrevistados são jovens de nível médio que admitem não ter muito conhecimento acerca dessa área da saúde. Como percebemos por maio dos relatos a respeito de suas trajetórias, são suas primeiras experiências. Alguns deles pensam em continuar trabalhando na instituição de saúde mental em apreciação e justificam estar aprendendo muito e gostando. Outros dizem que não se identificam tanto, pois não têm muito contato com os usuários.

Outra entrevistada relata:

Cheguei ao CAPS assim que ele surgiu, que foi inaugurado e como não tinha nenhuma enfermeira aqui pra assumir a enfermagem, eu como técnica de enfermagem, na época o Juraci [prefeito de Fortaleza na época], mandou a Dra. me encaminhar, pra ficar aqui, responsável pela sala da enfermagem e daí venho trabalhando até hoje, na enfermagem, desde o início, desde que foi fundado o CAPS. Já tô com seis anos ou sete, aqui. Eu vim com um DNI [cargo comissionado], aí tinha eu a Zilá e a Silvaní, [mais duas técnicas em enfermagem] com o tempo foi chegando a Marcília que foi a primeira coordenadora daqui, ficou um tempo com a gente aí veio outra. Técnico de enfermagem, não tinha nenhum, de nível superior tinha a psicóloga, a terapeuta e a assistente social. De lá eu venho fazendo meu trabalho e aqui a gente não trabalhava só na enfermagem, não, aqui a gente era tudo, era serviços gerais. Quando não tinha ninguém era pra fazer comida pros pacientes, eu e a Silvaní aqui a gente fazia tudo. (Entrevista nº 1, nível médio).

Esta entrevistada relatou que foi uma das primeiras profissionais a chegar ao CAPS. Juntamente com outras três de nível superior, fundou o referido Centro. Relata, com certo orgulho, estar na instituição desde seu surgimento, já que tantas pessoas foram admitidas e demitidas nesse ínterim e ela ainda permanece.

As trajetórias dos profissionais de nível superior guardam outras especificidades, conforme ilustrado a seguir:

Terminei a faculdade em 1998 e seis meses depois já fui trabalhar no CAPS [de um Município do interior do Ceará], fiquei lá só por seis meses porque o salário atrasava aí eu fui pra [outro Município] e lá fui para o PSF, passei um ano e dois meses no PSF... e aí eu podia optar porque não tinha [outro profissional da área] no CAPS... aí eu fui pro CAPS, já cheguei como coordenadora... passei no concurso público, era uma situação tão chata porque era os colegas chorando pra não sair, mas tinha que receber os concursados. Fiquei lá durante três anos, aí vim de lá pra cá, quando cheguei aqui fui trabalhar na gestão municipal, na organização dos novos CAPS, no CAPS infantil fiquei mais ou menos quase dois anos, aí depois me chamaram pra coordenar a residência terapêutica, a equipe ia ser o suporte da residência terapêutica... residência de adultos mista, masculino e feminina... agora tô trabalhando como técnica mesmo, eu gosto, acho muito gratificante, gosto demais. Sempre gostei de lidar com o paciente, é a questão do cuidado, né? (Entrevista nº 6, nível superior).

Esta outra entrevistada diz que jamais havia tido contato com a saúde mental e que não tinha nenhuma informação sobre reforma psiquiátrica. Sendo farmacêutica, sempre trabalhou em distribuidora de medicamentos e farmácia, jamais havia trabalhado diretamente com pessoas (usuários). No CAPS, ela presta, também, orientações aos pacientes quantos aos medicamentos, seus efeitos, posologia e outras.

Lê-se em outra entrevista:

Antes de trabalhar aqui, trabalhei numa farmácia comercial, trabalhei sete anos numa distribuidora de medicamentos, quando vim trabalhar aqui no CAPS. Fui para o CAPS da Regional II, depois fui transferida para o CAPS da VI, já estou aqui há uns dois anos [...] trabalho muito com farmácia hospitalar [...] mas eu estou adorando trabalhar com isso. Não conhecia a proposta de CAPS, li sobre a Reforma Psiquiátrica. Mas não antes de vir trabalhar aqui, não. Não sabia, realmente era desconhecido. Tava precisando urgentemente e eu fui lá, aí depois me encantei com o serviço. Tive que optar, por ficar na distribuidora 8 horas ou pelo CAPS, eu ia até ganhar mais ficando por lá, mas eu... na distribuidora eu já estava há sete anos e aqui era uma coisa nova, eu quis aprender, conhecer o novo pra mim como seria. Gosto daqui. (Entrevista nº 2, nível superior).

Essa entrevistada refere não haver tido experiência anterior e que não conhecia nada sobre saúde mental, mas que, após começar a trabalhar no CAPS, passou a gostar e até optou por ele entre duas propostas de trabalho.

Para o entrevistado a seguir, trabalhar no CAPS SER IV não é algo novo, pois já havia trabalhado em outros CAPS, mas relatou ter maior satisfação em desenvolver suas atividades neste Centro. Observamos que o entrevistado se emocionou ao relatar sua especificidade, apesar de não ser propriamente um profissional da área da saúde, trabalha no tratamento de usuários, na promoção e na prevenção da saúde. O fato de ter sido bailarino o autoriza, segundo ele, a realizar trabalhos corporais com os usuários e ser um arteterapeuta permite que realize o cuidado por intermédio da arte.

Já trabalhei no CAPS ad da Regional V, agora tô aqui e no infantil da Regional IV. Eu estou aqui como arte-terapeuta, o artista do CAPS, é como é denominado na equipe, e, trabalhando através de tudo que tinha, tinta, papéis, cartolinas, recortes, esculturas, "tiraterapia" [terapia com pedaços de tiras de tecidos] percebi que na hora das falas quem falava mais era o corpo e como eu me via apropriado porque sou estudante de fisioterapia, fui bailarino profissional, eu não fui na minha terra, mas fiquei na Argentina por três anos e meio, onde eu vivi lá fora, foi do corpo que eu sobrevivi, né... Mesmo que o idioma... que tivesse dificuldade de dominar o espanhol, mas a coisa corporal era perfeita [...] então eu tenho investido muito em corpo a ponto de ultimamente, nessas férias que eu tive, reconheci todo o meu trabalho corporal no Conselho de Educação Física pra não tá invadindo a área de ninguém, ou como bailarino ou como artista corporal. E tô atualmente fazendo um trabalho com José Gil, chamado "corpo-devir", que é entender esse corpo visceral. É fazer essa coisa da felicidade em movimentos sem pensar muito em estética, se a estética aparecer é sempre em segundo plano. Sou feliz por trabalhar com o que gosto. (Entrevista nº 17, nível superior).

Outra disse em sua entrevista que só veio trabalhar no CAPS porque foi aprovada em um concurso e não queria deixar de assumir, mas não gostava da idéia de ser lotada na saúde mental. Ela referiu que, apesar de não ser, inicialmente, sua área de interesse, aprendeu a gostar. Observemos seu relato:

Quando eu me formei, fiquei trabalhando com pediatria, numa clinica de reabilitação infantil. Adorava! Aí passei no concurso, né, que eu fiz aqui em 2000, eu fui chamada em 2000 pra cá, no começo eu não simpatizava

muito, né, com saúde mental, gostava mesmo de trabalhar era com criança, mas como o concurso só tinha vaga pra cá, pro CAPS, eu vim, né? Assim, mas foi uma coisa mesmo que eu aprendi a amar. A trabalhar com isso e gostar. Já faz cinco anos que eu trabalho aqui, no período da manhã. E assim, agora eu amo trabalhar, com saúde mental. No primeiro momento eu passei no concurso e só tinha essa vaga, chamaram só eu, só tinha essa vaga pra cá de uma [profissional] que tinha saído. Mas agora eu gosto mesmo, me identifiquei. (Entrevista nº 3, nível superior).

A entrevistada a seguir relata que, ao vir trabalhar no CAPS, não tinha experiência alguma em saúde mental e que iniciou suas atividades bastante insegura, mas, com o passar do tempo, desenvolveu um gosto pela área. Lê-se em seu relato:

Minha primeira experiência foi na área da assistência social. [...] assumi uma secretaria de assistência social [em um município do Ceará], aceitei e lá eu tive uma boa parte da minha experiência... como secretária, mas lá eu não ficava só na gestão, eu sempre gostei muito de trabalhar nos programas e nos projetos, aí eu peguei os profissionais da assistência social pra trabalhar com mutirões habitacionais. Em 2000 fiz o concurso do CAPS e só em julho de 2005 fui chamada e vim pro CAPS, extremamente insegura, nunca tinha lidado diretamente com a questão da saúde mental [...], estou gostando muito, me identifico. Às vezes sou chamada pelos colegas como mãezona, mas é porque eu gosto de acolher, de dar atenção aos pacientes, porque eu gosto, gosto mesmo. (Entrevista nº 9, nível superior).

Sobre ser identificada como mãezona pelos companheiros de trabalho ela explica que isso não a incomoda e que apenas procura tratar da melhor forma possível o usuário, com respeito e não o protegendo ou o tutelando. Para ela, acolher os usuários em suas questões e buscar resolução para sua problemática não é maternagem, é desenvolver um trabalho com compromisso e dedicação.

Outro entrevistado também acentua não haver trabalhado na saúde mental antes de vir para o CAPS e que, como outros profissionais, passou a gostar de trabalhar na saúde mental após essa primeira experiência:

Eu sou médico de formação, me formei em 1989, fiz residência em Medicina Social, depois... não fiz residência de psiquiatria[...]fui trabalhar, no Ceará, em 1994, como médico de família e logo depois, em 1996, comecei a trabalhar dando um apoio aos profissionais do CAPS do território onde eu

trabalhava no Saúde da Família, em Quixadá, daí comecei a trabalhar com os fatores psiquiátricos e gostando, comecei a gostar [...] A partir daí vim pra Fortaleza Em 2003, se não me engajo na rede de saúde São Gerardo, fico clinico do Hospital Psiquiátrico São Gerardo, a partir daí, da clínica, comecei a me interessar de novo pela psiquiatria [...] isso faz seis anos que eu tô na atividade de saúde mental. Não fiz o teste de especialista porque eu tenho já a especialização, eu sou especialista em homeopatia, sou especialista em clínica médica e sou doutor em medicina de grupo, então tem três áreas da área da medicina não sei como é que ficaria a de psiquiatria, mas eu pretendo fazer um tipo de especialização. Sou consultor do Ministério da Saúde nas Políticas Nacionais de Humanização para o Estado do Maranhão. Nunca tinha trabalhado, [em saúde mental] vim trabalhar aqui no CAPS faz seis meses, tô gostando, tô adorando trabalhar aqui, muito embora a demanda daqui seja muito grande, mas eu tô gostando. (Entrevista nº 10, nível superior).

