Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Mércia Zeviani Brêda

**A assistência em saúde mental: os sentidos de uma
prática em construção**

Ribeirão Preto

2006

Mércia Zeviani Brêda

**A assistência em saúde mental: os sentidos de uma
prática em construção**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem Psiquiátrica, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor.

Linha de Pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Alice Ornellas Pereira

Fonte de Financiamento: Fundação de Pesquisa de Alagoas – FAPEAL e PICDT/UFAL-CAPES

Ribeirão Preto

2006

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Brêda, Mércia Zeviani.

A assistência em saúde mental: os sentidos de uma prática em construção. Ribeirão Preto, 2006.

157 f; 30 cm.

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Pereira, Maria Alice Ornellas.

1. Serviços de Saúde Mental. 2. Prestação de Cuidados de Saúde. 3. Construcionismo Social. 4. Pós-Modernidade. 5. Desinstitucionalização.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Mércia Zeviani Brêda

A assistência em saúde mental: os sentidos de uma prática em construção.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem Psiquiátrica, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor.

Área de Conhecimento: Enfermagem Psiquiátrica

Linha de Pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr.

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedico esta criação a todos os Usuários, Trabalhadores e Educadores da Saúde do Estado de Alagoas, com os quais tenho compartilhado a vida, a profissão e os muitos sonhos. Preciso confessar que a nossa convivência tem preenchido o meu coração de amor e força, me fazendo sentir filha desta terra também.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Com todo o meu bem-querer e de uma forma muito especial agradeço:

Aos Meus Pais - **Joanna e Edézio**, por me permitirem ter raízes, mas não me impedirem de voar e viver a minha própria vida...Amo vocês!

Ao **Djalma** por se dispor a construir comigo uma história de amor e cumplicidade... 'O amor é como um raio galopando em desafio'...Amo você!

À **Profa Dra. Maria Alice Ornellas Pereira** por sua amizade, experiência, conhecimento e ajuda na construção desta tese. Sou feliz por todos os momentos juntas, compartilhando idéias, sentimentos, e, principalmente: nossos sonhos. Sempre lhe guardarei no coração!

Aos Irmãos que Deus me concedeu: **Márcio, Leila, Oscar, Eliana, Nadja, Djana, Dvana, Isabel e Maria**, pela convivência amorosa e solidária. Amo vocês!

Aos Meus Amados Sobrinhos: **Patrícia, Letícia, Marcinho, Pedro, Felipe, Marquinhos, André, Wanessa, Liana, Renata, Bel, Léo e, Thales...** Vocês dão luz e graça ao meu caminho!

À **Graça, Lúcia e Walisete** pela sólida amizade... 'Amigo é coisa pra se guardar do lado esquerdo do peito...'

À querida amiga **Ângela** por sua força e revisão deste texto;

Ao 'compadre' **Alfredo** pelo carinho e disponibilidade em colaborar 'conosco';

A **Todos os Trabalhadores e Usuários do CAPS Sadí Carvalho** pela acolhida e participação na pesquisa, possibilitando realizar a minha fração deste trabalho. Serei Eternamente Grata a todos vocês!

Às amigas e companheiras de trabalho: **Célia, Lenira, Ruth, Cícera, Lysete, Terezinha, Elizabeth, Elza, Lígia, Jovânia, Monteiro, Cristina, Regina, Fátima Lúcia, Fátima Souza, Fátima Brito, Leila, Rosimar; Bárbara, Socorro, Paula, Cláudia, Vera e, ao amigo Francisco...** Por serem 'casas e braços a me agasalhar'. Um abraço sincero e forte!

Às Professoras: **Maria Cecília Moraes Scatena, Renata Curi Labate, Regina F. Furegato, Maria Cristina Silva Costa e Toyoko Saeki**, pela delicadeza e, disponibilidade... 'Não diga que eu não levo a guia de quem souber me amar'!

Aos terapeutas: **Marcondes e Suzana** pela ajuda..."Quem me levará sou eu...", mas é sempre bom ter com quem contar!

À **Universidade Federal de Alagoas – UFAL**, pela minha liberação e incentivo, apesar das dificuldades vividas pela atual política de educação.

À **Escola de Enfermagem e Farmácia** da UFAL e a todos os seus **Docentes** pelo esforço redobrado para o alcance desta conquista. Valeu demais!

À **Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da UFAL** pelo acompanhamento e apoio. Obrigado Especial para Neide!

À **Secretaria Municipal de Saúde de Maceió e Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas** por abrirem suas portas;

À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP**, pela oportunidade e delicadeza de seus funcionários;

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica e Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e de Ciências Humanas** da EERP/USP pelo acolhimento, incentivo e grandioso trabalho. Obrigado especial para Adriana Borela Brotoletti Arantes!

À **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas** e ao **CAPES** pelo financiamento da pesquisa, recurso que me permitiu exercer o direito à educação. Espero que esse direito se estenda a todo pesquisador!

RESUMO

BRÊDA, M.Z. **A assistência em saúde mental: os sentidos de uma prática em construção.** 2006. 157 f. Tese [Doutorado] - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

Esta Pesquisa tem como objetivo investigar os sentidos construídos acerca da assistência prestada e recebida em Hospital Psiquiátrico e em Centro de Atenção Psicossocial, sob a ótica de usuários e profissionais de saúde deste último. Para tanto, adota a Estratégia Qualitativa de Pesquisa, dentro das perspectivas teóricas da pós-modernidade, do social construcionismo e da desinstitucionalização. Seus resultados foram ordenados sob dois eixos temáticos e respectivas categorias que emergiram da fala dos sujeitos. Seguindo a trajetória histórica da assistência em saúde mental, o primeiro eixo temático diz respeito à assistência em Hospital Psiquiátrico e, o segundo em serviço substitutivo do tipo CAPS. Em relação ao primeiro, na ótica dos usuários, este espaço assistencial é tido como aprisionamento, onde vêem perdida a sua autonomia e obrigados a seguir normas rígidas e repetitivas; espaço pobre em relações, afeto e escuta, mas rico em produção de violência. Para estes mesmos sujeitos, o CAPS surge como uma porta que se abre às relações, aos contratos, à convivência mais estreita e respeitosa, com possibilidades que podem ser ativadas para a maior compreensão da pessoa que vivencia o sofrimento psíquico e melhoria da assistência recebida. Entre os profissionais, apesar das experiências negativas no processo de formação em Hospital Psiquiátrico, há a defesa da sua manutenção para o atendimento do usuário em crise. Por outro lado, o CAPS, para a maioria destes profissionais, é uma nova e criativa experiência, com aprendizados e faltas sentidas que se traduzem ainda num processo incipiente, porém, em construção de uma nova prática em saúde mental. Ao final, é realizada uma análise das dimensões políticas, históricas e culturais locais que condicionam os sentidos produzidos acerca da assistência em saúde no serviço substitutivo em questão e, são apontados desafios a serem superados; responsabilidades a serem compartilhadas e, caminhos possíveis e necessários para a mudança paradigmática.

Palavras – chave: Serviços de saúde mental. Prestação de cuidados de saúde. Pós-modernidade. Construcionismo social. Desinstitucionalização.

ABSTRACT

BRÊDA, M. Z. Mental Health Assistance: the senses of a practice in the process of construction. 2006. 157p. Thesis [Doctoral] - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

This research has the objective of investigating the senses constructed by users and professionals of health about the assistance given and received both in the Psychiatric Hospital and in a Center for Psycho-Social Attention (CAPS). It adopts the Qualitative Strategy of Research, under the theoretical perspectives of Postmodernity; Social-Constructionism and Des - institutionalization guidelines. Its results were organized in two themes and respective categories that emerged from the interviews. Following the historical trajectory of assistance in Mental Health, the first theme refers to the assistance in the Psychiatric Hospital and the second to the CAPS. In the perspective of the users, the Hospital is like a prison, where they lose their autonomy and follow rigid and repetitive norms; it is a space poor in relationships, affection and listening, but rich in violence. For the same subjects, the CAPS appears as a door that opens to relationships, contracts, and respectful acquaintanceship, with the possibility of better understanding of the person who suffers and improvement of the assistance. The professionals, in spite of negative experiences during their formation in the Hospital environment, defend its maintenance for the attendance of the user in crisis. On the other hand, the CAPS, for the majority of these professionals, is a new and creative experience. Although the learning and the achievements are still in an incipient process, they point to the construction of a new practice in Mental Health. The analysis of the categories covers political, historical and cultural aspects that condition the produced meanings concerning Mental Health assistance in open services. It also detects the challenges to be surpassed; responsibilities to be shared and the possible and necessary ways for a change of paradigm.

Key words: Mental health services. Health care delivery. Posmodernity. Social construcionism. Desinstitutionalization.

RESUMEN

BRÊDA, M. Z. **La asistencia en salud mental: los sentidos de una práctica en construcción.** 2006. 157h. Tesis [Doctorado] – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

Este estudio tiene como objetivo hacer una investigación acerca de los sentidos contruidos acerca de la asistencia prestada y recibida en Hospital Siquiátrico y en Centro de Atención Sicosocial, bajo el punto de vista de usuarios y profesionales de salud de este último. Por ello adopta la Estrategia Cualitativa de Estudio, dentro de las perspectivas teóricas de la posmodernidad; del construccionismo social y de la desinstitucionalización. Los resultados obtenidos fueron ordenados bajo dos ejes temáticos y respectivas categorías. Que aparecieron de la fala de los sujetos. Siguiendo la trayectoria histórica de la asistencia en salud mental, el primer eje temático se refiere a la asistencia en Hospital Siquiátrico y, el segundo del tipo CAPS. Hacia el primero, bajo el punto de vista de los usuarios, este espacio asistencial es tenido como aprisionamiento, donde se ven perdida su autonomía y obligados a seguir normas rigurosas y repetitivas; espacio pobre en relación, afecto y escucha, no obstante rico en producción de violencia. Para estos dichos sujetos, el CAPS surge como una puerta que se abre ante las relaciones, los contratos, la convivencia más estrecha y respetuosa, con posibilidades que pueden ser activadas hacia una mayor comprensión de uno que vivencia el sufrimiento síquico y mejora de la asistencia recibida. Entre los profesionales, pese las experiencias negativas en el proceso de formación en Hospital Siquiátrico, hay la defensa de su manutención para la atención del usuario en crisis. Por otro lado, el CAPS, para la mayoría de estos profesionales, es una nueva y creativa experiencia, con aprendizajes y faltas sentidas que se traducen aún en un proceso incipiente, pero, en construcción de una práctica en salud mental. Al final, es hecho un análisis de las dimensiones políticas, históricas y culturales locales que condicionan los sentidos producidos acerca de la asistencia en salud en dicho serviço substitutivo y, son designados retos que vendrán a ser superados, responsabilidades que serán compartidas y, caminos posibles y necesarios para el cambio paradigmático.

Palabras – clave: Serviços de Salud Mental. Prestación de Atención de Salud. Posmodernidad. Construccionismo Social. Desinstitucionalización.

SUMÁRIO

RESUMO

INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVO	34
3 PERSPECTIVAS TEÓRICAS	36
3.1. A Pós-Modernidade.....	37
3.2. O Construcionismo Social	40
3.3. A Desinstitucionalização e os serviços inovadores em saúde mental	44
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	56
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	71
5.1- OS RESULTADOS OBTIDOS JUNTO AOS USUÁRIOS	76
5.1.1 A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.....	81
5.1.1.1. Hospital como espaço de proteção e aprisionamento	81
5.1.1.2. Hospital como instituição normatizadora	82
5.1.1.3. Hospital como espaço de violência	83
5.1.2 A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE NO CAPS.....	88
5.1.2.1. CAPS como filtro das internações	88
5.1.2.2. CAPS como acesso aos medicamentos.....	91
5.1.2.3. CAPS como possibilidade de poder voltar para casa.....	94
5.1.2.4. CAPS: portas que se abrem.....	97
5.1.2.5. As expectativas de superação.....	101
5.2 OS RESULTADOS OBTIDOS JUNTO AOS PROFISSIONAIS	107
5.2.1 A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.....	110
5.2.1.1. O Hospital Psiquiátrico como recurso assistencial necessário	110
5.2.1.2. O Hospital como experiência negativa	114
5.2.2 A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE PRESTADA NO CAPS	121
5.2.2.1. CAPS: uma nova experiência criativa	121
5.2.2.2. CAPS: o aprendizado	125
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	128
REFERÊNCIAS.....	139
APÊNDICES	150
ANEXOS	156

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

No momento em que uma idéia é gerada o pesquisador conta com apenas duas coisas para sustentá-la: Primeiro, o amor com que ele a concebeu. Segundo, a promessa que lhe faz a nova visão, de abrir novos caminhos (ALVES, 2000, p.174).

Tendo vivido os primeiros anos do “tão festejado” e aguardado século XXI, permanecemos com a sensação de estarmos vivenciando a transição, não dos séculos, mas da própria forma de viver e encarar o mundo. Nos encontramos diante de um momento histórico que traz consigo grandes desafios e dilemas às formas de relações com todas as criaturas, em todas as suas formas de vida.

A preservação do ambiente e a promoção da saúde têm sido um destes desafios, dilemas e preocupação atual, mesmo quando relegados ao segundo plano, quando a produtividade e a necessidade do mercado as sobrepõem.

Encontramo-nos na grandiosa busca de dar sentido às nossas vidas e ao mundo que nos cerca, buscando progredir no trabalho, concretizar nossos sonhos de consumo, constituir família, mas nos embarçamos totalmente quando nos defrontamos com questões, comuns à existência das quais, todos, estamos expostos. É o caso, por exemplo, do adoecimento, bem como do envelhecimento e da morte, que nos causam a sensação de terem ocorrido num momento racionalmente inadequado, em que não contávamos com eles, colocando os sonhos e expectativa de realização sob perigosa ameaça.

E assim, toda ocorrência que coloca sob risco essa ‘segurança’ ou norma social vigente, tem tido uma forte tendência a ser excluído, evitado ou silenciado no convívio social. Desde andarilhos recolhidos em albergues, crianças abandonadas em orfanato, adolescentes transgressores em prisões e, idosos em asilos são exemplos dessa alienação. Para lidar com estes eventos, que não se correspondem a expectativas sociais de controle e de exclusão social, caminhamos, muitas vezes, em sua negação e banalização. Apesar, de nos sentir e perceber cada vez mais despreparados e inseguros para enfrentá-los, acabamos consolidando o lugar possível e não o mais adequado, para fazê-lo por nós.

De tal modo, temos justificado a institucionalização do nascimento, da doença e, até mesmo da morte. O hospital tem sido o lugar destinado a dar conta destes mesmos eventos. Ele tem sido o centro do desenvolvimento da maior parte do conhecimento e da prática em saúde nos dias atuais, com seu poder sendo, cada vez mais, consolidado pela sofisticação tecnológica das terapias modernas (SPINK, 2003; SARACENO, 1999).

No entanto, apesar do hospital nos servir para aliviar o peso de eventos que não se enquadram nesta forma 'racionalizada' de viver e ser, ainda, o epicentro das ações de alta complexidade em saúde, a incompatibilidade entre interesses da instituição hospitalar e do consumidor, deste tipo de serviço, tem sido uma constante.

Vivemos uma fase típica de mudança. Fase em que tudo o que se faz é revisitado. Fase de avaliação. Fase em que os velhos conceitos e práticas permanecem e integram o velho e conhecido cotidiano, porém já não nos satisfazem. Fase em que a busca do novo, de uma nova forma de lidar com estes eventos existenciais, a despeito da insegurança que nos gera, tem entrado em cena, exigindo mudanças.

Integrando este quadro, a transição de paradigmas da ciência moderna para uma ciência dita pós-moderna tem intensificado, ao seu turno, a reflexão crítica das formas de produzir este conhecimento.

Conhecimento que, por sua vez, pode representar – dependendo de como puder avançar no combate às injustiças e desigualdades sociais - o processo da competência humana de fazer a sua própria história, individual ou coletiva, dentro da concepção estratégica do desenvolvimento humano (DEMO, 2000).

Neste sentido, a vida em sociedade e o conhecimento, estreitamente vinculados, se deparam com novos e surpreendentes desafios a serem superados. Ainda mais agora que caiu por terra a convicção de que o mercado, por si só, regula a sociedade e distribui eqüitativamente a renda. Hoje sabemos que, se vier, não será do mercado, mas de uma cidadania competente e adequadamente instrumentada pelo conhecimento.

De acordo com seu perfil teórico e sociológico, a ciência pós-moderna interroga tanto a ciência como a vida que está sendo produzida em sociedade. Defende a democratização em todos os contextos de interação, questionando as formas de exercício do poder e ampliando a noção de direitos. Provoca a revisão das práticas instituídas, bem como dos princípios e conceitos sob os quais estas são guiadas. Valoriza temas antes considerados menores ou marginais, como é o caso da loucura. Abre-se para as diferenças e para a convivência pluralista de todas as épocas, de todas as culturas (SANTOS, 2006).

Para Santos (1989), a ciência pós-moderna, ao defender a aplicação edificante do conhecimento científico pela ampliação de espaços de comunicação e de argumentação, tem se posicionado contra 'todas as formas' institucionais que possuem mecanismos de poder capaz de produzir a violência, o silenciamento e estranhamento. Para ele,

Dentro de uma perspectiva de construção de conhecimento, o cientista deve, pois se envolver na luta pelo equilíbrio de poder nos vários contextos e, para isso, terá que tomar o partido daqueles que têm menos poder (SANTOS, 1989, p. 158).

De acordo com esta perspectiva, importantes críticas vêm sendo construídas ao que tem sido socialmente instituído no campo da saúde mental, como por exemplo: à institucionalização da vida, às teorias comportamentais e cognitivas, à formação despolitizada do profissional de saúde e, à supremacia do paradigma positivista da ciência que tem guiado os conceitos, a forma e o lugar mais adequado de lidar com a loucura (SIMON, 2003).

Para Amarante (1995), a 'centralidade e poder' que a instituição hospitalar tem exercido nos principais eventos da existência humana vêm sendo seriamente contestados no mundo. Contestados pelos custos excessivos que este tipo de atendimento, cada vez mais sofisticado, têm gerado; pela forma autoritária de funcionamento e; pela incompatibilidade entre interesses e necessidades da instituição hospitalar e do consumidor. E, até mesmo, sua eficácia científica e tecnológica, alçada ao nível supremo da razão que impõe, muitas vezes, o abandono dos ideais e fins humanos, tem sido interrogada. Principalmente, no

campo da saúde mental¹, onde a racionalidade cartesiana ao discriminar duas formas de existência dos seres humanos -: a arrazoada e a desarrazoada - tem contribuído com o desenvolvimento científico de uma tecnologia de atendimento, dos ditos 'dezarrazoados, transtornados, despossuídos', nomeada de internamento, que na verdade se constitui no isolamento e na exclusão social das pessoas sob tal estigma.

Aranha e Silva e Serpa da Fonseca (2003) destacam que essa forma racional e reducionista de conceber a existência humana e de lidar com os seus reveses, aderiu a uma representação que perseguiu o que viria a ser a prática em saúde mental até o século XX. Tratava-se, inicialmente, da função de vigilância, punição pelo uso de métodos coercitivos, por meio da força física ou de instrumentos disciplinadores, como por exemplo, a roda, banhos, acorrentamento, supressão de luz solar e isolamento. A consolidação do modo de produção capitalista, ao seu turno, criou outro tipo de interdependência, entre os donos dos meios de produção e os donos da força de trabalho. Segundo estas autoras, nesse contexto, a loucura se associou a inadaptabilidade do ser humano de incluir-se no mundo produtivo, de consumo e de acumulação, onde a loucura era confundida com ociosidade.

Em 1793, Philippe Pinel movido pelo ideal da revolução francesa, capturou a loucura para o campo médico, fundando o campo da psiquiatria. Este ato, fundante da psiquiatria moderna, proporcionou à loucura o estatuto de doença mental. Mas, se por um lado a libertou da animalidade, por outro a medicalizou e classificou. Diferenciou-a da ociosidade, mas subordinou-a totalmente ao saber e à vontade médica. O manicômio passou a ser o lugar para a loucura ser contida e lá, a

¹ Para Saraceno (1999), a **Saúde Mental** é o conjunto de ações de promoção, prevenção e tratamento referente ao melhoramento, manutenção ou, à restauração da Saúde Mental de uma população. A noção de Saúde Mental inclui a problemática da saúde e da doença, sua ecologia, a utilização e a avaliação das instituições e das pessoas que a usam, o estudo de suas necessidades e dos recursos necessários, a organização e a programação dos serviços de tratamento e de prevenção das doenças e de promoção da saúde. Diferentemente da Psiquiatria, definida tradicionalmente como um ramo da Medicina que estuda e assiste os pacientes de doença mental, a Saúde Mental, ou seja, a condição de saúde mental é entendida como algo muito mais complexo, que considera as dimensões psicológicas e sociais da saúde e os fatores psicossociais que determinam saúde e doença. Assume como noção de referência a **Saúde Mental e, a Psiquiatria** como um aspecto dela, por ser esta primeira uma noção complexa que não pode ser contida em um modelo exclusivamente biológico e médico, posto que implica no envolvimento de atores e ações múltiplas e guarda correlação com dimensões legislativas, sociais, econômicas, culturais e políticas.

medicina podia descobrir a verdade da doença, afastando tudo o que podia mascará-la, confundí-la ou dar-lhe formas bizarras. Em síntese, o século XX definiu a convenção de transtorno mental, ou seja, diferentemente dos outros excluídos, o louco era passível de tratamento porque a causa da sua doença era a “paixão pervertida”. Para esta concepção de doença de cunho médico-moral, a assistência se constituía no ‘Tratamento Moral’ que tratava a paixão pervertida do doente por meio da influência da paixão reta do médico, pelo exercício da disciplina e pelo uso do trabalho do doente como forma de adaptabilidade e de utilidade social. Um dos desdobramentos, desta concepção de doente mental, foi a busca de uma causa biológica, mas com compreensão moral ou comportamental, a qual vem ocupando o pensamento psiquiátrico, desde o século XIX até nossos dias. Nessa perspectiva, o esforço da medicina em nomear, classificar, buscar instrumentos para intervir no adoecimento psíquico é reducionista porque descreve um desenho homogêneo onde não há surpresas: as atividades desempenhadas pelos profissionais de saúde, incluem-se aqui os enfermeiros da área da saúde mental, localizam-se prevalentemente em hospitais psiquiátricos, onde a assistência é baseada no modelo manicomial, cujas ações consistem em higiene, alimentação, administração de medicamentos, vigilância e controle dos internos (ARANHA E SILVA; SERPA DA FONSECA, 2003).

Foucault (1978), em seus estudos sobre a História da Loucura, desvela o quanto estas instituições servem, tão somente, para preservar uma sociedade que se apresente capitalista, excludente e moralista. A finalidade desta assistência é a manutenção do status quo, através da adaptabilidade, da ordem e do controle social. Seu objeto de intervenção é a doença e pressupõe que a concepção do projeto terapêutico seja privativa dos profissionais, excluindo percepções, histórias, desejos, potencialidades e saberes do portador do transtorno mental, que poderiam ser sinalizadoras de um projeto singularizado e repleto de sentido na particular experiência de adoecimento.

Goffman (1987), refletindo sobre manicômios, prisões e conventos, denominadas por ele de “instituições totais” critica, de forma contundente, a perda da identidade que a pessoa sofre ao ser internada, sendo suas vestes substituídas por um uniforme determinado pelo hospital, seu nome por número de quarto, leito ou

nome de doença. Em relação ao saber e a prática, a que este projeto se liga, pode aprisionar pacientes e profissionais, numa “atadura muito especial”, na qual o ideal da instituição sempre prevalece.

Para Basaglia (1991, p. 114), a manutenção de tal ordem institucional tem gerado tristes conseqüências. Às pessoas acometidas pelo transtorno mental é imputado o fortalecimento o estigma, a alienação, a confusão mental e, a exclusão social. E, aos trabalhadores de saúde é reservada a redução e o empobrecimento do seu potencial terapêutico, restando-lhes apenas o papel de administradores da ordem social, de “controladores, de tutores internos e, de moderadores dos excessos que a doença pode ocasionar”. E, aos familiares, a não participação no processo terapêutico, causa a crescente sensação de despreparo para acolher e cuidar do seu ente que necessita de ajuda.

Neste íterim, podemos considerar que a manutenção de tal ordem, mesmo fora dos espaços citados, faz com que estes profissionais preservem este mesmo papel e a “atadura” permaneça.

Segundo Rottelli (1995, p. 151), na Itália, os médicos que atendiam nestas instituições hospitalares psiquiátricas eram chamados de:

Inocentes úteis - pessoas que não conseguem saber o que fazem, a quem servem, acreditam que fazem boas coisas, embora nunca saibam que são pagas exatamente para fazer aquilo que fazem.

Neste caso, podemos inferir que a manutenção desta mesma ordem é capaz de prevalecer sobre as concepções e formas de lidar com a loucura, envolvendo e gerando tristes conseqüências tanto à pessoa doente, como aos trabalhadores destas mesmas instituições.

No entanto, são muitos os fatores contribuidores da manutenção desta rede institucional. O imaginário social, focado na doença de um corpo doente a ser reparado, é um deles, podendo ser reforçado pelo profissional que atende e, endossado pela família e sua rede social, evidenciando assim, o imaginário social que se mostra,

Repleto de representações que consideram a loucura de cunho orgânico, isto é, ela estaria dentro da pessoa e desconsidera as

condições circunstanciais. Conseqüentemente, essas representações acabam por influenciar as trajetórias de vida que determinam destinos (PEREIRA, 1997, p. 9).

Nas últimas décadas, esta representação da sociedade sobre a loucura, somada ao modelo global de prestação em saúde, já há muito tempo centrado na doença, tem fortalecido o modelo de assistência em saúde hospitalocêntrico que, em última instância, dificulta a mudança de atenção em saúde mental baseada em outras formas de atendimento e na inclusão social da pessoa doente.

Por conseguinte, a assistência em saúde mental, longe de ser uma questão emergente ou categoria natural, tem se tornado um problema social, produto da história e da cultura relacionada a estas representações.

No Brasil e no mundo, no campo do saber e da prática em saúde mental, vivemos a constatação da crise e da falência do modelo manicomial e da sua incapacidade em dar respostas positivas ao enfrentamento dos problemas psíquicos. Tal crise foi ainda mais agravada após o ano de 1964, quando o governo passou a contratar incisivamente os hospitais psiquiátricos particulares para atender aos hospitais públicos, pagando pouco pela internação e piorando ainda mais as condições de hospedagem e de atendimento aos doentes mentais, transformando estes hospitais em verdadeiros depósitos de gente (BASTOS, 1997).

A partir do ano de 1980, sinais mais intensos da necessidade de mudança começaram a surgir no cenário brasileiro. Houve uma intensificação dos processos de denúncias destas condições, notícias veiculadas pela imprensa fizeram com que a população tomasse ciência da triste situação e percebesse esta necessidade de modificar os tratamentos psiquiátricos. Concomitantemente, forma e sentido foram se dando ao “movimento da luta antimanicomial” - uma articulação da sociedade civil composta, sobretudo por técnicos da área de saúde mental, usuários do serviço e familiares que, reivindicando o fim dos manicômios, propôs e apoiou iniciativas de tratamentos alternativos, fiscalizando os hospitais existentes. Um dos principais frutos deste movimento é que ele deu voz aos usuários (AMARANTE, 1995).

Foi o que ocorreu, por exemplo, na cidade de Santos em 1994, onde usuários e familiares redigiram a “Carta de Direitos dos Usuários” que traz reivindicações por

melhores condições de vida e tratamento fora dos hospícios. Desde então, e sob forte influência da política pública de saúde mental italiana, uma clara oposição à hospitalização psiquiátrica e ao modelo biomédico de assistência vem se manifestando no cenário brasileiro, dando forma e se constituindo no “Movimento da Reforma Psiquiátrica²” (BERLINGÜER; TEIXEIRA; CAMPOS, 1988).

Como resultado positivo deste movimento, contamos hoje com uma política de saúde mental para o Brasil, que prevê: **1)** A redução progressiva de leitos hospitalares psiquiátricos e sua substituição por serviços extra – hospitalares; **2)** A criação e expansão dos Centros de Atenção Psicossocial; **3)** A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica; **4)** A implantação do Programa De Volta Para Casa; **5)** A expansão das residências terapêuticas; **6)** A formação e qualificação de recursos humanos; **7)** A promoção de direitos de usuários e familiares, com incentivo à participação no cuidado prestado; **8)** A reorientação dos manicômios judiciais e; **9)** A qualificação do atendimento hospitalar e ambulatorial existente (BRASIL, 2001a, 2001b, 2002).

Estes argumentos e iniciativas, apesar da resistência por parte dos defensores das práticas psiquiátricas conservadoras e dos paradoxos que as acompanham, estão sendo aceitos para a concepção e operacionalização de um novo modelo de atenção em saúde mental, que muda o discurso e influencia seus rumos em todos os cantos do Brasil e no mundo.

Neste sentido, Saraceno (2001a, p.13), partindo da relevância da saúde mental mundial, propõe não um programa de atenção, mas uma “estratégia global para o novo milênio”, com ideologia clara de inclusão social e de desinstitucionalização da assistência em saúde mental, denominada: “Reabilitação Psicossocial”³. Essa estratégia, mais do que o desenvolvimento de técnicas específicas para comunidades específicas, defende “uma exigência ética” para abordagem do problema da saúde mental no mundo. Abordagem cujo principal

²Movimento que surge no Brasil mais concretamente a partir da conjuntura de democratização. Tem como fundamentos a crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental e, principalmente, uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas.

³ Para a Organização Mundial de Saúde **Reabilitação Psicossocial** seria o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronicidade das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (WHO apud PITTA, 2001, p. 21).

sentido caminha para a construção da cidadania, da contratualidade, em vários cenários: em casa, no trabalho e na rede social.

Para Delgado (2002), seja qual for o campo da saúde, a assistência necessária é a que cria formas de incluir as pessoas e que as transformam em cidadãos emancipados. A Organização Mundial de Saúde (2001) reforça esta idéia quando cria o slogan: “cuidar sim, excluir não”, sinalizando para a relevância do problema e para a necessidade de transformar velhos conceitos e descobrir novas formas de lidar com as questões presentes.

Nessa linha de raciocínio, assumimos o ponto de vista de que a busca da construção de uma cidadania emancipatória⁴ deve influenciar e direcionar a política geral, a política dos serviços de saúde mental e os programas sobre os quais tais políticas se aplicam, invadindo todos estes cenários descritos por Saraceno (1999): a casa, o trabalho e a rede social. Superando, definitivamente, a tutela e o assistencialismo do estado sob seus concidadãos.

Tratar-se-ia, então, de democratizar as relações em todos os âmbitos da vida, privada ou pública e transformar o cuidado nesta ação política - emancipatória. A “democratização das nossas relações” torna-se, assim, o principal pré-requisito para que a desinstitucionalização da assistência em saúde mental se efetive. Desta forma e, no sentido da mudança, novas concepções de saúde/doença/cuidado devem ser delineados, sob as bases e princípios teóricos da desinstitucionalização como possibilidade de se configurarem em um novo paradigma que guiará a prática em saúde mental: “o paradigma antimanicomial” (AMARANTE, 1995).

Um novo contexto se impõe, no qual a saúde passa a ser entendida como

⁴ Demo (2000), classifica três tipos de cidadania: **1. A cidadania tutelada** que usa o clientelismo para acobertar a questão social e implantar a dependência crônica com a doação assistencialista, cultivando a ignorância; **2. A cidadania assistida** que mesmo ligada à noção de direito, tende a realçar em excesso a perspectiva do beneficiário passivo e obediente tornando-se assistencialista à medida que a subalternidade ignorante do excluído se fortaleça e; **3. A cidadania emancipatória**, que pede sujeito com história própria. Nela a assistência deve ser tida como resultado e não como base da cidadania, dispensa a assistência que reproduz a dependência. A cidadania para ser emancipatória deve ser buscada em todas as formas de política, inclusive nas não estatais, como: acesso à educação básica de qualidade que inclua manejo crítico do conhecimento, capacidade de organização política da sociedade, exercício democrático, e assim por diante, oportunizando o indivíduo a capacidade de organizar seu próprio destino e de gerar as próprias oportunidades com autonomia mínima.

objeto de interesse da sociedade. Em outras palavras, a saúde torna-se o conjunto de ações e movimentos que a sociedade promove para se manter saudável, retirando-a conceitualmente da tutela médica, para ampliar suas fronteiras. Ou seja, serão objetos de reflexão teórica – prática: **1.** as condições de vida que interferem nas condições de saúde; **2.** as políticas públicas e sociais do setor e intersetoriais; **3.** os vários sistemas terapêuticos, incluindo a atenção em todos os níveis; e por fim, **4.** os significados, valores e crenças que dão suporte aos limites da tolerância e vulnerabilidade da sociedade, frente ao que afeta individual e coletivamente sua saúde (MINAYO, 1998).

Berlingüer (1988), em seu livro intitulado “A Doença”, no capítulo que aborda a doença como sofrimento, pondera que, de fato, a saúde é um bem coletivo que diz respeito a toda a sociedade, mas isto não anula as características individuais das doenças. Pelo contrário, a dimensão social dos fenômenos de saúde é a síntese das necessidades, das exigências, das condições particulares de cada homem ou mulher.

Para Rotelli (2001b, p. 89),

A separação de um objeto fictício – a doença - da existência global complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade, levou que se constituíssem conjuntos institucionais todos referidos à doença”, caso claro dos hospitais psiquiátricos ou não. No contexto de uma “instituição inventada

Ele defende que se desmonte este conjunto, negando estas instituições, para que possa ser retomado o contato com a existência enquanto “existência – sofrimento” das pessoas em sua relação com este corpo social, numa verdadeira “reconstrução da complexidade do objeto que estas instituições simplificaram”. Assim, prioriza o doente e não mais a doença. Este novo sentido tem como princípio colocar entre parênteses não o doente, mas a própria doença, gerando maiores possibilidades de cada indivíduo manifestar sua dor, com a liberdade de demonstrar seus sentimentos e desejos nessa experiência-sofrimento em relação ao corpo social.

Neste sentido, não estaríamos mais lidando com o conceito de doença ou doença mental como entidade abstrata, que se apossa de sujeitos-objetos, mas sim

com sujeitos concretos que vivenciam experiências singulares de sofrimento. Estaríamos, então, assumindo o desafio de desinstitucionalizar o conjunto de aparatos construídos em torno do objeto doença, substituindo o processo de cura pelos de invenção da saúde, produção da vida e de reprodução social dos sujeitos, adotando o território, como espaço social privilegiado de atenção.