A entrevistada seguinte assinala que não conhecia a proposta do CAPS e, apesar de ter sua primeira experiência na saúde mental após a implantação dos novos CAPS em Fortaleza (após 2005), não teve dificuldades ou inseguranças, a exemplos de outros profissionais referidos, porque sua formação já fazia parte do campo “psi”, fazendo com que, de algum modo, o adoecimento mental não lhe fosse estranho.

Me formei pela UNIFOR em Psicologia, minha formação foi em Psicanálise, trabalhei quase dois anos em clínica particular atendendo crianças, adolescentes e adultos e veio a proposta pra mim vir para o CAPS, através do convite de uma amiga. Eu entrei no CAPS em 2006 e estou até agora, atendo pacientes, faço atendimento a pacientes com tentativas de suicídio que chegam a esse serviço e também dou minha contribuição a urgências, emergências e intercorrência que acontecem no serviço. Não conhecia a proposta de CAPS passei a conhecer depois que tive contato com o CAPS. Não tive dificuldades, mas não conheço muito da reforma psiquiátrica. Já trabalhei no CAPS ad da Regional V, saí de lá porque era muito longe pra mim. Gosto muito daqui. Estou gostando do serviço. (Entrevista nº 7, nível superior).

Este outro é um dos poucos profissionais que tiveram experiências de trabalho anteriores em CAPS. Relata sua trajetória:

Terminei em João Pessoa, tenho onze anos de formado, desse período trabalhei os sete primeiros anos com a clínica, PSF, plantão clínico em hospital de pronto socorro e depois disso tem uns três ou quatro anos que eu trabalho em saúde mental. Comecei em Novo Oriente, fazendo saúde mental, mas depois fui pro CAPS em Crateús, passei lá um ano e sete

meses e trabalhei um ano aqui no PSF, desse município eu saí e vim pra Fortaleza trabalhar aqui no CAPS e tô já desde abril e hoje tô no CAPS daqui e em Horizonte, no CAPS de lá também, como clínico. Nos CAPS que eu trabalhei, trabalhei no CAPS de Crateús fazendo a parte de psiquiatria, aqui a parte de psiquiatria, aqui e em Horizonte e nos dois CAPS ad que eu trabalhei na Regional IV e V como clínico, porque já tinha psiquiatra lá. [...] Comecei a trabalhar... Nunca imaginei fazer psiquiatria, mas gostei e quero trabalhar nisso. Gosto do que faço, mas não sou psiquiatra. Tem poucos psiquiatras, só estou aqui fazendo psiquiatria porque não tem psiquiatra, se tivesse eu não tava aqui não. Não como psiquiatra, embora seja importante ter clínico no CAPS. (Entrevista nº 4, nível superior).

O entrevistado retrocitado ressalta que desenvolve suas atividades como psiquiatra, ainda que não tenha a especialização em Psiquiatria, pela carência de profissionais com esta especialidade, embora enfatize a importância do clínico geral em saúde mental, pois, para ele, o “paciente” pode ter outras doenças orgânicas além do transtorno mental.

Anota outra entrevistada:

Sou psicóloga clínica, sou professora universitária, sou mestra em psicologia social pela PUC de São Paulo, eu também sou especialista em clínica. [...] Vendo a questão da saúde mental eu posso até dizer que eu comecei esses projetos todinhos lá em São Paulo, que eu morei muito tempo lá, embora eu seja daqui, eu participei dos primeiros grupos de saúde mental do PT, lá em São Paulo [...]. Atualmente tô no CAPS, né? Tô como psicóloga. Coordenei [...] uma das coisas que eu acho fundamental falar, a campanha de fechamento dos manicômios, que foi uma luta nacional do Conselho [de Psicologia] junto com outras profissões, Serviço Social, a OAB, principalmente a OAB e os médicos. Em alguns Estados os médicos não entravam, porque dentro dessa leitura de manicômio “é lugar de louco”, eles não queriam fechar porque realmente o que a gente via era a não alternativa que o Estado promovia. [...] então, a gente fez essa campanha: “manicômio nunca mais”. [...] Então, assim, algumas questões foram muito complicadas do ponto de vista de que os manicômios tinham que fechar. [...] Foi na década de 90, mais precisamente 97 ou 95 não lembro bem. O mais contundente foram os casos que a gente encontrou de pacientes que tinham 26 ou 30 anos de internamento, nem a prisão, é tanto tempo pra uma pessoa ficar presa, né? Presa mesmo, contida, detida com todas as legalidades que se pode dizer que um muro alto tem, com cercas, com portões, grades. [...] (Entrevista nº 18, nível superior).

Podemos observar que esta entrevistada tem experiência de longo tempo no campo da saúde mental, tendo tomado parte no movimento de fechamento dos

manicômios, experiência levada a efeito antes mesmo da consolidação da proposta de reforma psiquiátrica. Demonstrou uma afinidade com a política de saúde mental atual como quem fez parte de sua elaboração, pois vivenciou de perto o movimento da luta antimanicomial.

Lê-se na fala de outra entrevistada:

Antes de trabalhar aqui no CAPS, há nove anos atrás eu não trabalhava. Eu só cuidava das minhas duas filhas em casa. Embora eu já tivesse passado também no concurso da Prefeitura, mas eu não trabalhava. Ainda não tinha sido chamada. Ficamos de ser chamadas na gestão do Juraci, mas ele não chamou. Fiquei no aguardo sem muitas esperanças porque foram cinco anos esperando. Mas, nove anos eu passei em casa, mas antes desses nove anos eu trabalhei. A área que eu trabalhei não tinha nada a ver com a área de saúde porque eu trabalhei com banco. [...] eu passei no concurso e fiquei aguardando, depois fui chamada e tá com três anos que eu trabalho aqui no CAPS, como auxiliar de enfermagem. Eu gosto muito de trabalhar no CAPS, eu me identifico trabalhando no CAPS, eu não conseguiria me identificar trabalhando em outro serviço [...] Eu tive cinco opções que foi posto de saúde, hospital, CAPS, CRAS e residência terapêutica, só que a residência terapêutica ainda não tava funcionando. E eu optei pelo posto de saúde ou CAPS, mas eu queria mesmo era trabalhar no CAPS, embora com um pouco de receio porque eu não conhecia e eu nunca tinha trabalhado na área de saúde mental. Aí eu gostei. Gostei muito mesmo e eu não me vejo trabalhando em outro setor não, eu gosto de trabalhar em CAPS. (Entrevista nº 21, nível médio).

Percebemos em sua fala que há uma satisfação com sua volta ao trabalho após ter ficado nove anos apenas como dona de casa, sem trabalhar fora e uma identificação com o serviço. Para ela, ser aprovada em um concurso era maravilhoso, porém a Prefeitura demorou tanto a convocá-la que havia perdido as esperanças. Passados cinco anos da realização da referida seleta, ela foi convocada. Ficou satisfeita também por poder escolher, dentre cinco opções, trabalhar em CAPS ou centro de saúde. Optou pelo CAPS, embora com um pouco de receio por não conhecer este último; afirmou que fez a melhor escolha, pois gosta muito.

Como podemos observar, as experiências desses profissionais são as mais diversas, muitos dos quais trazem vasta experiência com saúde mental e outros nunca antes haviam trabalhado nessa área. Em virtude disso, alguns exprimem que não se identificam com o trabalho, permanecendo ali apenas por uma questão de mercado de trabalho, como podemos observar nesse desabafo:

Tenho vontade de ser policial. [...] Vim trabalhar no CAPS porque era perto de minha casa. Não sabia o que era o CAPS. Não gosto muito, trabalho aqui porque é o que tem. (Entrevista nº 15, nível médio).

Quanto ao recrutamento, os profissionais foram admitidos de formas diversas: por concurso público, indicação de colegas ou amigos e seleção curricular, porém, nos parece é que não houve um critério de qualificação em saúde mental para uma seleção. Acreditamos que não seria possível recrutar um pessoal capacitado em uma área em que as discussões apenas estavam se anunciando em Fortaleza. Podemos observar os relatos dos entrevistados quanto às várias formas de recrutamento.

Essa entrevistada concursada refere:

Fui aprovada no concurso e depois comecei a esperar que fosse chamada. (Entrevista nº 19, nível superior).

A outra, que passou por uma seleção curricular, diz:

[...] Fiz especialização em saúde pública e lá tinha uma amiga que disse: “Estão aceitando currículo na Secretaria de Saúde do Município”. Aí eu fui lá e deixei meu currículo, aí alguns dias depois eles me ligaram dizendo que eu comparecesse, quando eu compareci já foi para uma reunião, já estava precisando com urgência na Regional, de farmacêutica e eu entrei assim, realmente de supetão. (Entrevista nº 2, nível superior).

Este outro não passou exatamente por uma seleção, apenas se apresentou e foi admitido; ele diz:

Um amigo me falou que estava precisando de alguém com a minha formação pra trabalhar no CAPS e eu aceitei, já passei pelo [CAPS] ad onde aprendi muito, agora estou no geral e no infantil, que eu gosto muito e me sinto muito bem, sou apaixonado pelo que faço. (Entrevista nº 17, nível superior).

Mesmo sendo esta a primeira experiência de alguns profissionais, outros têm uma história de envolvimento com o movimento antimanicomial. Todos têm em comum o fato de haver desenvolvido o gosto pelo trabalho em saúde mental, como podemos observar nas falas:

Lê-se no relato de uma das entrevistadas:

Não conhecia a proposta de CAPS, já li sobre a Reforma Psiquiátrica, mas não antes de vir trabalhar aqui, não. Passei a gostar. Não sabia, realmente era desconhecido. [...] Agora eu faço o curso da saúde, a capacitação em saúde mental na Sociedade de Psiquiatria. Hoje eu gosto. (Entrevista nº 2, nível superior).

Ela refere que passou a gostar de trabalhar com saúde mental ao ponto de sentir a necessidade de fazer um curso de capacitação profissional, não tem muito conhecimento da área e quer aperfeiçoar seu “fazer profissional” na saúde mental.

Outra acentua:

A primeira vez que trabalho com saúde mental é essa aqui no CAPS, eu gosto do que faço, me identifico. Poderia está ganhando mais em meu consultório, mas prefiro dividir o tempo com o estar aqui, pela forma como as pessoas estão sendo tratadas, de forma mais humana. (Entrevista nº 13, nível superior).

Esta entrevistada foi uma das fundadoras do CAPS, diz que se identifica com a proposta atual da saúde mental brasileira pela forma como vem tratando o indivíduo de modo mais humano, contrário ao tratamento tradicional dispensado a esse público.

Esta outra entrevistada externaliza seu envolvimento com a saúde mental desde a graduação e, tendo sido também uma das pioneiras do CAPS, destaca o quanto gosta da área e da saúde mental:

Fiz a minha monografia de conclusão de curso no Abrigo Desembargador Olívio Câmara, que era da FEBEM-CE, hoje desativado, era com crianças e adolescentes com transtornos mentais e eu me identificava muito. Iniciei meu processo de início de vida profissional um pouco insegura. [...] tinha uma identificação muito grande na parte da saúde mental [...] Eu fui pra APAE e lá eu comecei a trabalhar com pessoas com doença mental e me apaixonei. [...] fiz o concurso da prefeitura e passei. Consegui também escolher ficar aqui no CAPS. [...] eu, particularmente, literalmente peguei a vassoura pra varrer aqui o CAPS, mas eu fiquei muito apaixonada por esse espaço novo que tava abrindo, que tava começando e que era um novo caminho na minha vida, um novo caminho profissional. Sou apaixonada por isso aqui. (Entrevista nº 12, nível superior).

Observamos um gosto muito forte da profissional pelo serviço, a tal ponto de ver seus olhos brilhando fortemente ao relatar as histórias pelas quais havia passado no início da constituição do CAPS. Ela relatava as histórias com requinte de detalhes e com um prazer visível, além de uma alegria contagiante.

Outra entrevistada exprime sua história de envolvimento com a saúde mental, tendo participado ativamente do movimento antimanicomial.

Particpei dos primeiros grupos de saúde mental do PT, lá em São Paulo, o que envolve especificamente o trabalho com saúde mental [...] presidi a comissão dos direitos humanos daqui, [do Ceará]. [Particpei] da campanha de fechamento dos manicômios [...] a gente fez essa campanha, “manicômio nunca mais”, no Ceará. (Entrevista nº 18, nível superior).

A entrevistada relembra as situações difíceis que presenciou de maus-tratos, de negação da liberdade humana e privação absoluta de direitos aos portadores de transtornos mentais que viviam enclausurados nos manicômios que ela, relatando com um misto de orgulho e satisfação, ajudou a fechar.

Esta outra entrevistada relata sua experiência de envolvimento com a saúde mental desde que concluiu a graduação e foi trabalhar em um CAPS no interior do Ceará; desde então, fortalece os laços com a proposta da reforma psiquiátrica ao ponto de atualmente fazer parte da Comissão de Redução de Internação Psiquiátrica Voluntária. Participou da feitura da proposta de ampliação dos CAPS em Fortaleza, coordenou o CAPS infantil e agora está como técnica deste CAPS. Relata toda sua trajetória com muito entusiasmo.

Eu faço parte da Comissão de Redução de Internação Psiquiátrica Voluntária – CRIPV, do Ministério Público [...] Eu sempre fui envolvida. Participei da implantação dos novos CAPS em Fortaleza, estando na gestão, fui também coordenadora de um deles, depois vim pra cá. Eu gosto, acho muito gratificante, gosto demais [...] (Entrevista nº 6, nível superior).

A maioria dos entrevistados expressou certa sintonia, alguns com maior ênfase, outros com menor, com o direcionamento da política de saúde mental no Brasil, que preconiza a desinstitucionalização, no sentido da não-internação e do cuidado em família. Mesmo assim, alguns tecem críticas ao sistema de saúde brasileiro, como, por exemplo, a ausência de interface com outras políticas públicas, a fragilidade de uma rede de atenção a saúde, que dificulta o acesso da pessoa com transtorno mental em outros serviços, a exemplo da atenção básica, ou mesmo do atendimento especializado, como se observa nos relatos a seguir:

[...] isso tem que envolver o PSF, tem que envolver a saúde pública em geral... O paciente antes de vir para o CAPS, ele já é, como pertencente à comunidade, paciente do PSF. [...] então desde pequeno ele já é do PSF, nem por isso, porque ele é paciente do CAPS ele deixa de sê-lo. O homem adoce da cabeça, mas do corpo também. (Entrevista nº 4, nível superior).

Este entrevistado defende uma interação maior da Estratégia Saúde da Família com a saúde mental, especificamente CAPS, pela simples justificativa de que “homem não tem a cabeça separada do corpo pra adoecer só da mente”, diz ele.

Outra entrevistada esclarece que o paciente psiquiátrico também tem demandas clínicas, pois ele não deixa de ser hipertenso por ter uma doença mental e que, muitas vezes, deixa de ser atendido em outros serviços de saúde em virtude de seu transtorno mental. Assim, ela anota:

A todo o momento tá surgindo demanda no hospital geral. É demanda clínica. Os nossos pacientes têm transtornos mentais, mas eles têm um corpo, eles são pessoas que apresentam hipertensão, sabe? Aí quando chegam ao hospital aparecem só como doentes mentais, né? (Entrevista nº 20, nível superior).

O conhecimento acerca das trajetórias profissionais nos propicia garantir também que alguns dos entrevistados não se identificam com o trabalho de CAPS, outros, ainda que estejam experimentando os primeiros contatos, começam a apreender as especificidades do campo e descobrir que gostam dele e têm afinidades com a proposta atual de saúde mental. Um dos entrevistados desabafou, dizendo que é muito bom quando se pode fazer o que gosta, porém nem sempre isso é possível; nesse caso, é importante gostar do que se faz, do contrário seremos péssimos profissionais. “Afinal”, disse ele, “estamos tratando com gente” (Entrevista nº 8, nível médio).

5.3 A reforma psiquiátrica segundo os profissionais

Nem todos os profissionais que estão trabalhando em CAPS têm um conhecimento da proposta da reforma psiquiátrica ou do que ela pode representar no tratamento das pessoas com transtornos mentais. Muitas vezes eles têm uma vaga idéia do que seja, por estar em um meio que, de uma forma ou de outra,

acabam falando do assunto. A maioria, porém, sabe definir a reforma consoante preceitua o Ministério da Saúde e, apesar de não terem um conhecimento técnico sobre o assunto, alguns profissionais apresentam um entendimento baseado em seu cotidiano, conforme explicitado por meio dos relatos que se seguem. Assim, diz um entrevistado:

Eu já ouvi [falar], teve aqui uma reunião e foi comentado aí sobre a reforma psiquiátrica, só que no dia da reunião eu tava muito cansado eu não fiquei, fiquei só uma parte. Não tive muito conhecimento, mas houve muitas mudanças, né, na Reforma? Até foi passado um vídeo na semana retrasada sobre CAPS no Ceará, que vem mudando a forma de tratamento, a forma de acompanhamento, o caso até de visitar o paciente em casa, isso é coisa que já tá sendo evoluído com o passar do tempo, com a Reforma. (Entrevista nº 8, nível médio).

Este profissional não tem conhecimento da proposta como referida nos documentos oficiais e na literatura, mas pela aproximação cotidiana com o tema, possui uma idéia do que se trata.

Em seu relato, outro entrevistado assim se pronuncia:

A Reforma Psiquiatra pra mim foi de um valor imenso porque o paciente psiquiátrico, era totalmente à margem da sociedade, era discriminado e hoje a Reforma realmente tem um novo olhar para o paciente. [...] não tinha mais jeito, aquele ali realmente tinha que ficar asilado mesmo [...] era uma dor bem maior. Hoje em dia você tem além da terapia medicamentosa, que teve grandes avanços, você já tem portadores de transtorno mental que estão sendo acompanhados com medicamento de alto custo, inclusive no município, temos o programa da Risperidona, que é um medicamento de alto custo. Temos propostas para virem outros novos medicamentos. [...] E hoje em dia, você tem essa nova proposta que são os CAPS, que o paciente não precisa mais ficar internado, ele não precisa ter mais essa separação da família, ele já pode junto com a família tá fazendo esse tratamento intenso, tem o acompanhamento psiquiátrico, tem a terapia ocupacional, tem a assistente social, tem a atenção farmacêutica, tem a enfermagem. Todos os profissionais se unem pra ajudar, coisa que ele não tinha antes. [...] todo esse movimento vem crescendo e cada vez mais o paciente com transtorno mental vai sendo mais valorizado e isso, conseqüentemente você tem muitos casos uma nova inclusão na sociedade. (Entrevista nº 10, nível superior).

Este relato demonstra que o profissional percebe a reforma psiquiátrica como um avanço no atendimento às pessoas portadoras de transtornos mentais e cita como exemplo o programa de atendimento farmacológico de alto custo financiado pelo Ministério da Saúde e pelo Município de Fortaleza.

Há casos em que os entrevistados expressam não ter experiência na área de saúde mental e conhecer muito pouco a proposta da reforma, porém falam de modo a percebermos que eles têm clareza da diferença básica entre internação hospitalar e tratamento em espaço aberto.