Ao assumir tal desafio, os serviços de saúde devem integrar a rede social das comunidades em que se inserem. Devem assumir a responsabilidade pela atenção à saúde nesse espaço, incorporando na sua prática o saber, a experiência e a cultura das pessoas que o constituem. A atitude terapêutica deve se basear não na tutela, mas no contrato, no cuidado e no acolhimento da pessoa concreta que, em seu sofrimento, necessita ser cuidada, mas sem que para isso seja destituída de sua autonomia.

Seguindo este raciocínio de Rotelli (2001b, p.94), de colocação da doença e sua cura entre parênteses e da priorização da pessoa em sua experiência de dor, descarta-se a solução 'cura'. Reforça-se o valor do cuidado, cuidado que para ele significa "ocupar-se aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que, ao mesmo tempo, transforme sua vida concreta e cotidiana que alimenta este sofrimento".

Esta mudança de foco fica clara na conceituação de reabilitação psicossocial realizada por Pitta (2001, p. 21), que a tem como,

Uma atitude estratégica; uma vontade política; uma modalidade compreensiva, ampla, complexa e delicada de cuidados para as pessoas vulneráveis à forma de sociabilidade habitual que necessitam cuidados igualmente complexos e delicados.

Desta forma, o cuidado seria tomado como cerne, como núcleo da estratégia de reabilitação psicossocial. E a busca em saúde acabaria por se configurar na luta individual e coletiva pelo pleno exercício da cidadania que, em última instância, se revelaria em melhor qualidade de vida nos espaços particulares e sociais de relações.

Para os espaços das relações de assistência em saúde, Campos (1992), da mesma forma que Rotelli (1995) e Pitta (2001), sugere que alguns elementos

deveriam sobredeterminar toda a atitude de cuidado, dentre eles: a escuta, o vínculo e a acolhida. Destaca a necessidade dos serviços de assistência em se responsabilizarem pela promoção do cuidado, devendo, para tanto, modificar as relações de poder entre instituição e usuários e se empenharem em melhorar a vida das pessoas.

Para Merhy (1998), o não uso de tais elementos desemboca para uma forma de produzir atos de saúde a que denomina: “médico – centrada”. Forma que, ao seu turno, acaba subordinando a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar, fazendo com que a ação dos outros profissionais (não médicos) fique subjugada a esta lógica e tenha seu núcleo cuidador empobrecido. Para o autor, não há produção de espaços de trocas de falas e escutas, de cumplicidade e responsabilizações, de vínculos e aceitações, se a produção de atos em saúde não for “usuário – centrada”.

O que reforça a idéia de Rotelli (1995) de que, na atenção em saúde mental, devemos nos ocupar, antes de tudo, das pessoas e não da doença. E, muito menos, na produção e manutenção de uma funcionalidade institucional que não priorize as pessoas, principalmente os seus usuários.

Neste mesmo sentido, Waldow (1999, p.81) afirma que as relações tornam-se relações de cuidado, em contextos onde: “as pessoas cuidam uma das outras, o poder é compartilhado e todos se interessam em que a outra pessoa cresça”.

Ayres (2001), ao defender a pluralidade de saberes e o não tecnicismo, evidencia que é preciso enriquecer a concepção de intervenção no campo da saúde.

Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo. Então é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão no ato assistencial, mediato ou imediato. A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde (AYRES, 2001, p. 73).

A assistência, aberta a estas perspectivas, se traduz no compartilhamento de

horizontes na construção da saúde, de projetos de vida, de felicidade, de validação de sujeitos e, ampliação de direitos. Podendo, desta forma, ser denominada de cuidado.

No entanto, não há dúvidas sobre a inquietação instalada a este respeito, que a depender do analista, pode tomar sentidos diferentes para os quais se propõem respostas distintas ou convergentes.

Para Campos (2005), a necessidade de consideração das heterogeneidades, das diferenças, das desigualdades gritantes, da centralidade da vida humana, da defesa da vida, da democratização das relações entre as pessoas e, do desenvolvimento integral dos seres humanos impõe que se reoriente toda e qualquer política, projeto ou ato de saúde.

Tais considerações nos inquietam e, nos remetem, ao seu turno, a certas indagações: Nos espaços de assistência em saúde mental têm sido levados em conta tais princípios? Como têm sido os encontro de sujeitos no e pelo ato de cuidar? Têm sido criados contextos de cuidado? Têm se ampliado o olhar, a escuta, o acolhimento, a responsabilidade e o vínculo?

Quando o processo de superação, de invenção e construção de uma nova assistência em saúde mental aponta para a menor rigidez dos papéis e das especificidades profissionais, com uma maior flexibilidade para atender ao objetivo principal da assistência que é o bem estar do usuário, favorece a participação do usuário e familiar no planejamento do projeto de intervenção. Ampliando assim, a sua capacidade de entender e apropriar-se do controle do processo saúde-doença, agenciando soluções nos campos afetivo, material e social e o desenvolvimento de uma nova forma de agir que, em sua essência, se mostre diferente da assistência tradicional e institucionalizada.

Para Rotelli (2001b, p. 97), uma “instituição inventada sobre o objeto existência que sofre do corpo em relação ao corpo social”,

É feita de serviços que, rompida a separação do modelo médico e percebendo no modelo psicológico os idênticos vícios do biológico entram com toda a força no território das engenharias sociais como motores de sociabilidade e produtores de sentido e estão em todas

as dimensões interferindo com a vida cotidiana, as cotidianas opressões, momentos da reprodução social possível, produtores de riquezas, de trocas plurais e por isso terapêutico.

Para que estes serviços se tornem espaços terapêuticos, segundo a visão deste autor, é preciso demolir a inércia, a compartimentalização, os controles burocráticos e valorizar a responsabilidade em todos os níveis, a livre iniciativa, a produtividade, a singularização e a profissionalidade.

Na visão expressa por Pereira (2003, p. 86), espera-se que nos serviços abertos ou substitutivos se procure oferecer, juntamente com a medicação,

Subsídios que permitam uma auto-organização dos diversos aspectos da história de vida dos sujeitos, tornando possível que este evolua para quadros de estabilidade em que se estabeleçam novos padrões de organização que facilitem sua inserção social e desenvolvimento de potencialidades encobertas pela experiência de convívio com o sofrer psíquico.

Ao revisarmos os trabalhos científicos que subsidiam uma nova forma de agir em saúde mental, podemos observar que muitos desses elementos, que integram esta nova forma de agir em saúde, estão presentes no cotidiano de algumas instituições abertas.

Conforme relataram Aranha e Silva e Serpa Da Fonseca (2003), no CAPS Professor Luis da Rocha Cerqueira, da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo tem ocorrido uma construção compartilhada do projeto terapêutico, deslocando o usuário e familiar da posição de submissão para a posição de protagonista do seu cuidado.

No cotidiano de outras instituições ficam evidentes os reflexos que a transição para um novo paradigma traz.

Filizolla (1999, p. 204), ao estudar o processo de trabalho em saúde em um Núcleo de Assistência Psicossocial - NAPS de Santos buscou identificar o prazer ou o sofrimento gerado pelo mesmo, observou que a organização do trabalho estava centrada nas especificidades das várias categorias que compunham sua equipe, apesar de haver sempre um profissional que era referência para o usuário com definição precisa de responsabilidade. Identificou, também, que os profissionais de

nível superior optaram livremente por este trabalho, tido como parte dos seus respectivos projetos de vida. Por outro lado, para os auxiliares que não optaram pelo trabalho em saúde mental, o mesmo se constituía mais em necessidade de sobrevivência do que a concretização de sonhos ou de projetos de vida. A autora afirma que os auxiliares “não conseguem dar sentido ao mesmo, seu trabalho é fazer curativo, dar medicação, ou seja, utilizar instrumentos puramente técnicos, o que é pouco freqüente no NAPS”.

Koda (2002), ao investigar os sentidos produzidos por usuários e profissionais de um Núcleo de Assistência Psicossocial - NAPS da cidade de Santos, no que diz respeito à compreensão do projeto antimanicomial, encontrou a efetivação de transformações coerentes com este projeto, no que dizia respeito à relação entre usuários e profissionais e ao conceito de doença mental. Por outro lado, evidenciou conflitos e ambigüidades na construção discursiva sobre o tratamento realizado e ausência de investimentos, impedindo que este mesmo projeto se concretizasse.

Mostazo e Kirschbaum (2003) identificaram representações dos usuários sobre o cuidado prestado em um Centro de Atenção Psicossocial, desde a representação correspondente ao que ocorria no tratamento realizado no modelo manicomial, até versões de cuidado e de autocuidado mais condizentes com a estratégia de reabilitação psicossocial. As representações de tratamento psiquiátrico estavam fortemente ligadas ao médico como precursor deste tratamento e a ele era dada a responsabilidade de medicar. A equipe de enfermagem era representada pela função de cuidador e ao psicólogo era destinado o papel de ouvir e conversar.

Cavalcante, Amorim e Jesus (2002), ao analisarem a reabilitação psicossocial do ponto de vista da equipe que atua na Saúde Mental dos CAPS de Fortaleza – CE, revelaram que os médicos possuíam conceitos de assistência de tradição hipocrática, davam pouco destaque à subjetividade do usuário, referindo realizar reabilitação através da consulta e da prescrição de psicofármacos. Mas, também encontraram outros tantos profissionais que almejam mudanças do atual modelo de atenção à saúde mental. As mudanças almejadas vão ao encontro dos objetivos mais atuais de reabilitação psicossocial.

Os estudos que analisam os rumos que a assistência em saúde mental vem

tomando nos serviços substitutivos, no sentido da concretização da reabilitação psicossocial, revelam um crescente entendimento dos profissionais acerca da sua concepção. Estes profissionais, através das somas de suas funções, da expectativa por mudanças, têm conseguido avançar na prestação do cuidado aos usuários destes serviços.

Contudo, tem sido fato comum nos depararmos com estagnações e avanços na assistência dita aberta ou substitutiva.

Figueiredo e Rodrigues (2004), ao investigarem as concepções e práticas descritas pelos psicólogos atuantes nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado do Espírito Santo, fundamentados na perspectiva da desinstitucionalização, revelaram que o próprio conceito de desinstitucionalização aparece mais como um elemento de discussão teórica do que como um orientador das práticas nos CAPS. De modo geral, predominava os atendimentos clínicos, havendo poucas atividades desenvolvidas pelos psicólogos que tinham como objetivo a reinserção social dos usuários dos CAPS e intervenções no campo social.

Pereira (2003), analisando a reabilitação psicossocial no atendimento em saúde mental em Ribeirão Preto (SP), sintetizou as representações sociais dos profissionais sobre reabilitação como “um processo complexo de desenvolvimento da autonomia dos portadores de transtorno mental, possibilitando sua inserção social e o abandono de uma visão unilateral dos sintomas”. Para ela, os resultados deste trabalho sugerem que,

O processo de transformação social está em curso, produzindo resultados nos serviços onde está sendo implantado. Mesmo que ocorram dificuldades em sua implantação, nota-se que muitos profissionais ouvidos têm desenvolvido a consciência do enfoque adotado por esta estratégia. Entendem que os determinantes da saúde e vulnerabilidade são sistêmicos e que sistêmica deve ser a sua atuação/cuidado aos usuários, gerando novas alternativas de reabilitação psicossocial (PEREIRA, 2003, p. 88).

Estudos desenvolvidos no Estado de Alagoas possibilitam nos aproximar mais da problemática regional neste movimento de mudança.

Um dos estudos pioneiros foi realizado por Pereira et al (1999) que, ao analisarem a assistência psiquiátrica em hospital psiquiátrico - HP e em Centro de

Atenção Psicossocial – CAPS em Maceió/AL, sob a ótica de usuários, encontraram convergências no discurso sobre a experiência da internação e divergências sobre a assistência prestada no CAPS. Neste estudo, realizado em 1997, ainda no início da implantação de serviço substitutivo no Estado de Alagoas, as autoras se depararam com o longo caminho a ser trilhado para a melhoria da assistência psiquiátrica local. Os pontos de vista sobre o CAPS, mesmo funcionando dentro de um hospital psiquiátrico, já revelavam o antagonismo entre CAPS e HP: O primeiro era tido como confinamento, o segundo como liberdade, a desesperança anterior já dava lugar à esperança.

Costa e Silva Costa (2003), em seu estudo sobre a existência de ações na atenção local à saúde mental nos anos de 1997 e 2001, em diferentes municípios do Estado, se depararam com vários obstáculos à viabilização da reorientação do modelo de assistência em saúde mental. Para tanto, as autoras sugeriram às gestões públicas – estaduais e municipais: uma maior concentração de esforços voltados aos serviços substitutivos e o preparo dos profissionais de saúde da rede pública voltado para lidar com o sofrimento psíquico. E, dentre outras coisas, destacaram, ainda, a necessidade em se realizar pesquisas ou análises das pequenas situações do dia – a - dia da assistência agora prestada.

Tais necessidades também foram expressas e socialmente assumidas na V Conferência Estadual de Saúde, principalmente no sentido de avaliar junto aos usuários dos CAPS a satisfação quanto à assistência em saúde recebida (CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2003).

Brêda (2000), em um estudo sobre o cuidado aos portadores de transtornos psíquicos na rede básica de saúde de Maceió-Alagoas, numa Unidade de Saúde da Família, identificou que o encaminhamento aos serviços substitutivos, raramente se concretizava, acabava sendo mais fácil internar nos hospitais psiquiátricos locais. Para as “raras” pessoas que eram acompanhadas nos serviços substitutivos, o acesso à medicação necessária era sempre problemático, só existindo nos centros de referência que, por sua vez, eram distantes do bairro, em pequeno número e com pouca capacidade de cobertura. O relacionamento entre a equipe e usuário se caracterizava em ações individuais, se dando, na maioria das vezes, no espaço interno da unidade de saúde. As formas de abordagem baseadas na escuta, no

acolhimento e no vínculo, apesar de poderem ser acessadas em todo e qualquer tipo de assistência à saúde, eram raramente utilizadas. Neste sentido, a Estratégia de Saúde da Família – ESF, apesar de se constituir numa nova proposta de atenção em saúde, não estava sendo capaz de superar, pelo menos neste caso específico, a lógica “médico-centrada⁵”, contribuindo para a perpetuação do “paradigma biomédico de assistência⁶”.

Este estudo mostrou que é preciso integrar a Estratégia de Saúde da Família à proposta da Reforma Psiquiátrica, como a necessidade de uma maior resolutividade da assistência prestada de modo que, a melhor utilização dos recursos assistenciais disponíveis no nível das unidades básicas de saúde pode vir a reduzir a demanda por atendimento especializado, reservando os recursos públicos como garantia dos procedimentos realmente necessários.

De tal modo, o cuidado com resolutividade, neste nível de assistência, como em qualquer âmbito de assistência, está diretamente ligado ao recurso instrumental disponível, ao conhecimento técnico dos profissionais e à atitude terapêutica baseada nesta escuta, acolhimento, estabelecimento de vínculo com o usuário, responsabilização, respeito, tolerância e aceitação das diferenças, solidariedade e, na possibilidade de contrato e reciprocidade.

Nessa perspectiva, vemos que não basta desospitalizar, descentralizar serviços, ampliar o atendimento ambulatorial e a rede de serviços extra-hospitalares, ou diminuir o tempo médio de internação, se não for superada a prática em saúde fortemente ancorada ao paradigma biomédico de assistência que em saúde mental se traduz no paradigma manicomial.

A esse respeito, Campos (1992a) defende a efetivação de uma rede substitutiva de atenção, com descentralização de recursos e poder das instituições

⁵ Merhy (1998) denomina **lógica ‘médico – centrada’** toda forma de agir em saúde, voltada para a produção de procedimentos e, que consome intensamente tecnologia dura, dentre elas o medicamento. Segundo ele, esta lógica desvaloriza a dimensão cuidadora da prática em saúde; gera o distanciamento para com os interesses dos usuários e a ausência ou deficiência de produção de espaços de troca, de escuta, de acolhimento, de cumplicidades, responsabilizações, vínculos e aceitação.

⁶ Segundo Saraceno (1994), o **paradigma biomédico de assistência** se baseia na concepção biológica da causalidade das doenças, na medicalização dos sintomas e na centralidade dos hospitais como local privilegiado de assistência.

até a comunidade, com vistas à construção de poder e consciência popular, à ruptura com a centralidade hospitalar e, à busca da integralidade da assistência.

Para Franco e Magalhães Júnior (2003), a assistência que visa produzir cuidado, deve se dar de forma sistêmica e integrada em todos os níveis de organização dos serviços de saúde, com fluxo claro e sem estrangulamento da assistência e, com recursos e atores integrados.

Para que os princípios, propostas e metas, que se constituem na bandeira de luta da atual política de saúde mental, sejam concretizadas, pensamos que a implantação progressiva dos serviços substitutivos deve contar, de antemão, com o desafio de dar uma resposta positiva às questões inerentes à consideração da subjetividade dos sujeitos. Deve, de fato, dar voz a esses sujeitos, favorecer a livre expressão da dor, superar conceitos antigos, capacitar profissionais, inserir usuários, famílias, vizinhos, dentre outros, como unidade de tratamento sensibilizando e envolvendo todos que puderem contribuir para a resolução desta questão.

Para tanto, Campos (1992b, p. 17) refere que não basta criticarmos e negarmos o manicômio, a medicalização e, a psiquiatria tradicional: “é preciso superar a negação das práticas em saúde tradicionais [...] e construir novas propostas de atenção”.

Para Saraceno (1994, p. 108), implica em produzir:

Cambios importantes: en la formulación de las políticas de salud mental; en la formulación y en el financiamiento de programas de salud mental; en la práctica cotidiana dos servicios; en el status social de los médicos [...].

Segundo este mesmo autor, é preciso, antes de tudo, o reconhecimento do direito do consumidor e da sua família, da importância da comunidade, não só como usuária, mas também como geradora de recursos. E, o reconhecimento da necessidade de adequação dos recursos técnicos e humanos dos serviços de saúde e da importância das atividades intersetoriais.

Todos estes fatos e argumentos ao nos inquietarem, foram, gradativamente, dando corpo às nossas pretensões investigativas. Dentro da realidade atual, quais

os caminhos que vêm sendo traçados em busca destas mudanças? As ações em saúde mental têm ocorrido de forma sistêmica, global e coerente com as propostas da Reforma Psiquiátrica?

A nossa experiência de trabalho em enfermagem em diferentes contextos de atenção em saúde, em diferentes instâncias e níveis de complexidade de atendimento à saúde e no ensino em enfermagem na área de saúde coletiva. E, mais atualmente em saúde mental, nos faz crer que o movimento de transformação da assistência em saúde mental que estamos vivenciando, tem se revelado numa oportunidade ímpar de rever e de transformar as ações em saúde em todas as esferas do cuidado; de efetuar rupturas com as práticas custodiais e burocráticas e; de reorientar as nossas atividades para a reinserção social e o resgate da cidadania da pessoa que vivencia o transtorno mental.

Para tanto, Guatarri (1992) argumenta que seria preciso redefinir o papel dos profissionais de saúde nestes novos contextos, mobilizar novos recursos, abrindo perspectivas para que todos atores envolvidos na assistência em saúde mental possam diferenciar-se, inventar para si um modo mais autêntico de ser e de se relacionar com a pessoa que sofre. Implicaria em liberar a criatividade em todas as direções, a fim de incluir nas ações de saúde toda a multiplicidade e a heterogeneidade de opções que a própria subjetividade comporta.

Isso tendo sido posto, vemos que este processo de mudança de assistência em saúde mental, ainda recente no país, traz a complexidade de fatores inerentes a aspectos históricos, sociais, econômicos e, culturais, envolvendo usuários, familiares, profissionais e, comunidade. Mobilizando-os a deixar o já valorizado, legitimado, instituído, porém fragmentado e, a abrirem-se para o novo.

Este “abrir-se para o novo”, este “arriscar-se” e, a “inquietação” gerada pelo movimento de reforma em saúde no Brasil estaria sendo sentida pelos profissionais de saúde que atuam nos serviços? Estaria sendo sentida pelos usuários? Existe a expectativa do usuário e profissionais por um novo agir em saúde mental, diferente do tutelar? Como usuários e profissionais percebem a assistência prestada nestes novos serviços e a realizada em instituição psiquiátrica? Tem havido mudança na forma de perceber e descrever esta assistência?

Novas formas de relacionamento entre serviços de atenção em saúde mental, profissionais de saúde e usuários só poderão ser desenvolvidas quando a voz dos que vivenciam e utilizam estes serviços for ouvida e considerada. Por isso, a escuta da fala destas pessoas, para a busca dos sentidos produzidos acerca da assistência em saúde prestada em hospital psiquiátrico e em serviços, que se pretendem substitutivos, pode inserir novos elementos para reflexão e análise do processo atual de ressignificação da prática em saúde mental.

A prerrogativa deste foco, por si só, já esboça um novo sentido de cuidar, cuidar-se e de ser cuidado em saúde mental.

Para que o cuidado - ideal desejado dentro de parâmetros mais democráticos e humanos de atenção em saúde, se constitua numa via de mão dupla, onde cuidador e o ser a ser cuidado possam se beneficiar ou sofrer os prejuízos desta relação, não podemos deixar de considerar que para os profissionais,

Lidar com questões abstratas, ter continência, estabelecer vínculos e ter como instrumento maior de trabalho sua própria pessoa, pode ser vivido com dificuldade, pois se o objeto de cuidado é o ser humano, a prática desse cuidado está ligada às reflexões e revisões da vida de quem presta a assistência, o que solicita do profissional, a percepção de seus próprios sentimentos, e a ampliação contínua das possibilidades de lidar com eles (PEREIRA, 2003, p.86).

Para tanto, é preciso que estejamos abertos e consideremos ambas às perspectivas. Daí, nos propomos, nesta pesquisa, a ouvir usuários e profissionais, atentando para as questões subjetivas que, rondam a relação interpessoal e acabam por desembocar nas relações de assistência.

Segundo Cavalcanti (1997, p. 151), “não há como falarmos em tratamento psiquiátrico sem falarmos em encontro, em indivíduos que se encontram”. E, este encontro, para ser terapêutico, traz à tona e considera antes de tudo as necessidades do usuário e os recursos que o profissional dispõe para este encontro. Que ao seu turno, poderá redundar na troca seja ela: afetiva, material ou, simbólica. (como por exemplo, a linguagem).

Ao aspirarmos que este encontro seja capaz de gerar atos de cuidado, processados dentro de um contexto histórico de transição entre um modelo hospital

– centrado para outro modelo território - centrado⁷, conhecer os sentidos produzidos acerca de ambos poderá favorecer a análise do que está a se produzir em saúde mental e reconhecer se existe coerência entre esse produto e o paradigma antimanicomial.

Para Spink (2001, p.2), estes sentidos podem ser “uma janela aberta para a compreensão das mudanças da sociedade, de seus momentos de ruptura, de continuidades, bem como da apreensão da direção dessas mudanças.”

Partindo do pressuposto de que os sentidos produzidos por profissionais de saúde e usuários acerca da assistência em saúde, se transformam em atitude concreta no cotidiano da vida dessas pessoas. Tanto da atitude de quem recebe e o que espera receber, bem como, de quem presta a assistência e o que acredita ser papel. Podemos, também, afirmar que ao apreendê-lo e analisá-lo, estaríamos contribuindo com a possibilidade concreta da compreensão da visão dos atores a respeito da prática desenvolvida e da correlação desta mesma prática com o novo paradigma de assistência em saúde mental brasileiro.

Considerando a importância da necessidade em buscar os sentidos que guiam as ações em saúde mental, no âmbito da rede pública de atenção em saúde mental de Maceió-Alagoas, a pergunta norteadora desta investigação é: ***Quais os sentidos produzidos por usuários e profissionais de saúde de um Centro de Atenção Psicossocial em Maceió/AL, acerca da assistência em saúde mental em Hospital Psiquiátrico e em serviço substitutivo?***

⁷ Para Rotelli (1995) o **Território** é elemento fundamental na construção de um novo cenário estratégico em saúde mental. Ele não se traduz somente na delimitação de um espaço social urbano para organização da assistência em saúde. No território existem forças vivas e não forças mortas. No território existem jovens, existem professores, existem os homens da cultura, existem as pessoas que, buscam ajuda, as que buscam trabalhar sobre inovações sociais e, é com essas pessoas que devemos cada vez mais trabalhar, se não queremos retornar ao gueto da psiquiatria.

OBJETIVO

2 OBJETIVO

Tendo em vista a mudança de paradigma vivenciada no âmbito da saúde mental brasileira e a necessidade de se avaliar o que está se produzindo a partir da implantação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, esta pesquisa tem como objetivo:

Investigar os sentidos produzidos por usuários de um serviço público - substitutivo de saúde mental em Maceió – Alagoas, egressos de internações psiquiátricas anteriores e de profissionais de saúde do mesmo serviço, acerca da assistência em saúde prestada e recebida nos espaços ditos fechado ou hospitalares ou ainda, no aberto ou de atenção psicossocial. Nosso foco de interesse recai sobre as acepções, as opiniões, os resultados obtidos e, os anseios envolvidos nesta relação.

PERSPECTIVAS TEÓRICAS

3 PERSPECTIVAS TEÓRICAS

3.1 A Pós-Modernidade

A compreensão dos sentidos produzidos acerca da assistência em saúde sob a ótica deste novo paradigma, realizada em novos espaços de relações assistenciais, que não o hospital psiquiátrico, demanda a interlocução com perspectivas teóricas que vão além do campo da saúde mental.

Para tanto, não há como nos furtar de considerar o momento no qual vivemos hoje, momento de transição, de rupturas em todas as esferas sociais, de mudanças de paradigmas onde, críticas e interrogações ao movimento histórico-cultural da modernidade, que o antecede, e sua possível superação têm sido suscitadas.

Segundo Gatti (2005), a modernidade veio no bojo de uma cultura na qual se quebram os vínculos metafísicos que explicavam o homem e o mundo, tornando-se a razão a fonte da produção dos saberes, da ciência, ancorada em critérios de objetividade, distanciando-se dos objetos ou dos poderes transcendentais, religiosos ou metafísicos. Também, o sujeito passa a ser considerado como um sujeito empírico, ou melhor: objeto entre outros objetos do mundo real. A consideração da subjetividade traz a liberação para que o homem se sirva da razão – para conscientemente criar normas de pensar e agir, livres de fundamentos em argumentos transcendentais.

A modernidade caracteriza-se como a era da racionalidade, a qual fundamenta não só o conhecimento científico, como as relações sociais, as relações de trabalho, a arte, a ética, a moral. Cria, por sua vez, condições de verdade que enclausuram a própria razão e que geram formas de poder e homogeneizam contextos e pessoas, impondo-se como instrumento de controle. As técnicas e a tecnologia assumem papel de destaque. Busca-se o que funciona bem, sendo a ciência positivada a sua base. A homogeneidade é o ideal de referência, e com isso se aplainam as diferenças, em favor de um geral e um universal abstrato. Porém, a eficiência alcançada sob a supremacia da razão impôs o abandono dos ideais e fins

humanos. Instala-se na modernidade um tempo de crise, uma contradição histórica que se traduz nas rupturas trazidas, quer pelas formas cotidianas do existir, fazendo emergir a necessidade de consideração das heterogeneidades, das diferenças, das desigualdades gritantes, quer pelas fissuras lógicas nas ciências, quer pela a sociedade tal qual ela se mostra (GATTI, 2005).

Neste sentido, o pensamento pós-moderno tem se delineado, contestando às amplas visões filosóficas, científicas, políticas ou, religiosas consolidadas pela modernidade.

Para Schinitman (1996), este tempo também pode ser entendido como o tempo da criatividade, da generalidade, da restauração de elementos singulares, do local, dos dilemas, da abertura a novas potencialidades.

Spink (2004, p. 12) acredita não ser possível defender filosoficamente, ou justificar empiricamente que a pós-modernidade revela-se em ruptura ou continuidade com a modernidade, denominando-a “Modernidade Tardia”. Para ela, importante é frisar que este movimento tem gerado uma série de desmistificações da ciência, questionando as bases do conhecimento e os produtos gerados por esta mesma ciência. E, para além da ciência, a aceleração da vida; a mídia; o telefone; a Internet e; a destradicionalização da família, do trabalho e da educação tem influenciado nossa forma de viver e sobreviver, nos obrigando a rever velhos conceitos e propormos novos.

Para Santos (2003b), o sistema mundial está passando por transformações sociais muito rápidas e profundas, que põem definitivamente em cheque as teorias e os conceitos, os modelos e as soluções anteriormente considerados eficazes para diagnosticar e resolver os problemas sociais. Pondera,

O mais normal é que, numa situação de transição paradigmática, o indivíduo, tanto quanto a sociedade esteja dividida, com algumas de suas dimensões de subjetividade próximas ao paradigma dominante e outras, próximas ao paradigma emergente [...] O conflito tem por objetivo precisamente reconstruir o nível de complexidade a partir do qual é possível pensar e operacionalizar alternativas de desenvolvimento societal [...] Daí que na transição paradigmática se tolere a imperfectibilidade das palavras e dos cálculos se ela se traduzir numa maior razoabilidade e equidade das ações e das conseqüências (SANTOS, 2003b, p. 345).

Considerando se tratar de uma “transição”, o conhecimento científico, até então, produzido é relativizado e as suas verdades que por tanto tempo nos guiaram, começam ser examinadas.

Para Santos (1989), neste momento de transição se revelam os conflitos entre dois paradigmas científicos: o positivista e pós-moderno, o primeiro técnico e o segundo edificante. E, abarca uma conflitualidade ainda mais ampla, entre dois paradigmas societais. Para ele, a reflexão sobre o paradigma da ciência pós-moderna merece ser completada pela reflexão sobre o paradigma da sociedade pós-moderna.

Para Morin (1996, p.46), nas proposições da modernidade, que penetraram nas ciências sociais e humanas, a subjetividade aparecia como “fonte de erros [...] o ruído que é absolutamente necessário eliminar [...] Com isso, expulsou-se o sujeito da história, eliminaram-se as decisões, as personalidades, para só ver determinismos sociais, para só ver estruturas”. Não obstante, considera que houve algum retorno através de Foucault e Barthes onde o sujeito se encontra novamente problematizado. Sendo que, na atualidade, já é possível conceber a autonomia, o que era impossível na visão mecanicista e determinista da ciência clássica. “Uma autonomia que não se relaciona com a antiga noção de liberdade, imaterial e desligada das contingências físicas. Pelo contrário, para ser autônomo é necessário depender do mundo externo”.

O saber científico abre-se a outros saberes. Desmistifica-se a ciência e desmistificam-se os modos de ser na sociedade.

Para Schinitman (1996), isso se dá graças à restituição do sujeito à ciência e à restituição das ciências aos sujeitos. O mundo da cientificidade passa a incluir o mundo da subjetividade e da intersubjetividade. Neste sentido, o conhecimento na área humana, inclusive o relacionado ao campo da saúde mental, permeado pelo pensamento pós-moderno, traz novas possibilidades e impõe novos desafios: rejeita a idolatria da razão, reconhece a importância da subjetividade em todo tipo de relação social.

De acordo com as posições teóricas pós-modernas, o ser humano, em suas

diferentes formas de expressão, não pode ser mais descrito e explicado em suas características exteriores e objetiváveis, pois:

A ciência social será sempre uma ciência subjetiva e não objetiva como as ciências naturais; tem de compreender os fenômenos sociais a partir das atitudes mentais e do sentido que os agentes conferem às suas ações (SANTOS, 2003a, p. 38).

Para Spink (2004, p. 28), estes sentidos são fenômenos sociolingüísticos, construções sociais, empreendimento coletivo. Enfim, resulta de um processo interativo que, ao ser entendido em seu principal contexto de produção: nas interações sócias, por meio das quais as pessoas, nas dinâmicas das relações sociais, historicamente datadas e culturalmente localizadas, constróem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações da vida cotidiana.

Colado a estas circunstâncias cambiantes e de transição paradigmática, a perspectiva teórica do construcionismo social considera que o conhecimento envolve as pessoas, suas interações e os sentidos produzidos para lidar com situações e fenômenos do mundo social. Tal perspectiva questiona as bases e produtos do conhecimento e aponta para a necessidade de fazer ciência comprometida com a produção de vida, de autonomias e, de inclusão social.

Diante de tais considerações, adotamos a posição de que, ao lidarmos com fatos que dependem dos seres humanos e de sua prática, a realidade será sempre subjetiva. E, a verdade, como afirma Gergen (1985) é a verdade de nossas concepções e convicções, de nossas instituições, de nossas relações, de nossos acordos sociais.

3.2 O construcionismo social

Não cheguei a conclusões, não construí fronteiras para excluir e confinar, para separar dentro e fora: não estabeleci limites. Assim como os múltiplos eventos de areia mudam as formas das dunas, que não terão a mesma forma amanhã. Também eu estou disposto a acompanhar, a aceitar o pensamento transformador, não determinar inícios ou fins, não estabelecer muros (AMMONS; CARSON'SINLET apud GERGEN; KAYE, 1998, p. 201).

Parece óbvio, mas é importante frisar que ao seguir o movimento gerado pela ciência pós-moderna, o construcionismo social se contrapõe aos princípios

fundantes da ciência moderna. Segundo Gergen (1985); Gergen e Kaye (1998); Gergen e Macnamee (1998) e Spink (2004) essa perspectiva de produção de conhecimento,

1º. Abdica da visão representacionista de conhecimento, que de outra forma significa afirmar que para o Construcionismo o conhecimento, não é o espelho do mundo, não representa a realidade, pois não é possível distinguir sobre a nossa inteligência e o mundo como tal;

2º. Opera uma desconstrução da retórica da verdade e da idéia de materialidade do cérebro como instância produtora de conhecimento, o construcionismo aponta que apesar desta ser uma forma essencial para a produção do pensamento, não é a única. A produção do pensamento depende também dos recursos simbólicos sociais e culturais disponíveis, dentre eles: a própria linguagem. Como já foi dito, para o construcionismo, a verdade é a verdade de nossas concepções, de nossas instituições, de nossas relações, de nossos acordos sociais;

3º. Opõe-se sobre a dicotomia sujeito do conhecimento e objeto, pois sendo o conhecimento uma construção social é o conhecimento socialmente produzido que constrói a ambos; não há objetos independentes de nós e nem existimos independentemente dos objetos que criamos;

4º. Adota a perspectiva de que o conhecimento é algo que as pessoas constróem juntas por meio de nossas práticas sociais e não algo que apreendo do mundo;

5º. Traz para a pesquisa uma postura reitificante, desnaturalizante, dessencializadora que radicaliza ao máximo a natureza social do nosso mundo vivido e a historicidade das nossas práticas.