Alguns profissionais entendem a reforma psiquiátrica da forma como é preconizada pelo Ministério da Saúde, como redução de leitos hospitalares, criação de estratégias de tratamento em instituição aberta, desinstitucionalização e efetiva reintegração de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes na comunidade. Assim encontramos nos relatórios do Ministério da Saúde:

O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passa a tomar-se política pública no Brasil a partir dos anos 1990, e ganha grande impulso em 2002 com uma série de normatizações do Ministério da Saúde, que instituem mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos. [...] A implementação e o financiamento de Serviços Residenciais Terapêuticos surgem neste contexto como componentes decisivos da política de saúde mental do Ministério da Saúde para a concretização das diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico. [...] Cabe aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. (BRASIL, 2005).

Encontramos posicionamentos semelhantes nas falas de entrevistados. Vejamos o que diz esse profissional:

A Reforma Psiquiátrica é uma nova possibilidade das pessoas não perderem os vínculos, não perderem o contato com a família com a sociedade. [...] até certo ponto eu sou contra a internação, eu acho que tem casos, quando a pessoa coloca em risco a própria vida, a vida de outras pessoas e a família não pode dar conta disso, tem de tá... infelizmente são necessárias ainda internações, né? [...] mas uma das coisas que eu acho mais legal é a questão da humanização, as pessoas serem melhor tratadas e não perder esse vínculo com a família e com a sociedade. Quando fica

internada perde isso um pouco e eles sofrem muito com isso. Então eu sou contra a internação nesse sentido, ainda da forma que está... que a gente sabe dos maus tratos. (Entrevista nº 3, nível superior).

Este entrevistado referido valoriza a reforma como uma possibilidade de estreitar os vínculos familiares com os usuários. Ele se diz contra a internação, justificando que, em certos casos, vai ser necessário e acentua que o mais “legal” é a questão da humanização na prestação do serviço, no atendimento aos usuários. Uma visão de valorização dos sujeitos fragilizados por um sofrimento mental que necessita do cuidado do outro.

Outro assevera:

A Reforma Psiquiátrica? O CAPS não é substituto, ele é um substitutivo, poderá ter outros, poderá ter residência terapêutica, poderá ter o atendimento domiciliar, poderá ter casa de apoio, poderá ter hospital dia, poderá ter hospital geral, pensando no hospital psiquiátrico, essa cadeia que precisa ser implementada como um todo. Por exemplo, hoje nós temos CAPS, mas desses pacientes de CAPS, se tiver algum pra ser... Poderia entrar em residência terapêutica. (Entrevista nº 10, nível superior).

Consoante os relatos, percebemos que há entrevistados com uma visão bem ampliada acerca da reforma psiquiátrica, com um entendimento sintonizado com os organismos do Governo, mas que são capazes de propor e ser um instrumento que agrega idéias e opiniões no sentido de se posicionar a favor dos usuários.

5.4 A desinstitucionalização sob a óptica dos profissionais

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), o objetivo da desinstitucionalização proposta pela reforma psiquiátrica é a formação de uma rede de atenção à saúde mental de base comunitária. Desse modo, apenas uma rede articulada e integrada, com seu potencial de elaboração coletiva de soluções, pode

enfrentar a complexidade das demandas e garantir a resolubilidade e a promoção de autonomia e cidadania às pessoas com transtornos mentais.

Esse objetivo de desinstitucionalização ainda parece longe de se realizar no Brasil, e assim também em Fortaleza. Ainda não se conseguiu, de fato, uma rede articulada de atenção à saúde, menos ainda à saúde mental, ou, se há essa rede, ela continua bastante frágil. Ainda não temos na Capital do Estado uma residência terapêutica que garanta a não-internação a uma pessoa que precisa de cuidados psiquiátricos e não tem casa.

A política de saúde mental preconiza o atendimento em comunidade, mais próximo da família. Quanto a isso, os entrevistados às vezes questionam se o grupo familiar tem todas as condições objetivas para lidar com as situações de cuidado que o usuário requer. Eles indagam: como lidar com as crises, uma vez que o CAPS só funciona durante o dia? Para onde levar o usuário em surto psicótico se não para o hospital psiquiátrico, ainda uma entidade lucrativa nessa área? Será que as famílias têm o apoio necessário das políticas públicas? São algumas perguntas que os profissionais referem fazer a si mesmos todos os dias. O trecho de entrevista a seguir é revelador de tais preocupações:

É o atendimento ou a assistência familiar. É preciso, para essa desinstitucionalização, algo mais. Será que a família dá conta? Será que a família, aquele grupo, aquela grupalidade dá conta desse fenômeno? Pra mim era tudo, que as pessoas ficassem com as famílias. Mas nem sempre, dependendo do grau da doença, a gente pode estar deixando a família sozinha [...] (Entrevista nº 10, nível superior).

Outra questão expressa pelos profissionais é o fato da exigência posta ao serviço público quanto à quantidade de atendimentos que eles devem realizar. Assim, o atendimento se pauta mais na quantidade do que na qualidade. Nesse sentido, os entrevistados deixam claro, em suas falas, que há a necessidade de atender a todos que precisam do atendimento e, de forma heróica, acabam atendendo, só que a qualidade da escuta fica prejudicada, pois não dispõem das

condições objetivas necessárias à realização de um trabalho efetivo e de qualidade.

A demanda é enorme e a equipe reduzida. Assim desabafa o entrevistado:

Olha, os profissionais ainda estão muito na quantidade. Eu acho que ainda tá difícil você avaliar, identificar, acompanhar cada usuário, pra entender a singularidade dele, a relação dele com a família, com a comunidade. Ainda não há espaço dentro do CAPS pra isso e eu não sei se o CAPS, se a gente vai avançar pra conseguir isso [...]. A gente compreende a singularidade, a cultura dele, a história, o processo com que ele tá envolvido, inclusive, o processo patológico [...]. Mas eu acho que a gente tá caminhando [para a desinstitucionalização], mas no momento, por exemplo, eu não consigo fazer isso. Não temos condições de dar conta de oito mil usuários com apenas três médicos no serviço. (Entrevista nº 10, nível superior).

Outra entrevistada expressa preocupação com a quantidade de pessoas a procura dos serviços em saúde mental e adverte para o fato de que os profissionais de saúde e o Poder Público têm de cuidar da saúde mental das pessoas. Para ela, isso é o principal. Lê-se em sua fala:

Eu digo, assim, se a gente não tiver cuidado com a saúde mental das pessoas, da gente, onde é que nós vamos parar, né? É o principal. Acho que começaram a ver que a coisa tava piorando mesmo, a Regional IV é adoecida mesmo, viu, tem quase oito mil prontuários só aqui no [CAPS] geral e ainda tem o [CAPS] ad e o [CAPS] infantil, né? (Entrevista nº 3, nível superior).

Os relatos são reveladores de que os profissionais são chamados a atender a uma demanda que extrapola sua capacidade de atendimento. A demanda crescente com a equipe reduzida é uma das principais questões discutidas nas reuniões e supervisões por nós observadas. Os profissionais entendem que devem fazer um atendimento consoante a proposta da reforma, considerando a subjetividade de cada usuário, sua individualidade e singularidade, porém como identificamos por meio do relato acima, não há como esses profissionais identificarem e acompanharem cada usuário, considerando sua singularidade, sua relação com a família e com a comunidade e intervir nesse processo de reconstrução de vínculos com as condições objetivas de que dispõem.

Para Rotelli e Amarante (1992), a desinstitucionalização é um processo social complexo, que envolve não só os profissionais e gestores, mas todos os agentes sociais para que se modifique a forma de atenção às pessoas com transtornos mentais, valorizando sua subjetividade e singularidade, o que requer, sem dúvida, a construção de uma nova política sem discriminação ou violação de direitos. Nesse sentido, há profissionais, dentre os entrevistados, que compreendem que a desinstitucionalização vai além da desospitalização psiquiátrica, conforme relato de um deles:

Nós avançamos demais na legislação, na forma de organizar o serviço, esquecemos um pouco... Não sei se deu tempo pra tá aplicando... Você vê o exemplo desse CAPS, um CAPS com oito mil pacientes e três psiquiatras, né? Esse tipo de coisa ainda dá muito trabalho... Uma melhor qualidade de atendimento do serviço prestado. Olha, eu não sei [...] tem-se falado muito em desinstitucionalização hospitalar, não é? Mas eu tenho uma institucionalização no CAPS, eu tenho uma institucionalização no CAPS e eu não sei se é possível tratar a desinstitucionalização total do paciente no momento. As pessoas acham que desinstitucionalizar é retirar do hospital para o CAPS. Então, a instituição... eu acho que é difícil, ainda não se estar... aqui é uma instituição, a residência terapêutica é uma instituição, não é? Então, trabalhamos com instituições. (Entrevista nº 10, nível superior).

Rotelli (1990:63) destaca o fato de que as pessoas não percebem que devem desinstitucionalizar outras instituições que não apenas o hospital psiquiátrico. Tão envolvidas pelos discursos, não se dão conta de que os espaços de denúncia da institucionalização acabam institucionalizando.

Assim, podemos observar, no relato que se segue, a preocupação da entrevistada quanto ao serviço dito aberto incorrer no risco de institucionalizar. Para ela a equipe necessita refletir sobre o modelo posto e fazer suas considerações, tentando perceber se sua prática profissional está institucionalizando ou fortalecendo a autonomia dos sujeitos. Nesse sentido, ela refere:

É interessante né, porque, às vezes, a gente fala de desinstitucionalização e, às vezes, a gente incorre no erro de tá institucionalizando um serviço que a gente chama de aberto. E aí cabe a reflexão da equipe de tá pensando esse modelo. Desinstitucionalizar é inserir a pessoa na vida, tirar ela das

instituições manicomiais e inserir ela na vida. (Entrevista nº 19, nível superior).

Há, porém, entrevistados acreditando que a desinstitucionalização seja a desospitalização pura e simplesmente, que o fato de não internar o usuário já o livra da institucionalização. Na verdade, destaca de forma leiga o que entende sobre esse processo de desinstitucionalização, entendimento segundo o do Ministério da Saúde, quanto à instituição aberta de cuidado estar, naturalmente, inserindo o sujeito na proposta da reforma. Afirmo uma entrevistada:

Desinstitucionalização... eu acho que é... Você tinha da instituição psiquiátrica que era que ele ficava internado lá e ficava a margem. Desinstitucionalização seria esse paciente voltando para a sociedade e sendo tratado e sendo cuidado aqui [no CAPS], é isso que eu entendo. (Entrevista nº 1, nível médio).

Com relação a redes de atenção em saúde, o Ministério da Saúde, as define como modo de organização dos serviços configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos usuários. (BRASIL, 2008). Neste sentido, alguns entrevistados referiram a importância de constituição de uma rede de cuidado em saúde mental em Fortaleza, mas não só, pois se faz necessário, também, se articular com outras políticas, tanto de saúde como socioassistencial.

Quanto à rede de saúde mental em Fortaleza, uma entrevistada acentua que a Capital do Ceará possui essa rede, embora fragilizada, com muita dificuldade de interlocução. Lê-se em seu relato:

Hoje a gente já pode chamar Rede de Saúde Mental, inclusive tem esse nome na SMS [Secretaria Municipal de Saúde]. Então hoje a gente já pode dizer que não tem uma rede sólida porque a intersetorialidade ainda é muito frágil e a gente precisa dela muito na saúde mental. Mas, a gente já tem o serviço, a gente já faz de alguma forma, embora não em todos os serviços da atenção básica, a gente já faz trabalho de saúde mental com o matriciamento, a gente já faz uma atenção especializada nos CAPS, a gente já tem alguns leitos de psiquiatria em hospital geral [...], temos os hospitais psiquiátricos que embora a gente não compute eles como rede

eles estão lá de alguma forma no cenário, não desapareceram. Então a gente tem essa rede no setor saúde e ainda fragilizada com relação ao próprio setor. [...] no Brasil, a saúde pública, ela é ainda muito deficitária, a gente não consegue acessar com facilidade. (Entrevista nº 20, nível superior).

Ressaltamos que o fato de haver equipamentos de assistência à saúde, a exemplo de hospitais, centros de saúde, CAPS e outros, na Cidade, não significa que haja uma rede, pois pode existir o serviço sem necessariamente estar articulado em rede. Os serviços na Cidade nem ao menos se comunicam, um não sabe o que o outro faz. Não há interação das políticas setoriais.

Para alguns entrevistados, as políticas acontecem muito isoladas em suas “casinhas”, “cada uma com sua dor”. Nesse sentido, o profissional referiu-se a uma rede de atenção em saúde, relatando a necessidade de maior aproximação entre CAPS e Programa Saúde da Família (PSF). Para ele, o usuário não deixou de ser usuário do PSF por descobrir-se com transtorno mental. Assim, ele relata:

Desinstitucionalização... Primeiro eu acho que seria muito bom aproximar mais o CAPS do PSF. Fazer esse triângulo CAPS ou local que cuida de saúde mental, comunidade e PSF. Seria muito importante aproximar isso aí. Porque se o próprio paciente de transtorno mental, se ele for ao PSF buscar o remédio dele, ele corre o risco de ser barrado [...]. Tudo bem que ele não é acompanhado lá para tal coisa, tá certo. Mas manda [para o CAPS] de uma forma até pejorativa, de uma forma, até como quem diz assim “eu não quero você, eu joga você pra lá, essa porta não é aberta pra você”. Então, a primeira coisa disso aí é entre os próprios profissionais. E a sociedade não poderia ficar de fora, porque esse estigma é um estigma social muito grande, isso é trabalho de longo prazo [...], eu acredito que esse é um trabalho difícil, não é um trabalho fácil. Então, isso [a desinstitucionalização] tem que envolver o PSF, tem que envolver a saúde pública em geral, uma rede articulada, não só um único sistema. (Entrevista nº 4, nível superior).

Dessa forma, o entrevistado adverte para a noção de que o CAPS não deve trabalhar isolado. Argumenta que enquanto isso estiver acontecendo, a desinstitucionalização será um sonho distante da realidade e que muitas das queixas de doença que chegam à instituição decorrem de problemas sociais, que, na maioria das vezes, poderiam ser atendidas na comunidade por uma rede social

de apoio, aqui incluídos os centros de referência da assistência social (CRAS), centros de saúde da família (CSF), associações de bairros, dentre outros.

Nesse sentido, os profissionais apresentam preocupações expressas em seus relatos quanto à necessidade de redes de saúde e socioassistencial para dar conta dessa demanda crescente e, enquanto estiverem trabalhando isolados, enquanto não forem organizadas, estas redes não poderão viabilizar as respostas que os usuários necessitam.

Outra entrevistada demarca:

Eu acredito que uma visão maior de uma rede descentralizada em que essa pessoa tenha acesso aos serviços [...] a gente a pouco atendeu uma pessoa com problema social gravíssimo, ela é do “Grupo anti-estresse” [...] quando terminou todo o relato dela ela começou a chorar e disse: “e aí, pois é, o que eu faço pra pagar minha água? Eu chego em casa e não tem água, eu preciso de água pra lavar minhas roupas, pra minha filha e meu marido”, a gente ficou só olhando, aí a menina do serviço social disse: “pronto esse aqui é um ponto que ela vai tá sempre aqui vindo pegar remédio, porque ela vive sofrendo” [...] a mulher chorava compulsivamente: “eu não posso ir embora sem pagar minha água”, é um problema social grave! Essa questão ela é mantenedora desse processo que eu chamo de institucionalização, não é que essa paciente, ela não possa reverter isso, ela pode, mas teria que ter políticas públicas pra atender, entende? (Entrevista nº 18, nível superior).

Segundo este relato há uma “medicalização da questão social”, fato que também se afirma como uma refração da questão social, por assim dizer, pois o sujeito sofre por não ver saída para sua situação financeira, não consegue prover suas necessidades básicas, por isso busca “medicalização” para uma situação que necessariamente não seria resolvida em um CAPS, mas em articulação com uma rede socioassistencial que englobasse as diversas políticas setoriais, como por exemplo, a assistência social por meio dos CRAS e sua política de “inclusão produtiva”. Nesse sentido, a institucionalização acontece em virtude de vários processos causadores ou mantenedores de doenças.

5. 5. Sentidos da normalidade e da anormalidade para os profissionais

Os “normais”, na definição de Goffman (1988), são os que não se afastam negativamente das expectativas particulares em questão. Nesse sentido, as pessoas portadoras de transtornos mentais são aquelas negativamente classificadas por não satisfazerem as expectativas de “normalidade” do grupo. São classificadas tanto por quem tem o poder de classificar quanto é reconhecido por si próprio como diferente.

Somente numa relação é possível perceber o outro como diferente (GOFFMAN, 1988), pois é na relação profissional *versus* usuário que a diferença entre o “normal” e o “anormal” se confirma e, portanto, o estigma, a anormalidade. Identificamos no relato a seguir uma definição de “anormalidade” como uma perda, “vida interrompida”. Assim, a entrevistada exprime em seu relato:

Normais e anormais! O que eu vejo dentro da normalidade são as pessoas que estão conseguindo gerenciar sua vida, estão conseguindo levar sua vida psicossocial de maneira ativa mesmo. Não mais interrompida. Anormalidade pra mim é um caminho que é diferente. Mas, assim, como a pessoa, ela está com a vida dela interrompida, então ela não tá dentro da normalidade. Algo modificou e a vida dela, está alterada. (Entrevista nº 12, nível superior).

Para os profissionais, tão difícil quanto falar acerca da desinstitucionalização é, também, a discussão de conceitos como os de “normalidade” e “anormalidade”. Nos relatos, foi observado que definir o outro como “anormal” causa desconforto porque essa definição é um jogo de classificação e relação de reconhecimento de si e do outro.

Lê-se no relato de uma das entrevistadas:

No dia a dia da gente, eu mesmo me acho anormal. Me acho anormal em algumas situações. (Entrevista nº 18, nível superior).
Eu vou muito pela frase do Caetano Veloso: “de perto ninguém é normal”. [...] Será que somos normais ou que não somos? Pra nós que somos do campo [da saúde mental] a pessoa tá normal quando ela não tem uma patologia mental. O sofrimento, ele é inerente ao ser humano, mas a patologia, nem todo mundo tem. Algumas pessoas têm a patologia, a

doença mental mesmo e outras não. São os ditos normais. Mas que no seu contexto, nas suas histórias de vida, têm momentos também de fragilidade, de sofrimento, de loucura, sei lá. É tudo muito junto assim, pra gente tá separando em normais e anormais. (Entrevista nº 20, nível superior).

Nesse contexto, há uma dificuldade dos profissionais falarem sobre o tema. Tal dificuldade é expressa na verbalização de uma entrevistada que considera difícil afirmar quem é “normal” ou “anormal”. Assim, ela diz:

Pra mim isso é difícil. Assim, a gente aqui nem trabalha com esse conceito porque não dá mesmo. O que é uma coisa anormal e normal? É uma coisa meio difícil da gente falar. (Entrevista nº 3, nível superior).

Outra entrevistada relata:

O que é o anormal é o diferente? Se todo mundo é diferente como é que tem o normal? Não existe o anormal. E digo, tem pessoas que tem a dificuldade de tá conseguindo fazer interligações do quê que é real do quê que é imaginário. O normal não tem porque falar. O que é o normal? É você tá bem, é você olhar pra mim e dizer tá tudo bem. (Entrevista nº 22, nível superior).

Temos aquilo que Canguilhem (2006) denomina como a ausência de normalidade, o que põe em risco o conhecido desde sempre e que perturba a ordem estabelecida. Neste sentido, a “anormalidade” seria o comportamento desviante das condutas socialmente aceitas, culturalmente elaboradas, como podemos perceber na fala de um entrevistado:

Anormalidade [...] seria tudo aquilo que foge do padrão de comportamento da grande maioria das pessoas [...]. (Entrevista nº 10, nível superior).