Enfim, várias são as desconstruções necessárias ao se adotar esta perspectiva construcionista na produção de conhecimento, cujo objetivo é analisar interações sociais historicamente situadas ou caminhos que levam ao estabelecimento de algum fato ou entidade do presente, mas que sempre se propõe a “questionar o verniz da realidade ou daquilo que as pessoas tomam como real” (SPINK, 2004, p. 23).

Novamente, nos deparamos com o fato de que ao lidarmos com fenômenos que dependem dos seres humanos e de sua prática, a realidade será sempre subjetiva. Para Davies e Harré (1990), o discurso, manifestação da linguagem, tem uma força constitutiva de posições subjetivas, é um processo público e multifacetado, por meio dos quais os sentidos são produzidos de modo dinâmico e progressivo. Os discursos podem divergir entre si, criar versões compartilhadas ou distintas da realidade que acabam por gerar, sempre, conhecimento.

Para Spink (2004), a linguagem sustenta as práticas que geram sentidos. No entanto, é preciso ter claro quais as condições de possibilidades ou de eventos sociais que determinam ou condicionam as falas e que, ao seu turno, expressam os sentidos que estão sendo construídos em nome de uma política, de um projeto ou ato de saúde. Dito isso, as reflexões construcionistas devem ser encaminhadas, buscando o compartilhamento na diversidade das posturas e a libertação daquilo que se tornou instituído ou essencializado. É a crítica do status quo, parte do estranhamento de tudo o que é familiar e socialmente instituído. E, é principalmente dentro deste aspecto que se alinha ao posicionamento da ciência pós-moderna.

Esta perspectiva teórica ambiciona apreender a cristalização de discursos institucionalizados, as posições socialmente disponíveis e as estratégias lingüísticas utilizadas para este posicionamento, possibilitando visualizar tanto as regularidades, permanências, tanto quanto a polissemia dos repertórios, que sustenta a singularidade na 'produção dos sentidos'. Para compreendermos o modo como estes sentidos são produzidos, e circulam na sociedade, é necessário considerar as interfaces do tempo e do contexto social e histórico em que se processam. Neste sentido, torna-se, necessariamente, "um empreendimento sócio-histórico e exige o esforço transdisciplinar de aproximação ao contexto cultural e social em que se inscreve um determinado fenômeno social" (SPINK; MEDRADO, 2004, p. 53).

Segundo estas mesmas autoras, a concepção de história visa criar associações na compreensão das diversidades e das permanências das construções lingüísticas dotadas de sentido, que por outro lado podem permear todos os tempos e orientar as práticas discursivas das pessoas. Pessoas, que na perspectiva construcionista, não se encerram numa definição formal, só sendo possível pensá-las, a partir da noção de relação. "A pessoa, no jogo das relações

sociais, está inserida num constante processo de negociação, desenvolvendo trocas simbólicas (não apenas), num espaço de intersubjetividade” (SPINK; MEDRADO, 2004, p. 55).

O que nos leva a valorizar ainda mais o potencial que brota das relações entre as pessoas. Desde a criação de nossa própria identidade e historicidade, bem como da identidade e historicidade do grupo de trabalho do qual somos parte integrante.

Ayres (2001, p. 69), ao questionar sobre qual seria a experiência que põe cada uma destas pessoas em contato com a outra, levando-a a reconhecer a si mesma, a cada vez e sempre, considera que haja muitas respostas a essa pergunta, mas que não lhe resta dúvida de que *“um dos mais poderosos meios desse mútuo engendramento de sujeitos e mundos é a linguagem”*.

Neste sentido, a investigação construcionista preocupa-se com a explicitação dos processos pelos quais as pessoas, através da linguagem, descrevem e explicam o mundo em que vivem. Implica em adotar que o conhecimento é algo que as pessoas produzem juntas, resultado da socialização do conhecimento e não de algo que se apreende do mundo (GERGEN, 1985).

E, é neste mundo, de transição e mudança, que se constroem também as novas dinâmicas de interação, novas formas de sociabilidade, novas concepções, novas práticas e, em suma: uma nova forma de produzir conhecimento, uma nova forma de ser, de conviver e de dar sentido a tudo que nos cerca.

Koda (2002, p. 56), dentro desta perspectiva e, considerando o processo de mudança que se efetiva no campo da saúde mental brasileira, mais especificamente, à assistência em serviços substitutivos, exemplifica,

Podemos pensar que o discurso antimanicomial fornece a usuários e profissionais do serviço determinadas posições e repertórios que visam superar o modelo construído pelo discurso psiquiátrico tradicional. A compreensão do usuário como sujeito de direito, não reduzido à condição da doença e onde seu sofrimento diz respeito também ao seu lugar na sociedade, compete com uma compreensão do adoecimento psíquico como algo que tende naturalmente a cronificação, enfatizando aspectos biológicos e tomando como tratamento seu isolamento dentro do manicômio.

Neste sentido, podemos afirmar que a fala expressa das pessoas é a forma de manifestar, de ver e interpretar o processo saúde/doença mental e, de justificar a forma de assistência adotada. Manifestação que, neste caso, pode ou não apontar para mudanças nas formas de relações estabelecidas neste âmbito com propósito de inovação da assistência em saúde mental.

Outra referência, que segue direções que se assemelham às perspectivas teóricas adotadas até agora e que consideramos deva ser incorporada à construção destes novos conhecimentos que estão relacionados ao processo de transformação da assistência substitutiva em saúde mental no Brasil é a desinstitucionalização.

3.3 A desinstitucionalização e os serviços inovadores em saúde mental

A desinstitucionalização se tomada como perspectiva política, teórica, prática e, até mesmo filosófica, torna-se uma estratégia imprescindível na construção de um novo modelo de assistência em saúde mental, que vem a se consolidar efetivamente como substitutivo ao modelo asilar.

Para Koda (2003) a desinstitucionalização, enquanto um processo de desconstrução do modelo asilar irá implicar na contraposição do discurso manicomial, constituído ao longo dos séculos e a criação de um novo lugar para a loucura. Passagem esta que se opera por meio da transformação de discursos e saberes dos sentidos atribuídos à assistência em saúde cotidianamente desenvolvida nos serviços substitutivos. A desinstitucionalização constitui uma bagagem insubstituível de conhecimento e de experiência para orientar o processo de reforma da assistência em saúde mental.

Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) consideram que a palavra desinstitucionalização, a depender do contexto cultural e político de reforma do sistema de saúde mental, pode ser utilizada para muitos e diferentes objetivos. Tanto que, ao analisarem o processo de reforma psiquiátrica na Europa e nos Estados Unidos, iniciada na década de sessenta do século anterior, concluíram que, a depender do discurso assumido, a desinstitucionalização adquiriu diferentes implicações para toda a organização do sistema sanitário: **1)** Para os reformadores ela sintetizava o objetivo de renovar a capacidade terapêutica da Psiquiatria; **2)** Para

os grupos técnicos e políticos radicais ela simbolizava a perspectiva da abolição de todas as instituições de controle social, e se emparelhava à perspectiva antipsiquiátrica; **3)** Já para os administradores, ela era, sobretudo, um programa de racionalizações financeiras e administrativas, sinônimas de redução de leitos hospitalares.

Foi, principalmente, dentro desta última versão, que ela se efetivou na maior parte dos países avançados, tornando-se coerente com as orientações neoliberais de redução de gastos públicos. De acordo com esta última versão, o que ocorre é uma transformação na forma organizativa dos sistemas de saúde mental, multiplicando-se as estruturas extra-hospitalares, médicas e sociais, que devem assistir os pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos para constituir-se um filtro para as reinternações. Nos países que adotaram tal postura, permaneceram as estruturas de internação de forma contundentemente forte; os serviços territoriais ou de comunidade convivem com a internação, mas não a substituem, ao contrário, confirmam sua necessidade.

Com isso, a estática da segregação em uma instituição separada e total é substituída por uma dinâmica da circulação entre serviços especializados e de prestações em saúde pontuais e fragmentadas.

Basaglia (1991), ao traçar a diferença entre uma ação política que se limita a desospitalizar ou a transinstitucionalizar e a ação desejada que vai mais além e busca a desinstitucionalização da prática em saúde mental, favorece a delimitação do verdadeiro sentido de desinstitucionalizar. Para ele,

1º Desospitalizar refere-se somente ao fechamento dos hospitais psiquiátricos;

2º Transinstitucionalizar refere-se ao não envolvimento da comunidade no processo de mudança e estimula o aumento de asilos, casas de repouso e outras instituições que alienam a pessoa do convívio social e familiar; podendo até mesmo favorecer o abandono do doente nas ruas e;

3º Desinstitucionalizar tem a prática em saúde como ponto de partida e enfoca as instituições públicas de saúde, tentando envolver toda a sociedade local nesse processo, que é, fundamentalmente político, na medida em que busca alternativas

para a organização da sociedade, seja para repensar a situação do doente, seja para criar uma nova mentalidade que olha o doente e a doença de frente. O objeto da desinstitucionalização deixa de ser a doença e passa a ser a existência-sofrimento-psíquico das pessoas em sua relação com o corpo social.

Este sentido de desinstitucionalização não se limita, nem tampouco se conclui com a humanização, eliminação da violência, negação e fechamento dos manicômios. O que deve mudar, como já dissemos, é o foco de sua atenção. É deixar de se ocupar de um objeto: a doença mental, que na verdade não tem sido fácil conhecer nem tampouco curar, e passar a se ocupar da existência complexa e concreta das pessoas que vivenciam tal sofrimento (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

Ao fazê-lo, a ênfase da assistência em saúde não é mais colocada na cura ou na busca de uma normalidade plenamente (re) estabelecida, mas na produção de vida, de sociabilidade, na solidariedade, na afetividade e, na articulação entre a materialidade do espaço institucional e dos recursos subjetivos. O que não significa, renunciar ao cuidado e tratamento, mas confrontar e revisar toda uma estrutura de respostas científicas, terapêuticas, normativas e organizativas, que se legitimaram dentro deste paradigma. Por esse motivo, faz-se preciso a negação e superação do manicômio, bem como a extinção progressiva de todo o aparato que lhe dá sentido.

O processo de desinstitucionalização tem o firme propósito de romper com a lógica que sustenta e integra este aparato manicomial.

O aparato manicomial, é preciso insistir, não é o hospital psiquiátrico, embora seja a mais expressiva instituição na qual se exercita o isolamento: é o conjunto de gestos, olhares, atitudes que fundam limites, intolerâncias e diferenças, em grandes partes, informadas pelo saber psiquiátrico, existentes de forma radicalizada no hospício, mas presentes também em outras modalidades assistenciais e no cotidiano das relações sociais. O manicômio é o saber e as práticas que definem direitos e deveres distintos, baseados em preconceitos, em categorias de acusação, em poderes e saberes de dominação. O manicômio é o saber e a prática que constroem uma hierarquia entre a razão e a desrazão, que traçam lugares sociais diversos para os sujeitos, de acordo com sua condição de adaptação/desadaptação social ou de normanilidade/desanormalidade (GIOVANELLA; AMARANTE, 1994, p.141).

Desinstitucionalizar este aparato é desenvolver, a partir de cada um de nós e

do nosso entorno social, uma contra - cultura manicomial que se oponha, nas diferentes dimensões da nossa organização social, a toda forma de exploração que produzem marginalizados - administrados a partir do conjunto de dispositivos e de instituições de controle que inclui manicômios, prisões, albergues, orfanatos e, até mesmo, relações familiares que têm por base uma ordem violenta mantida por relações desiguais de poder.

Negar esta institucionalização – o manicômio é negar todas as relações sociais que a sustentam: relações de poder, jogos de exclusão, tutela, tratamento moral, dentre outros. E, ao mesmo tempo, favorecer um funcionamento social mais tolerante à diferença e ao que foge a esta norma socialmente instituída.

Não podemos nos esquecer que, no campo da saúde mental, a lógica desta institucionalização tem determinado, há mais de dois séculos, uma política de saúde hospitalocêntrica, tutelar, reducionista e favorecedora do estigma e da exclusão. Tem a internação psiquiátrica como principal forma de intervenção, com outros sérios agravantes: o poder contratual do usuário é reduzido à nulidade em defesa dos dispositivos de tutela; a doença e não a pessoa doente é o centro do tratamento e, a internação serve, basicamente, aos propósitos de controle, isolamento e distanciamento social.

A desinstitucionalização se contrapondo a este modelo de atenção em saúde abre campo para a produção de novos sentidos na relação do ser humano com a loucura. Sentidos comprometidos com a inclusão e que, se abrem ao acolhimento, ao vínculo, à responsabilização, à tolerância, à diferença, à solidariedade e, principalmente, à luta pelo pleno exercício da cidadania.

Para Amarante (2000, p. 115) ao afirmar a necessidade de ampliação do exercício da cidadania, esclarece,

Não se trata de com base na idéia de cidadania como valor universal, admitir sua extensão a todo o tecido social. Trata-se, sobretudo, de ampliar ou diversificar, em um prático trabalho de desinstitucionalização, o próprio conceito de cidadania, no sentido de admitir a pluralidade de sujeitos, com suas diversidades e diferenças num mesmo patamar de sociabilidade. Trata-se, ainda, não de deixar o louco viver a sua loucura, porém de, em um novo contexto de cidadania, dar-lhe o real direito ao cuidado. Não de ser

excluído, violentado, discriminado, mas de receber ajuda em seu sofrimento, em sua positividade e em sua possibilidade de ser sujeito. Enfim, trata-se de trabalhar efetivamente para que ele seja um sujeito de desejos e projetos.

Dentro deste sentido, a desinstitucionalização será então “o processo prático-crítico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções [...] O problema se tornará, não a cura, mas a emancipação, não a reparação, mas a reprodução social das pessoas” (ROTELLI, 2001b, p. 91).

Reprodução social que se traduz na inserção social dessas mesmas pessoas; no resgate de suas potencialidades; na geração de oportunidades para o autocuidado, o auto-sustento, a (re) construção da sua história, aumentando suas chances de ser e sentir-se útil para com a sociedade na qual vive.

Para tanto, em busca de produzir estes novos sentidos a serem construídos neste processo, Rotelli; Leonardis e Mauri (2001, p. 25), Pelbart (1989), Saraceno (1994), Amarante (1995), dentre outros, defendem um rol de características que devem ser assumidas pela desinstitucionalização:

1º Desinstitucionalizar o paradigma racionalista. O que significa renunciar a perseguir uma definição, explicação e solução racional para os problemas psíquicos.

Para Pelbart (1990, p. 134), libertar o pensamento dessa racionalidade carcerária torna-se uma tarefa urgente. Segundo ele,

É preciso recusar o Império da Razão [...] Não basta destruir os manicômios. Também não basta acolher os loucos, nem mesmo relativizar a noção de loucura compreendendo seus determinantes psicossociais, como se a loucura fosse só um distúrbio e sintoma social, espécie de ruga que o tecido social, uma vez devidamente ‘esticado’ através de uma revolucionária plástica sócio-política, se encarregaria de abolir. Nada disso basta e, essa é a questão central, se ao liberarmos os loucos dos manicômios mantivermos intacto um outro manicômio, mental, em que confinamos a desrazão [...] Que a libertação dos loucos não se torne para nós, que a defendemos, mais uma astúcia ou armadilha da razão.

2º Mobilizar todos os atores envolvidos no sistema de ação institucional.

Para Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), os principais atores do processo de desinstitucionalização são os técnicos que trabalham no interior das instituições, que deverão transformar a organização da assistência prestada, mudando as relações e

regras e redefinindo o seu papel terapêutico. Sobre esta base, o usuário também se torna ator. E, a relação terapêutica será coletivamente construída, dentro da ampliação da rede de relações, envolvendo sempre novos atores: familiares, comunidade, dentre outros.

3º Priorizar o objetivo da desinstitucionalização que é transformar as relações de poder entre a instituição e os sujeitos, ou seja, entre esta e os usuários. Para Koda (2003), a desinstitucionalização enquanto oposição ao paradigma manicomial visa, principalmente, esta mudança das relações de poder entre usuários e trabalhadores. Para ela, se nos asilos a relação é marcada pela rígida hierarquia, pela cisão do sujeito e objeto do conhecimento, pelo uso da violência e pelo controle, as relações nos serviços substitutivos devem ser construídas, a partir de uma lógica diversa.

Não se trata de, simplesmente, passar do pólo de opressão para o pólo de liberdade, pois aí se correria o risco de inverter os termos da situação sem modificar os elementos implicados. A transformação exige um novo tipo de síntese no qual o princípio da autoridade seja substituído pelo princípio da autonomia com responsabilidade e o cuidado prestado seja um misto de proteção e responsabilização sem cair num gesto paternalista (ou no extremo do abandono). A finalidade do tratamento deve ser a manutenção da subjetividade do paciente ainda que em detrimento da eficácia da instituição (KODA, 2003, p. 46).

Consiste em eliminar toda e qualquer forma de contenção ou tutela, restabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo e com o direito e capacidade de uso dos objetos pessoais, reconstruir o direito à palavra, abrir as portas, produzir relações, liberar sentimentos, reativar uma base de rendimentos para poder ter acesso aos bens e serviços sociais. Isso porque “uma existência mais rica de recursos, de possibilidades e de experiências é também uma existência em mudança” (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 32).

4º Liberar as pessoas que vivenciam o sofrimento psíquico da necessidade da internação, construindo serviços inteiramente e, verdadeiramente, substitutivos. O que de forma bastante clara, significaria inverter a lógica de organização e funcionamento do sistema de saúde mental fundamentada nas suas próprias necessidades de auto-reprodução para uma lógica centrada na necessidade dos usuários.

5º Assumir a responsabilidade social em dar resposta satisfatória à totalidade das necessidades de saúde mental no território, devendo os serviços se integrar à rede social em que se inserem.

Para Saraceno (1994), o deslocamento da atenção em saúde para a comunidade obriga a que se produzam mudanças importantes. Tais mudanças comportam:

O reconhecimento da importância do papel e dos direitos dos consumidores e das famílias;

O reconhecimento da importância do papel da comunidade não só como usuária ou beneficiária e sim como geradora de recursos que devem acompanhar a adequados recursos técnicos dos serviços sanitários;

O reconhecimento da importância das atividades intersectoriais entre diferentes setores da saúde, provisão, assistência social e a economia.

A busca de um saber e prática guiada pelo saber dos sujeitos e de suas redes sociais de apoio.

Para este mesmo autor, ao se efetivarem tais mudanças, ampliam-se possibilidades e atividades na reorganização do sistema de saúde mental. Há o deslocamento material de pessoas, pacientes e verbas do hospital para a comunidade.

6º Mudar as formas de administrar os recursos públicos para a saúde mental. Os recursos que as administrações locais dispõem não são mais utilizados para alimentar a estrutura institucional do hospital, mas para serviços diretos às pessoas. Não incentiva a criação de novos hospitais. Por outro lado, cria mecanismos de incentivo à implantação de serviços de comunidade inteiramente substitutivos à internação; direciona os recursos aos usuários e para serem geridos por eles. Para tanto, disponibiliza profissionais e recursos materiais. Racionaliza despesas, mas o seu objetivo central é aumentar a eficácia terapêutica, diminuir a cronicidade e favorecer a inserção social dos seus usuários com autonomia.

7º Enriquecer a profissionalidade dos trabalhadores. Profissionalidade e trabalho terapêutico redundam numa ação mais complexa e que se explica menos

em termos de competências técnicas especialistas e codificadas e muito mais como capacidade de escolher, utilizar e combinar uma ampla variedade de modalidades e recursos de intervenção, uma vez que envolve:

- a)** A valorização da dimensão afetiva na relação terapêutica;
- b)** A ampliação do contexto da prática assistencial para além da relação usuário - terapeuta e para além dos muros da instituição;
- c)** O incentivo à cooperação e crítica de figuras não profissionais nos serviços; aberto às pessoas, ao bairro e à cidade;
- d)** O enriquecimento das possibilidades de trocas sociais e terapêuticas, sem um pré-estabelecimento rígido de regras, de forma a favorecer sua avaliação e mudança necessária e;
- e)** A responsabilização⁸ e o acolhimento da demanda como uma totalidade indivisível, não dividindo 'agudos de crônicos' ou todo tipo de parâmetro que continue centrado na doença e sua forma.

Considerar a complexidade deste trabalho terapêutico, até aqui exposto, se tornará uma forte garantia para que os serviços substitutivos, não sejam apenas alternativos, ou seja, uma possibilidade além da internação psiquiátrica.

8º Legalizar o processo de desinstitucionalização, sancionando as inovações por ele produzidas: **a)** A eliminação da intervenção psiquiátrica; **b)** A construção de serviços de comunidade inteiramente substitutivos, num processo gradual de alta de pacientes e responsabilização regionais; **c)** A abolição do estatuto de periculosidade social do doente mental; das tutelas jurídicas; da internação coagida e do tratamento coagido. Para todos os efeitos legais, o doente mental é um cidadão, sob a garantia de direitos civis e sociais.

9º Mudar o foco da intervenção que não é mais a doença ou a

⁸ O conceito de **responsabilização** elaborado a partir da experiência de Trieste, diz respeito ao encarregar-se do problema. A palavra vem do original **presa in carigo** em italiano; que por vezes é traduzida por **disponibilidade** ou **tomada de responsabilidade** (AMARANTE, 2003, p. 59).

periculosidade⁹, nem tampouco a doença separada da existência global, complexa e concreta do paciente, mas sim a existência-sofrimento deste paciente em sua relação ao corpo social. Na verdadeira desinstitucionalização, as instituições e serviços são constituídos de acordo com esse novo objeto e o problema a ser solucionado deixa de ser exclusivamente a cura, mas a emancipação; deixará de ser a reparação, e passará a ser:

A reprodução da vida e reprodução social que são o objetivo e a prática da 'instituição inventada' devem evitar as estreitas vias do olhar clínico, assim como da investigação psicológica e da simples compreensão fenomenológica, e fazer-se tecido, engenharia de reconstrução de sentido, de produção de valor, tempo, responsabilizar-se, de identificação de situações de sofrimento e de opressão, reingressar no corpo social, consumo e produção, trocas, novos papéis, outros modos materiais de ser para o outro, aos olhos do outro (ROTELLI, 2001b, p. 93-04).

É exatamente esta conotação dinâmica e não conclusiva, com o objetivo de abolir a internação que caracteriza a desinstitucionalização e faz com que, não se fixe uma solução institucional positivamente concluída ou se estabeleça um quadro normativo - mas ao contrário, mantenha “aberto um campo de incerteza, no qual se relevam ações operativas concretas, experimentações, aprendizagens [...]” (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 51). Neste campo de incertezas, mas de abertura para novas perspectivas, evidenciamos a influência da transição paradigmática nos contornos de uma nova forma de agir em saúde mental.

De acordo com as características até aqui citadas, a reforma psiquiátrica baseada nos princípios da desinstitucionalização defende a negação do hospital psiquiátrico, do monopólio dos técnicos, do abandono e da tutela da pessoa com transtorno psíquico. Defende a responsabilidade sobre o território, a flexibilidade e abertura dos serviços e a ativação das potencialidades das pessoas.

Ao assumirmos a desinstitucionalização nesta versão e sentido, outras implicações importantes se darão no campo prático do trabalho terapêutico. A principal implicação diz respeito ao novo foco de intervenção - a existência – sofrimento, ao adotá-lo na prática cotidiana dos serviços substitutivos há o

⁹ A noção de **periculosidade social** associada ao conceito de doença mental, formulado pela medicina, propiciou uma sobreposição entre punição e tratamento, uma quase identidade do gesto que pune e aquele que trata (BARROS, 1994, p. 34).

deslocamento da ação terapêutica da instituição de saúde para o contexto social.

Conseqüentemente, os serviços territoriais, tais como os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, ao se configurarem no novo lugar privilegiado de intervenção, não devem se fixar em um modelo estável e sim, dinâmico; propulsores de transformações concretas; de ativação de recursos da comunidade e de uma prática complexa; que deve encontrar mediadores entre o hospital e a cidade para construir uma nova forma de conceber, lidar e se relacionar com a existência enquanto sofrimento.

Neste sentido, Rotelli (2001b), argumenta que os serviços inovadores devem romper com o modelo médico e psicológico tradicionais, entrar com toda força no território como intermediários materiais, favorecer todo tipo de trocas sociais até então bloqueadas, produzir sociabilidade, não reduzir o sujeito aos sintomas, à doença ou, a uma comunicação pobre, mas reinscrevendo-o no corpo social.

Com vistas à organização da assistência em saúde prestada nestes novos e inovadores serviços, Rotelli; Leonardis e Mauri (2001, p.45), chamam-nos a atenção ainda para:

1. A centralidade no trabalho de equipe [...] o papel da equipe não se expressa tanto nas reuniões periódicas e mais no costume de trabalhar junto e na colaboração e confronto cotidianos entre todos os trabalhadores de cada centro e entre centros diversos [...] as experiências são socializadas, para enfrentar juntos os problemas e para avaliar, compartilhar e corrigir as decisões que cada operador toma; a equipe funciona, portanto também como uma espécie de supervisor coletivo;
2. A auto - avaliação. A profissionalidade de cada trabalhador não é avaliada particularmente, mas no interior do trabalho operativo da equipe e integrado na responsabilidade de auto-avaliação que ela desenvolve (às vezes também se desencadeiam tensões e dinâmicas conflitivas). Esta avaliação interna, obviamente entrelaçada ao trabalho, refere-se, sobretudo à capacidade de autotransformação e aprendizagem da equipe e de cada operador;
3. A formação. Além da base profissional definida pelo título acadêmico, são organizados seminários sobre temas específicos e a formação se dá, principalmente, através da inserção de novos trabalhadores e de voluntários no trabalho cotidiano [...] a ênfase é colocada na aquisição de conhecimentos teóricos e operativos, sobre o modo de funcionamento da rede institucional, da sua análise crítica [...] avaliando sempre o que o modo de funcionamento do serviço produz na vida das pessoas;

4. A Relação terapêutica. Trata-se de demolir a intervenção terapêutica compartimentalizada e a relação terapêutica tende a 'ocupar-se de questões afetivas, econômicas, jurídicas, relacionais, dos níveis de estatutos, da família, do trabalho, etc... Sem cindir estas questões, sem confiá-las a profissionalidades separadas [...] se trata de pensar que 'a liberdade é terapêutica', cada ato em liberdade pode ser terapêutico. Trata-se de desinstituir a doença como experiência que não é separável da existência, trata-se de valorizar, mais que o sintoma (sobre o qual se constrói a instituição), o conjunto de recursos positivos do serviço e da demanda social.

A relação interpessoal que se estabelece entre o 'usuário e o profissional de saúde' determina em grande parte, o caminho e os resultados do trabalho terapêutico e, conseqüentemente, do processo de desinstitucionalização que, torna-se "um investimento de recursos muito menos nos aparatos e muito mais nas pessoas, menos para alimentar as instituições e suas burocracias e mais para alimentar a autonomia das pessoas" (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 54).

A pessoa como novo foco de investimento dá um novo sentido à assistência. Sentido que se inscreve e, também é influenciado pela transição paradigmática descrita por Santos (1989). E, sob a qual se inicia a desmontagem do paradigma moderno, que até então guiava os conceitos e formas de lidar sobre a loucura e o sofrimento humano.

Neste aspecto, a desinstitucionalização é uma 'braço de mar' no processo de efetivação de um novo paradigma que, sob novas bases, valores éticos, transformam a relação entre as pessoas e as instituições públicas de saúde.

Para tanto, os serviços substitutivos devem ser superadores do paradigma manicomial que, guiados sob estas novas bases e valores éticos, possam produzir uma nova forma de convivência, mais solidária inclusiva e cidadã. E, que se ocupe mais com a pessoa e a sua dor do que com a doença, que assume e aceita as diferenças e diferentes pontos de vista. Pois, se por outro lado, o serviço substitutivo se constituir apenas em um 'novo canto' – destinado a recolher, alojar, alimentar, adequar comportamentos - estará reproduzindo as mesmas bases do pensamento que criou os hospitais gerais, os asilos e depois os manicômios. Ou seja, num lugar onde a assistência continuaria a ser intramuros, garantindo a segurança, fortalecendo as resistências pessoais e, a submetendo o doente ao regime e à tutela médica e institucional.

Com vistas a não reproduzir as formas de agir e pensar, guiadas pelo paradigma manicomial, Nicácio (2004) argumenta que nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) deve-se buscar, além do direito à hospitalidade diurna, da atenção à crise ou de um espaço de convivência, a criação de redes de relações que se estendam para além das suas fronteiras, atingindo o território onde vivem os usuários. Este trabalho inclui ações que vão das visitas domiciliares, da abertura e estabelecimento de vínculos com familiares e pessoas do bairro, ao confronto com as resistências pessoais, na tentativa de abrir espaços e ampliar as possibilidades de inserção da pessoa que vivencia o sofrimento psíquico.

Dentro destes aspectos, pode-se afirmar que o CAPS se constitui, hoje, num dos principais dispositivos para a assistência que almeja ser substitutiva às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004). Os CAPS têm se multiplicado no território nacional, em maio de 2006 já chegava a um número de 800 (oitocentos) serviços implantados e funcionando (INVERSO, 2006). Dadas as perspectivas concretas de expansão destes serviços, torna-se premente saber como esta sendo construída a assistência nestes serviços e, se esta segue as orientações previstas na desinstitucionalização.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 A Estratégia Metodológica Qualitativa de Pesquisa

Para Paim e Almeida Filho (1998), todo este movimento de mudança paradigmática e de reforma no campo da saúde, traz consigo a consideração da existência do sujeito e, sua reposição nas ciências humano-sociais que se tem processado sob variadas formas, trouxe novas alternativas teóricas, metodológicas e técnicas para pensar e atuar no campo da saúde. Na visão de ambos os autores, um movimento de valorização da dimensão subjetiva das práticas em saúde, das vivências dos usuários e trabalhadores do setor, e espaços de comunicação e diálogo com outros saberes e práticas tem sido gerado. Além do que, novas perspectivas de reflexão e ação se abrem favorecendo o uso de métodos de investigação e critérios epistemológicos diferentes dos correntes, das ciências naturais, com vistas à obtenção de um conhecimento intersubjetivo, descritivo e compreensivo.

Partindo do pressuposto de que a assistência em saúde mental é um fenômeno complexo; socialmente construído, devendo ser analisado dentro de uma realidade histórica que o circunda e determina e, a sua compreensão se dar a partir do sentido que os agentes lhe conferem; nos encaminhamos para a adoção da estratégia de pesquisa qualitativa.

Para Bogdan e Biklen (2003), a estratégia de pesquisa qualitativa possibilita a obtenção de dados descritivos, no contato direto do pesquisador com a situação estudada, numa ênfase maior ao processo que ao produto e na preocupação em retratar a perspectiva dos participantes. E, de uma forma resumida, segundo estes mesmos autores, suas principais características podem ser, assim, descritas:

A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador é seu principal instrumento. A pesquisa qualitativa supõe o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo investigada. E, a justificativa para que o pesquisador mantenha um contato

estrito com a situação onde os fenômenos ocorrem naturalmente é a de que estes são muito influenciados pelo seu contexto;

Os dados são predominantemente descritivos, consistem na descrição de pessoas, situações, acontecimentos, incluem transcrição de entrevistas e de depoimentos, devendo o pesquisador atentar para o maior número de elementos presentes na situação estudada;

A preocupação com o processo é muito maior do que com o produto. O interesse do pesquisador ao estudar um determinado problema é verificar como ele se manifesta nas atividades, nos procedimentos e nas interações humanas;

O sentido e significado que as pessoas dão às coisas, à sua vida são focos de atenção especial pelo pesquisador. Havendo, sempre, a tentativa de capturar a perspectiva dos participantes, isto é, as maneiras como os informantes encaram as questões que estão sendo focalizadas. E, ao considerar os diferentes pontos de vista dos participantes, os estudos qualitativos, permitem iluminar o dinamismo interno das situações e;

A análise dos dados tende a seguir um processo indutivo, não existem hipóteses a priori, este tipo de pesquisa procura produzir indutivamente uma teorização sobre um fenômeno, seja ele sócio - cultural e ou psicológico, o que não implica na inexistência de um quadro teórico que oriente a coleta dos mesmos.

Embasados na estratégia qualitativa de pesquisa, dentro do referencial teórico escolhido, investigamos o fenômeno social em foco: os sentidos construídos nas práticas discursivas acerca da assistência prestada e recebida em saúde mental e os repertórios interpretativos que se desdobram ou não em ação e que vão, ou não, ao encontro da desinstitucionalização, num contexto social particular.

4.2 O Contexto Social

Maceió, terra natal de Graciliano Ramos, Nise da Silveira, Hermeto Paschoal, Djavan, rica nas artes, no folclore, no artesanato, em diversidade natural, cercada de praias e lagoas, onde habitam hoje, em torno de 880.000 pessoas. Constitui-se, também, num espaço de grandes paradoxos, onde se convive com a rica cultura que vem sendo repassada de geração em geração, com as dídivas da natureza refletidas na beleza do mar, das matas tropicais e, ao mesmo, com um processo

violento, desorganizado e acelerado de urbanização - com nítida ampliação dos bolsões de pobreza e da miséria nas suas periferias.

Sede da primeira macrorregião de saúde, Maceió vive a Gestão Plena do Sistema de Atenção em Saúde¹⁰. Avançou em seu projeto político de ampliação da rede de assistência extra-hospitalar, principalmente a rede básica de atenção baseada no Programa Saúde da Família – PSF. No ano de 2003, em Maceió, este Programa deu cobertura a 25% da sua população, com 57 (cinquenta e sete) equipes, possuindo fortes tendências a se ampliar e tornar-se a forma dominante de assistência (MACEIÓ, 2003).

Na atualidade, a cidade como o principal centro urbano de Alagoas, tem sofrido os efeitos do êxodo rural, da crise política econômica dos últimos anos, com baixo investimento em infra-estrutura e políticas sociais, o que tem gerado baixos índices de desenvolvimento humano e, dificuldades em desenvolver promoção e prevenção em saúde (ASSUMPÇÃO, 2000; PNUD, 2002; VERAS, 1997).

Seus paradoxos, como não poderiam deixar de ser, atingem também a promoção em saúde mental. Dentro deste aspecto, no que diz respeito mais especificamente à assistência prestada no Estado de Alagoas, tem havido considerável ampliação de Centros de Atenção Psicossocial em todo o seu território. Em junho de 2006, a Secretaria Estadual de Saúde registrava a implantação de trinta e seis CAPS no interior; Maceió – seu maior município possuía três, sendo superado em número de hospitais psiquiátricos que, em seu território, se concentram quatro dos cinco Hospitais Psiquiátricos do Estado (ALAGOAS, 2006).