Quanto à dificuldade de se definir se uma pessoa é “normal” ou não, em saúde mental, um entrevistado ressalta que um sujeito pode estar passando por uma crise momentânea em suas emoções e nem por isso ser uma pessoa

caracterizada como portadora de transtornos mentais. Para ele, dizer que uma pessoa é normal ou anormal é um risco, já que a fronteira entre o normal e o patológico na Psiquiatria é muito tênue. Assim, ele se reporta:

[...] se você fizer um exame de quartzo basal, que é uma dosagem hormonal ligada ao estresse, não vai dizer obrigatoriamente que tem depressão. Você não vai sair por aí dosando quantidade de serotonina e dopamina pra todo mundo. Isso é impossível de fazer. Então, essa área subjetiva da parte psiquiatria, ainda. [...] divide um pouco essa linha de raciocínio de até que ponto o que pode ser normal e o que pode ser patológico. [...]. Se tá escutando vozes, é esquizofrênico? O cara pode estar muitos dias sem dormir. Derrepente não tá se concentrando direito, tá escutando algum barulho, algum ruído e isso podem ser interpretados pelo entrevistador como sendo uma coisa patológica, aí empurra antipsicótico no cara e o cara vai tomar isso pro resto da vida, ou então durante muito tempo achando que é esquizofrênico, porque o médico disse pra ele [...]. (Entrevista nº 4, nível superior).

A aproximação a um mundo anteriormente desconhecido pelos profissionais entrevistados, como o hospício, mobiliza sentimentos de ordem psíquica: o medo diante do diferente, daquilo que por tanto tempo ficou lá, ali, bem longe da gente, com quem não se tinha contato, apenas se sabia de sua existência. Essa aproximação parece desfazer prenoções entre o que se definiu, por muito tempo, como “normal” e “anormal”. Para alguns, parece haver total tolerância com os ditos anormais.

Fala uma entrevistada:

Eu não sei se é porque eu já estou aqui [no CAPS] há algum tempo, eu não vejo mais como anormal. Antes, antes de trabalhar com saúde mental eu via as pessoas [como anormais], mas hoje em dia eu não vejo mais as pessoas assim. Eu vejo pessoas diferentes com problemas diferentes e situações diferentes. Não tenho mais essa [de separar] o normal e o anormal, não. Mudou muito a minha visão [trabalhar no CAPS], minha compreensão da doença, o tratamento, a atenção, aquilo que você tinha medo, que você não queria se aproximar. (Entrevista nº 2, nível superior).

Um entrevistado procura dar uma explicação dos termos normal e patológico:

Normal e patológico estão ligados a alterações fisiopatológicas [...] do conceito de normal e anormal. [...] a psiquiatria vai chamar de anormal aquilo

que tá fora das regras, na verdade também é um conceito positivista. [...] normalidade e a anormalidade: o limite disso é muito pequeno, tênue. Se eu for pra medicina clássica eu vou ter que um indivíduo normal é aquele que tem os exames laboratoriais negativos, não tem sinal nem tem sintoma, não é isso? São questões subjetivas que eu não sei se dá pra trabalhar com o normal e o anormal. Está dentro de um conceito hoje mais abrangente de qualidade de vida. Pra trabalhar o conceito de anormalidade, eu posso considerar um sujeito anormal do ponto de vista de fugir da norma, mas ele pode ter o equilíbrio dentro daquela “anormalidade” dele [...], portanto eu não sei se adéqua o conceito de normalidade e anormalidade na psiquiatria hoje, no que eu acho. (Entrevista nº 10, nível superior).

Encontramos em Canguilhem (2006) a apresentação do patológico, do “anormal” baseado no “normal”. Para ele, um conceito só existe em relação ao outro, isto é, a anormalidade só pode ser pensada com origem na normalidade. Nesse sentido, percebemos que a resistência dos profissionais em definir ou qualificar a “normalidade” e a “anormalidade” passa pelo seu entendimento de que a simples utilização destas palavras remeteria a estigmas e preconceitos, e que dentro de uma relação mais humanizada, como a que propõe a política de saúde mental brasileira, não caberia fazer uso de tais termos. No geral, acentuam tratar-se de uma questão bastante subjetiva.

5. 6. Pessoas com transtornos mentais sob a perspectiva dos profissionais

Tomando como referência os dados coletados na pesquisa, procuramos analisar as representações sociais dos profissionais sobre as pessoas com transtornos mentais.

Para tanto, seguimos um caminho apontado em Rosa (2003), indicando que, embora partilhem o mesmo contexto, situações similares ou o mesmo espaço profissional, os sujeitos se diferenciam em sua singularidade e subjetividade na constituição da identidade, uma vez que nenhuma pessoa é igual à outra, ainda que se identifiquem em alguma situação, pois cada indivíduo percebe o outro e a si mesmo de forma diferente, como anota Goffman (1988), por ser realmente diferente e, assim, constrói suas representações dos fenômenos que o cercam.

Nesse sentido, observamos como os profissionais elaboram suas representações a respeito das pessoas com transtornos mentais. Embora cada um tenha uma visão de mundo diferente, em razão de suas experiências profissionais e pessoais, de suas histórias de vida, apresentam semelhanças em seus relatos quanto a considerar o usuário como uma pessoa que está doente, precisando de cuidados e que se deve afastar os estigmas, no sentido em que Goffman (1988) os apresenta, como uma classificação negativa do outro. Antes de nos deter na análise de seus relatos, no entanto, convém situar o estudo das Representações Sociais.

Vale ressaltar que tal estudo se irradiou, nos últimos anos, para vários ramos das ciências humanas, desde a Sociologia passando pela Educação, Psicologia e outras áreas do conhecimento.

Minayo (2005), ao definir Representações Sociais da perspectiva filosófica, significando a reprodução de uma percepção anterior ou do conteúdo do pensamento, assinala que tais representações não são as mesmas para todos os membros de um grupo.

Sendo um fenômeno que busca compreender as significações de um grupo com algumas características em comum, apropriamo-nos das representações para apreender o universo de trabalho dos entrevistados, que tem em comum o mesmo campo de trabalho, igual clientela e lidam com questões de saúde e social semelhantes, procurando compreender sobretudo as representações que têm das pessoas com transtornos mentais que utilizam o serviço do CAPS.

Alguns entrevistados relataram que para eles os portadores de transtornos mentais são pessoas que estão passando por um momento de dificuldade, de problema, e, que vivem um momento de fragilidade em sua saúde mental. Diz um entrevistado:

Eu vejo como um momento... Em três anos que eu estou aqui não me achei melhor do que eles em nenhum momento. É claro que cada um tem problemas. Ela [uma usuária] nunca me falou e aí ela chegou pra mim e

disse “ó é minha ultima consulta, a Dra. me deu alta”. Que bom! Fico muito feliz em ver que alguém conseguiu sair... Eu vejo como um ser humano, como uma pessoa normal, como um outro qualquer, mesmo que a sociedade, às vezes, não aceite, mas eu vejo como um ser humano qualquer, por mais que as pessoas não acreditem, não ajudem, mas eu tento acreditar, vejo que a pessoa têm chance, mesmo que tenha tentado cinco ou dez vezes, eu acredito... Não vejo eles diferente, não. Agora, é claro que existem outros que são mais graves, [...] tem uma doença grave... Tem aquelas pessoas que conseguem fazer alguma coisa e tem aquelas que não conseguem, por mais que tente é um sujeito-criança, de comportamento criança, a pessoa não consegue construir, mas mesmo assim, eu acho que a pessoa tem esperança. (Entrevista nº 8, nível médio).

Neste relato, percebemos que para o entrevistado a pessoa com transtorno mental é tão gente quanto qualquer outra, ou seja, não perdeu a qualidade de humano, não é um ser inferior, mas que apenas está passando por problemas. Ao tempo em que ele diz não ver diferença entre os usuários, que todos são “normais”, assinala essa diferença, quando refere aceitar os usuários da maneira como eles são, embora a sociedade não aceite.

Outra entrevistada expressa:

A anormalidade e normalidade, do ponto de vista do transtorno, da saúde mental, é uma pessoa estar passando por algum sofrimento, que tá com a vida interrompida. No caso do CAPS, que atende transtornos mentais mais graves, é anormalidade nesse sentido, não que eu goste de usar esse termo, porque pra mim eu não acho... O que é normal ou anormal acho muito complicado. (Entrevista nº 3, nível superior).

Este discurso exprime que é muito complicado usar estes termos, não gosta de falar de anormalidade e normalidade, pois soa como algo feio ou ruim, algo que põe o sujeito numa condição de inferioridade. Assim, ela diz: “não que eu goste de usar esse termo”.

Outro entrevistado destaca a noção de que as pessoas com transtornos mentais, estigmatizadas pela sociedade, sofrem preconceitos e são preconceituosos com eles mesmos. Muitos deles não aceitam realizar acompanhamento no CAPS por identificá-lo como um local específico para “loucos”, como observamos na fala

desse profissional, que denuncia os locais de tratamento específicos como algo danoso à subjetividade do paciente e que desqualifica o usuário:

“O CAPS só cuida da esquizofrenia, do louco, do que joga pedra, do que fala sozinho, do que não tem juízo”. Muitos deles e suas famílias já vêm com este [pensamento]. Muitos vêm que o CAPS não trata só disso e tem outros que nem vem por causa disso. Mas a maioria, eles vêm e aceitam bem [...] O CAPS é um local específico de tratamento, isso já causa um estigma, assim como os PSF's que tem um dia de atendimento pra DST, que tem a sala de atendimento pra DST, o que também gera um estigma forte. [...] isso estigmatiza e vai afastar o paciente do serviço, ele não volta mais. Como o CAPS ad: tem pacientes do ad que são só do grupo de fumantes, que não usam outras drogas, mas quando se fala CAPS ad você só focaliza cocaína, o crack, a maconha, dificilmente você focaliza o cigarro, que é uma droga, que faz mal, que mata, mas você não focaliza isso aí. [...] da forma que tem o hospital psiquiátrico já com todo o ranço histórico, o CAPS acaba absorvendo um pouco disso. (Entrevista nº 4, nível superior).

Consoante o relato do entrevistado, o CAPS é visto por muitos dos usuários e familiares como um local específico para tratar o “louco”, um local que marca negativamente, que estigmatiza, que causa separação entre ele e os outros, contribuindo para que ele não realize o tratamento.

O mesmo entrevistado segue afirmando que percebe a pessoa com transtorno mental como alguém que está doente e que precisa de tratamento, como quem está doente do coração, com hipertensão arterial ou com diabetes, e que o fato de esta pessoa estar enferma da mente não significa que ela não tenha um corpo com a possibilidade de desenvolver problemas clínicos. Ele verbaliza:

[se uma pessoa é doente do coração] nem por isso, porque ele é paciente do CAPS, ele deixa de sê-lo. Então, ele continua sendo. Aqui a gente acompanha muitos pacientes com transtorno de depressão, transtorno de ansiedade, psicótico e é diabético e é hipertenso, tá entendendo? (Entrevista nº 4, nível superior).

Outra entrevistada assinala que para ela as pessoas com transtornos mentais são tratadas com diferença pela sociedade, mas que deveriam ser vistas

como quem está doente, sem preconceito, pois estão doentes e precisam de tratamento como todo paciente. Referiu a entrevistada:

Eu acho que existem pessoas com doenças, que estão doentes, não que são doentes, mas que precisam ser cuidadas [...]. A doença, como uma pessoa adoece do corpo ela também adoece da mente e precisa ser cuidada, precisa ser tratada. (Entrevista nº 20, nível superior).

Observamos nos relatos dos entrevistados certa semelhança em dizer que o portador de transtorno mental é uma pessoa que tem uma doença e não que é um doente, e que estaria eternamente nessa condição, pois, para os profissionais, dizer que uma pessoa é doente mental é o mesmo que condená-la a viver eternamente à margem da sociedade, que discrimina, nega e isola a patologia e o indivíduo seu portador.

6 AO MODO DE CONCLUSÕES

A elaboração sócio-histórica da “loucura” como anormalidade garantiu uma cisão entre os ditos normais, os que, segundo Goffman, (1988), não se afastam negativamente das expectativas particulares e os anormais, estigmatizados, como refere o autor, entre os sãos e os doentes mentais. Nos vários países do Ocidente, em diversas épocas, as pessoas com transtornos mentais foram consideradas diferentes, tal como ainda ocorre hoje em dia.

Foucault (2005) nos fala da “nau dos loucos” no século XIX, embarcação que fazia a assepsia da cidade, transportando os “loucos” para longe da vista de todos, mostrando que essa separação não é nova, mas que também não deixou de existir por completo.

Desse modo, as práticas em saúde mental, assim como a efetivação dos pressupostos da reforma psiquiátrica, devem passar por mudanças tanto no campo teórico-profissional, como no cultural e não apenas pela elaboração de políticas e modelos de atenção alternativos ao internamento psiquiátrico.

A despeito do avanço da legislação que trata dos direitos da pessoa com transtornos mentais e das discussões sobre o assunto, esses sujeitos ainda enfrentam muitas dificuldades no acesso aos serviços e aceitação da sociedade, a exemplo do que foi relatado pelos entrevistados quanto à recusa de atendimento por alguns serviços da área da saúde, como o PSF, e mesmo o hospital geral. As demandas que surgem para o hospital geral são demandas clínicas, pois os pacientes que têm transtornos mentais também têm um corpo que adocece, não apenas uma mente, daí a necessidade de interlocução do CAPS com uma rede de atenção em saúde.

Nesse sentido, desenvolvemos nossa análise com o propósito de contribuir com o debate atual quanto às transformações no âmbito da saúde mental, sintonizada com a reforma psiquiátrica brasileira, considerando as representações que o grupo de profissionais expressou no tocante à saúde mental, ao longo do nosso percurso de pesquisadora no CAPS SER IV.

Percebemos na pesquisa uma tomada de posição dos profissionais em favor das pessoas com transtornos mentais, quando assinalam em seus discursos indignação com o tratamento manicomial, que nega a cidadania, esta fator primordial na afirmação de um Estado de direito, sem a qual perdemos a referência do homem social que há em cada um de nós. Relatos como o que ouvimos dos entrevistados quando afirmam que uma pessoa viver por vinte e seis ou trinta anos enclausurado, dormindo no chão, apartado do convívio com familiar nos leva a refletir quão desumano tem sido a forma de tratamento a esse público.

A reforma psiquiátrica defendida pelos órgãos governamentais brasileiros, amparada pela lei 10.216/2001, conquista de lutas sociais, preconiza uma ampla mudança do atendimento público em saúde mental, garantindo o acesso da população aos serviços e ao respeito a seus direitos e liberdade, a mudança do modelo de tratamento, em vez de isolamento, o convívio na família e na comunidade, com tratamento em instituições alternativas tais como centros de atenção psicossocial, residências terapêuticas, ambulatórios, hospitais gerais, centros de convivência e outros.

Reafirmando a necessidade de sempre se buscar melhorar o atendimento a esse público, com o qual a sociedade tem uma dívida a ser liquidada, o Governo brasileiro investe na política de humanização das relações na prestação de serviços de saúde, iniciativa de fundamental importância – em virtude do histórico atendimento degradante às pessoas com transtornos mentais – que se anuncia com a Política Nacional de Humanização na Saúde, de modo especial na saúde mental.

Tomando como pressupostos as análises tecidas na presente pesquisa é relevante considerar que a política de saúde mental para os profissionais do CAPS SER IV se caracteriza como avanços na conquista da cidadania das pessoas que têm transtornos mentais, mas que ainda há um longo caminho a se percorrer no sentido de remover o preconceito e a estigmatização pelos quais passam esses sujeitos.

Nesse sentido, para os entrevistados, as atuais propostas de desinstitucionalização preconizadas pela reforma psiquiátrica, como a atenção em espaços de cuidado ditos abertos, não são suficientes para garantir um tratamento, em sentido amplo, digno ao cidadão, livre de preconceito.

Foi-nos possível perceber, ainda, nos relatos dos entrevistados, bem como de suas posturas profissionais diante de algumas situações, quatro questões centrais: a valorização dos profissionais quanto à desinstitucionalização preconizadas pela reforma psiquiátrica como uma proposta que recupera e fortalece os vínculos familiares e comunitários, a dificuldade que eles têm de expressar seu entendimento dos termos “normal” e “anormal”, “normalidade” e “anormalidade”, justificando que tal explanação seria possível apenas didaticamente, mas que no cotidiano fica muito difícil definir.

Percebemos que os termos são utilizados como jogo de interesse e que não é possível falar de “normal” e “anormal”, quando igualmente não se tem uma padronização eficaz e eficiente do conceito de normalidade, pelo simples fato de que o limite entre um e outro é muito tênue, como expresso por vários entrevistados. Esse fato é confirmado nos comportamentos vigiados dos sujeitos. Assim, se uma pessoa tida como normal gritar e perder a calma, será entendida como num momento de estresse, uma pessoa com transtorno mental agindo de tal forma é havido como estando em crise. Assim, os profissionais preferiram identificar e definir os usuários como pessoas que estão doentes e não como “anormais”.

A terceira questão foi percebida apenas ao entrarmos em contato com os informantes da pesquisa, qual seja, a desarticulação entre as políticas setoriais, que fragiliza uma rede que já é débil, a exemplo da dificuldade que o usuário tem de acessar outros serviços de saúde além do CAPS e do hospital psiquiátrico ou mesmo os hospitais gerais, como percebemos no discurso dos entrevistados.

Assim como a terceira, a quarta questão que nos chamou a atenção só foi apreendida no contato com os profissionais, a saber, a possibilidade de identificação ou não do profissional com a atual política de saúde mental, o fato de que nem todo profissional está trabalhando no CAPS por se identificar com a política de desinstitucionalização, preconizada pela Reforma Psiquiátrica. Muitos estão ali por uma questão de mercado de trabalho, por terem sido aprovados em concurso e não terem outra opção. Deve-se, portanto observar a história de vida desses profissionais, sua formação de base, que formação complementar realizaram ou realizam ao longo de sua vida profissional. Mesmo com as capacitações e atualizações fornecidas pelo serviço público, não significa que o profissional se identifique ou concorde com a política de saúde mental preconizada pelo Governo brasileiro, mas apenas a aceite como parte de seu trabalho.

Percebemos que, embora muitos não tivessem a ideologia da reforma, passaram a gostar do trabalho após o contato cotidiano com as questões da saúde mental. Outros procuraram capacitações na área após essa experiência no CAPS. Outros, ainda, aguardam a oportunidade de um novo emprego na área de sua preferência, mas, enquanto essa oportunidade não chega, permanecem trabalhando no CAPS.

Consoante o observado, não podemos deixar de considerar também o avanço da política de saúde mental em Fortaleza, pois, até o ano de 2005, tínhamos apenas três CAPS na Capital para atender a toda sua população. Por certo a reforma psiquiátrica não tinha se afirmado na Cidade, mas apenas se anunciado com muita dificuldade por ir contra interesses econômicos, embora não só.

A Capital do Ceará só teve seu primeiro CAPS criado oito anos depois de iniciados movimentos pró-reforma nos diversos municípios do Estado, situação que se explica, embora não se justifique, pela resistência dos grandes hospitais psiquiátricos conveniados com o SUS, portanto bem financiados, existentes em Fortaleza, o que não havia no restante do Estado. Assim não seria difícil fazer a reforma onde não havia resistência.

É bem verdade que estamos distantes de um sistema de saúde que ao menos se aproxime do atendimento às necessidades de toda a população, mas não podemos deixar de referir os avanços. Nesse sentido, percebemos no discurso de alguns entrevistados, sobretudo daqueles que fundaram o CAPS, uma expressão de vitória, uma vez que, segundo eles, atualmente Fortaleza conta com uma gestão mais sensibilizada para a questão da saúde mental, a despeito das dificuldades e dos avanços lentos que se processam nessa área.

Esperamos que a política de saúde mental esteja em movimento para consolidar esses avanços e que busque superar as deficiências mais sensíveis identificadas pelos profissionais, como o fortalecimento (ou, seria melhor dizer, a constituição?) da rede de saúde na Cidade, que possibilite a interlocução das políticas setoriais da saúde, pelo menos, já que pensar na intersetorialidade seria um desafio ainda maior, embora necessário e possível.