No entanto, apesar do incremento dos CAPS no Estado, tem se delongado na redução de leitos em hospitais psiquiátricos. Enquanto, em janeiro de 2002, registrava 1178 leitos, no mesmo mês de 2006 contava com 1023 leitos, uma redução de 155 leitos em quatro anos. O gasto com este tipo de internação que, em 2002 totalizavam R\$ 7.712.470,96, em 2005 chegou à cifra de R\$ 10.087.826,80. (ALAGOAS, 2006). Conta, hoje, com quatro hospitais psiquiátricos (três privados e

¹⁰ Segundo a NOAS (2001), o município de Maceió está habilitado à **Gestão Plena do Sistema de Atenção em Saúde**, quando assume a responsabilidade pela assistência em saúde, e pela sua descentralização e integralidade, em todos os níveis de atenção e nos diferentes graus de complexidade.

um público) e três CAPS para uma população que segundo o IBGE (2005) chega a 884.320 habitantes.

Apesar de o município ser de grande porte e a rede de saúde estar dividida em sete distritos sanitários, possuir três Centros de Atenção Psicossocial e um Ambulatório de Atenção Especializada – número insuficiente para o parâmetro populacional. Não conta, até o momento, com serviços de emergência; leitos psiquiátricos em hospitais gerais ou, CAPS tipo III para atendimento 24 horas (ALAGOAS, 2006).

Foi um dos primeiros municípios no Brasil a aderir ao Projeto de Volta pra Casa (ASSUMPÇÃO, 2004). Por outro lado, apesar deste pioneirismo, em junho de 2006, Maceió contava com 14 adesões. No entanto, na atualidade, conforme informações do órgão responsável no Estado, este projeto não tem limitação para sua expansão (ALAGOAS, 2006). Neste aspecto, havemos de considerar que, nas últimas gestões municipais, inúmeros os Coordenadores Municipais em Saúde Mental que se revezaram no cargo, dificultando a concretização de projetos a médio e longo prazo e, um avançar mais rápido da implantação de serviços substitutivos dos hospitais psiquiátricos. Outro efeito que tem contribuído com a cultura “asilar” diz respeito a que todos os hospitais psiquiátricos da cidade, exceto um deles, que é público¹¹, são verdadeiras “empresas” familiares que, preservadas de geração a geração, congregam os principais representantes sociais de profissionais da saúde - em especial os médicos, nos espaços de controle social em saúde e em entidades de classe.

Neste cenário, a maioria dos psicólogos atende em seus consultórios, são poucos os psiquiatras, os cursos em terapia ocupacional e farmácia estão formando suas primeiras turmas agora. Em relação, à enfermagem, os serviços de saúde não contam com enfermeiras (os) com especialidade para atenção nesta área e, não há oferta, até o momento no Estado, de Curso de Especialização em Saúde Mental voltado a esta clientela.

¹¹ Trata-se do **Hospital - Escola Portugal Ramalho** - único hospital psiquiátrico público estadual. Em suas instalações funciona um dos três CAPS da cidade. Atualmente, este espaço social se constitui no principal campo de estágio da única Universidade Pública Estadual de Ciências da Saúde.

Vale ressaltar que, hoje o Governo brasileiro planeja reduzir os leitos psiquiátricos além de qualificar, expandir e, fortalecer a rede extra-hospitalar. Os CAPS (antes NAPS) têm se constituído a primeira experiência de serviços extra-hospitalares, ou serviço aberto como é chamado (MACHADO, 2005). E, em Alagoas tem sido a única modalidade de assistência substitutiva ao hospital psiquiátrico. Foi num destes dispositivos, único de atenção substitutiva, existente em Maceió que realizamos esta pesquisa.

“O Centro de Atenção Psicossocial “Doutor Sadi Feitosa de Carvalho”

Vale salientar que, em linhas gerais, segundo as diretrizes do Ministério de Saúde (BRASIL, 2004), os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural, concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiar, assumindo um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, direcionamento das políticas e programas de saúde, desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários e se integrando a rede de local de assistência à saúde. Deve ser um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo objetivo é 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.

Cada usuário do CAPS deve ter um projeto terapêutico individual. Isto é, um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e que proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades. O protagonismo dos usuários, bem como dos familiares, é fundamental para que se alcancem os objetivos dos CAPS, como dispositivos de promoção da saúde e da reabilitação psicossocial, os usuários devem ser chamados a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço. Além disso, todo o trabalho desenvolvido no CAPS deve ser realizado em um “meio terapêutico”, isto é, a

convivência no serviço busca finalidade terapêutica, através da construção permanente de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor¹², abrangendo várias modalidades de tratamento que, vão além do uso de consultas e de medicamentos. Estar em tratamento no CAPS, portanto, não significa que o usuário tenha que ficar a maior parte do tempo dentro do CAPS; as atividades podem e devem ser desenvolvidas fora do serviço, como parte de uma estratégia terapêutica de reabilitação psicossocial, que poderá iniciar-se ou ser articulada pelo CAPS, mas que se realizará na comunidade, no trabalho e na vida social (BRASIL, 2004).

O CAPS “Doutor Sadí Feitosa de Carvalho”, contexto desta pesquisa, se caracteriza por ser um CAPS tipo II. Está submetido a estas mesmas diretrizes da Política de Saúde Mental acima descritas. Trata-se de um serviço substitutivo em saúde mental que integra a rede pública e municipal de saúde de Maceió/AL. Foi Inaugurado no ano de 2001 em substituição ao Ambulatório de Saúde Mental que funcionava no mesmo local, passou por uma reforma do espaço físico, foi ampliado, adquiriu algumas salas, uma cozinha e um salão de Oficinas Terapêuticas e, contratou novos profissionais tais como: Educador Físico e Assistente Social (SILVA, 2003).

Este serviço está localizado em um espaço social de Maceió, chamado Bairro de Bebedouro, no seguimento de sua extensa avenida onde coexistem diferentes serviços de atenção à saúde em geral, em especial à saúde mental. Trata-se de uma avenida, corredor viário que atravessa a cidade, reunindo construções antigas entremeadas com residências acopladas umas as outras, algumas instituições públicas, lojas de comércio e, todos os hospitais psiquiátricos da cidade. Por esse motivo esta avenida tornou-se popularmente conhecida como “O Corredor da Loucura”.

Na parte mais alta deste “corredor”, denominado Chã do Bebedouro foi construído e encontra-se funcionando o Centro de Atenção Psicossocial “Doutor Sadí Feitosa de Carvalho”. É neste contexto com características tão especiais e

¹² Considera-se aqui **ambiente acolhedor** os serviços de saúde onde a estrutura física das instalações, as relações entre as pessoas e as atividades realizadas contribuem para o sucesso do tratamento dos usuários, estimulem a sua integração aos ambientes familiares, sociais e culturais concretos - designados como seu “território” e, onde haja incentivo para as iniciativas de busca de autonomias além do atendimento médico e psicológico especializado.

particulares, envolto em avanços e retrocessos, repleto de contradições, de necessidades, mas com potencial para crescer e tornar-se um espaço de produção de vida, que esta investigação científica se concretizou.

No período da realização de coleta de dados desta pesquisa, mais especificamente no ano de 2005, o CAPS completou cinco anos de existência, e sua equipe contava com: um médico psiquiatra que acumulava a função de diretor – técnico da unidade, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, duas terapeutas ocupacionais, quatro psicólogos, duas assistentes sociais, um educador físico, um nutricionista, um farmacêutico, duas recepcionistas, sem contar ainda com o pessoal de apoio administrativo, duas cozinheiras, um motorista, um porteiro e os prestadores terceirizados de limpeza e manutenção do jardim. Estes profissionais, exceto os terceirizados, se revezam em dois turnos: matutino e vespertino e, alguns ainda trabalham integralmente em dias alternados, atendendo uma clientela que girava em torno de cinquenta e seis usuários.

Segundo Silva (2003), seus usuários geralmente são egressos dos hospitais psiquiátricos, dos ambulatorios de saúde mental, dos consultórios de profissionais liberais e ainda outros usuários que procuram o serviço espontaneamente. Dos ex-internos que estão fazendo tratamento neste serviço, aproximadamente 5% sofreram recidivas e foram reinternados apontando para a eficiência do serviço. Mas, esta mesma autora considera que há riscos de retrocesso devido aos poucos recursos destinados para ações em saúde mental, muita burocracia que põe em câmara lenta, ou mesmo inviabiliza uma série de ações preventivas e limita a assistência curativa. Como já foi dito, a implantação deste CAPS ocorreu no ano de 2000, em substituição ao ambulatorio de saúde mental existente neste mesmo local e em 2001 seu espaço físico foi ampliado, adquirindo algumas salas, uma cozinha e um salão externo coberto para Oficinas Terapêuticas. Além disso, ampliou sua equipe com a inserção de outros profissionais, que não apenas da área da saúde.

4.3 Sujeitos do Estudo

Os sujeitos desta pesquisa foram os usuários do CAPS com história pregressa de internação psiquiátrica, e os profissionais de saúde que prestavam assistência a eles, no momento de realização das entrevistas, dentro deste contexto.

Foram escolhidas as duas categorias de sujeitos, com o propósito de investigar os sentidos produzidos acerca da assistência em saúde prestada e recebida, ou ainda, sob a ótica de quem presta e de quem recebe esta assistência. Os usuários e profissionais foram buscados no próprio serviço de saúde. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, o número dos sujeitos não foi pré-determinado e, não trabalhamos com todos os integrantes deste universo. Os critério de escolha se baseou, nos dois casos, na disponibilidade dos sujeitos em participar, sendo que em relação ao usuário baseou-se também, na existência de história pregressa de internação em hospital psiquiátrico. Portanto, entrevistamos oito usuários e oito profissionais, e consideramos suficiente para o propósito da pesquisa.

Como forma de comunicação e estímulo à participação dos mesmos, foram realizadas aproximações lentas e sucessivas no serviço e apresentações do projeto nas reuniões de equipe e em atividades terapêuticas. Também foi apresentada uma Carta-Convite (Apêndice C) que foi lida em Assembléia e, exposta no quadro de avisos do serviço.

4.4 Coleta do Material

Com o propósito de fazer emergir a experiência das pessoas, utilizamos a entrevista semi-estruturada, realizada num processo de conversação entre esta pesquisadora e os participantes da pesquisa. As questões foram colocadas de forma gradativa. Além disso, dados de identificação que, poderiam favorecer uma análise mais contextual desta entrevista foram inseridos no roteiro de entrevista (Apêndices D e, E).

As perguntas que nortearam a entrevista ao profissional e usuário, foram semelhantes, conservando as especificidades na identificação e na colocação das questões norteadoras. Partindo delas, para obter as informações desejadas, elas versaram sobre a:

- Descrição da assistência em saúde prestada e recebida no CAPS;
- Avaliação desta assistência;
- Relação entre instituição - CAPS, usuários e profissionais de saúde e;
- Principais necessidades desta assistência prestada e recebida.

A entrevista foi a principal estratégia na busca de informações para esta pesquisa, sendo realizada em pleno acordo com os sujeitos, no momento e local mais adequado para todos. Foram gravadas em equipamento sonoro e transcritas, em sua íntegra.

Realizamos uma testagem prévia da técnica de entrevista com a aplicação de duas entrevistas com cada grupo de sujeitos. Como resultado desta testagem prévia, elaboramos um roteiro definitivo para entrevistas com perguntas abertas. Neste roteiro, optamos por incluir as observações no final da entrevista com vistas a favorecer uma análise mais contextual da entrevista e infundir mais vida ao diálogo. Com este mesmo propósito, durante as imersões no trabalho de campo realizamos registros de informações, percepções próprias, agenda de trabalho e dúvidas em um diário de campo.

4.5 Critérios Éticos

Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de ética da Universidade Federal de Alagoas em 29/04/2003, sob o nº 010569/2002-13 (Anexo 1), nos dirigimos ao contexto estabelecido para a realização do estudo. O primeiro critério ético utilizado foi o esclarecimento sobre o propósito da pesquisa, convidando os sujeitos a colaborarem com o estudo, com liberdade de, a qualquer momento da pesquisa, se afastar se assim optassem.

Para formalizar o consentimento verbal, criamos um consentimento escrito e diferenciado (Apêndice A e B) para cada grupo de sujeitos: usuários e profissionais do serviço de atenção em saúde em questão, com as garantias que seriam dadas aos que se dispusesse a colaborar e, uma cópia deste consentimento foi deixada com a pessoa entrevistada.

Para garantir o anonimato dos participantes foram utilizados nomes fictícios escolhidos pelos próprios entrevistados e, evitada a referência específica à idade de cada um. Nas publicações em meio científico, serão evitadas as referências à idade de todos os sujeitos e, no caso dos profissionais, não será referida a função desempenhada.

4.6 Os Passos da Análise

Para analisar as falas, enquanto práticas discursivas e, buscando Identificar os sentidos construídos sobre a assistência prestada e recebida, neste serviço, os seguintes passos foram tomados:

1º Transcrição da entrevista, em sua íntegra;

2º Padronização da transcrição, criando um banco de dados, onde todas as entrevistas foram ordenadas, pelos dados de identificação, com nomes fictícios, com registros de antecedentes de observação recolhidos do diário de campo (forma de contato prévio, local e hora da entrevista, contratempos, contexto, dentre outros);

3º Leitura e releitura das entrevistas buscando uma apreensão global da entrevistas, dos seus aspectos dinâmicos e interativos;

4º Identificação dos temas comuns que emergiram da fala das pessoas entrevistadas, utilizando os objetivos pré-estabelecidos como pano de fundo. E, neste momento, já confrontando os dados com a nossa revisão bibliográfica, fomos nos encaminhando neste processo de análise;

5º Agregação dos temas e evidenciação das categorias analíticas que se constituíram nos sentido acerca da assistência prestada, tanto na visão do profissional, quanto do usuário.

6º Tentamos captar como as diferentes visões e, quais as ações que podem advir e serem negociadas a partir destes sentidos, com vistas à melhoria da qualidade da assistência prestada.

O referencial teórico metodológico que subsidiou a elaboração da pesquisa foi o paradigma pós-moderno da ciência e, as perspectivas teóricas do construcionismo social de Gergen (1985) e Spink (2004) e, da desinstitucionalização de Rotelli (2001). Para a análise dos eixos temáticos e as respectivas categorias que emergiram da fala dos sujeitos, autores que guardam relação com o tema ou que fazem interface com ele foram também acessados.

A seguir, vislumbrando trilhar os caminhos impostos pelos critérios éticos e

localizar o leitor em nossa trajetória metodológica, faremos com um breve relato de como ocorreu a nossa entrada no campo de pesquisa.

4.7 Breve Relato da Entrada no Campo

Após contato prévio e bem sucedido com a Secretaria Municipal de Saúde, para autorização da realização da pesquisa e apresentação da cópia do projeto, nos encaminhamos para o serviço escolhido para realizá-la: o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) “Doutor Sadí Feitosa Carvalho”.

As primeiras visitas a este CAPS foram realizadas em julho de 2003, no intuito de aproximação com o campo a ser pesquisado e para favorecer o aperfeiçoamento e mais clara conformação do nosso objeto de estudo. Fizemos isso, com a ajuda de uma docente do Curso de Graduação em Enfermagem - que supervisionava a prática de alunos em serviços substitutivos no município. Sua ajuda foi de grande valia, pois essa vinha mantendo, há um bom tempo, um nível satisfatório de aceitação pelas pessoas que o integram, desde profissionais até familiares e usuários.

No momento em que ocorreram estes primeiros contatos, havia muita expectativa no ar, pois haveria um concurso em breve ao qual, todos os profissionais se submeteriam, exceto a psicóloga e a enfermeira que já eram efetivas do serviço. O clima de expectativa era também, de esperança dos profissionais em passarem neste concurso. O CAPS vinha funcionando, com trinta e dois funcionários, com função de prestadores de serviço admitidos para cargos de confiança, contratação temporária ou assessoria, além de duas estagiárias: uma terapeuta ocupacional que era a única no Centro e as duas profissionais concursadas já citadas. Profissionais que até então, na sua maioria, tinham experiência de trabalho em hospital psiquiátrico. As deficiências mais nítidas eram e, continuaram sendo após o concurso, na área de enfermagem, com uma única enfermeira no serviço no período vespertino, em terapia ocupacional e assistência médica. Pois, o serviço, como já foi dito, contava com um profissional médico que acumulava a função de médico-psiquiatra com o de diretor técnico.

O concurso para efetivação foi realizado e, um número significativo de

profissionais do CAPS não passou, obrigando-os a deixar esse trabalho. Após o concurso permaneceram o diretor técnico, dois psicólogos e uma enfermeira, pertencentes à equipe anterior. Uma equipe de novos profissionais foi admitida e assim, vieram integrar este cenário: nutricionista, farmacêutico, educador físico, terapeuta ocupacional, assistente social e auxiliar de enfermagem. Para a maioria desses profissionais, o CAPS é a primeira experiência em serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico.

A transição da equipe nos pareceu difícil, tanto para os usuários quanto para os novos profissionais admitidos. Acompanhando essa mudança que compulsoriamente, para todos, aconteceu de forma rápida, iniciamos a pesquisa de campo. A fala dos sujeitos revela muito dos sentimentos suscitados por este momento histórico vivenciado no CAPS.

Este não foi o único revés sofrido. Durante a nossa permanência no serviço, ocorreram também dois roubos à Unidade durante a noite. No primeiro, os ladrões levaram computador, televisão e aparelho de som; mesmo assim as atividades diárias prosseguiram. Já numa segunda vez, levaram tudo o que podiam, de cadeiras a panelas, devastando a mobília dos consultórios, da copa e da área externa destinada aos trabalhos grupais. Desta vez, o serviço foi desacelerado, e as ações de saúde disponíveis constituíam-se em algumas visitas domiciliares, atendimento individual aos usuários quando procuravam e distribuição de remédios receitados.

Todas as entrevistas realizadas aos profissionais ocorreram antes do segundo roubo, fluíram com tranquilidade e tivemos facilidade de acesso a esse grupo de sujeitos.

Ao iniciarmos as entrevistas com os usuários, o processo se deu de forma diversa. A facilidade de acesso aos profissionais, que se deveu ao pleno funcionamento da unidade enquanto perduraram as entrevistas, sofreu o segundo revés. Um novo roubo levou a equipe a decidir pela suspensão das atividades, realização de um esquema de plantão, em que os profissionais se revezavam em pequenos grupos e, em dias da semana pré-determinados. O horário de funcionamento ficou restrito ao período da manhã. O carro do serviço que ali

permanecia e sempre auxiliou no desenvolvimento das ações externas foi colocado à disposição da secretaria municipal de saúde, vindo apenas quando requisitado por uma das assistentes sociais ou direção técnica.

Mesmo diante das dificuldades encontradas no contexto devido à limitação do atendimento por ocasião do roubo à unidade, nos foi possível contatar dez usuários com história de internação psiquiátrica. Dentre estes, oito foram entrevistados, pois com dois deles tivemos dificuldade em entender claramente o que falavam, impedindo uma comunicação mais clara e a abordagem de todas as questões que norteavam a pesquisa. Desta forma, a seleção para a apresentação dos elementos do discurso de oito entrevistas foi praticamente imposta por esta situação.

Os oito usuários foram contatados e entrevistados durante os plantões matutinos, quando vinham para atendimento ou em busca da medicação anteriormente prescrita. Todos foram entrevistados na unidade de saúde, exceto um que foi entrevistado na residência de um familiar.

Outra dificuldade sentida foi o número restrito de usuários com história anterior de internação, já que esse era um requisito previamente definido para selecionar os sujeitos a serem entrevistados. Segundo um dos profissionais da equipe anterior, havia uma política interna de dar preferência à admissão de usuários novos. Isso é, pessoas nos primeiros surtos, ausentes de internação, no intuito de se contar com menor chance de internamento e, nessa lógica, com maior chance de sucesso com o tratamento.

Esta estratégia não é publicamente assumida pelo serviço e nem se caracteriza, para o Ministério da Saúde, na política de funcionamento dos CAPS - Centro de Atenção Psicossocial. Caso essa atitude política não explícita seja real, poderá estar indicando a dificuldade em deter o fluxo das internações quando se trata de pacientes egressos.

Demos seqüência ao trabalho, buscando nos aproximar do campo a ser pesquisado, desenvolvendo todos os passos para dar sentido ético para esta pesquisa. A disponibilidade dos profissionais, e a nossa presença diária no campo, durante o período em que a unidade estava em pleno funcionamento, contribuiu

para que o tempo gasto para realizar as entrevistas com este grupo levasse um pouco mais de um mês.

As entrevistas para o “teste-piloto” ocorreram nos primeiros meses do ano de 2004, antes da realização do concurso público que, culminou no processo de mudança da equipe. As entrevistas definitivas ocorreram após a contratação dos novos profissionais, admitidos neste concurso e, incluíram também: quatro profissionais já anteriormente efetivados e que permaneceram atuando, depois desta ocorrência. Foram guiadas por roteiro de perguntas semelhantes às realizadas com os usuários e buscaram responder as seguintes perguntas: Como descrevem, avaliam e quais as faltas sentidas e anseios de mudança na assistência que prestam?

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Segundo Spink e Gimenes (1994), ao nos se interessarmos pelo sentido que os sujeitos produzem sobre o fenômeno investigado através do discurso, faz-se necessário desenvolvermos a sensibilidade às diferentes narrativas ou vozes que circulam sobre o mesmo no contexto social selecionado, sem deixar de considerar que ao estar inserido neste contexto, influencia e sofre a influência direta da cultura local e do momento histórico em que a pesquisa é realizada.

Sendo esta uma prerrogativa básica de toda metodologia qualitativa, compete a nós assumirmos a assistência em saúde mental como um fenômeno histórico e social complexo e, analisá-la dentro da realidade também histórica e cultural que a circunda e determina (BOGDAN e BIKLEN, 2003). Para tanto, realizamos uma análise dos resultados onde o material coletado, as evidências e as informações adicionais se somam para contextualizar e ampliar a nossa visão do problema e o conhecimento teórico acumulado a respeito dele.

Nesta forma de produção de conhecimento, denominada de pesquisa qualitativa de cunho construcionista, o sentido – aqui procurado e já citado é:

Uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente, interativo, por meio das quais, as pessoas - na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas - constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta (SPINK, 2004, p. 41).

Para Spink e Freeza (2004), este conceito construcionista de sentido incorpora a noção de que os termos que utilizamos para descrever e explicar o mundo são construções humanas, integram nossas convenções, práticas e peculiaridades. São construções históricas e culturais. O que significa afirmar que somos produtos de nossa época; não escapamos das convenções, ordens morais e estruturas de legitimação que integram a nossa vida, o nosso mundo. Mas, significa, sobretudo, que cabe a nós examinar essas convenções, compreendê-las, questioná-las, tornando a pesquisa:

Um convite a aguçar a nossa imaginação e a participar ativamente dos processos de transformação social. Impõe-se em contrapartida, a necessidade de explicitação de nossas posições, não uma escolha arbitrária entre opções tidas como equivalentes, mas uma oposição refletida a partir, de nossos posicionamentos políticos e éticos (SPINK; FREEZA, 2004, p. 32).

Foi na busca de coerência com esta perspectiva teórica - metodológica e, comprometidos com a efetivação do processo de reforma psiquiátrica brasileira, guiada pelo paradigma pós-moderno e os princípios da desinstitucionalização, que a nossa análise da prática discursiva, ou ainda da fala ¹³, dado empírico por excelência, foi guiada para a compreensão e interpretação do sentido.

Procurando apontar para os aspectos mais subjetivos da realidade a ser investigada, a entrevista foi o recurso priorizado para a coleta deste material discursivo. Neste e nos próximos capítulos o enfoque é a apresentação e análise das falas suscitadas por estas entrevistas que intentam investigar os sentidos produzidos acerca da assistência em saúde mental, segundo a perspectiva de prestadores e receptores da mesma, ou seja, de profissionais de saúde e usuários do serviço em questão - principais protagonistas desta assistência.

Apesar de contarmos com vinte e uma entrevistas realizadas e transcritas, após a transcrição e leitura atenta de todas as entrevistas de ambos os grupos de sujeitos, observamos a repetição de conteúdos. No intuito de realizar uma análise cuidadosa, optamos por eleger dezesseis delas, sendo: oito de usuários e oito de profissionais de saúde que integram este serviço. Detivemos-nos primeiramente na apresentação das falas dos usuários, para depois dos profissionais.

Entramos assim, numa nova fase de trabalho com os discursos produzidos, realizando a releitura destas entrevistas selecionadas por repetidas vezes, buscando uma maior proximidade e incorporação das práticas discursivas. O que favoreceu uma visão total e também, particular dos seus conteúdos.

Em busca desta maior visibilidade do conjunto de entrevistas, e das diferentes

¹³ Considerando que a **linguagem** é a ação focalizada nesta pesquisa, que é determinada e constitui o contexto histórico e social em que é produzida, utilizamos os termos: fala nos referindo ao mesmo termo que Spink (2004) denomina de práticas discursivas: as maneiras pelas quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas.

características da construção discursiva, foram definidos dois eixos temáticos. E, a seguir, partindo de cada um destes eixos temáticos, selecionamos as “categorias dos participantes”¹⁴, existentes em cada um e, que possuíam potencial para serem agrupadas, compondo um grupo mais seletivo e mais ilustrativo para o objetivo desta pesquisa.

Na tentativa de apresentarmos essa produção lingüística de forma a percorrer o caminho histórico da assistência em saúde mental, apresentaremos os eixos temáticos que se encaminham para os sentidos da internação em instituição fechada, até a assistência em um serviço substitutivo, dito aberto, do tipo CAPS.

Começaremos por apresentar os elementos da fala dos usuários como produtora de sentidos da assistência recebida e, em seguida a fala dos profissionais de saúde como produtora dos sentidos da assistência prestada.

5.1 Apresentação dos resultados obtidos junto aos usuários

Junto aos usuários do serviço aberto em questão, foram selecionados os seguintes eixos temáticos e suas respectivas categorias:

1º Eixo: A Assistência em Saúde no Hospital Psiquiátrico:

Hospital como espaço de proteção e aprisionamento;
Hospital como instituição normatizadora;
Hospital como espaço de violência.

2º Eixo: A Assistência em Saúde no CAPS:

CAPS como filtro das internações;
CAPS como acesso aos medicamentos;
CAPS como possibilidade de poder voltar para casa;
CAPS: portas que se abrem...
CAPS: as expectativas de superação

¹⁴ Para Spink e Menegon (2004, p. 300) as **categorias dos participantes** são conceitos usados, sugeridos ou tomados relevantes para os participantes. E, se referem aos termos, enunciados, palavras ou idéias principais que nos encaminham para o alcance dos objetivos da pesquisa.

5.2 Apresentação dos resultados obtidos junto aos profissionais

Junto aos profissionais, os eixos temáticos se repetem e, as categorias se especificam:

1º Eixo: A Assistência em Saúde em Hospital Psiquiátrico:

O Hospital Psiquiátrico como recurso assistencial ainda necessário;

O Hospital como experiência negativa na formação dos profissionais.

2º Eixo: A Assistência em Saúde no CAPS:

CAPS como uma nova experiência criativa;

CAPS: o aprendizado.

Após a apresentação das categorias dos sujeitos, buscamos refletir de forma crítica sobre as “matrizes de eventos”, que segundo Spink (2004) correspondem às dimensões políticas, ideológicas, históricas, individuais, que condicionam ou determinam tais categorias e, conseqüentemente, o conhecimento e a prática que está a sendo gerada neste espaço particular de atenção em saúde mental.

Santos (2003a) defende a reflexão crítica, a indagação constante de todo tipo de conhecimento produzido e, a introdução à ordem do valor e da ética sobre estes conceitos para avançarmos no caminho da justiça social. Para Spink (2004) e Spink e Freeza (2004), sob a ótica do social construcionismo, mas de forma semelhante a de Santos (2003a), é no interstício do que está instituído e o instituinte - entre o habitual e não familiar, que podemos focalizar as rupturas necessárias para que novos sentidos da vida prática sejam construídos.

Dentro deste propósito, apresentaremos os resultados advindos da interação com ambos os grupos de sujeitos, nos encaminhando para um capítulo final onde pretendemos gerar tal reflexão.

5.1 OS RESULTADOS OBTIDOS JUNTO AOS USUÁRIOS

Breve Apresentação dos Usuários Entrevistados

Oito usuários, oito vidas, múltiplos sentidos. Para proporcionarmos ao leitor maior aproximação com estas pessoas, apresentamos uma breve caracterização de cada uma delas, sem nos ater, no entanto, às psicopatologias diagnosticadas ou sob suspeita diagnóstica.

Todos os usuários – sujeito desta pesquisa, como já foi dito, possuem história pregressa de internação. Desde uma única e breve até várias e contínuas internações. O número de internações a que foram submetidos varia de uma a trinta e nove vezes. No momento presente, todos ainda vivem sob o risco da internação em hospital psiquiátrico, já que esta é a única referência de leito psiquiátrico no município. O tempo de tratamento destes sujeitos no CAPS varia de três meses a cinco anos. A maioria é constituída de adulto jovem, com idade que varia entre vinte e oito a trinta e sete anos; apenas um deles tem mais de cinquenta anos. Dois são considerados egressos¹⁵ pois, no momento da entrevista estavam de alta, são acompanhados, mas não freqüentam o CAPS diariamente. A maioria mora na companhia de familiares, os únicos dois usuários que moram sozinhos são vizinhos de familiares. O CAPS conta com a delimitação de sua área de abrangência, mas pela insuficiência deste tipo de serviço no município, percebe-se que ocorre a extensão, o extrapolar desta área de abrangência. Porém, todos os usuários por nós entrevistados residiam dentro da área de abrangência deste serviço.

Começemos por Elí, 59 anos, estudou até a sétima série do primeiro grau, antes do adoecimento trabalhava como costureira. Atualmente trabalha como doméstica, é matriculada no CAPS há dois anos, e no momento da entrevista, está como usuária egressa. Aos trinta anos sofreu a sua primeira crise, desde então foi internada em todos os hospitais psiquiátricos da cidade, completando um total de

¹⁵ Neste serviço, a referência **usuário egresso** é feita àqueles usuários considerados em alta do tratamento intensivo ou semi-intensivo (diário ou em dias alternados), mas que retornam ao CAPS com uma freqüência menor e, não aos usuários que já sofreram internação em hospitais psiquiátricos e são considerados egressos destas instituições.

trinta e nove internações. Segundo ela, passou boa parte da vida adulta dentro do hospital e, era internada de duas a três vezes no ano. Não há, no prontuário, registros da sua história pregressa, ou fato ocorrido que possa ter desencadeado o seu adoecimento. Reside com uma filha e sua neta. Elí fala e se expressa com muita facilidade, tem uma visão crítica do funcionamento do serviço, mas não deixa de frisar que a assistência no CAPS foi capaz de interromper o ciclo de internações sucessivas a que vinha sendo submetida, deixou de fumar, e segue melhor com o tratamento da hipertensão e do diabetes.

Lenira, 37 anos, casada, vive com o marido, não tem filhos, chegou a sofrer dois abortos e refere ter desistido de engravidar. Trabalha desde os treze anos como doméstica, casou-se aos vinte e um e aos trinta anos teve a sua primeira crise. Foi internada por três vezes, em três hospitais psiquiátricos diferentes. Na última internação foi encaminhada pelo próprio CAPS. Há três anos segue tratamento semi-intensivo no CAPS. Lenira é uma jovem mulher, tem uma aparência agradável e, durante a entrevista falou o tempo todo com a voz trêmula, numa tonalidade baixa, mas com os olhos fixos em mim durante toda a nossa interação. Estava com a medicação a ser usada durante a semana na mão, no envelope tinha: Carbolitium, Haloperidol, Amytril, Biperidina e Diazepan.

Maiara, 36 anos, há cinco anos frequenta o CAPS, desde a sua inauguração, em tratamento semi-intensivo por três dias na semana. Segundo ela, sua história de adoecimento se deu após a perda da mãe, de forma abrupta, em um acidente de carro, seguida pela separação do primeiro marido e de um segundo casamento frustrado e da perda de uma filha. Tais fatos fizeram com que ela se isolasse, tinha crises de choro constantes, chegando a perder todos os dentes, devido a uma piorrêia causada pelo fato de não se sentir em condição de realizar o seu autocuidado. Ela sofreu quatro internações em hospital psiquiátrico privado, todas no mesmo hospital e facilitadas pelo profissional que a atende no CAPS e trabalha lá. Hoje, está aposentada, tem sua carteira de transporte gratuito e tem a sua própria casa. Apesar da pouca idade não desenvolve nenhuma outra atividade. Estando em casa, diz dormir a maior parte do tempo. Está nitidamente com sobrepeso. Sua casa é vizinha a das irmãs, conta com o apoio das mesmas e dos sobrinhos, que não a deixam sozinha, lhe dão suporte e cuidam para que ela saia de casa, passeie e

freqüente as reuniões de família. Ao longo destes anos de tratamento, diz ter feito amizade com muitos trabalhadores e usuários do serviço local de saúde mental, que sai com eles, que freqüentam sua casa assim como ela também os visita.

Richard, 47 anos, solteiro, analfabeto, se trata no CAPS há dois anos e o freqüenta duas vezes por semana, após uma única e extensa internação psiquiátrica que, segundo Richard, durou quatro anos. Internação que se deu após sua vinda da Bahia para morar com as duas irmãs que residem em Maceió, sendo ocasionada pelo uso abusivo de álcool e por fortes crises de epilepsia a que era acometido. Foi o único entrevistado no espaço domiciliar, não na sua casa, mas na casa da irmã que mora no mesmo quarteirão que ele. Na casa dela passa o dia e desenvolve alguns trabalhos de pedreiro. Apesar de estar tentando, ainda não conseguiu a aposentadoria, tem dificuldade para arrumar emprego devido à doença. Mas, durante o fechamento do CAPS, devido ao roubo ocorrido, ele fez bicos como pedreiro para as irmãs e vizinhos, conta com os remédios que são fornecidos pelo serviço, e com a ajuda de uma das irmãs para pagar o aluguel do quatinho onde reside sozinho.

Paulo, 30 anos, casado, mora com a esposa, os dois filhos, e a cunhada na casa de sua sogra, pois depois que adoeceu, vive do benefício do INSS que, segundo ele não é suficiente para prover a família e alugar um imóvel pra morar. Sofre de hipertensão. Acredita que o seu adoecimento psíquico e hipertensão se devem à forte pressão sofrida no trabalho. Trata-se no CAPS há dois anos, hoje freqüentando o serviço duas vezes por semana. Tem poucos amigos, diz ter um temperamento irritável da mesma forma que os seus irmãos. Segundo ele, já esteve por várias vezes internado devido à tentativa de suicídio. Ficou aparentemente tenso durante a entrevista, tremeu bastante para assinar o seu nome, a letra inicial que era bem visível foi se findando num traço ilegível. Diz se sentir discriminado pelo adoecimento psíquico. Durante a entrevista ficou implícita a sua não perspectiva futura de trabalho ou de melhora do estado de saúde.

Givaldo, 33 anos, analfabeto, solteiro, mora com a mãe. Após dois anos de tratamento, hoje é considerado egresso no CAPS, quando adoece conta com apoio de familiares que trabalham na rede pública de saúde. Não possui fonte de sustento, viveu um tempo albergado em um colégio e hoje, por intervenção do serviço, vive

com a mãe, irmãos, com sérias dificuldades financeiras e com história familiar e pessoal de alcoolismo. Teve a sua primeira crise aos vinte anos depois de voltar de uma tentativa frustrada de trabalhar e fazer a vida em São Paulo. Após o seu adoecimento perdeu a guarda do filho e foi abandonado pela mulher com quem vivia maritalmente. Teve e continua tendo sua trajetória marcada por várias internações, desde a adolescência quando teve sua primeira crise. No momento da nossa interação queixou-se que a medicação vem lhe causando muita dor de estômago e vômito com sangue. Tem sofrido várias internações por este problema que continua a perseguí-lo. Tem dificuldades em seguir o tratamento, são muitas as suas ausências.

Maria Fernanda, 28 anos, solteira, diz morar com mãe e a filha de três anos. Conta que durante a gravidez e depois que teve a filha, entrou em depressão e que logo após o parto eram sucessivas as alucinações. Em seu prontuário consta que tem dois filhos fruto de relações passageiras, deixando para a mãe o cuidado de ambos, e que vive em condições que “beiram a miserabilidade”. Afastada do trabalho de doméstica pelo INSS, vive de benefício, recebe tratamento no CAPS há três anos, agora em tratamento semi-intensivo duas vezes por semana. Sofreu uma internação em hospital psiquiátrico que durou aproximadamente dois meses, sofre de hipertensão, está com sobrepeso, sendo que o mesmo lhe tem gerado dificuldades em controlar a pressão arterial. Maria Fernanda, acha que está demorando a melhorar e que, tal fato, em muito se deve a incompreensão dos familiares (principalmente da mãe que dificilmente participa das reuniões de família) e dos profissionais do serviço. Durante a entrevista nos pareceu visivelmente desanimada, triste, chorou várias vezes.

Val, 28 anos, estudou até a quarta série do primeiro grau, mora com a mãe e um primo, em casa própria e de alvenaria num bairro próximo ao CAPS, mas visivelmente sem recursos: desde a mobília até a comida, É solteiro, desempregado há vários anos, vive da ajuda da mãe aposentada. Fizemos o primeiro contato através de visita domiciliária. Atendeu prontamente ao nosso pedido de participação e, nos encontramos na própria instituição para a realização da entrevista. Estava freqüentando o CAPS duas vezes na semana. Tão logo nos conhecemos, chamou-nos a atenção o seu baixo peso e a pele ictérica. Refere ter tido duas internações

em hospitais diferentes, com tempo médio de um mês e meio cada uma. Seu biótipo e tempos de internação sugeriam tratar de alcoolismo. No prontuário local não havia menção sobre essa suspeita diagnóstica, tinha apenas o registro da medicação (Neozine que teve sua dose aumentada de um comprimido para cinquenta gotas). Foi encaminhado a esse serviço pelo enfermeiro do Programa de Saúde da Família da sua comunidade, mas não houve contato entre os profissionais de ambos os serviços até o momento da entrevista. Posteriormente, soube-se que sofre de Diabetes e alcoolismo.

Estes foram os oito usuários entrevistados. Para que possamos prosseguir em nossa análise, tomaremos a exposição da fala destes mesmos usuários, dentro dos eixos temáticos propostos, como o nosso primeiro referencial na busca dos sentidos produzidos acerca da assistência em saúde em serviços substitutivos.

Antes, porém, precisamos considerar que a avaliação sobre a assistência se fez presente em todo o momento da interação. Não há como negá-la ou ocultá-la, toda descrição, pensamento e opinião guardam uma avaliação implícita ou explícita do(s) serviço(s). Ao adotarmos a postura construcionista nos propomos a menos explicar e mais refletir e criticar a realidade descrita. Neste sentido, este trabalho assume seu caráter crítico-reformista comprometido com a assistência em saúde prestada em instituição pública, com as pessoas que vivenciam o sofrimento psíquico e utilizam estes serviços e, com os profissionais que nele atuam.

O primeiro eixo temático, apresentado a seguir, aponta para os sentidos da assistência recebida e produzida através da experiência vivenciada de internação em hospital psiquiátrico entre os usuários entrevistados.

5.1.1 A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Acerca da assistência em hospital psiquiátrico, os usuários falam de experiências negativas vividas neste espaço. Descrevem a assistência manicomial como um tempo de sofrimento, controle e isolamento. Os sentidos produzidos acerca desta modalidade de assistência dizem respeito a ter o hospital como: espaço de proteção, contenção e aprisionamento; instituição normatizadora e; espaço de violência.

Desse primeiro eixo temático, emergiram categorias que se seguem.

5.1.1.1. Hospital como espaço de proteção e aprisionamento

Evidencia-se a presença do sentido de proteção que o hospital confere aos usuários, quando em seus momentos de crise se vêem obrigados a recorrer a esta forma de tratamento. Paulo, que há dois anos segue tratamento no CAPS, acha necessário o hospital para proteger-se do suicídio. Diz:

“Eu, eu, já entrei muito no hospital, porque às vezes eu fico com muita tristeza, querendo me matar, daí eles pegam e me bota lá, quem é que vai ficar tomando conta de mim? Direto? Pra eu não me matar? Aí, tem que botar num canto que eu fique (...) que me olhem, né?”

O sentido de proteção vem, ao mesmo tempo, acompanhado por uma expressão de contenção e reclusão quando afirma que “*pegam e botam lá*” ou “*tem que botar num canto*”. Esse “canto” que o protege, também promove sua contenção e reclusão. No discurso de Paulo os sentidos de proteção e aprisionamento, produzidos pela experiência da internação, são compartilhados quando afirma:

“Por uma parte eu acho bom, né? Por uma parte, né? Quando a pessoa quer se matar, né? Só que eu acho ruim por outra, a pessoa tem que ficar lá preso, a pessoa tem que ficar preso. Aqui, o cara aqui você ainda vai pra casa, junto com a família, lá tem que esperar você sair pra poder ir pra casa”.

Lenira tendo passado pela experiência de internação em três hospitais psiquiátricos diferentes, justifica o motivo pelo qual “*não gosta de internar*” quando afirma,

“No Hospital eu era como uma... Me sentia como uma prisioneira”.

Givaldo, ao mesmo tempo em que expressa esse mesmo sentido: o sentido de prisão que a internação lhe causou, compara sua experiência como a de um “passarinho preso”, verbalizando assim a aflição sentida,

“O sujeito fica preso ali dentro, fica preso, que nem prende um passarinho, né? Prende a gente como eles prendem um passarinho”.

Tal como um ‘passarinho’ que, apesar de ter nascido livre e com capacidade de voar, acaba preso na gaiola, numa escravidão praticada pelos homens e, cuja aflição é sensivelmente descrita neste pequeno trecho da poesia intitulada “O Pássaro Cativo”:

Deus me deu por gaiola a imensidade!
 Não me roubes a minha liberdade.
 Quero voar! Voar!
 Estas cousas o pássaro diria, Se pudesse falar,
 E a tua alma, criança, tremeria, vendo tanta aflição.
 E, a tua mão tremendo lhe abriria a porta da prisão!

Olavo Bilac

5.1.1.2 Hospital como instituição normatizadora

O excesso e a fixidez de regras, de horários estabelecidos, somados à baixa capacidade dos usuários de negociar suas necessidades, se conformam em mecanismo do cerceamento da autonomia, da liberdade.

Neste sentido, o hospital é tido como uma máquina burocrática muito eficaz e longe dos sujeitos que deveriam utilizá-la. Para Maiara o fato de não estar internada, lhe trouxe a libertação da rigidez de horários imposta pelo hospital.

“A casa da gente é uma coisa, o hospital é outra, né? Hospital pra tudo você tem regra, tudo você tem hora de fazer, na casa da gente a gente faz na hora que quer e no hospital, não. No hospital é horário pra comer, horário de tomar o remédio, horário de brincar, horário de...”.

Lenira também fala da rigidez dos horários que leva à objetivação das pessoas submetidas às normas institucionais,

“Ah, lá no hospital era horrível. Você tem que ter hora pra dormir; tem hora pra acordar; hora pra comer, hora pra tomar o remédio”.

A imposição das regras pela instituição vai “cuidando” de garantir, de forma crescente, o cerceamento da liberdade destes usuários. Essa opressão traduzida em normas e, dentre elas a rigidez dos horários e a repetição dos tempos, reforçam o sentido de aprisionamento, relatado anteriormente, e sob o qual a pessoa internada acaba se sujeitando.

Para Machado (2004, p. 486), esta “estratégia da ordem”, ditada pelo paradigma da internação, tem como objetivo ordenar o que está fora de lugar, o que não pode conviver em sociedade, ou, seja, o que deve ser isolado, recluso. Neste sentido, recolher (seqüestrar) o doente mental seria “a primeira condição de qualquer terapêutica da loucura”.

Os usuários demonstram sentirem-se dentro dessa terapêutica uma vez que, subliminarmente, o princípio da autoridade da instituição manicomial esteve presente em suas experiências de internação, sufocando conseqüentemente suas necessidades e desejos.

Para Saraceno (1999, p. 64), esta função ordenadora guarda em si a complexidade da ordem do patrão, mas também a do pai. Para ele,

O manicômio não é senão a expressão física de uma suposta ciência que é ideologia mesmo, quando exercita duas funções (de paternidade e domínio), que por definição excluem a hipótese da dúvida, ou seja, de colocar-se ela própria em questão, o que é, ou deveria ser, a marca do método científico, ou seja, da razão não burguesa. É a razão, do pai e do senhor, que funda a cientificidade da psiquiatria, é uma entre as possíveis razões, exatamente a razão burguesa.

Para tanto, não basta humanizar o lugar desumano, mas deter a convivência entre técnicos e esta ideologia burguesa, rompendo com uma cientificidade fundada sobre a normativa paterna e a violência do dominador. Violência que se caracteriza num dos principais sentidos da assistência recebida, sob a ótica destes usuários, no espaço hospitalar.

5.1.1.3 Hospital como espaço de violência

Ao relatarem as experiências com internação psiquiátrica, fato comum é a violência sofrida ou presenciada neste espaço. Givaldo, após inumeráveis

internações, justifica sua queixa em relação ao tratamento recebido no Hospital,

“Lá, quer dar um no outro, quer bater no outro, aquele que não for mais forte apanha, quer bater no outro, quer tomar as coisas da gente, a gente não pode dormir de noite, porque o paciente mesmo pega as coisas da gente, o paciente, é!”.

A ausência da privacidade, a desconsideração da sua individualidade refletida na possibilidade constante de ver suas coisas tomadas, evidencia a não garantia do seu próprio espaço dentro da instituição, de onde se derivam as várias brigas, agressões, confusões e ameaças.

Diante dessa situação, Givaldo busca ao seu modo, adequar-se ao que o ambiente lhe impõe ao continuar dizendo:

“A gente tem que deixar pra lá, porque se a gente for dizer alguma coisa é pior, né? Se a gente for dizer alguma coisa é pior, eles querem é ferir a gente, eles querem machucar a gente e, quando o médico vem perceber já é tarde, já entrou o outro dia”.

A ausência da escuta de necessidades, o descuido, o abandono, contidos no relato acima, nos remetem a Goffman (1987, p.312), quando afirma que na internação psiquiátrica as pessoas podem se descobrir numa “atadura muito especial”. E,

Para saírem do hospital ou, melhorar sua vida dentro dele, precisam demonstrar que aceitam o lugar que lhes foi atribuído, apoiar o papel profissional dos que parecem impor essa condição, o que cria uma espécie de servidão moral onde, doentes e profissionais podem ser esmagados pelo peso de um ideal de serviço que torna a vida mais fácil para todos.

Na verdade, o que se desvela nesta “instituição total” - denominação dada ao hospital psiquiátrico por Goffman (1987), é a existência de um poder instituído que abarca e oprime a todos.

Basaglia (2005) ao analisar estas forças que agem sobre a pessoa internada, tão profundamente, a ponto de aniquilá-la, depois de já tê-la afastado da sociedade, reconhece que só uma seria capaz de provocar semelhantes danos: a autoridade. Somente uma organização que é baseada unicamente no princípio da autoridade, renuncia à liberdade do doente para o bom andamento da instituição e, para ele a instituição psiquiátrica asilar “sempre escolheu a eficiência, e em seu nome o doente

foi sacrificado" (BASAGLIA, 2005, p. 54).

Entre os sujeitos que vivenciaram tal autoridade, como é o caso de Givaldo, até mesmo a administração da medicação - um dos recursos terapêuticos utilizados na assistência é visto como mais um fator de opressão,

"(...) Porque lá eles destratam a carne pra dá injeção".

Para Lenira, a violência se deve ao fato de, no hospital, internarem muitas pessoas com dependência química e *"ficar tudo misturado"*,

"É muito agitado lá no Portugal Ramalho, quando eu tava lá, porque tem muita gente viciada em droga, né? Tão ali pra tirar o vício, daí fica misturado com os doentes. Daí, toda noite é uma briga, toda noite é uma briga. As mulheres amanheciam com o olho roxo, brigava uma com as outras (...) Quando pensava que não... Tava a briga. Eu não, o que eu escutava eu deixava pra lá, né? Não ia fala pras outra. Aí, se eu falasse eles iam me, me bater também".

E o *"destrato"*, referido anteriormente por Givaldo reaparece também em seu discurso:

"Eles me agarravam à força pra aplicar injeção, aplicar Diazepan, aplicar injeção em mim pra ver se eu acalmava mais, mas no outro dia era a mesma coisa, voltava tudo de novo".

Isso sugere a carência de contratos mínimos de sociabilidade durante o período de internação. O que deixa a pessoa à mercê do seu próprio problema, sem ninguém para ouvi-lo (exceção que ela mesma faz ao encontro semanal com o psiquiatra) e; *"solta"* em espaços amorfos sem nada para fazer e se ocupar.

Na descrição da assistência hospitalar recebida, Maria Fernanda reafirma a centralidade na medicalização dos sintomas, a ociosidade, o abandono, o sentimento de desconfiança em relação aos profissionais do serviço.

"Lá é assim; só procura a gente pra dá remédio e, uma vez por semana é que a gente passava por psiquiatra, mas psicólogo eu nunca cheguei a passar não, só era atendida pelo psiquiatra e assim: pra tomar remédio. E, lá a gente fica à vontade assim (...) Um salão enorme, um vagão, né? Tem uma praça, que a gente fica assim, passeando, quem quer né? Mas, quem quer fica num canto parado, eu ficava num canto parada, só chorando, entendeu? Porque eu tomava remédio, parece que eu ficava pior, eu ficava mais, mais lenta assim, sabe como é? Porque eu não tinha ninguém pra conversar. Às vezes, no interior, aí você ficava com mais medo ainda, tinha pessoa que quebrava cadeira, outra pessoa batia, era briga, entendeu? A

peessoa pegava remé...Principalmente eu que me recusava a tomar o remédio, eles me pegavam a força pelo braço e, entendeu? Botava o remédio na minha boca pra eu tomar a pulso. Eu chegava a dizer: 'eu não tô me recusando de tomar o remédio pra senhora e fazer isso comigo', mas tinha agressão. No período muito grande que eu tive lá no Zé Lopes, era assim".

Este relato mostra que para o sujeito a assistência dispensada no hospital é privada de trocas, de relações, favorecendo a dependência. Retrata um ambiente que favorece a agressividade, a violência, aumenta a insegurança e o medo.

Para Rotelli (2001a, p.61) a internação realizada dentro dos paradigmas tradicionais de tratamento psiquiátrico, tem como única finalidade a privação, "subtração das trocas, estabelecer relações de mera dependência pessoal". Subtrai das pessoas o direito ao mundo, ao privar a pessoa da sua própria identidade, ao exercer a violência em seu momento de profunda dor, ao reduzir as suas possibilidades de convivência, sociabilidade e produtividade.

Privação a que todos os entrevistados se sentem expostos, pois pudemos perceber de forma muito contundente: não desejam a internação, mas não excluem essa possibilidade que é, na verdade, um risco real. Risco real, na maioria das vezes, determinado pela trajetória imprevisível do seu problema de saúde e dificuldades financeiras que o colocam na condição de dependentes do sistema de saúde local. Sistema que, por sua vez, não dispõe de um número suficiente de CAPS e de serviços substitutivos de referência tais como: leitos psiquiátricos e serviços de emergência psiquiátrica em hospitais gerais que, em linhas gerais, acabam por garantir a centralidade do hospital psiquiátrico.

Centralidade que tem sido responsável, até agora, pela maior parte do conhecimento científico produzido para o entendimento e enfrentamento da doença mental no mundo (SARACENO, 1999).

Gergen (1985), quando critica a racionalidade deste conhecimento científico, compartilha com outros pensadores da necessidade premente de desconstrução da retórica da verdade, através do questionamento de todo conhecimento científico produzido até então com bases na razão.

Portanto, ao considerarmos: **1º** Os sentidos produzidos entre os usuários por nós entrevistados acerca da internação psiquiátrica sofrida; **2º** A constatação feita

por Saraceno (1999); **3º** A perspectiva social construcionista de Gergen (1985) e; **4º** A visão pós-moderna de Santos (2003a), não restará outra saída senão, questionar todo o conhecimento científico produzido pelo paradigma da internação. E, junto a isso, desconstruí-lo em seus princípios mais básicos e em suas verdades mais absolutas, guiando o nosso olhar para o conhecimento do senso comum e a nossa prática não mais para a instituição, seja ela qual for, mas um ocupar-se de sujeitos e responsabilizar-se com o sofrer humano.

O que reforça a importância em se identificar os sentidos da assistência entre estas pessoas, confrontando as experiências vividas em hospital psiquiátrico e em CAPS que, seqüencialmente tem representado em nossa sociedade a “velha” e a “inovadora” forma de agir em saúde mental. Partindo dessa premissa, dessa trajetória histórica, o segundo eixo temático aborda, a seguir, a assistência recebida no CAPS, sob a ótica destes mesmos usuários.

5.1.2. A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE NO CAPS

Neste eixo temático, os usuários apontam para sentidos que caracterizam este serviço como filtro das internações em hospital psiquiátrico, fonte de acesso à medicação. Porém, novos sentidos são desvelados por estas pessoas que já viveram a experiência da internação psiquiátrica, dentre eles: o CAPS é tido como portas que se abrem para acolher seu sofrimento, promover sua estabilidade emocional; prevenir e intervir nas crises. Além de lhes possibilitar o retorno diário ao lar, a redução dos internamentos e da contenção.

Porém, na fala destes sujeitos fica evidente a falta de recursos e de uma maior compreensão deste usuário e dos seus problemas; o medo de recidivas e de que o CAPS tenha suas portas fechadas e, da mesma forma, os desejos de superação que indicam um novo percurso com maior possibilidades de trocas, de expressão de sentimentos e ampliação de direitos.

Dentro desse eixo, emergiram as seguintes categorias:

5.1.2.1 CAPS como filtro das internações

Para Givaldo, a internação no Hospital e depois o tratamento no CAPS integram claramente uma experiência de continuidade entre ambos os serviços. Fica evidente a sua necessidade de se sentir “controlado” diante das crises que o tomam e, ao que parece o CAPS lhe traz esta estabilidade. Porém, parece viver a inevitabilidade da internação hospitalar, onde “destratam sua carne”, mesmo assim ele se vê impelido pela sua “não condição” de ficar no CAPS, o que é validado pelos profissionais de saúde.

“Meu tratamento? Quando eu tô em crise, quando eu tô em crise, eles não conseguem internar mais. Se não conseguir internar no José Lopes não manda para o Miguel Couto, né? Porque lá eles destratam a carne pra dá injeção. Aqui não, eu já tenho a minha injeção controlada, eu tomo a minha injeção, daí eu passo o dia, eu passo o dia aqui e a tarde eu vou pra casa, lá pra umas cinco horas, né? Eu vou pra casa, né? Quando elas vêem que eu não tô com condição de ficar aqui elas me internam, sou internado, vou internado, fico interno e lá tomo a minha injeção também, a medicação”.

E, de certa forma, vive uma ambigüidade, pois, ao mesmo tempo em que diz ser bem tratado por todos; a condição subjetivada de “ser doente” continua presente,

segue a destratá-lo, e “só Deus tem misericórdia”,

“Pra resolver o meu problema só Deus tem misericórdia, vejo vulto, vejo voz e tô seguindo, tenho fé em Deus e tô seguindo, né? E, aqui eles me tratam bem, né? Eles me recebem bem, todos aqui, eles me recebem bem, Graças ao meu Bom Deus, eles me recebe bem(...)No Zé Lopes, na Miguel Couto quando eu tava internado, eles me tratavam bem, o profissional de saúde me trata bem, todos eles aqui me trata bem, todos eles”.

Maiara há cinco anos sendo acompanhada no CAPS, traz no vínculo com o profissional, o “passe facilitador”, “uma ponte” para suas internações,

“O profissional Y é muito bom, o que me atende, sabe do meu problema todinho, porque ele começou a participar da minha vida desde que eu tive a primeira crise, eu sentia muita dor de cabeça e aqui eu tive muito apoio, tive amor, carinho, muito afeto. Eles são ótimos! São bons profissionais, todos eles que trabalham aqui, principalmente o profissional Y, eu gosto muito dele. E, meus internamentos tudo é ele que vai comigo, vai com a minha família e eu lá no Portugal Ramalho¹⁶ pra eu poder me internar na Ulysses, porque só interna se passar pelo Portugal Ramalho, tem que pegar guia pra eu me internar na Ulysses...”

E, em seu discurso, Maiara admiti não querer ser internada, sabe que corre tal risco, no entanto, menciona a rede interligada entre o CAPS e o Hospital;

“Eu passei quatro meses lá porque eu tive uma crise forte, mas eu não pretendo me internar mais. E, se outra vez eu tiver que me internar eu só interno na Ulysses, eu não me interno em outro hospital, por causa do profissional de saúde X, que é meu terapeuta, eu só me interno lá. Eu prefiro...”

Caso tenha que internar, prefere o hospital onde o profissional de saúde do CAPS trabalha. No entanto, vale repetir o que já havia dito em momento anterior,

“Eu tenho fé em Deus, eu fiz uma promessa com Deus que enquanto vida eu tiver eu não vou me internar mais, mas ninguém sabe o dia de amanhã, né? A gente que toma esses remédios não sabe, porque assim: tem dia que eu durmo, tem dia que eu não durmo, tem dia que eu choro”.

A experiência foi de tal forma negativa que Maiara recorreu a uma promessa para não internar mais. No entanto, acredita que o seu problema de saúde tira-lhe a possibilidade de confiança quanto ao seu futuro. E, que perspectiva lhe resta?

Ao que tudo indica, diante da eminência de uma crise, o usuário egresso tem

¹⁶ O **Hospital Escola Portugal Ramalho**, único hospital psiquiátrico público no Estado, tem tido a incumbência de fornecer a autorização de internação para os outros hospitais que, por sua vez, são conveniados ao Sistema Único de Saúde.

grandes chances de regressar ao hospital, não encerrando assim o ciclo descrito por Givaldo:

“A gente vai e volta, vai e volta, vai e volta, não sabe quando vai ficar bom, só Deus é por nós e tem misericórdia”.

Seria esta a única força capaz de quebrar este ciclo crise e internação?

Segundo o Ministério da Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial são unidades intermediárias de saúde mental que se propõem a evitar a internação, seja em hospital geral ou psiquiátrico. Porém, devem visar, não somente a diminuição deste tipo de ocorrência, mas a mudança do modelo de atenção em saúde mental até então, centrado no hospital, sendo referência para a assistência, educação, pesquisa em saúde mental e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2002; BRASIL, 2001b).

Não basta prevenir internações ou diminuí-las, estratégia típica do modelo preventivista, baseado de atenção primária secundária e terciária. Dentro deste modelo, o CAPS reforça o sentido de se ser um filtro das internações mesmo que, diminuindo-as ou aplicando as medidas de prevenção e tratamento precoces. Para Lancetti (1990, p. 81), há uma espécie de progresso-retrocesso, neste modelo de atenção, pois “os grandes pilares da saúde mental continuariam sendo as chamadas retaguardas ou macro-hospitais psiquiátricos”. Neste sentido, ele considera que,

As experimentações singulares que estamos vivendo nos ensinam que em vez de preservarmos-nos dos desequilibrados é preferível nos prevenirmos do asilo [...] Se há algo que temos de nos prevenir é das instituições, das suas organizações, das suas justificações e da imensa ilusão que elas produzem. Seria melhor abandonar a denominação de programas e pensar em estratégias de interrupção das linhas hegemônicas operantes e efetuação de dispositivos de continência e transformação real da vida dos usuários e dos próprios agentes de saúde mental (LANCETTI, 1990, p. 88).

Para os usuários entrevistados, parece estar claro que o sentido da existência do CAPS é evitar a internação psiquiátrica. No entanto, nos depoimentos, percebe-se a manutenção da centralidade do hospital psiquiátrico, fazendo com que o CAPS, de certa forma, se constitua neste “filtro para internação”.

Este fato nos remete para Nicácio (1990), quando afirma que a criação de novos serviços, mesmo com a missão de substituição ao manicômio, por si só, não

quer dizer que foi transformada a lógica de compreender e agir da psiquiatria. Ao que tudo indica, na realidade estudada, a centralidade do hospital permanece mantida e, como consequência, tem o foco na terapêutica medicamentosa, tal como na lógica médico-centrada denominada por Merhy (1998, ver página 30).

5.1.2.2 CAPS como acesso aos medicamentos

Nos últimos anos, os psicofármacos permitiram um grande avanço no enfrentamento dos transtornos mentais. E, não podemos negar que a garantia ao seu acesso, após a Constituição Federal de 1988, foi uma relevante conquista social.

Pudemos observar que o medicamento é reconhecido como principal recurso terapêutico na realidade estudada. Sua centralidade no tratamento é testemunhada nos discursos destes usuários, cuja deficiente condição financeira, faz com que dependam exclusivamente da medicação que é fornecida por esta instituição.

Richard é um exemplo claro desta situação. Após quatro anos de internação em hospital psiquiátrico, o CAPS, para ele, hoje funciona como um lugar possível de obtenção de remédio – uma espécie de “banco de remédios”? Ao entrevistá-lo no domicílio da irmã, soubemos que usa de todos os recursos para sua obtenção, soubemos que até há pouco tempo atrás, ele contava com o fornecimento de medicamentos psicotrópicos pelo hospital psiquiátrico, facilitado por uma funcionária deste local. Este elo do usuário com o hospital, parece ter sido uma prática anteriormente utilizada, e que hoje, vivencia impedimentos e vem sendo dificultado pela atual política de saúde, o que o leva a apenas contar com o CAPS para tal. O tratamento recebido neste espaço foi assim descrito por ele:

“O meu tratamento tinha sido todo dia, todo dia que eu ia eu pegava a minha recei...O meu remédio, né? Todo dia eu(...)Dois dias na semana que eu ia. Aí, os dois dias que eu ia, eu trazia o remédio. Aí, de repente depois desse negócio desse roubo lá, desse assalto, disseram lá que até as colher levaram. Aí, ele fechou, aí pronto...Ninguém teve mais condições de chegar junto do tal doutor. Aí, a minha irmã ficou de falar com ele amanhã (médico do Hospital), já que a outra (funcionária do Hospital), essa outra conhece ela, aí, ia me levar lá amanhã pra ver como é que ia ficar, porque não vai ter condições de comprar esse remédio pra mim que é caro, né?Aí, é por isso que eu posso pegar só aí no Caps mesmo”.

Mesmo quando indagamos Richard, novamente, para saber como era o seu tratamento no CAPS, antes do roubo, ele reafirma a limitação aos medicamentos, nos dando a idéia de que não está inserido nas atividades desenvolvidas. Isso sugere que a institucionalização se repete no espaço extra-hospitalar.

“Quando eu chegava, eu tomava os dois comprimidos, como eu tomei agora. Eu chegava lá de nove horas, oito e meia, aí eu tomava o remédio, às três horas eu tomo outro daquele grande, não é do pequeno, eu tomo daquele grande e, à noite tomo um grande e um pequeno”.

Mostazo e Kirchbaum (2003, p.788) analisando representações que usuários de um centro de atenção psiquiátrica constroem acerca do tratamento psiquiátrico, evidenciaram que para estes sujeitos a medicação é tida como condição básica deste tipo de tratamento – “tratar é medicar”. Segundo estas autoras esta priorização do medicamento se deve e está diretamente ligado a um “complexo sistema de idéias, expectativas e representações acerca do tratamento”. Sistema que pode integrar o imaginário de usuários, de profissionais e, que pode definir o modelo de assistência prestada.

Buscando um maior elenco de dependências que justificassem o tratamento de Richard em serviço substitutivo, refizemos a pergunta sobre além do remédio, buscando saber o que mais fazia no serviço, ao que respondeu e reafirmou o já dito, acrescentando, porém, o acesso à alimentação, fazendo a seguinte colocação:

“Fazia só isso mesmo. Aí, então, quando trazia o negócio de, de bolacha, quando começou funcionar trazia o negócio: o lanche, o almoço à tarde, almoço ao meio dia que digo e, o café era à tarde, era isso”.

Insistimos mais uma vez, e ele, novamente, descreve um cotidiano repetitivo,

“Tinha brincadeira, mas a brincadeira para pessoa se desenvolver, o que ele (o profissional) fazia lá, não dava pra eu fazer porque eu não conseguia fazer, tudo o que eu fazia. Esse negócio de, de abaixar, de fazer física eu não (...). Eu não consigo chegar a fazer. Era isso, quem sabe e podia fazer, fazia, mas eu não conseguí e disse logo a ele: ‘eu tô aqui, mas não vai dar pra fazer esse negócio, não. Eu não posso pular uma corda, nem chutar uma bola porque a minha perna não consegue’. Então, eu ia somente tomar o remédio e... E, esperar o remédio, que ele dava à tarde quando a gente vinha e, quando chegava às oito horas, nove e meia (...) aí tomava o remédio, aí quando saía à tarde pegava o remédio às quatro horas. Aí, quando era na outra quinta-feira... é segunda ... na terça-feira a gente ia de novo e, já dava a quantidade certa que era (...) a gente chegava lá, segunda, terça e, pronto. O resto da semana botava o remédio dentro de um envelope pra gente tomar no resto da semana pra não faltar”.

Parece que Richard, mesmo fora do ambiente manicomial, se expressa, e expressa seu tratamento como uma pessoa que herdou essa forma institucionalizada de viver, que de certa forma, não vem sendo rompida com o tratamento extra-hospitalar. Vive, ainda, as seqüelas da sua jornada de institucionalizado que, restringe e empobrece o seu cotidiano, carente de trocas e de possibilidade de autonomia.

Institucionalização do viver que para Saraceno (1999, p.71) gera “processos de desabilitação”, onde, a pessoa experimenta todos os elementos da vida cotidiana: dormir, comer, vestir, tomar a medicação, usufruir os espaços, trocar afetos, receber ordens e submeter-se a normas, mas esses elementos assumem “grau zero de troca”, no sentido do empobrecimento humano e material. Para este autor,

O trabalho não pode ser outro a não ser se ocupar das necessidades da pessoa e através delas, entrar em antagonismo com a instituição, o que significa: recolocar em circulação ‘trocas’, reconstruir histórias subjetivas, subjetivar espaços transformando-os em lugares de experiência, inventar recursos, produzir recursos, exigir recursos, reformular direitos, desmascarar privilégios.

Neste sentido, apesar do tratamento medicamentoso ser reconhecido como principal sentido do tratamento para estes usuários, o acesso a esse recurso, tem sido, também, um direito negligenciado. Pois, apesar de ser constitucionalmente reconhecido e respaldado pelo Sistema Único de Saúde vigente, sua falta é fortemente sentida, e quem nos revela é o próprio Richard quando diz,

“Meu problema só é esse aí... A minha falta que tá... Que eu tô sentindo só é o remédio, porque acabou e eu não tô conseguindo tomar como eu tava tomando, então eu queria comprar (...) Eu não posso”

Lenira há três anos no CAPS, chega a ser complacente quando aborda esse mesmo problema:

“Às vezes é porque falta remédio, mas já chegou Graças a Deus! Chegou remédio, chegou ontem. Aí, eu fico... Só sinto falta do remédio, às vezes, porque eu tenho que comprar e, o meu marido não ganha esse dinheiro todo pra tá comprando esse monte de remédio, né? Agora chegou o remédio que eu tava, que eu tava tomando e que tava faltando. O Amytril ficou desde o ano passado (fala em 3/05/2005), mas chegou ontem”.

Se há centralidade na medicação para quem recebe a assistência, as pessoas que não têm condições de adquiri-la sentem a insegurança a que essa falta

traz, pela chance aumentada de uma recidiva, vivendo sob o medo do risco de novas crises, de reviver os sintomas indesejáveis da doença. Sobre isso, Paulo relata:

“Daqui, a medicação que eu tomo aqui me alivia o medo às vezes, a gente sente falta da medicação, eu chego a ver vulto em casa, eu tenho medo”.

Para muitos, o tratamento envolve o medicamento e integra um universo maior de aquisição de direitos. Maiara há seis anos, aposentada e morando sozinha, revela,

“Bom, aqui é bom, porque aqui a gente tem comida, a gente tem palestra, a gente tem carinho... Eu tenho direito dos meus remédios, que eu pego aqui”.

Embora ela fale de necessidades básicas, como comida e remédio, ela também traz o carinho, o que sugere a percepção de ampliação do campo de recursos para promoção do cuidado.

Corroborando e exemplificando este fato, outro direito adquirido com a implantação deste serviço, que é fortemente reconhecido por estes usuários, diz respeito ao poder voltar para casa.

5.1.2.3 CAPS como possibilidade de poder voltar para casa

Este “Poder” se configura num dos sentidos mais evidenciados acerca da assistência em saúde mental recebida neste serviço. Todos os usuários entrevistados, comparando—a ou não à hospitalar, são unânimes em afirmar o retorno para o espaço domiciliar como um dos fatores mais positivos do serviço substitutivo.