Com base nos relatos dos entrevistados, propomos que, ao contratar profissionais para trabalhar na saúde mental, os gestores levem em consideração uma capacitação mínima na área, já que seria inviável uma seleção baseada na afinidade com a política de saúde mental.

Propomos, ainda, que a Prefeitura Municipal de Fortaleza realize concurso público para provimento de cargos nos novos CAPS, a exemplo do que foi feito para os três primeiros. Assim, reduziríamos a contratação precária de um considerável número de profissionais, muitos dos quais com nível de formação em mestrado e até em doutorado.

Por fim, propomos também que, em curto prazo, a atual gestão municipal realize capacitações e/ou atualizações quanto à saúde mental para que os profissionais venham a desempenhar suas atividades de cuidado com mais segurança e confiança, pois o conhecimento é condição fundamental para que se possa pensar uma efetiva desinstitucionalização psiquiátrica em Fortaleza, fortalecendo, verdadeiramente, os vínculos familiares e comunitários e não incorrendo no risco de institucionalizar no espaço aberto de cuidado.

BILBIOGRAFIA

ALVES, M. D. S. **Mulher e saúde: representações sociais no ciclo vital**. Fortaleza, DENF/UFC, Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1997.

ARENDT, H. **A condição humana**, RAPOSO, R. (trad.), Rio de Janeiro: Forense, 2004.

ARON, R. **As etapas do pensamento sociológico**. SERGIO, B. (trad.), 6 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

ARRUDA, A. **Teoria das representações sociais e teorias de gênero**. Cadernos de Pesquisa, n. 117, Rio de Janeiro, UFRJ nov. 2002.

BARROS, D. D. **Desinstitucionalização: cidadania versus violência institucional**. Saúde Debate, n. 4, p. 68-76, set. 1993.

BECKER, H. S. **Métodos de pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Editora HUCITEC, 1993.

_____ Observação social e estudos de caso sociais. In: BECKER, H. S. **Métodos de pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Editora HUCITEC, 1993. Cap. 5. p. 117-133

BELMONTE. P.R. et al. **Curso básico de acompanhamento domiciliar**. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 1998.

BOARINI, M. L. (org.). **Desafios na atenção à saúde mental**. Maringá: Eridem, 2000.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. TOMAZ, F. (trad.), 9 ed., Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. **Portaria 336/2002**. Brasília – DF: 2002.

_____. **Saúde Mental no SUS: Os centros de Atenção Psicossocial**. Brasília – DF: 2004

_____. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, janeiro de 2007.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 44 p. Série B. Textos Básicos de Saúde.

_____. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Série B. Textos Básicos de Saúde.

_____. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

_____. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. Ampliada, Brasília– DF: 2004.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. In: **Ciência & Saúde Coletiva** – Abrasco, v.4, n.2: p.393-403, 1999

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. BARROCAS, M. T. R. de C. (trad.), 6 ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica**: a idade do ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CHAUÍ, M. **Um convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 2006

CUCHE, D. **A noção de cultura nas ciências sociais**. RIBEIRO, V. (trad.) Bauru: EUSC, 1999.

DURKHEIM, E. **As formas elementares da vida religiosa**. Coleção Os Pensadores. São Paulo. Abril, 1978.

FARR, R. M. Representações sociais: a teoria e sua historia. In: **Textos em representações sociais**. 9 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007. Cap. 1 p. 31-59.

FONTANELLA, B. J. B. et alii, **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde**: contribuições teóricas. Cadernos de Saúde Pública, v. 24, nº1 p. 17-27, Rio de Janeiro, jan. 2008.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. COELHO NETO, J. T. (trad.), 8 ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GEERTZ, C. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: _____. **A Interpretação das Culturas**, Rio de Janeiro: LTC, p. 13-41, 1989.

_____. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GOFFMAN, E. **Estigma:** notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

_____. **Manicômios, prisões e conventos.** LEITE, D. M. (trad.), São Paulo: Perspectiva, 2005.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar:** como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais, Rio de Janeiro: Record, 1997.

GUARESCHI, P. e JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais.** 9 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

JODELET, D. **Loucura e representações sociais.** MAGALHÃES, L. (trad.), Petrópolis: Vozes, 2005.

LAPLANTINE, F. **A descrição etnográfica.** COELHO J. M. R. e COELHO S. (trad.), São Paulo: Terceira Margem, 2004.

MAPA. Disponível em: <http://www.webbusca.com.br/pagam/fortaleza/mapa_fortaleza.jpg> **Acessado em: 7 de maio de 2008.**

MARX, C. A ideologia alemã. São Paulo: Hucitec, 1984.

MINAYO, M. C. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P. e JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais.** 9 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007. Cap. 3 p. 89-111.

_____. **O Desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOREIRA, A. S. P. **Representações Sociais: teoria e prática**. João Pessoa: Universitária, 2001.

MOSCOVICI, S. Prefácio. In: GUARESCHI, P. e JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais**. 9 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023: informação e documentação – referências – elaboração**. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **NBR 10520: informação e documentação – citações em documentos – apresentação**. Rio de Janeiro, 2000.

_____. **NBR 14724: informação e documentação – trabalhos acadêmicos – apresentação**. Rio de Janeiro, 2002.

NICÁCIO, F. (org.). **Desinstitucionalização**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

NOBREGA, S. M. **O que é representação social**. 1990, Mimeo.

OLIVEIRA, D. C. de e MOREIRA, A. S. P. (orgs.) **Estudos interdisciplinares de Representação Social**. 2 ed. Goiânia: AB, 2000.

OLIVEIRA, F. B. **Construindo Saberes e Práticas em Saúde Mental**. João Pessoa: UFPB - Universitária; 2002.

PENNA, M. **O que faz se nordestino: identidades sociais, interesses e o “escândalo” Erundina**. São Paulo: Cortez, 1992.

PITA, A. M. F. (org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. **Os Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação?** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 43, nº12 p. 647-654, São Paulo: ECN, dez. 1994.

ROSA, L. C. S. **Transtorno Mental e o Cuidado na Família.** São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F. O inventário das subtrações. In: NICÁCIO, F. (org.). **Desinstitucionalização.** São Paulo: HUCITEC, 1990. p. 61-87.

ROTELLI, F. et al. Desinstitucionalização uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados. In: NICÁCIO, F. (org.). **Desinstitucionalização.** São Paulo: HUCITEC, 1990. p. 17-59.

ROTELLI, F. e AMARANTE P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JR. B. e AMARANTE P. (orgs.) **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 41-55.

SÁ, C. P. **Núcleo central das representações sociais.** 2 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

SAMPAIO, J. J. C. e BARROSO, C. M. C. Centros de Atenção Psicossocial e equipes de saúde da família: diretrizes e experiências no Ceará. In: LANCETTI, A. et all. **Saúde Loucura: saúde mental e saúde da família.** n. 7, São Paulo: Hucitec, s/d. p.199-220

SAMPAIO, J. J. C. & SANTOS, A. W. G. dos. A experiência dos Centros de Atenção Psicossocial o Movimento Brasileiro de reforma psiquiátrica In: PITA, A. M. F. (org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1996. p.127 -134.

SANTOS, B. S. **A construção multicultural da igualdade e da diferença.** Coimbra: CES, 1999.

SANTOS, M. F. S. Representação social e identidade. In: OLIVEIRA, D. C. de e MOREIRA, A. S. P. (orgs.) **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2 ed. Goiânia: AB, 2000. Cap. 3. p. 151-159.

SILVA, T. T. Da (org.). **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. Petrópolis/Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

SOBRINHO D. M. “Habitus” e representações sociais: questões para o estudo de identidades coletivas. In: OLIVEIRA, D. C. de e MOREIRA, A. S. P. (orgs.) **Estudos interdisciplinares de representação social**. . 2 ed. Goiânia: AB, 2000. Cap. 3. p. 117-130.

SPINK, M. J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: **Textos em representações sociais**. 9 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007. Cap. 4. p. 117-145.

WEBER. M. **A ética protestante e o espírito “do capitalismo”**. MACÊDO. J. M. M. (trad.), Cia das Letras, São Paulo: 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE I

CRONOGRAMA

Atividades Período	2008									2009
	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.
Aprofundamento do Referencial teórico	X	X	X	X						
Pesquisa de campo				X	X	X	X	X		
Sistematização e análise dos dados								X	X	X
Produção de relatório final										X

APÊNDICE II

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Fale livremente sobre:

1. Sua trajetória profissional:
 - a) como você chegou ao CAPS?
 - b) porque trabalha no CAPS?
2. O que é para você a Reforma Psiquiátrica?
3. O que você acha da desinstitucionalização dos portadores de transtornos mentais?
4. Você considera que existem pessoas normais e anormais? Comentários.
5. Qual o sentido da normalidade para você?
6. E da anormalidade?
7. Como você percebe o portador de transtorno mental?
8. Como você entende o processo saúde-doença?

APÊNDICE III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada, “Normalidade e anormalidade na Política de Saúde Mental: um estudo de caso com os profissionais do CAPS SER IV”, através da qual pretendemos investigar as representações dos profissionais a respeito da normalidade e da anormalidade.

Assim, gostaríamos de poder contar com sua participação, permitindo a utilização de suas respostas às entrevistas com o objetivo de atingir o propósito da pesquisa. Informamos que esta pesquisa não comprometerá o desenvolvimento de seu trabalho e que você poderá desistir de participar da mesma a qualquer momento, sem que isso lhe acarrete qualquer penalidade. Será assegurado o sigilo das informações que, por ventura, venham a lhe prejudicar, o anonimato e o livre arbítrio na inclusão do estudo.

Para maiores esclarecimentos poderá entrar em contato com a responsável pela pesquisa, Maria Sônia Lima Nogueira, através dos telefones: (85) 34916213 e 99275616 ou e-mail: politicaspUBLICASUECE@hotmail.com.

Maria Sônia Lima Nogueira

Tendo sido (a) informado (a) sobre a pesquisa concordo em participar da mesma.

Nome: _____

Assinatura _____

ANEXOS

ANEXO I

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UECE

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE CORREÇÃO ORTOGRÁFICA

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](#)