Para estes mesmos sujeitos, a principal mudança ao passarem a receber assistência em serviço extra-hospitalar é a conquista do direito do retorno diário para casa, favorecendo sua manutenção junto à família ou, quando sozinho, a garantia de poder estar, todos os dias, em seu espaço de vida particular.

Maiara, após quatro internações e depois de cinco anos freqüentando o CAPS, agora como usuária egressa, compara:

“Aqui é porque a gente volta pra casa, no hospital não, a gente tem que ficar lá. A casa da gente é uma coisa, o hospital é outra, né?”

Este mesmo sujeito, anteriormente caracterizou o hospital psiquiátrico como instituição repleta de rigidez de normas e horários. Portanto, sua liberdade de ir e vir, de estabelecer os próprios horários e, de poder escolher o que vai fazer, faz a diferença.

Elí, depois de tantas internações, parece concordar com Maiara quando diz achar que o tratamento no CAPS é melhor,

“O tratamento é externo (...) A gente volta pra casa”.

Para Richard a possibilidade de voltar pra casa todos os dias, faz com que se sinta útil para a irmã, favorecendo a manutenção dos vínculos e das trocas. Argumenta,

“Pra mim, aqui no CAPS tá melhor, eu tô em casa (...) eu não posso deixar a casa da minha irmã abandonada pra tá internado. Não posso deixar, porque ela tá em São Paulo e, falou que era pra deixar a casa comigo, não era pra deixar a casa alugada, era pra deixar eu tomando conta (...) Eu não posso deixar as coisas da minha irmã a toa, né? Aqui eu posso vir pra casa”.

Evidencia-se a estima aumentada, a crença na própria possibilidade de ser útil, de poder gerenciar situações que compõem as dinâmicas de vida.

Estas falas apresentam, de forma prática, um dos aspectos importantes dos serviços substitutivos que é possibilitar que o usuário, todos os dias, volte para a casa. Evidenciam que a idéia de ‘casa’ traz consigo a organização da prática de cuidados guiados pela estratégia da reabilitação psicossocial, como uma metáfora operacional,

A idéia de casa traz consigo a experiências concretas e complexas de reaprendizagem do uso do tempo e espaço com ritmos domésticos e afetivos, o uso dos objetos e oportunidades da vida diária, não centrada nas diretrizes massivas de cuidado, mas justo o contrário: centrada nas demandas singulares de cada um, como acontece com os diferentes moradores de uma casa (PITTA, 2001, p. 21).

De acordo com esta idéia, quando a assistência em saúde mental em serviço aberto mostra-se comprometida com a busca ou preservação da autonomia e singularidade de cada um destes usuários, ‘o poder voltar pra casa’ pode,

Aumentar as articulações sociais do sujeito com o ambiente e, portanto, de desenvolver as competências que lhe permitam se comportar com sucesso e eficácia no âmbito das normas socialmente compartilhadas (SPIVAK apud SARACENO, 1999, p. 53).

Para tanto, torna-se oportunidade concreta para a reabilitação psicossocial, ao recuperar e fortalecer a contratualidade destas pessoas.

Contratualidade que para Saraceno (1999), se traduz na construção, restituição ou ampliação dos direitos formais e substanciais do usuário. Isto é, a posse de recursos para trocas sociais, afetivas, relacionais e, materiais.

Entretanto, diante da complexidade que tal tarefa envolve, Melman (2001) considera que, os serviços e seus profissionais correm continuamente o risco de reduzir e empobrecer a demanda da clientela, oferecendo-lhe somente os recursos mínimos já consagrados e institucionalizados. Para evitar tal risco, chama a atenção para a necessidade de,

Uma árdua e difícil prática diária que possa dar apoio e sustentação a um número muito grande de pacientes e seus familiares, que, na maioria das situações, apresentam muitas dificuldades emocionais, físicas e econômicas, para a gestão dos seus problemas (MELMAN, 2001, p. 149).

Nesta tarefa, sugere que a família seja envolvida, e suas necessidades consideradas. Segundo este mesmo autor, faz-se necessário promover a abertura de espaços para livre expressão, ajuda mútua e apoio às famílias que sofrem o medo, a culpa, o preconceito e, a sobrecarga de contar, acompanhar e ajudar o ente que adoece.

Para que “voltar para casa” não se transforme em mais um ato administrativo, traduzido em norma, que não extrapola a relação clínica e os muros da instituição, mas ao contrário, se transforme em ato de saúde, necessita ser cotidianamente acompanhado e enriquecido, sob todos os seus aspectos e, envolvendo todos os atores que compõem cenário de vida de cada um destes usuários.

Partindo do princípio de que esta característica dos novos serviços de ‘poder voltar pra casa’, se transforme em oportunidade concreta para a promoção de uma inserção social bem sucedida, há necessidade de acompanhamento, de análise crítica e de enriquecimentos cotidianos, sob todos os seus aspectos para todos os componentes do cenário.

5.1.2.4 CAPS: portas que se abrem...

“Uma porta se abrindo” é a imagem que vem associada à avaliação feita por Machado (2005) sobre o Processo de Reforma Psiquiátrica, cujo um balanço da atual política brasileira de saúde mental mostra as conquistas inegáveis, apesar das resistências e dificuldades.

Para os usuários entrevistados, esta abertura de portas tem evidenciado um sentido de amparo, de proteção que se manifesta mesmo diante da necessidade, sofrida, de internação psiquiátrica. Maiara nos esclarece este sentido, quando declara:

“O que eu tenho a dizer é que aqui, na hora que eu mais precisei eles me abriram as portas, aqui eles foram uns pais pra mim, porque na hora que eu mais precisei eles me acolheram, porque a gente tem que ver (...) Tem que ver as coisas na hora que a gente precisa, né? Tanto que na minha crise, na minha primeira crise, eles me acolheram, me apoiaram, me deram amor, me deram carinho”.

Este discurso, mesmo trazendo em si a idéia arraigada de uma proteção paternal ainda buscada por muitos usuários, talvez pela influência deixada da tutela vivida no hospital, revela a necessidade suprida de “ter sempre as portas abertas”: para o acolhimento, o carinho, a atenção, o afeto, o apoio, criando oportunidades para a superação de seu problema de saúde.

A fala dos usuários evidencia modificações na assistência e a essa, novos argumentos vão sendo integrados. Um destes novos argumentos tem sido a abertura dos espaços de relação, refletidos nas possibilidades de encontros e de expressão de sentimentos. Neste sentido, certas formas de atenção psicossocial se constituem em verdadeiras “portas que se abrem” para um campo ilimitado de trocas que, mesmo quando sutis, enriquecem e dão vida a este espaço.

Para Paulo, o bom relacionamento e a atenção recebida, tanto usuários quanto profissionais do CAPS, fazem com que ele não se sinta “desprezado”,

“O tratamento é bom, o pessoal tudo são pessoa boa, a psicóloga, né? É uma pessoa boa, a assistente social. Todo mundo aqui trata muito bem, trata muito bem a gente. E, não deixa ficar assim desprezado, não deixa. Quando a gente chega aqui até se sente melhor, quando chega aqui, a gente sente melhor, os colegas que a gente tem aqui, os amigos aqui, né? Os pacientes, o pessoal que conversa com a gente”.

A fala de Paulo reforça a importância da expansão da rede de relações, acompanhada de vínculos solidários, o que propicia tornar-se sujeito do seu tratamento.

Estratégias de utilização de recursos interativos são utilizadas pelo serviço e são citadas e reconhecidas pelos usuários,

“Logo cedo, a gente faz uma rodinha de gente, não? Faz com as cadeiras uma roda. Aí, senta todo mundo e o profissional fica perguntando: ‘Como foi sua noite? Dormiu bem? Como é que tá hoje?’ Isso pra cada um, aí, cada um responde como tá se sentindo, na resposta diz como ta se sentindo”.

Assim, o espaço de expressão de sentimentos, trazido pela atividade desenvolvida no serviço e intitulada: Grupo Bom-Dia é vista pelos usuários como possibilidade de estabelecimento de vínculos, de trocas, de respeito,

“A gente faz grupos, a gente conversa, a gente brinca, ele (o profissional) conversa, ele pede sugestão à gente, pede opinião, faz o grupo, toda a semana. Aí, se reúne, faz uma roda, junta as cadeiras, a doutora entra com um assunto, a gente entra também, ele pede muito: ‘o que a gente achou?’. Eles não dão só a opinião deles não, participa com a da gente também, que é importante, né?”

Este tipo de discurso demonstra a importância do reconhecimento e consideração da pessoa na relação assistencial. Frequentemente os usuários mencionam a atenção, o respeito e a educação com que são tratados, atendidos no momento em que mais precisam e, *“ter com quem contar”* nos momentos de crise. Sintetizam: *“eles tratam a gente bem”*.

A maneira de ser dos profissionais parece criar o clima, a atmosfera em que os usuários vivem no serviço. Quando, aos olhos destes usuários, os profissionais se mostram: solícitos, prestativos e honestos isso acaba por afetá-los de maneira sutil, gerando a segurança do acolhimento necessário nos momentos de dor.

Foi comum entre estes usuários, o relato de que os profissionais de saúde os tratam com educação, lhes dão atenção, não os desprezam, conversam com eles, possuem uma postura positiva.

Maiara, que já sofreu quatro internações, traça uma distinção da experiência vivida:

“Eu fiz muita bagaceira aqui também, aqui eu aprontei, mas eles não levaram pra outro lado não. Aqui é bom, aqui é uma terapia que a gente passa aqui, a gente tem um espaço, aqui tem carinho, a gente tem solidariedade, o pessoal daqui é muito carinhoso com a gente, é muito atencioso, da secretária ao chefe, é todo mundo carinhoso”.

Para Saraceno (1999, p. 55), entre outras, duas dimensões tornam-se essenciais para interações ressocializantes entre usuários e profissionais: “o suporte e a permissividade”. A primeira, “o suporte” busca fazer o usuário sentir que é aceito como é; a compreensão das emoções através da sua história e; a não apresentação de respostas que o possam conduzir a um novo fracasso. E, “a permissividade”, busca permitir a expressão dos comportamentos, mesmo que ‘desviantes’, comunicando assim o desejo do técnico de estar com o usuário, independente das formas de comportamento que ele venha a apresentar. Para este mesmo autor, essas duas dimensões são funcionais - devem ser acionadas para a superação do evitamento emotivo e da não receptividade.

Neste enfoque, os relatos revelam haver inovação na forma de convívio estabelecido neste serviço. Ao falar da relação interpessoal com os profissionais do CAPS, um dos sujeitos relata trechos da sua interação interna e externa aos serviços,

“Eles tratam a gente bem. Você vai conversar com eles, eles dão atenção pra você. A gente vai saltando do ônibus, eles passam por você, falam, eles vem logo falar comigo (...) Às vezes, eu passo pelas pessoas eu acho que são de mim que estão falando, eu não tenho essa confiança, né? Aqui não, aqui eles tratam a pessoa bem, eles tratam a gente muito bem, eu não tenho o que falar”.

Esta fala demonstra claramente que a desinstitucionalização, tomada aqui como uma forma inovadora de atenção psicossocial, envolve mudanças nas modalidades de interação entre profissionais e usuários e, também em outras dimensões de convívio social destas pessoas.

Como um inovador sentido, a simbologia da “porta que se abre”, deveria implicar na abertura de todas as portas: reais ou, simbólicas; materiais ou afetivas para uma nova forma de convívio com a existência-sofrimento psíquico, dentro e fora dos serviços especiais.

Porém, quando a porta que se abre é também a que se encerra, os riscos

temidos de uma recidiva até o retrocesso à triste rotina do hospital psiquiátrico se desvelam. Givaldo explica a situação e identifica seus temores,

“Fizeram um assalto aqui, aí o CAPS tá meio (...) Tá ainda sem assistência, né? Aí, quando retornar, a gente volta pra cá de novo, né? A gente volta pra cá de novo. Eu acho bom tá aqui, que aqui a gente tem atividade, a mente da gente faz alguma coisa, tem atividade e deixa da gente tá pensando em besteira, em besteira, né? Porque a mente da gente ocupa com qualquer coisa, né? E, se a gente for ficar pensando em besteira, é pior pra gente, pior pra gente”

Fica nítida a angústia e o medo de entrar em crise e não ter com quem contar diante do serviço praticamente parado. Para Richard, freqüentar o CAPS se traduz na segurança de não sofrer ataques da epilepsia, de ter o acesso à medicação e de usá-la corretamente. Após esse assalto sente sua estabilidade ameaçada, estabilidade que se transformou em medo e perda de autonomia. Ele revela:

“Pra mim tava bom, porque não tava me atacando não, mas agora já me pegou umas três vezes (...) Eu tô pedindo a Deus que volte de novo o que era, né? É o que eu tô pedindo. Eu vivia melhor, ela não andava me atacando, como anda me atacando agora (...) de lá pra cá ela fica, de vez em quando, querendo me atacar, mas o remédio já tá se acabando, aí eu não tô conseguindo andar sozinho...”

O CAPS permaneceu vários meses apenas em regime de plantão, fornecendo as medicações e fechando no período da tarde. Um período crítico para a maioria dos usuários que viam, nesta ocorrência, o risco aumentado da piora ou remissão dos seus sintomas e de internação, já que residem num bairro rodeado por hospitais psiquiátricos, com vizinhos e amigos que ali trabalham e, podem facilitar o acesso para o mesmo.

Esta compulsória mudança da dinâmica de funcionamento foi capaz de causar nos usuários, o receio de um fechamento definitivo do CAPS.

“Eu não queria que aqui se acabasse, eu queria que continuasse, porque a gente precisa. E, eu tô com medo que termina, porque como é que vai ser?”

A carência de recursos públicos, administrados pelos órgãos gestores, é lembrada e apontada por um dos sujeitos, como mais um receio de perda ou de uma porta que se feche:

“Era diferente, muito diferente: material, a gente fazia festa, direto. Nunca passou uma data dum aniversariante, todo mês a gente tinha festa do aniversariante, nós fazia festa dos profissionais, nós fazia festa do mês, nós tudo tinha e hoje nada disso

a gente pode fazer, porque não tem recurso (...) O diretor chefe sofre muito pra chegar ao ponto que está chegando, se ele não fosse um chefe tão forte, o CAPS já tinha fechado as portas (...) E nós? Onde é que a gente ia ficar? Ia ficar naquela mesma rotina. Rotina, somente”.

Estas falas mostram o quanto é imprescindível, para estas pessoas, a retomada do funcionamento normal da unidade. Para estes usuários com história pregressa de internação, é importante não retroceder à “triste” rotina dos espaços amorfos do hospital. Foi o que afirmou Elí, ao se referir sobre qual rotina temia retroceder:

“Do Hospital... No Hospital a rotina é triste. Não é como o CAPS”.

Por outro lado, as superações sugeridas extrapolam a necessidade da reabertura das portas do CAPS e, conseqüente da pura e simples retomada do atendimento anterior, nos encaminhando para a abertura de tantas outras portas.

5.1.2.5 As expectativas de superação

O desejo de superação, de uma abertura maior de possibilidades é manifestado pelos usuários do serviço em questão.

Para Elí, que conviveu por tanto tempo nos espaços amorfos dos hospitais, sofrendo trinta e nove internações, a assistência atual possui um sentido um pouco mais ampliado, pois deixou de fumar, cuida melhor da sua dieta e da hipertensão. Valoriza a dinâmica do CAPS, não só por fugir a fixidez e repetitividade das atividades realizadas nos hospitais psiquiátricos, mas, também, por suscitar nela o desejo de que se amplie “*mais e mais*”, uma expectativa de atenção que não se limite às condições presentes. Declama,

“CAPS tu sois a minha vida, CAPS amar-te sempre, esquecer-te nunca, foi Tu me deste: nova vida e, de ti eu posso esquecer jamais, tu és meu companheiro de luta, tu és meu companheiro nas horas tristes, nas horas alegres, me sinto feliz contigo CAPS. Então, o que eu desejo de ti? Que cresça mais a mais”.

Porém, não deixa de frisar que para a melhoria da assistência recebida, antes de qualquer coisa:

“Botava reforço, pro CAPS, porque o ladrão veio roubou tudo, roubaram a televisão, roubaram a geladeira, roubaram o balcão. Eles são (...) tá uma coisa quase jogada, o

CAPS tá uma coisa quase jogada, porque o prefeito não arruma, não bota um vigia, não bota nada. Então, tudo o que botam aqui eles carregam?”

A insegurança gerada pela teia de violência que, sabemos advém da amplitude da miséria humana, da ausência de ética, do desrespeito e, do descuido generalizado para com as coisas e as pessoas que nos cercam, também se fez presente, várias vezes, neste CAPS.

Reforçando essa condição de vulnerabilidade, a fala de Elí aponta para a desconconsideração da gestão local em cuidar e preservar de um patrimônio, que é público e destinado a prestar o atendimento de pessoas em sofrimento. Pessoas que, em sua maioria, não contam com outro tipo de serviço para buscar a ajuda a que têm direito, a não ser com os hospitais psiquiátricos.

Continuando Elí amplia ainda mais seu rol de sugestões destinadas ao CAPS em questão,

“Eu sugeria trabalho manual, porque o prefeito cortou a verba, não dá pra vir material e quase que a gente não tá agüentando, já tá chegando o fim do ano e ainda estamos aproveitando o que restou do ano passado, já estamos em outubro e até agora não chegou nada. Agora, esperamos que esse que vai entrar (prefeito) Deus ilumine que pra todas as casas de saúde, exclusive para os CAPS, seja melhor”.

E manifesta, também, a necessidade da presença do profissional médico durante todo o expediente do serviço,

“O que tá faltando ultimamente é médico. Na parte da manhã nós só temos o diretor que tá assumindo toda a responsabilidade dos médicos. O que tá faltando aqui é médico”.

Enquanto isso, Lenira se ressentia de passeios antes realizados. Para ela, isso se deve ao pouco tempo de gestão do novo prefeito, há cinco meses no cargo.

“Eu gosto de passeio, ir pra praia, pra piscina. Porque a gente já foi antes aqui sabe? E, nunca mais a gente foi. Porque depois que entrou esse novo prefeito, ele tem que botar a casa em dia, né?”.

Nesta fala fica implícita a dependência do serviço à gestão central do município e a carência, a ser superada, de mecanismos capazes de gerar maior autonomia e descentralização de recursos e decisões até o contexto local dos serviços.

Outra sugestão diz respeito à extinção de leitos e enfermarias no CAPS e, ao

que tudo indica, extinguiu-se também, a possibilidade de descanso. Givaldo diz sentir falta de um local adequado para descansar, principalmente após o almoço. E, descreve sua necessidade de forma coletiva,

“Um local pra gente descansar, um lugar pra gente descansar, pra gente descansar à tarde, pra descansar a tarde como em casa depois da janta, né? Porque assim a gente descansa mais a mente, descansa mais a mente, né? O povo quando termina de almoçar, quando vai descansar um pouco cochila sentado na mesa, né? Por causa do remédio, né? Porque o remédio a gente toma de manhã, toma à tarde e toma à noite, né? Aí, não tem hora de pegar, quando ele te pega assim: puff! Cochila na cadeira, bate a cabeça na mesa e, é a hora que o cochilo bate, né? Eu sinto falta dum lugar pra descansar à tarde, descansar à tarde”.

Saraceno (2001b, p. 152) ao questionar as posições tradicionais da abordagem psiquiátrica discute a abordagem clínica. Para tanto, parte da exploração da etimologia da própria palavra que, segundo ele, vem do grego “clinós” que quer dizer cama ou leito e melhor dizendo: “a clínica é a arte de olhar, observar e tratar o paciente que está na cama [...] uma etimologia muito simbólica”.

Simbologia que reflete o significado de um modelo de intervenção em saúde onde a pessoa doente numa posição de passividade, deve permanecer a maior parte do tempo que dura tal intervenção, deitada sobre um leito hospitalar. Na fala de Givaldo está expressa esta mesma imposição da clínica que continua exigindo passividade, mas que substitui os leitos pela atividade contínua.

Imposição que termina por garantir a ausência da capacidade de negociar as necessidades destes usuários. Neste aspecto, Saraceno (2001b, p.151) propõe uma prática terapêutica que “não tem muito o modelo clínico como referência”, uma prática que põe em seu centro a idéia de negociação que, segundo ele se configura em “oportunidades de trocas, materiais e simbólicas [...] precedentes na construção da capacidade relacional do sujeito”.

No discurso de Elí se revela uma condição importante para que as barreiras relacionais e de troca entre as pessoas possam ser quebradas. Tal condição se revela na procura de uma maior compreensão da pessoa que sofre. Em sua avaliação considera que,

“A equipe se transformasse melhor, atendesse melhor, quisesse compreender a turma melhor”.

Durante a sua entrevista, deixou claro que essa “transformação” poderia se dar através de um menor retraimento dos profissionais para uma maior aproximação e envolvimento com os usuários.

Para Morin (2003, p. 93 - 104) esta questão da compreensão tem se tornado crucial para a convivência humana em todos os âmbitos de relação, pois...

A compreensão humana comporta um conhecimento de sujeito a sujeito. Por conseguinte, se vejo uma criança chorando, vou compreendê-la, não por medir o grau de salinidade de suas lágrimas, mas por buscar em mim minhas aflições infantis, identificando-a comigo e identificando-me com ela. O Outro não é apenas percebido objetivamente, é percebido como Outro Sujeito com o qual nos identificamos e que identificamos conosco. Compreender inclui, necessariamente, um processo de empatia, de identificação e de projeção.

Segundo Morin (2003) a compreensão humana é sempre intersubjetiva. Ela requer, antes de tudo, a libertação do egocentrismo, etnocentrismo ou, da possessão por uma idéia, que dão a absoluta convicção de sua verdade, mas que aniquilam qualquer possibilidade de compreensão de outra idéia, de outra fé, de outra pessoa.

É, o que o discurso de Elí traz: a necessidade de se promover esta compreensão no espaço assistencial e com ela, uma forma de poder ver ampliada a capacidade de negociar as suas necessidades, ou melhor, dizendo, os seus direitos. E que, dizem respeito também à dinamização de atividades que já foram realizadas e que hoje deixaram de ser, tais como: passeios, festas, atividades ocupacionais, dentre outras.

Para Maria Fernanda, sem deixar de considerar os mecanismos defensivos e transferenciais que podem estar implícitos em sua fala, a necessidade de compreensão, através do estabelecimento de vínculos e de acolhimento são trazidas e solicitadas,

“Botasse um profissional, que entendesse mais o caso da gente, entendeu? E, que se colocasse mais um pouco no lugar da gente e, como a gente se sente, entendeu? Entendesse, como se fosse bem amiga sabe? Uma amiga, como se fosse pra eternidade, uma amiga assim para sempre, que a gente se apegasse mesmo, que entendesse aquilo que a gente sente, se pusesse no nosso lugar e que dissesse uma palavra que me fizesse crer que a pessoa tá mesmo me entendendo, que eu

pudesse dizer: ‘agora eu sei que a pessoa tá me entendendo, agora eu sei que aquela pessoa sabe o que eu tô lhe falando’.

Esta fala aponta para a necessidade que ela busca suprir ao frequentar o serviço. E, que pode ser traduzida na busca por encontrar alguém que esteja disposto a ajudá-la e a compreender sua própria dor. Neste sentido, manifesta seu sentimento,

“Era bom melhorar a vida da gente que sofre este tipo de problema, eu acho que até Deus devia olhar mais pra gente e, botar gente no nosso caminho que compreendesse mais a gente. Porque tá difícil melhorar a vida, melhorar, a gente ficar boa, não sentir mais essas coisas. Porque é muito ruim continuar ficar sentindo que a gente tá desenganado nessa vida, que não tem mais sentido, que não é bom tomar banho, que não é bom comer (...) Devia melhorar essas coisas. É isso”.

Outra queixa frequentemente citada por estes usuários diz respeito ao preconceito e exclusão sentida. Para superá-los, é reafirmada a necessidade de ampliação da compreensão do problema, não se restringe ao espaço da unidade e aos seus profissionais, mas invade outras dimensões sociais. Paulo acredita que,

“Se as pessoas tivessem assim, tivessem assim um pouco de respeito para as pessoas que tivessem um pensamento mental, se tivesse essa compreensão, as pessoas que desprezassem uma pessoa assim que tivesse uma punição pra isso... Não pode a gente tratar aqui e, chega lá fora, a coisa continua tudo da mesma coisa, as pessoas dizem assim: ‘não, não chegue perto daquela pessoa não, porque ela é doente, não chama aquela pessoa, porque aquela pessoa é doente’. Tudo é porque: ‘aquela pessoa é doente, não tenha amizade com aquela pessoa, ter amizade com um doido daquele? É doente, deixa ele pra lá, não liga não pra ele’(...)Tem que acabar isso tem que acabar. Vamos ver quando vai acabar, né?”

Paulo relata a extensão do seu sofrimento que se reflete na discriminação sofrida para além dos muros do CAPS. Sua fala desvenda a incompreensão das pessoas quanto à sua condição e o sentido amplo da exclusão que o envolve por inteiro e, em suas relações sociais.

Para Sawaia (2004, p. 8), a exclusão “é um processo complexo e multifacetado, uma configuração de dimensões materiais, políticas, relacionais e subjetivas [...] é processo que envolve o homem por inteiro e suas relações com os outros’. Esta concepção faz com que o sentido de exclusão não se limite, mas transcenda e, se desdobre para além da dimensão produtivo-econômica. Pois, assumir um conceito de exclusão limitado a apenas uma de suas características, negando instâncias coletivas e, públicas de justiça e ética, resulta numa “inclusão

perversa”, onde a adaptação, a normalização, bem como a culpabilização da vítima dão conta de “incluir a pessoa nos próprios nós que a exclui”.

Neste sentido, qualquer projeto de inclusão social voltado aos portadores de transtorno psíquico deve, obrigatoriamente, envolver todas as dimensões de vida destas pessoas, sob o risco dos seus resultados produzirem o efeito justamente contrário.

Na visão social – construcionista de Gergen e Macnamee (1998) é preciso desenvolver um trabalho conjunto entre profissionais e usuários, na criação conjunta de novas histórias mais satisfatórias, em seus aspectos relacionais e sociais.

E, foi no sentido de contribuir para a ampliação deste campo de possibilidade que, ouvimos também, os profissionais de saúde que atuam neste mesmo serviço.

5.2 OS RESULTADOS OBTIDOS JUNTO AOS PROFISSIONAIS

Breve Perfil dos Profissionais de Saúde Entrevistados

O grupo que integra as entrevistas aqui analisadas é constituído por uma enfermeira; um auxiliar de enfermagem; uma assistente social; três psicólogos; um médico e um educador físico. Dentro deste grupo de oito profissionais entrevistados, cinco deles trabalham no CAPS há doze meses e três, há cinco anos. Dois contavam com experiência pregressa e atual de assistência em hospital psiquiátrico e, o restante, já havia vivenciado, não através do trabalho, mas de estágios curriculares ou extracurriculares a experiência de assistir em hospital psiquiátrico.

Todos os sujeitos ouvidos relatam ser o CAPS, a sua primeira experiência em serviço do tipo substitutivo. Estes profissionais prestam serviço na instituição, dividindo-se entre turnos da manhã e da tarde, ou em tempo integral em dias alternados no CAPS. São comuns histórias de duplas ou triplas jornadas de trabalho. Três sujeitos têm segunda ou terceira jornada de trabalho na área de saúde mental, distribuindo-se na assistência hospitalar particular e pública estadual, na assessoria técnica de secretarias municipais de saúde, e no atendimento clínico em consultórios particulares. Os outros cinco sujeitos, além do trabalho em saúde mental, atuam em: hospitais gerais, assistência básica de saúde, unidade de emergência e, no setor de educação.

Começaremos por Maria, enfermeira, trinta e nove anos, há cinco anos no CAPS, nunca teve experiência pregressa de trabalho com assistência em saúde mental, somente em seu estágio universitário que ocorreu em hospital psiquiátrico. Faz, geralmente, o turno da tarde e completa sua segunda jornada de trabalho em um Hospital Geral, longe da assistência e do contato com pacientes. Disse que quando foi nomeada para o serviço no município, não tinha pretensão de trabalhar com psiquiatria, inicialmente, escolheu trabalhar no CAPS pelo fato do serviço ser próximo da sua residência e emprego. Não possui curso de especialização ou aperfeiçoamento na área.

Rodrigo, psicólogo, quarenta e quatro anos, atua há vinte e quatro anos na área de saúde mental, dezenove deles trabalhando em hospitais psiquiátricos do Estado e, cinco deles no CAPS. Na atualidade não trabalha mais em hospital, atua em CAPS na capital e no interior do estado.

Márcio, educador físico, quarenta e oito anos, há doze meses no CAPS, conta que esta é a sua primeira experiência de assistência em saúde mental. Trabalha em outros locais, com outro tipo de atividade profissional ligada ao setor de educação. Não tinha planos de trabalhar com assistência em saúde mental, fez concurso na educação e foi lotado na saúde. Revela que quando chegou no CAPS, não sabia qual era a sua função, o que deveria fazer, não sabia que existia o CAPS, como e para que ele funcionava.

Paulo, quarenta anos, auxiliar de enfermagem, está no serviço há oito meses, trabalhou onze anos em hospital geral, hoje além do CAPS atua na Unidade de Emergência da cidade. Nunca teve experiência com assistência em saúde mental, nem mesmo em hospital ou em estágio de formação profissional.

Patrícia, vinte e sete anos, assistente social, trabalhou cinco anos no interior do estado, onde contribuiu na elaboração do projeto terapêutico de um CAPS. Trabalha há onze meses neste CAPS e faz sua segunda jornada num Hospital Público Geral. É funcionária pública estadual e municipal ao mesmo tempo - municipal pelo CAPS e estadual pelo Hospital.

Suzana, quarenta e dois anos, psicóloga, no CAPS há doze meses, há dois anos trabalha também em uma Unidade de Emergência da Região do Agreste Alagoano. Possui experiência anterior com consultório particular.

Bruna, trinta e três anos, psicóloga, da mesma forma que Maria, Fernando e Rodrigo, trabalha no CAPS desde a sua inauguração. Afora este trabalho, ela presta assessoria técnica em programas outros de saúde no interior do estado, além de trabalhar como supervisora na Secretaria Estadual de Saúde. Teve uma experiência anterior de trabalho em hospital geral e conta ter realizado um estágio voluntário de quatro meses em hospital psiquiátrico, logo depois que terminou a faculdade.

Fernando, cinqüenta e quatro anos, médico, há trinta anos trabalha na área,

sendo que há seis anos nesta unidade - antes mesmo do local ter se tornado um CAPS, tempo em que ainda era um ambulatório de saúde mental. Neste serviço acumula a função administrativa e técnica. Trabalha também, em dois Hospitais Psiquiátricos, sendo um privado e o outro público, próximos à unidade, além de prestar atendimento clínico - psicoterápico particular.

A seleção destes oito sujeitos, dentre todas as entrevistas realizadas com profissionais, prezou por inserir interlocutores variados, com vistas a evidenciar diferentes posicionamentos na produção de sentidos acerca da assistência prestada. A seguir, prosseguindo e, buscando ampliar o nosso processo de análise do sentido produzido pelos profissionais sobre a assistência prestada, apresentaremos os dois eixos temáticos com as respectivas categorias que fluíram na fala deste segundo grupo de sujeitos. Assim como feita a apresentação das falas dos usuários, o primeiro eixo, descrito a seguir, aborda a assistência em hospital psiquiátrico só que agora, sob a ótica dos profissionais do CAPS em questão.

5.2.1 A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Todas as produções lingüísticas agora expostas se relacionam à assistência prestada no Estado de Alagoas, já que a experiência dos profissionais, aqui apresentados, se restringe a este campo de atuação.

Diferente dos usuários, o sentido conferido pelos profissionais ao hospital psiquiátrico, enquanto modelo de assistência em saúde mental, não se mostrou tão uniforme. Para os usuários, a negatividade da experiência ficou bem clara. Já, os profissionais com maior experiência de trabalho em hospitais psiquiátricos, consideram importante a continuidade de existência dessa instituição. Tal posição é justificada, por não haver outro tipo de referência em situações de crise. A partir desse eixo temático, foi possível a apreensão das seguintes categorias: o hospital psiquiátrico como recurso assistencial ainda necessário; o Hospital e a humanização concebida como mudança; o Hospital como experiência negativa na formação dos profissionais.

Dentro deste primeiro eixo temático, a primeira categoria apreendida afirma:

5.2.1.1 O Hospital Psiquiátrico como recurso assistencial necessário

A continuação da assistência centrada no hospital foi amplamente defendida pelos profissionais e, com maior veemência pelos sujeitos que viveram e ou, ainda vivem, ambas as experiências. Dentro deste grupo de profissionais que defendem a permanência do Hospital Psiquiátrico na rede assistencial local, está Rodrigo que ao considerar sua extensa experiência em hospital psiquiátrico em épocas passadas e, hoje, em serviço substitutivo, considera:

“Como eu já tinha toda uma bagagem, estrutural, eu acredito que uma bagagem boa, né? Vindo do hospital psiquiátrico, eu me transferi para um CAPS, né? E, hoje, eu vejo o CAPS como um ‘grande serviço’. Particularmente, eu não concordo com o fechamento dos hospitais psiquiátricos. Particularmente, eu não, eu não, eu não concordo com o fechamento dos hospitais psiquiátricos. Eu, particularmente, não concordo porque, em alguns momentos, quando o CAPS recebe um usuário, que ele tá num surto psicótico, que a gente chama, um surto psicótico grave, a família não consegue suportar o paci... O usuário em casa, porque ele está numa agitação psicomotora, tá delirante, tá agressivo, (...) tá entendendo? (...) Quando eu coloco que não concordo com a extinção dos hospitais psiquiátricos, é por acreditar que nós não somos um CAPS ‘tão onipotente’, que não vá precisar do hospital psiquiátrico. Porque tem algumas pessoas que dizem que o hospital psiquiátrico tem que acabar.

E, o atendimento emergencial para o usuário que tá num surto psicótico? Ele pode ser atendido num hospital geral, eu até concordo que o hospital geral poderia recebê-lo, só que ainda hoje, já tendo se passado quase oito anos da implantação dos CAPS, ainda temos hospitais gerais que não definiram os leitos pra receber esse tipo de atendimento. Assim também, como nos hospitais gerais, não existe uma equipe, de certo modo: pronta para receber o usuário que tiver em situação de emergência. Então, eu, particularmente, eu ainda...Pode ser que, futuramente eu vá concordar melhor com o fechamento, mas eu agora acredito que nós vamos precisar, ainda, do hospital psiquiátrico”.

Este sujeito traz a questão da necessidade de leitos psiquiátricos na rede municipal de saúde que, somado à inexistência de outras modalidades de serviços substitutivos que deveriam complementá-lo e à complexidade da atenção em situações de crise cooperam para não desinstitucionalização da assistência.

Pereira (2003) enfatiza que no Brasil, apesar de estarmos caminhando no sentido da desconstrução do modelo tradicional de psiquiatria, através de modelos assistenciais mais “humanitários” (revendo valores, condutas, normas princípios e concepções), há ainda a supremacia de interesses econômicos das indústrias farmacêuticas, de interesses particulares e, de grupos acadêmicos que favorecem o continuísmo deste modelo assistencial e dentre elas: a inoperância do sistema de saúde.

A própria representação da doença mental e de qual o lugar adequado para tratá-la, pode cooperar para não superação do modelo hospitalocêntrico. Perrusi (1995, p. 218), ao apreender os discursos sobre a doença mental entre profissionais da psiquiatria da cidade de Recife-PE, evidenciou que a maioria foi cética quanto à substituição do hospital psiquiátrico, não encarando o hospital psiquiátrico como um desvio e sim um “local profissional adequado”.

No presente estudo, pudemos observar que mesmo entre os profissionais com menor experiência no campo da saúde mental, como é o caso de Paulo, que nunca trabalhou na área, a defesa pela manutenção dos hospitais acaba sendo também incorporada,

“O hospital é necessário sim, porque às vezes foge do nosso controle, a gente não tem como segurar um usuário aqui se ele tiver muito agitado, muito agressivo. Daí, realmente, tem que ser hospitalizado, mas, depois que ele sai dessa crise, o ideal é que ele seja acompanhado aqui no CAPS, por um atendimento mais adequado, que leve ele a voltar sua família, à sociedade, a conviver como qualquer outro cidadão”.

Ambas as situações apresentadas, parecem sofrer a ação dos fatores impeditivos da desinstitucionalização, descritos anteriormente e, demonstram também a falta de recursos objetivos e subjetivos para lidar com o usuário em crise fora do espaço hospitalar.

Para o Ministério da Saúde, os CAPS devem possuir ambiente terapêutico e acolhedor, para incluir pessoas em situação de crise, muito desestruturadas e que não consigam, naquele momento, acompanhar as atividades organizadas da unidade. O sucesso do acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos de um CAPS, que é de atender aos transtornos psíquicos graves e evitar as internações (BRASIL, 2004, p 18).

Para Nicácio e Campos (2004), os diferentes modos de expressão e de interpretação do sofrimento bem como, a presença ou fragilidade das redes de suporte, a efetiva possibilidade de acesso aos serviços e a presença ou ausência de respostas institucionais e sociais, determinam a complexidade das situações presentes na atenção à crise. Porém, para estes mesmos autores, também na crise é preciso haver a afirmação da liberdade,

É necessário tatear formas de aproximação, escutar as modalidades de comunicação, perceber as brechas de entrada, compreender os afetos e os conflitos, lidar com as rupturas, inventar pontes de contato [...] a atenção à crise nos contextos reais de vida revela a necessidade de aprender a lidar e produzir diálogos com múltiplos atores: os usuários, as pessoas de sua rede relacional, os familiares, os vizinhos, as pessoas do território. Fora dos espaços institucionais, 'estar – com' as pessoas em crise em casa, no trabalho, na rua, exige uma implicação e, ainda uma vez, a desinstitucionalização dos trabalhadores (NICÁCIO; CAMPOS, 2004, p. 74-5).

De acordo com essa visão, a crise se torna oportunidade de criação de uma nova forma de lidar com a loucura fora dos espaços do hospital psiquiátrico.

Até quando o hospital psiquiátrico será um recurso assistencial necessário em Maceió, de forma que os serviços substitutivos permaneçam ligados a ele, não podemos prever. Vai depender das forças políticas internas e externas de resistência à sua manutenção ou à sua subsistência.

Para Amarante (2003, p. 45), a desconstrução desta lógica se configura

num processo social complexo e de transformação estrutural que envolve várias dimensões, por sua vez, simultâneas e inter-relacionadas. Dentre elas, cita: **1ª** A dimensão teórico-conceitual que diz respeito à produção de conhecimentos e representações sobre a doença e sua terapêutica; **2ª** A dimensão técnico-assistencial relativo ao modelo de atenção adotado a; **3ª** A dimensão jurídico-política em que as relações sociais e civis em termos de cidadania e de direitos sociais e humanos são definidas e discutidas e; **4ª** A dimensão sociocultural que diz respeito a transformação das relações entre sociedade e loucura e do lugar social da loucura.

Neste sentido, a política de saúde mental não pode ser limitada à ação de mudança em uma ou outra dimensão, sob o risco de reduzir a complexidade do processo a uma mera reorganização administrativa e tecnocrática; a saúde à doença e o modelo assistencial ao modelo médico-curativo, preservando assim, a inoperância, o continuísmo e a preservação do interesse da atenção privada.

Uma idéia concebida como mudança da assistência, mas que não rompe com esta política de subsistência dos hospitais psiquiátricos está presente em alguns discursos e se baseia em princípios técnicos de humanização das relações, principalmente, entre médico e paciente, no desenvolvimento de atividades coletivas e na acolhida de seus usuários.

Fernando, mesmo quando se mostra favorável aos dois tipos de assistência, deixa clara a concepção que possui de mudança, quando tece comentários sobre a assistência nos hospitais psiquiátricos locais,

“Hoje em dia muita coisa melhorou, até por conta de ter o Ministério, que está avaliando, está exigindo. E, até a gente fico curioso, pelo menos eu fico, ainda com certa preocupação, porque as pessoas do movimento antimanicomial, ou seja, desse movimento de renovação, eles estão ainda muito atrelados ao passado, a uma história passada, que não se repete hoje. (...) Mas, não existe aquilo mais, né? Você vê, é uma grande propaganda, se usou muito o “Estranho no Ninho”, ultimamente o “Bicho de Sete Cabeças”, né? Mas, aquilo já foi há trinta, trinta quarenta anos atrás”.

Dando continuidade à entrevista, ao indagarmos sobre qual a sua opinião da assistência, em hospital psiquiátrico, prestada na atualidade, respondeu:

“Melhorou muito, muito, muito mesmo, se investiu muito na questão da relação médico-paciente, se investiu no tratamento em grupo, nas reuniões, nos grupos

operativos, vem dando uma atenção maior e mais sensibilidade para o paciente, para o paci... Ao usuário dentro dessa área de saúde mental”.

Seguindo a linha de argumentação de Fernando, pode-se considerar que na atualidade tem melhorado a vida nestes espaços. Porém, é preciso considerar que este discurso pode estar indicando os rumos que a assistência psiquiátrica local está tomando, ou seja, focalizada na melhoria das relações entre profissionais e usuários e na ocupação do tempo, até então ocioso, mas sem menção de que esta assistência possa ser levada para fora dos muros institucionais.

Para Amarante (1995, p. 45),

Torna-se necessário superar o modelo de humanização institucional, a fim de inventar uma prática que tem na comunidade e nas relações que esta estabelece com o louco – através do trabalho, da amizade, e vizinhança -, matéria prima para a desconstrução do dispositivo psiquiátrico de tutela, exclusão e periculosidade produzidas e consumidas pelo imaginário social. Torna preciso desmontar as relações de racionalidade e irracionalidade que restringem o louco a um lugar de desvalorização e desautorização a falar sobre si. Da mesma forma que é preciso desmontar o discurso e a prática competente que fundamentam a diferenciação entre aquele que trata e o que é tratado.

Para este mesmo autor, a desinstitucionalização, é essencialmente um projeto de desconstrução e invenção no campo do conhecimento, das tecnociências, das ideologias e da função dos técnicos e intelectuais.

Como afirmam Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), qualquer projeto político que assuma o discurso de humanização do espaço hospitalar, mantendo uma convivência “pacífica” com os serviços abertos, mesmo diante de incremento do número de serviços abertos, implicará em assumir uma compreensão e aceitação, equivocadas de mudança. Essa se reduz à criação de estruturas extra-hospitalares, médicas e sociais, que devem assistir aos egressos dos hospitais psiquiátricos, fazendo com que o CAPS se constitua apenas, num filtro para as internações, que não supera, mas preserva o modelo biomédico de atenção.

Nos dois discursos anteriores, tanto o de Fernando como o de Rodrigo, fica explícita a posição favorável ao paradigma biomédico que, em nossa sociedade, tem guiado, há muito tempo, as interações assistenciais em saúde. Para Fernando que trabalha em ambas as instituições, nos resta saber se identifica alguma diferença

entre ambas as formas de assistência ou não. E, na afirmativa, qual seria esta diferença. Em relação a isso Fernando pondera:

Sim, aí, você se serve da diferença dos modelos, né? Tanto na oferta, que ela é mais, no caso, sistematizada, né? Não é aquele modelo...O modelo hospitalar ainda está muito dependente daquele modelo centrado no modelo médico, não é? Isso você vê em qualquer clínica, em qualquer hospital e, aqui não (...) essa demanda ela é diluída, ela é dividida com a equipe (...) A atuação médica limita-se, exclusivamente ou quase que exclusivamente, a estar sabendo, a estar de olho, a estar vigilante, mas a ação se restringe a clínica, pura, pura, puramente, porque à equipe foi destinado todo o tipo de abordagem de assistência, nessa perspectiva o trabalho médico aqui é muito, é muito fácil, muito fácil (...) porque quase que não existe uma 'coordenação dessas ações'. Aqui, não existe uma equipe multidisciplinar que está atrelada a um coordenador ou a uma pessoa, entende? Isso é tão diluído, como às vezes acontece lá no acolhimento, já começa por lá a diluição, não existe, é claro, o diagnóstico necessário, mas não há uma...Essa decisão ela é tomada ou isoladamente ou em conjunto, 'acolhemos ou não acolhemos?' Então, nesse sentido, há uma grande liberdade dessa diluição, porque não é nem o médico muito menos o diretor, se não é nem o médico, muito menos o diretor vai dizer se acolhe ou não acolhe, aí no fim, se faz a alta, se não faz a alta, há sempre a busca de um consenso (...) É claro que há o aspecto legal que tem que ser cumprido, dando ao médico pra assinar isso, não é? Mas, se não fosse isso, até isso teria uma outra conotação, não é?"

Neste discurso o profissional se serve da diferença entre os dois modelos de atenção: aberta e fechada que, para ele, no CAPS, consiste numa maior diluição da responsabilidade e a busca de um consenso entre os diferentes profissionais, que torna o trabalho do médico 'mais fácil', descentralizando o poder do médico, a não ser pela exigência externa do Sistema Nacional em Informação de Saúde. Discurso que, de uma forma quase ambígua, reafirma o modelo biomédico como referencial de atenção em saúde mental.

Dessa forma, a lógica hospitalocêntrica repercute na formação, na prática dos profissionais, determinando as características do processo de transformação lenta na assistência pública voltada para as pessoas que adoecem ou que vivem o risco de adoecer.

Por outro lado, todos os discursos dos profissionais entrevistados, apontam para as vantagens da assistência prestada no CAPS, que para eles, superam em muito a assistência prestada no hospital. Desse modo, pela negatividade da experiência vivida no(s) hospital (is) psiquiátrico (s) a assistência substitutiva se firma.

5.2.1.2 Hospital como experiência negativa na formação dos profissionais

Uma experiência negativa frequentemente citada diz respeito aos estágios de formação realizada em hospital psiquiátrico.

Tanto a situação de Paulo que, não vivenciou a experiência de atendimento à pessoa com transtorno mental em seu curso profissional quanto, as experiências negativas vividas pela maioria dos profissionais entrevistados durante os seus estágios curriculares, implicam na necessidade de reflexão cuidadosa sobre o processo de formação, especialmente no que tange ao campo da saúde mental.

Bruna, que no início da entrevista apesar de tentar se esquivar, de omitir sua opinião a respeito da atenção em hospital psiquiátrico, acaba nos declarando sua impressão sobre experiência que os estágios de ‘assistência em saúde mental’ no tempo de faculdade lhe causou,

“A minha experiência como estagiária (...) eu tava muito verde e não fui feliz nessa experiência. Por quê? Na época, eu peguei muita grade, eu peguei uma supervisão que a pessoa tinha necessidade de botar medo. Então, deixava a gente lá, eu começando, não tinha nem noção de psiquiatria, nem de psicopatologia...”

Maria, ao nos relatar uma das situações vivida durante seu curso de formação profissional, confirma o efeito negativo que esta experiência também lhe imprimiu.

“Porque quando eu fiz estágio, a minha experiência foi assim como se quisessem fazer um terrorismo com a gente, com as estudantes (...) teve uma usuária, eu passei por uma experiência assim dela me pegar pela bata, a roupa que eu vestia, puxou, segurou como quem diz assim: ‘não vou lhe soltar’ e, teve que ter intervenção da professora pra ela me soltar (...) É claro que eu fiquei feito estátua, a professora veio, interveio e ela me soltou, mas depois tendo conversado com ela, a professora acabou cedendo cigarro pra ela, porque ela dizia: ‘quero fumar, quero fumar...”

Mesmo ponderando o fato de que até alguns anos atrás toda assistência era pautada no hospital psiquiátrico, tais narrativas só reforçam a idéia de que apenas a humanização das relações com a pessoa doente, sem mudanças estruturais da assistência pode levar a falsa idéia do profissional como “interventor do bem”.

Nicácio (1990) chama atenção para o que parece óbvio, mas que muitas vezes, no cotidiano da assistência prestada pode ser “esquecido”, é que as pessoas são atendidas porque estão mal e não porque são perigosas. Logo, a

responsabilidade do cuidado prestado pelo profissional está relacionada com o sofrimento e não com a periculosidade.

A experiência relatada por Suzana, ajuda a nos alertar sob este risco. Ela que, diante da insuficiência sentida no estágio obrigatório, resolveu realizar em um hospital psiquiátrico, o seu estágio extracurricular. Passou por uma experiência que merece ser contada, não só para ser compartilhada, mas, sobretudo, para que nos sirva de reflexão. Durante a entrevista ela relata, inicialmente sob um riso aparentemente tenso e com aparente amargura, sua experiência com o estágio em hospital psiquiátrico. Apesar da delicada situação em que se envolveu no estágio, em nossa entrevista Suzana se mostrou confiante e disposta a narrá-la:

“Foi frustrante minha experiência, foi terrível... Tinha umas colegas que faziam e eu fui (...) a pessoa que me entrevistou pra me informar sobre o estágio disse: ‘Olha, a pessoa pra vir trabalhar aqui, tem que ter uma cabeça muito boa, muito aberta. Tem que ter a sexualidade bem trabalhada, porque aqui a sexualidade deles está muito exacerbada e eles não tem limites’. Aí, eu pensei: ‘Tudo bem, não tem problema nenhum’. Daí, eu começo meu primeiro dia no trabalho (...) Chegaram dois rapazes e começaram a conversar comigo do jeito que eu estou assim, né? (sentada no consultório)... Era um corredorzinho estreito e eu tava no birô¹⁷ atrás e eles dois sentaram assim, na minha frente e, começaram a conversar comigo e eu comecei a conversar com eles. Nunca os tinha visto antes, era o meu primeiro dia. Aí, quando eu olhei, ele tava...Abaixou a cabeça e começou a masturbar o outro, fazer sexo oral, na verdade. E, eu tava até com um livro na hora, eu não sabia, disseram que era tudo natural, o que é que eu faço? Eu corro? Eu grito? Eu chamo alguém?Aí, eu peguei meu livro abri, pensei; ‘vou deixar eles terminarem’. Não sabia, realmente, eu não sabia o que fazer. Aí, eles terminaram, eu pedi pra eles saírem, falei com uma colega... Colega de estágio, falei o que tinha acontecido, né?Daí, ela disse assim: ‘Você tem que colocar na ocorrência, porque eles vão ter que ser punidos’. ‘Mas, vocês não disseram que era natural?’ Eu disse pra ela (...) eu fiquei chocada com a cena, né? Mas, me disseram que era natural, que eu tinha que ver com naturalidade. Ela repetiu: ‘Você vai ter que colocar na ocorrência, porque eles vão ser punidos por isso’“. Eu disse: ‘Punidos?’ Eu não conhecia ainda o hospital. Aí, resultado: eles tinham um isolamento lá e os dois rapazes ficaram no isolamento gritando, chorando, aquele quatinho, só uma janelinha assim e, eles passaram o dia lá neste terror. E eu? Imagina? Você imagina como eu me senti?”

Segundo Suzana, o lado negativo desta experiência se prolongou ainda até o contato com o seu supervisor de estágio que se deu a seguir,

“Quando eu fui contar o que me aconteceu, que eu me perdi, não sabia o que eu devia ter feito e o quanto eu tava me sentindo culpada, ele interpretou que eu tinha me realizado vendo aquilo, que pra mim tinha sido um prazer ver a cena que eu tinha visto (...) Decidi parar. ‘Não Meu Deus eu não estou preparada pra fazer esse

¹⁷ Nome de origem francesa, utilizado pelas pessoas da região para designar mesa tipo escrivaninha.

estágio'. O dia assim foi terrível e, quando eu saio à tarde (...) Eu vi uma usuária segurando um camundongo (...) Ela segurando o camundongo pelo rabo, andando assim no meio do hospital e, eu disse: 'Eu não acredito'. E, as pessoas passando, achando tudo muito natural, eu disse 'Oh chente!' Isso tudo é muito estranho. Eu sempre tive vontade de trabalhar em hospital psiquiátrico, sempre tive o desejo, mas essa experiência durou exatamente dois dias".

Ao finalizar, tece sua avaliação sobre a assistência em hospital psiquiátrico e faz um balanço da sua experiência de aprendizado neste espaço, quando afirma,

"Imagina uma coisa que já vem de muitos anos com uma visão toda equivocada de que as pessoas estão lá pra serem depositadas. Acho que ainda tem é muito isso: muita massificação, muito depósito de pessoas. Essa foi a impressão que eu tive, entendeu? É assim aquela coisa como se as pessoas não fossem mais humanas ou, fossem o resto da...Foi muito pobre, mas muito pobre".

O resto do que? Da escória? O detrito da humanidade? Humanidade que abomina e exclui o que lhe causa aversão? Seria este conceito sobre as pessoas internadas?

Pereira (2003), ao analisar as repercussões da reforma psiquiátrica, junto a profissionais da equipe de saúde mental em serviço substitutivo no município de Ribeirão Preto no Estado de São Paulo, identificou junto a estes sujeitos, um distanciamento entre a realidade vivenciada no cotidiano da assistência e o conhecimento adquirido no processo de formação, evidenciando que os profissionais, embora desenvolvam suas atividades em serviços que se caracterizam por possibilitar práticas inovadoras, formou-se tendo como referências velhos conceitos e práticas.

Esta mesma autora enfatiza que a universidade ao se constituir num órgão formador, tem papel vital na construção destes conceitos e representações que influenciam a atuação de cada profissional no processo da assistência.

Pereira (2003, p. 74) considera que para o profissional viver a condição de participante de um processo transformador, que de fato aponte para um novo paradigma,

Inegavelmente, o corpo de conhecimentos adquiridos pela psiquiatria até o momento, precisa ser colocado à disposição deste aluno, porém é imprescindível que esse conhecimento seja acompanhado de reflexão crítica acerca das questões pertinentes às representações de doença mental, de direitos humanos, de ética, contemplando também a reabilitação psicossocial, visualizando as tantas demandas sociais que se apresentam.

Começando por um plano imediatamente expresso, sobre o que é possível a Universidade fazer para dizer ‘não ao manicômio’, Guirado (1999, p. 124) enfatiza:

A Universidade deveria ‘engrossar o coro de vozes’ (...) junto à opinião pública; fazer circular informações, interna e externamente; sobre essa questão; as chefias de departamento, as diretorias, professores e alunos deveriam se manifestar quando necessário e, para isso, deveriam instituir canais de contato com movimentos sociais, não para substituí-los ou infiltrá-los, até porque não ‘é este seu objeto’, mas, para não se encastelar, para não definir seu objeto, como instituição, com a miopia das restrições excessivas.

No campo da enfermagem em saúde mental brasileira, autoras como: Furegato (2000), Kantorski e Silva (2000), Oliveira (2002), têm defendido, através de seus estudos, sejam teóricos e ou de conhecimento das práticas, uma universidade atuante e participativa dos movimentos de mudança do modelo de assistência em saúde mental e, mais especificamente, integrada ao movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira¹⁸.

Corroborando com este mesmo sentido, Machado (1999) ressalta que, em se tratando da superação de paradigmas, é preciso rever impressões, conceitos, pré-conceitos, julgamentos, normas e redirecionar nosso olhar para o usuário, valorizando o conhecimento sobre sua cultura, suas opiniões, seus sentimentos, necessidades e percepções sobre seu processo saúde-doença mental.

Num outro plano, mais abrangente e que diz respeito ao contexto de vida atual, aonde a sociedade de consumo vem fechando seu cerco, ampliando o hiato entre pobres e ricos; aprofundando o individualismo; carecendo de projetos coletivos e; em matéria de educação, transformando a escola em empresa e o aluno, em consumidor, fazendo do ensino uma “mercadoria”,

Preservar a Universidade como lugar de resistência, de necessária contestação. Resistência que assuma a forma de insistência em pensar, reflexão insistente, que rejeite a burocratização do espaço universitário e sua administração segundo critérios empresariais, sob o risco de viver a mesma trajetória de alienação e controle dos manicômios (PATTO, 1999, p. 118).

¹⁸ O Movimento de **Reforma Psiquiátrica Brasileira** se traduz em processo histórico de formulação crítica e prática de questionamento e transformação do paradigma da psiquiatria. Tem como fundamentos a crítica ao sistema nacional de saúde mental, mas também – e principalmente – uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas (AMARANTE, 1995).

Como se pode constatar, esta discussão envolve diferentes e complexas questões que não se esgotam tão facilmente. No último capítulo, prosseguiremos refletindo sobre ela. Contudo, não podemos deixar de ponderar sobre os aspectos referidos pelos estudiosos já citados. Aspectos, sem os quais, dificilmente se desenvolvem a responsabilidade social e reflexão crítica imprescindíveis no processo de formação de profissionais que atuarão nos novos serviços de saúde mental.

Caminhando para uma maior aproximação e reflexão sobre a assistência em saúde prestada no cotidiano deste serviço substitutivo, seguiremos apresentando e discutindo os sentidos que produzidos por profissionais - sujeitos desta pesquisa, dentro do segundo eixo temático que aborda a assistência em saúde prestada no CAPS, sob a ótica dos profissionais de saúde que nele atuam.

5.2.2 A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE PRESTADA NO CAPS

Dentro deste eixo temático os sentidos produzidos pelos profissionais, acerca da assistência prestada neste serviço, dizem respeito a uma experiência nova e com possibilidade criativa para todos os entrevistados, com chances concretas de se tornar inovadora em saúde mental na medida em que: um projeto comum de transformação seja adotado. E, por vezes, revelam necessidades, frustrações e aprendizados adquiridos.

Dentro deste segundo eixo temático emergiram as seguintes categorias:

5.2.2.1 CAPS: uma nova experiência criativa

Para os profissionais que na sua maioria não viveu esta experiência em sua formação acadêmica, a forma de assistência prestada no CAPS é novidade, é a primeira em serviço de modelo substitutivo ao hospital psiquiátrico. Márcio há doze meses trabalhando no CAPS, confirma:

“É uma experiência nova. É um trabalho gostoso de se fazer. É, todo dia, nós temos uma... É... Como é que eu posso dizer “Meu Deus do Céu”? Uma coisa nova e diferente (...) Então, a criatividade e a questão de ver a necessidade deles e, dentro do possível, a gente fazer alguma coisa pra melhorar. O trabalho é excelente, cada dia é um desafio”.

Para Paulo, profissional do nível médio, que não contou com nenhuma experiência no campo da saúde mental durante sua formação, a experiência é literalmente nova. Apesar de corroborar com a idéia de que o hospital ainda é necessário, considera que a assistência prestada no CAPS é mais adequada, pois o usuário não perde o contato com a sociedade.

“Eu acho que é um tratamento mais adequado, pelo menos hoje é o que a gente vê de mais moderno, né? No tratamento da psiquiatria. É, porque esse negócio de internamento, de deixar o cara lá, como se fosse um criminoso, preso, né? Isso aí tá acabando, né? A não ser nos casos mais... Que, realmente, foge do nosso controle, daí o hospital psiquiátrico ainda, ainda é necessário. Mas, eu acho que o tratamento mais adequado, realmente, é esse que é feito pelo CAPS. Porque é um tratamento que leva a integração do usuário à família, né? Não tira ele da família, não o exclui da sociedade. É bom porque, aqui ele tem contato com a assistência médica e tem o contato também com a sociedade e com os seus familiares, ele não perde esse contato, ele não deixa de exercer a sua cidadania”.

Para Suzana, essa nova experiência profissional no CAPS tem sido válida. Ela defende a existência deste tipo de serviço bem como, a necessidade de continuar buscando caminhos na busca da melhoria da assistência prestada, pois segundo ela,

“Tá sendo bom e é melhor do que não existir, entendeu? De repente a gente vai deixar o CAPS porque ele não está sendo bom? Não, essa não é a minha visão, mas eu acho que ele deve continuar lutando, continuar buscando. E, a gente enquanto equipe, esclarecida, ir buscar recurso, ter oportunidade de falar o que realmente está acontecendo aqui, discutir pra melhorar. Porque eu acho que a gente tá o que? Caminhando, tá engatinhando nesse sentido, de sair do hospital e construir uma assistência fora, um serviço substitutivo. Então, a gente tem muito pra caminhar, muito”.

Acrescenta também a necessidade de continuamente abordar e desconstruir conceitos já instituídos pela sociedade.

“O serviço precisa ser divulgado com a comunidade, ser esclarecida, até porque a própria comunidade ela tem certo preconceito com pessoal usuário, com o trabalho, tem desconhecimento também, entendeu? Então, eu acho que tem muito a ser feito”.

Sua narrativa demonstra a necessidade de um projeto comum de transformação e, a importância dos órgãos gestores e de seus representantes em estar de fato assumindo tal projeto.

“Porque, às vezes, a gente também fica um pouco frustrado, a gente quer falar, a gente quer fazer as coisas e não tem como fazer, mas eu acho que tem muito ainda, muito ainda a ser feito, muito... A gente teve períodos que o sentimento geral era de frustração, inclusive assim de apoio, sabe assim, do administrador mesmo. Tem aquela questão que eu já coloquei pra ele, que de repente ele diz; ‘não a equipe é maravilhosa’, daí você vai pedir material para uma atividade ou festa, passa um dia, dois e você não tem nem um não, não tem um retorno, né? O que é colocado é ignorado. Então, isso só faz frustrar, né? Não tem quem fique bem diante desse negócio... Agora, quando é um motivo que lhe interessa, então ele cobra: ‘olha tem que ser feito’, quando é alguma coisa que tem que ser mostrado pra Coordenação, você entende como é? Porque eu vejo assim, a preocupação devia ser o que? O trabalho que a gente tá oferecendo ao usuário devia ser prioridade e, eu não vejo como prioridade (...) Mas, a equipe, Graças a Deus! A equipe vê diferente, vê que é uma pessoa, que precisa da gente e que a gente precisa prestar... Dar o melhor da gente”.

Por outro lado, no universo assistencial o profissional também expressa a necessidade de ser ouvido e considerado como pessoa. Rodrigo clama esse direito ao declarar seu desejo:

“Eu também gostaria de aclamar os meus desejos, né? Eu não sou profissional nas vinte e quatro horas do dia”.

Este relato mostra que os usuários e os profissionais não estão encerrados em mundos diferentes. Ambos vivem dentro de uma mesma sociedade, possuem desejos e sonhos e anseiam serem ouvidos. Para o serviço, significa a necessidade de construir uma forma de comunicação mais sensível aos anseios de todos os envolvidos no processo de assistência à saúde.

Bruna questiona a forma como vem sendo gerenciado o recurso para o serviço CAPS,

“Outra questão que também me pega é que a gente faz essa produção, é cobrada, tudinho. A gente faz idéia do valor (...), mas nunca se torna claro e deveria se tornar claro. Entendeu? (...) Vem um adiantamento mínimo e esse adiantamento tem que servir pra um monte de coisa; tem que ter um tempo de ser gasto. Então, todas essas questões se..., Sabe? É’ que poderia dar uma outra alavancada no serviço”.

E, em seu questionamento anseia uma maior transparência e socialização sobre a alocação de recursos a ser redirecionado do hospital psiquiátrico para os serviços substitutivos e, da participação na gestão destes recursos por todas as pessoas envolvidas na assistência aí desenvolvida.

A ausência de recursos pode paralisar o profissional, ao ponto deste não ser mais capaz de perceber o que pode ainda fazer pelo outro que está à frente. Essa condição de criatividade pela falta, pela ausência quando se torna uma constante, tira a motivação, aumenta a sensação de desprestígio do profissional e do usuário, podendo assumir uma forma de não reconhecimento do valor da assistência prestada e dos seus beneficiados. Soma-se a isso, os freqüentes roubos sofridos pela unidade nos últimos tempos sem que uma medida de segurança realmente eficaz tenha sido tomada pelo poder local.

Bruna vai mais além e continua a expor suas expectativas em relação ao serviço CAPS.

“Tem muitas coisas: os passeios extras CAPS. Eu acho que seria também muito interessante se a gente pudesse fazer um trabalho de uma preparação mesmo, né? Tanto que, às vezes, a gente fica se articulando com o pessoal da iniciativa privada, mas eu acho que a Secretaria poderia pensar em fornecer capacitação para os usuários nesse sentido, como a gente conseguiu fazer com o Projeto Saber, em parceria com o Estado, de vir uma Alfabetizadora pra cá, tá entendendo? E, assim, como eles (usuários) acham importante isso daí e, como ela se agregou junto com o trabalho!”.

A participação, a articulação e, o engajamento entre os profissionais é valorizado por ela,

“Com relação aos profissionais, todo mundo se engaja, todo mundo faz junto (...) tem esse lado que eu acho muito rico. Na hora de dar a atividade, todo mundo tá ali, abraçando. Mas, eu tô falando de uma forma geral, né?”

Articulação e engajamento que, segundo ela, não tem existido entre este e os outros serviços ou setores, especialmente o da saúde. Bruna exemplifica esta questão, contando o episódio a seguir:

“Eu tive, recentemente, um caso que assim: a paciente não foi vista a parte toda clínica dela e, a colega que ligou do setor disse: ‘não, nós já fechamos que o caso é psiquiátrico’. Por quê? Sabiam que ela era uma paciente que fazia o tratamento psiquiátrico e, resumindo: a mulher com problema nefrológico, com uma questão ginecológica significativa que não foi investigada; está sendo agora, quando ela recebeu alta. Aí, levou ela, mesmo assim, para o Portugal Ramalho (Hospital Público Psiquiátrico). Lá, felizmente, pegaram uma profissional consciente e ela disse: ‘não, quem encaminhou pra cá que venha pra cá pra ser atendido, porque essa pessoa não tem nada que justifique estar aqui’. Então, estas questões que são um processo, mas que seria importante...né? Eu não vejo uma rede interligada, entendeu? Eu acho desarticulada (...) O sistema deveria estar articulado pra referendar, não tem a referênci (...) Então, eu acho que nesse ponto ainda está se engatinhando muito. Enquanto essa ‘rede’ continuar desarticulada, vai complicar algumas questões”.

De acordo com esta narrativa, há uma clara evidência de que a desarticulação precisa ser superada, bem como, as fronteiras que delimitam profissionais e serviços das diferentes áreas. Desse modo, a comunicabilidade entre os serviços e seus profissionais e, esforços para a efetivação do controle social poderiam contribuir para avanços no campo da “tomada da responsabilidade”.

Para Saraceno (1999, p. 96) “um bom serviço é, portanto, um serviço com alta integração interna e externa, ou seja, um serviço onde, a permeabilidade dos saberes e dos recursos prevalece sobre a separação dos mesmos”.

Da mesma forma Berlingüer (1988), quando afirma que um dos principais desafios da descentralização da assistência em saúde é promover esta integração, através da comunicabilidade entre as diferentes organizações sanitárias (hospitais, ambulatório especializados e médicos de família). Tanto a comunicabilidade administrativa, como a cultural que exigirão uma modificação na formação cultural e atitude profissional. Ressalta, ainda, que é preciso experimentar várias formas de comunicação e cooperação sem as quais se provoca a fragmentação do doente.

Gestão transparente de recursos, maior articulação entre serviços e comunidade, disponibilidade e união de forças são solicitadas a integrar esta nova experiência que, apesar de nova, já suscita aprendizados.

5.2.2.2 CAPS: o aprendizado

Os sujeitos revelaram que a prática que vem sendo construída no serviço tem produzido um novo saber. Paulo, por exemplo, que nunca trabalhou na área de saúde mental, diz o que tem aprendido no CAPS,

“Eu aprendi que o ser humano, ele tem que ser respeitado de todas as formas, nos seus direitos, na sua maneira de ser. E, que ninguém é perfeito e, ninguém pode dizer: ‘eu sou normal’, né? Todo mundo um dia, mesmo por um momento, tem uma certa loucura, faz alguma besteira na vida ou faz alguma coisa que, o ser humano na sua ‘normalidade’ não faria. Então, eu acho que por isso nós devemos respeitar todos os seres humanos como pessoa, como realmente deve ser respeitado”.

As palavras desse sujeito ecoam as de Nise da Silveira, citada por Kummer (2004, p.123), quando recriminava o uso de estigmas que pudessem diminuir a pessoa humana, colocando-a numa posição de submissão ou exclusão, dizendo: “a dignidade da pessoa humana é uma só”.

Suzana nos dá a entender que o convívio, cada vez mais próximo com o usuário, interagindo com ele, o conhecendo melhor e, podendo testemunhar sua melhora tem sido a fonte deste aprendizado e o sentido do seu trabalho. Ela afirma:

“Pra mim existe algum sentindo quando eu vejo alguém melhorando, entendeu? Alguém que estava assim: péssimo e que de repente tá crescendo, tá desenvolvendo, começando a caminhar, começando a ter coragem”.

Para exemplificar, compartilha de uma experiência que, segundo ela, foi significativa:

“Ontem, nós saímos com uma usuária, ele estava assim... Porque ela já passou por várias crises, mas ontem ela estava assim: com um discurso super coerente, o senso crítico bem aguçado, tomando pé das coisas dela, tendo planos pra vida. Por exemplo, ela disse e, foi uma coisa que me fez pensar muito na questão do preconceito. A gente foi visitar o Museu, né? E não deu certo, daí demos uma volta na orla, aí ela disse ‘era bom que a gente fizesse um piquenique, ir pra praia, conhecer as praias, você sabe por que? A família da gente tem vergonha da gente, eles não saem com a gente’. Aí, depois nós paramos rapidamente no shopping, aí eu perguntei se alguém queria descer, dar uma passadinha, daí ela disse: ‘pra que a

gente vai descer no shopping? Se a gente descer aí vão pensar que a gente vai roubar'. Eu perguntei: 'por quê?' 'Porque tá todo mundo mal vestido, a gente não se preparou pra vir pra aqui'. Quero dizer, ela estava assim: ótima. Eu tô acompanhando ela, já faz um tempo, isso pra mim, sabe? É o máximo! É tudo! Com isso você supera tudo! Quando você vê alguém que tá ficando bem, eu acho isso o máximo!"

Esta fala demonstra que, toda experiência inteiramente vivida junto ao usuário e devidamente refletida traz aprendizado, até mesmo as inusitadas ou frustrantes. Esta, por exemplo, foi a experiência de uma visita frustrada a um museu, mas que resultou numa maior aproximação e diálogo entre a profissional e a usuária.

Para Bruna, os anos de experiência lhe permitiram aprender que é preciso esforço e atenção para não estigmatizar ou podar o "outro". Ela faz um balanço da sua vivência no CAPS, contando uma de suas experiências neste serviço.

"Tinha gente que se surpreendia com os usuários, quando a gente fazia as dinâmicas com relação à saúde mental e sexualidade, se posicionarem, colocarem certas questões. Então, pra mim, era um estigma que o outro - o portador de transtorno mental, não pensa, não é crítico, não desenvolve, não tem... E assim, eu pude com essa oportunidade que eu venho tentando mostrar isso aí também, tentando lutar contra isso também. E, levar um pouquinho disso, pra aquelas pessoas que fizeram o estágio... E tentar ajudar e interferir nisso daí".

Para Morant e Rose (1998), no campo da psicologia social as questões ligadas às conseqüências em se conceber o ser humano duma maneira ou outra como também questões ligadas à ética, à justiça e à alteridade são, em geral, pouco discutidas, por serem complexas e de difícil aproximação, mas que não podem ser ignoradas.

Não há ação humana que não pressuponha uma concepção de ser humano, e que não seja ética [...] bem diversa é uma ação, e uma relação, em que o outro é concebido como alguém que nada tem a ver com a gente, de um lado; ou uma ação e relação que o outro é essencial a mim mesmo, alguém que ajuda a me constituir e a me definir, de outro lado (MORANT; ROSE, 1998, p.160).

De acordo com estes autores, quando nos damos conta de que o outro é essencial em nossa existência, no nosso próprio agir ele se torna alguém necessário, imprescindível para a própria compreensão de nós mesmos.

Em outro trecho de sua narrativa Bruna ao admitir haver trocas, enriquecimento pessoal na relação da assistencial, nos revela uma nova concepção do outro que brota do seu próprio discurso.

“O outro é o outro e, como o outro, independente dele ter um transtorno ou qualquer outro tipo de problema, ele não se encerra nisso daí, no problema. Pelo contrario, se a gente ficar focado nisso, a gente perde de desfrutar junto com o outro as soluções, né? Então, eu acho que esse tem sido o grande ganho que eu tenho tido nesta troca com eles, ne?”

Rotelli; Leonardis e Mauri (2001) consideram que o profissional ao não focalizar sua atividade no problema de saúde em si e, sim na existência deste “outro” que não se encerra com a experiência de doença, se abre para a troca, não vindo com soluções prontas ou impondo soluções, podendo desfrutar mais e melhor do seu trabalho. Talvez este seja “o grande ganho” a que Bruna se refere.

Todos os discursos que integram este grande eixo temático, acerca da assistência prestada no CAPS e sob a ótica dos profissionais que nele atuam, trazem à tona necessidades, tensões e conflitos vividos no cotidiano da assistência prestada no CAPS. É certo que, a falta de recursos, a pouca experiência para qual o próprio processo de informação, a insuficiente articulação com outros serviços de saúde existentes (como exemplo: a saúde da família), a ausência de um sistema de referência local para a assistência em saúde mental contribuem para a insatisfação destes sujeitos. Porém, na perspectiva destes profissionais entrevistados, todos anseiam e sabem que podem ir mais além. Esta nova experiência tem gerado uma maior conscientização e sensibilidade destes profissionais em relação às pessoas que vivenciam o sofrimento psíquico, movimentando-os para a superação de seus próprios medos, preconceitos e, formas de agir.

Os sentidos até aqui apresentados, construídos na relação assistencial que se estabelece entre profissionais e usuários, constituem uma realidade particular e, trazem recursos nos quais podem ser esculpidos os contornos do futuro. Para tanto, é preciso abrir portas e caminhos possíveis para que práticas inovadoras em saúde mental se interponham na lógica cotidiana dos serviços substitutivos do tipo CAPS, sempre em consonância com a perspectiva de desinstitucionalização, mas numa jornada que, mesmo fugindo ao campo das certezas, do consenso e da segurança, pode ser única, singular, prazerosa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao tomarmos a relação assistencial como meio para geração criativa de sentidos, as diferentes vozes, diferentes versões resultantes deste encontro devem ser ouvidas. Nesta situação, a multiplicidade de versões não é um mero instrumento auxiliar para o conhecimento desta relação, mas torna-se constituinte de uma realidade que tem sido socialmente construída, sob a influência de convenções culturais historicamente situadas.

De acordo com o paradigma da ciência pós-moderna, a multiplicidade destas versões deve ser buscada, bem como os vários modos de relacionamento sob os quais os sujeitos se encontram enredados, valorizando-se as múltiplas e variadas formas de conexão humana que constituem a vida.

Neste sentido, criar um clima no qual os sujeitos da pesquisa pudessem ser ouvidos, tivessem seus sentimentos e pontos de vista considerados, tornou-se o fio condutor da nossa caminhada na realização desta pesquisa. O que não implica, necessariamente, na aceitação ou confirmação de suas premissas, mas na abertura para identificar estas mesmas premissas ou descobrir premissas diferentes.

A ênfase dada ao discurso visa promover o diálogo, onde o sentido da experiência é produzido e transformado pela via de uma fusão dos horizontes dos participantes. Desta fusão, formas alternativas de pontuar a experiência são desenvolvidas e uma nova postura em relação à experiência pode evoluir (GERGEN; MACNAMEE, 1998).

Para Spink (2003), o sentido, enquanto conhecimento produzido, deixa de ser uma reprodução fiel da realidade objetiva ou exterior, para se tornar versões da realidade mediada pela linguagem no interior destas relações interpessoais ou sociais.

Por sua vez, cada versão cria, sustenta, ou nos convida a rever estas relações, motivando certas ações e desencorajando outras, abrindo pequenas frestas, portas ou, caminhos possíveis para que práticas inovadoras se interponham

na lógica cotidiana dos serviços de saúde mental.

Buscando dar conta desta responsabilidade e, assumindo a incomensurabilidade deste esforço que nos autoriza a operar sobre uma lógica nem tão linear e nem tão racional, apresentamos esta reflexão final sobre o fenômeno estudado. Reflexão que não pretende ser totalizadora, mas prioriza questões pertinentes à pesquisa, ao nosso campo de prática, e ao momento histórico em que vivemos.

Para tanto, vale ponderar que os elementos constitutivos dos discursos de profissionais e usuários, até aqui apresentados, versam sobre os sentidos produzidos acerca da assistência em saúde mental. E, como indicado por Grandesso (2000, p. 68), “focaliza a atenção num processo microssocial particular, defendendo uma compreensão humana a partir da esfera relacional”.

Quando assumimos a assistência em saúde como uma relação social, que é construída num processo de interação e negociação social, permeada pela subjetividade dos diferentes atores envolvidos na realidade cotidiana de um serviço e, comprometida com a efetivação da política de reforma psiquiátrica, transformações objetivas e subjetivas são esperadas. Encontro que por ser intersubjetivo; está rodeado de expectativas e da produção, ou não, de trocas capazes de responder aos direitos substanciais das pessoas que nele estão envolvidas (CAVALCANTI, 1997). Deste modo, os sentidos produzidos; tanto em relação à assistência no CAPS como nos hospitais psiquiátricos, resultam deste encontro.

Partindo da perspectiva histórica da desinstitucionalização da assistência, podemos afirmar que a assistência em Hospital Psiquiátrico configura-se em um modelo de atenção a ser substituído e, a assistência no CAPS em um dos dispositivos para a sua substituição.

Neste sentido, a fala dos sujeitos ouvidos corrobora com a idéia de que o município de Maceió/AL vive um momento de transição, ainda inicial, de um modelo assistencial hospitalar para o comunitário que, por sua vez, guarda graves distorções inerentes ao primeiro.

Para os sujeitos deste estudo (usuários), que já receberam a assistência em Hospital Psiquiátrico, esta internação envolve experiências negativas de uma forma marcante e intensa de tutela. As conseqüências negativas da permanência hospitalar longa ou não, acompanham alguns usuários até o presente momento. Relacionam-se à perda do contato com a realidade externa, sobretudo com a família; às atitudes de subserviência, de dependência e de resignação assumidas diante dos fatos e das coisas; assim como dificuldade no estabelecimento de relacionamentos, e inserção no mercado de trabalho.

Nos discursos destes usuários, é principalmente pela negatividade da experiência da internação em hospital psiquiátrico que a assistência no CAPS é reafirmada. As pessoas vêm ao CAPS sem medo; não são obrigadas a permanecer nele; assumem um contrato de tratamento onde possuem maior possibilidade de escolhas e onde a convivência com os seus familiares e o retorno para casa é garantido. Estes se constituem nos principais contrastes entre um e outro modelo de atenção, que já apontam para um caminho de rupturas com o velho modelo e de ensaios para invenção do novo.

Do nosso ponto de vista, as matrizes de eventos¹⁹ que determinam, na atualidade, este convívio entre as duas modalidades de assistência em Maceió/AL, apesar do incentivo que o Ministério da Saúde tem dado para a implantação, descentralização e territorialização da assistência em saúde mental, se deve ao fato do município estar caminhando de forma muito lenta na constituição de uma rede completa e integrada de atenção em saúde mental substitutiva. O município conta apenas com três Centros de Atenção Psicossocial que, por sua vez, não dão conta de garantir o acesso de boa parte da sua população. E, não conta, ainda, com leito psiquiátrico em hospital geral ou CAPS 24 horas, para impedir o fluxo contínuo das internações em instituições fechadas, que atualmente, conta com quatro hospitais psiquiátricos.

A consolidação da descentralização da atenção em saúde mental se dá de forma arrastada e, acreditamos seja influenciada pela forte cultura manicomial, que

¹⁹ Para Spink (2004, p.26), as **matrizes de eventos**, correspondem à especificação ou exploração dos pontos ou dimensões políticas, ideológicas, históricas, individuais, que condicionam ou determinam tais categorias expressas nas práticas discursivas.

por inúmeros e diferentes interesses contrários à efetivação do processo de reforma psiquiátrica, continua a prevalecer na sociedade local.

Uma primeira ruptura que o serviço CAPS favorece em relação ao modelo asilar atua sobre a ótica da externalidade do tratamento; garantindo aos usuários a possibilidade de poder “voltar pra casa”, todos os dias. Esse fato, por si só, caso consideremos a complexidade que o enfrentamento da existência – sofrimento psíquico representa, pode significar ainda muito pouco, mas não podemos negar que se trata de um novo recurso, da aquisição de um poder, de uma porta que se abre ou que não se fecha. Um rompimento que sabemos, deve significar um ir além dos muros que aprisionam a pessoa em nome da loucura.

Para além dos contrastes mais evidentes, a superioridade da assistência no CAPS é anunciada através da valorização do usuário enquanto pessoa e das possibilidades criadas para a manifestação de seus sentimentos. Tais trocas, mesmo sutis, integram este novo espaço e são apreciadas por estes usuários. Estas trocas referem-se à atmosfera amistosa da unidade; ao respeito dos profissionais ao se reportarem ao usuário, ao chamá-los pelo nome, ao bem – recebê-los, assim como à existência de rodas de amigos onde compartilham seus problemas.

Para além destes aspectos positivos que anunciam a superioridade da assistência recebida no CAPS, faltas são sentidas e diz respeito ao não funcionamento normal da unidade de saúde, local da realização deste estudo, após uma seqüência de roubos sofridos em suas instalações; à falta de diferentes tipos de recursos que inclui desde alimentação coerente com a cultura local, passeios, festas, material de consumo, um local para descanso, mecanismos efetivos de segurança para o prédio, presença de um profissional médico durante todo o período de funcionamento diário; até a abordagem mais compreensiva das pessoas e seus problemas.

Ao nosso ver, as matrizes de eventos que determinam a ausência de tais “recursos” e contribuem para a permanência deste estado de ausências sentidas estão relacionadas ao desinteresse e descaso da gestão e do poder local; ao não investimento na formação e sensibilização de profissionais para trabalhar na área de saúde mental; ao despreparo dos profissionais que atuam hoje nestes serviços para

lidar com pessoas em sofrimento psíquico dentro de um modelo inovador de assistência e; ao baixo nível de consciência dos direitos, da política e da história do processo de reforma psiquiátrica brasileira entre os atores envolvidos nesta assistência.

Para além das faltas sentidas, expectativas de superação não faltam.

No âmbito da inter-relação pessoal, para configuração de uma interação com potencial capaz de gerar mudança, os usuários pedem uma maior compreensão de si e dos problemas que os afligem. Neste sentido, vale considerar que a relação sujeito-objeto que permeia a assistência em saúde é capaz de imprimir nos profissionais, um falso poder e capacidade, impedindo que o usuário seja realmente ouvido em suas queixas.

Estaria este modelo de atenção sendo reproduzido?

Acreditamos que para haver a possibilidade de transformação dessa relação, é preciso que o desejo, o comprometimento e o questionamento constante sobre a prática diária, assim como o questionamento sobre qual é a verdadeira finalidade do trabalho num serviço que se pretende ser inovador, sejam instrumentos utilizados cotidianamente.

Entre os profissionais entrevistados, pudemos perceber que vivem e são impregnados pela transição e não superação do modelo hospital psiquiátrico – centrado, presente no contexto histórico e social local. A defesa pela manutenção do hospital psiquiátrico e o encaminhamento de usuários para a internação, revelam esta impregnação entre profissionais.

Impregnação que acaba por se reproduzir nas relações assistenciais, se transformando num dos principais equívocos sofridos pelo processo da reforma psiquiátrica local. A nosso ver, esta impregnação é causada: **1º**. Pela deficiência de uma rede completa e integrada de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico; **2º**. Por formas de conceber e lidar com a “loucura”, muito arraigadas ao paradigma manicomial que integram o imaginário da sociedade local e; **3º** Pelo processo de formação que, não tem sido capaz de promover a competência e desejo necessários para que, este ‘futuro profissional’ integre-se ao movimento de mudança do modelo

assistencial em saúde mental, vivido hoje no país de forma crítica, consciente e, sentindo-se devidamente preparado para tal.

Para muitos destes profissionais o hospital psiquiátrico ainda é o lugar adequado para atenção à pessoa em crise. O que não é validado pelos usuários entrevistados e, para os quais as experiências negativas da internação psiquiátrica são profundamente sentidas.

A internação como resposta à situação de crise pode ser sinalizadora de uma ação focalizada dentro dos muros da instituição psiquiátrica tradicional. O contexto municipal pesquisado é fortemente condicionado, pelos baixos índices de cobertura de unidades de saúde tipo "CAPS" e ausência de serviços substitutivos de hospitalidade integral e emergencial. Como já é sabido, o baixo número de CAPS implantados diz respeito, mais especificamente, ao município de Maceió que, segundo dados divulgados pela assessoria técnica do Programa de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde são dezesseis CAPS em funcionamento no estado, sendo que deste total, três estão em funcionamento na capital e, o restante no interior (ALAGOAS, 2005).

A internação bem como a medicação enquanto metáfora de cura, além de indevidamente usadas, podem conter usuário e profissional. Em relação ao primeiro, reduz e empobrece o universo de possibilidades terapêuticas que poderiam ser oferecidas. E, em relação ao segundo, poda a expansão do potencial terapêutico que cada um comporta em si, impedindo, assim, a exploração de formas integradoras e criativas de atenção.

Contrapondo-se ao recurso da internação, as experiências negativas, relacionadas à assistência em hospitais psiquiátricos foram relatadas por profissionais e dizem respeito aos estágios e práticas na formação universitária. Experiências que, ao seu turno, confirmam o conceito de periculosidade da pessoa que sofre e acentuam a manutenção do hospital como única possibilidade de tratamento.

Para caminharmos no processo de desconstrução destes velhos conceitos e na construção do processo de desinstitucionalização da atenção, não basta

positivar estas experiências, mantendo o mesmo espaço institucional como campo de estágio. Nem tampouco, mudar apenas o espaço em que se prestará tal atenção. É preciso ir além, faz-se necessário superar formas de pensar e agir do modelo asilar e modos tradicionais de organização dos serviços de saúde, buscando traçar um caminho de relações mais abertas, negociadas, produtoras de autonomias e, que não economizem responsabilidades.

Com vistas a construir tais relações, a assistência prestada nos serviço CAPS não pode ser a única, devendo, necessariamente, integrar a atenção da família, a atenção intra ou interinstitucional e, o entorno social. Ao nosso ver, a responsabilização compartilhada entre diferentes setores, serviços e atores podem aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pelos profissionais que integram as equipes dos centros de atenção psicossocial.

Dentro deste enfoque, ao criar novos dispositivos de cuidado é necessário criar novos dispositivos de formação. Torna-se essencial o envolvimento da Universidade, pois enquanto responsável pela formação dos técnicos que atuam no serviço público de saúde, cabe a ela, desenvolver um ensino que leve o aluno a considerar, cada vez mais, a história, a cultura, a vida social e a política, a fim de favorecer a compreensão de questões humanas. E, desta forma, junto à busca de tratamento ou de cura, se ocupar com pessoas. Compete a ela, em parceria com os serviços, criar novos dispositivos de formação, despertar o desejo de novos atores para inserção nessa jornada em torno do cuidar, dentro de uma ética que preserve o compromisso com a desinstitucionalização.

Neste aspecto, a Universidade deve se empenhar em criar espaços propícios de reflexão e estabelecer alianças com a sociedade, com vistas a influir nos acontecimentos da vida presente e futura.

Isso se torna mais significativo ao considerarmos alguns aspectos negativos da vida atual. A competitividade excessiva, o individualismo exagerado, a perda de vínculos solidários, a descrença numa política efetiva de transformação e, a exposição, cada vez mais freqüente às situações de violência, podem minar a saúde das pessoas, colocando-as sob situação de risco psíquico.

Considerando a influência objetiva destas transformações, é preciso ampliar os estudos de interpretação das condições clínicas e, sobretudo, das condições sociais, histórica e cultural sob as quais vivem.

Tal discussão convoca os prestadores de assistência e formadores da força de trabalho em saúde mental para uma atualização conceitual e ética, uma vez que, a proposição soa impertinente para o modelo tradicional, cuja finalidade do processo de trabalho tem sido: **1)** A adaptabilidade e o controle social; **2)** A doença como objeto de intervenção, **3)** A concepção do projeto terapêutico, privativa dos profissionais; **4)** A pouca consideração das percepções e dos saberes das pessoas que vivem a experiência do transtorno mental.

Na tentativa de refletir acerca das possibilidades de ampliação do campo de ação profissional, de modo que os profissionais se tornem contrapesos e, não reprodutores desta realidade social pensamos ser importante:

Conhecer a realidade que envolve estas pessoas e revelar as repercussões psicológicas desse estado de coisas, as repercussões da concentração de renda, da baixa acessibilidade aos serviços e, as carências resultantes desta situação;

Respeitar à vida em todas as suas formas e condições para que a vida possa continuar existindo, levando em conta a alteridade, o respeito às diferenças, às minorias sociais. Acatando os valores éticos e políticos da cidadania não apenas como uma questão política e ética, mas também como uma questão psicológica que traz o significado de um viver sentindo-se seguro, sentindo-se digno de valor, produtivo e, criativo.

Favorecer o diálogo, construído em relações de contratualidade e reciprocidade, investindo energia nas relações, reconhecendo suas expectativas e as expectativas de todos os outros atores envolvidos no cuidado, abrindo-se para novos conceitos e novas formas de lidar com a pessoa e sua dor.

Partindo do princípio que a ação do profissional, com vistas a se tornar

inovadora, não se encerra, mas pede novos e inusitados movimentos. Acrescentamos a estas capacidades a necessidade do entendimento, mesmo que substancial, das leis que regulamentam seu campo de atuação, no sentido de saber com o quê e com quem ele poderá contar na rede e no campo da gestão pública em saúde, bem como quais são os direitos dos usuários de um serviço e o que os serviços pode e deve fazer por eles.

Através da análise dos discursos de usuários e profissionais, é possível entrever ainda, a necessidade dos profissionais em desenvolver múltiplas e variadas formas de abordagens voltadas para a família e, potencializar a circulação das informações e participação das pessoas na organização da assistência sejam elas, profissionais, usuários, familiares ou, rede social de apoio.

Como já dissemos, estamos num momento no qual consolidamos muitas transformações no campo da assistência em saúde mental, fruto de uma trajetória e de uma militância de diversos atores sociais ao longo da história. A Reforma Psiquiátrica vem alterando o cenário assistencial voltado às pessoas portadoras de sofrimento psíquico, seja por meio da busca e do desenvolvimento de novos dispositivos de assistência seja, na quebra de paradigmas que até hoje sustentaram práticas de exclusão.

A presença constante de mecanismos geradores de relações democráticas, no interior da unidade, poderia favorecer o uso de potencialidades conhecidas e a serem descobertas e; a constituição de uma consciência cidadã entre todos os atores envolvidos na assistência. No processo de transformação assistencial, na superação do modelo hospitalocêntrico, é imprescindível ouvir e contar com as pessoas, nos principais momentos de decisão da assistência prestada.

Neste sentido, os CAPS como dispositivos significativos para efetivação da desinstitucionalização, devem ser propulsores de transformações concretas intra e extramuros, nas formas de conceber, ver e lidar com a existência e com a existência quando é sofrimento. E, produzir uma assistência comprometida com a autonomia, com a coexistência, aberta para o território e às pessoas, afirmando direitos e recursos; recuperando idéias, planos e sonhos, arriscando inovações, validando atores; ampliando possibilidades e, intensificando afetos.

Muitas vezes basta ser:

Colo que acolhe,

Braço que envolve,

Palavra que conforta,

Silêncio que respeita,

Alegria que contagia,

Lágrima que corre,

Olhar que acaricia,

Desejo que sacia,

Amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo,

é o que dá sentido à vida.

É o que faz com que ela não seja nem curta,

nem longa demais, mas que seja intensa,

verdadeira, pura...Enquanto durar.

CORA CORALINA

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS²⁰

ALVES, R. **Filosofia da ciência**: introdução ao jogo e suas regras. São Paulo: Edições Loyola, 2000.

ALAGOAS inaugura o 16º CAPS em Marechal Deodoro. **Tribuna de Alagoas**, Alagoas, 14 nov.2005. Interior.

ALAGOAS. Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Alagoas (SESAU). **Dados de produção dos serviços de saúde mental de Alagoas**. Maceió, 2006.

AMARANTE, P. (Org.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. -Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

AMARANTE, P. A (Clínica) e a reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Coord.) **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003. p. 45-66.

ARANHA E SILVA, A. L.; Serpa da Fonseca, M. G. Os nexos entre concepção do processo saúde /doença mental e as tecnologias de cuidados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão preto/SP, v.11, n. 6, p. I-F, 2003.

ASSUMPÇÃO, F. PSF muda indicadores da saúde no Estado. In: **Gazeta de Alagoas**. Maceió, 16 jul.2000. Caderno 2 , p. 1.

ASSUMPÇÃO, F. Saúde mental leva pacientes de volta para casa. In: **Jornal Gazeta de Alagoas**. Maceió, 05 abr.2004. Caderno Geral.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p.63-72, 2001.

BANDEIRA, M. Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. **Psicologia Teoria Pesquisa**, Brasília, v. 6, n° 2, p. 171-182, 1991.

²⁰ UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Sistema Integrado de Bibliotecas. Grupo DiTeses. **Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP**: documentos eletrônicos ou impressos. São Paulo: SIBi -USP, 2003.

BARROS, D. D. **Jardins de Abel**: desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: EDUSP/Lemos, 1994.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1991.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Tradução: Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BASTOS, O. A história da psiquiatria e da saúde mental no Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 9, p. 473-475, 1997.

BERLINGÜER, G. A doença como sofrimento. In: BERLINGÜER, G. **A doença**. São Paulo: Hucitec/CEBES, 1988. p. 38-57.

BERLINGÜER, G.; TEIXEIRA, S. F.; CAMPOS, G. W. S. **Reforma sanitária**: Itália e Brasil. São Paulo: Hucitec /CEBES, 1988.

BILAC, O. **O Pássaro cativo**. [s/d]. Disponível em: < <http://www.exercito.gov/01Instit/Historia/Patronos/olavobil.htm>. > Acesso em 05 mai. 2004.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação**. Porto: Porto Editora, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. 20p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 95/GM. Dispõe sobre a Norma Operacional de Assistência Saúde – SUS. **NOAS/SUS 01/2001**, Brasília, 26 jan. 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 10216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado. **Diário Oficial da União**. Brasília, 06 de abril, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 336 de 19 de fevereiro de 2002. Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**. Brasília, 19 de fevereiro, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRÊDA, M. Z. **O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde**. Recife, 2000, 123p. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, FIOCRUZ, Recife, 2000.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da Reforma: repensando a Saúde**. São Paulo: Editora HUCITEC. 1992a. p. 143-193.

CAMPOS, G. W. S. Modelos de Atenção em Saúde Pública: um modo mutante de fazer saúde. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, n. 37, dez., p. I-F, 1992b.

CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface**. Botucatu, v.9, n.17, p.398-400, mar. /ago. 2005.

CAVALCANTI, M. T. A equipe e sua função no tratamento psiquiátrico. **Informação Psiquiátrica**. Rio de Janeiro, v.16, n. 4, p. 150-153, 1997.

CAVALCANTE, A. P. R., AMORIM, D. U. e JESUS, D. A reabilitação psicossocial do ponto de vista da equipe: um estudo de caso múltiplo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 54, 2002, Fortaleza. **Anais do 54º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM**, 2002, p. I-F.

CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE, 5., 2003, Maceió: Caderno de Textos V Conferência Estadual de Saúde, Maceió, 2003.

COSTA, V. T; SILVA COSTA, A. Como identificar desafios à organização da rede de atenção em saúde mental. **Conferência Estadual de Saúde, 5.**, 2003, Maceió. **Caderno de Textos V Conferência Estadual de Saúde**. Maceió, 29 a 31 de outubro de 2003, p. 56-59.

DAVIES, B. e HARRÉ, R. Positioning: o discursive production of selves. **Journal for the theory of social behavior**, New York, v. 20, n. 1, p.43-63, 1990.

DELGADO P. **Paulo Delgado**. Brasília/DF, 2001. Disponível em: < <http://www.paulodelgado.com.br> >. Acesso em: 03 jul. 2002.

DEMO, Pedro. **Política social do conhecimento**. Vozes. Petrópolis-RJ, 2000. (Coleção Temas Sociais).

FIGUEIREDO, V. V. e RODRIGUES, M. M. P. Atuação do psicólogo nos CAPS do Estado do Espírito Santo. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v.9 n.2, p. I-F, 2004.

FILIZOLLA, C. L. A. **O trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) do município de Santos (SP)**: resgatando desejos, reconstruindo projetos de vida em um tempo sem milagres, 1999. 220p.Tese [Doutorado], Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FUREGATO, A.R.F. A Conduta humana e a trajetória do ser e do fazer da enfermagem. In: JORGE, M. S. (Org.) **Saúde Mental**: da prática asilar ao terceiro milênio. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p. 93-116.

FRANCO, T. B.; MAGALHAES JÚNIOR, H. M. Integralidade da assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. IN: MERHY E. E.; H. M. M. Jr; RIMOLI J.; FRANCO, T.B. ; BUENO, W. S. (Orgs.). **Saúde em Debate**. São Paulo: Hucitec, 2003, p. 125-133.

GATTI, B. A. Pesquisa, educação e pós-modernidade: confrontos e dilemas. **Cadernos de Pesquisa**, v. 35, n. 126, set. /dez. 2005, p.595-608.

GERGEN, K. J. The social constructionist movement in modern psychology. **American Psychology Association**, Boston, v.40, n. 3, p. 266-275, mar.1985.

GERGEN, K. J.; KAYE, J. Além da narrativa de negociação do sentido terapêutico. In: MACNAMEE, S.; GERGEN, K. J. **A terapia como construção social**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998, p. 201-222.

GERGEN, K. J.; MACNAMEE, S.(Org.) **A terapia como construção social**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

GIOVANELLA, L.; AMARANTE, P. O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental. In: AMARANTE, P. (Org.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994, p. 113-148.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1987.

GOFFMAN, E. O modelo médico e a hospitalização psiquiátrica: algumas notas sobre as vicissitudes das tarefas de reparação. In: GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva. 1987, p. 261-312.

GRANDESSO, M. **Sobre a reconstrução do significado**: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

GUATARRI, F. **Caosmosis**. Buenos Aires: Manantial, 1992.

GUIRADO, M. Universidade e luta antimanicomial. In: FERNANDES, M. I. A.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. (Orgs). **Fim de século**: ainda manicômios? São Paulo, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999, p.123 -130.

INVERSO. **Rede assistencial do SUS**. Brasília, 2001. Disponível em:< http://www.inverso.org.br/http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/7.html?tip_o%5B%5D=CAPS&estado=Alagoas > Acesso em: 03 jul. 2006.

KANTORSKY, L. P.; SILVA, G. B. O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental - um olhar a partir dos programas das disciplinas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 27-34, dez. 2000.

KODA, M. Y. **Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental**: o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial. 2002.186f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

KODA, M. Y. A produção de sentidos sobre o trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial. In: AMARANTE, P. (Coord.) **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003. p. 67-88.

KUMMER, D. O. **Nise**: o abecedário de uma libertadora. - Maceió: Edições Catavento, 1 ed, 2004.

LANCETTI, A. Prevenção, preservação e progresso em saúde mental. In: LANCETTI, A (Org.). **SaúdeLoucura**, 2. Rio de Janeiro: Hucitec, 1990. p. 75-89.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. **Relatório anual de atividades**. Maceió, 2003.

MACHADO, A. L. **Espaços de representação da loucura**: religião e psiquiatria. São Paulo, 1999. 127f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

MACHADO, A. L. Reforma Psiquiátrica e mídia: representações sociais na Folha de São Paulo. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 483-491, abr. / jun. 2004.

MACHADO, K. Saúde mental. In: **Revista Radis**: Comunicação em Saúde, Rio de Janeiro, n. 38, pg. 11-19, out.2005.

MELMAN, J. **Família e doença Mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras Editoras, 1. ed., 2001. (Coleção Ensaios Transversais).

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, A.T.; SANTOS, A.F.; CAMPOS, C.R.; MALTA, D.C.; MERHY, E.E. (Orgs.) **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p.103-20.

MINAYO, M C. de S. Construção da identidade da antropologia na área de saúde: caso brasileiro. In: ALVES, P. C.; RABELO, M. C. (Orgs.). **Antropologia da Saúde**: traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: FIOCRUZ / Relume Dumará, 1998.

MORANT, N.; ROSE, D. Loucura, multiplicidade e alteridade. In: ARRUDA, A. (Org.) **representando a alteridade**, Petrópolis: Vozes, 1998, p.129-161.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2003.

MORIN, E. A Noção de sujeito. In: SCHNITMAN, D. F. (Org.) **Novos paradigmas, cultura e subjetividade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 45-56.

MOSTAZO, R. R.; KIRSCHBAUM, D. I. R. O cuidado e o descuido no tratamento psiquiátrico nas representações sociais de usuários de um centro de atenção psicossocial. **Revista Latino - Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n. 6, p. 786-791, dez. 2003.

NICÁCIO, M. F. Da instituição negada à instituição inventada. In: LANCETTI, A. (Org.). **SaúdeLoucura**, 2. Rio de Janeiro: Hucitec, 1990, p.91-108.

NICÁCIO, F.; Campos, G. W. S. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. **Revista Terapia Ocupacional**; São Paulo, v.15, n. 2, p. 71- 81, 2004.

OLIVEIRA, F. B. **Construindo saberes e práticas em saúde mental**. João Pessoa: UFPB/ Editora Universitária, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório sobre saúde no mundo 2001**: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genéve, Suíça: World Health Organization, 2001.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. I-F, 1998.

PATTO, M. H. S. Formação profissional, compromisso político e luta antimanicomial. In: FERNANDES, M. I. A., SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. (Orgs). **Fim de século: ainda manicômios?** São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999, p.109 -122.

PELBART, P.P. Da clausura do fora ao fora da clausura: loucura e desrazão. In: LANCETTI, A (Org.). **SaúdeLoucura**, 2., Rio de Janeiro: Hucitec, 1990, p. 131-138.

PEREIRA, M. A. **Representações Sociais de pacientes psiquiátricas sobre a loucura, a internação e o sofrer psíquico**: a triste passagem e a triste paisagem. 1997.199f. Tese [Doutorado em Enfermagem]. - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

PEREIRA, M. A.O. **A Reabilitação psicossocial no atendimento em saúde mental**: estratégias em construção. 2003. 107p. Tese [Livre-Docência] - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

PEREIRA, M. A. et al. A assistência em saúde mental sob o ponto de vista do doente mental: antes e depois da reforma psiquiátrica. In: **Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental, 5., Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica, 4.**, 1999. Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto, SP: Scala, 1999, p. I-F.

PERRUSI, A. **Imagens da loucura**: representação social da doença mental na psiquiatria. São Paulo: Cortez; Recife: Editora da Universidade Federal de Pernambuco, 1995.

PITTA, A. O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**, 2. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2001. p.19-26.

PNUD. **Relatório sobre o desenvolvimento humano no Brasil - 1996**. Disponível em: < <http://www.undp.org.br/> > Acesso em: 17 set. 2002.

REIS, S. L. C. **Da desconstrução do manicômio à construção de um novo modelo de atenção em saúde mental**: município de Santos-SP, no período de 1989 a 1996. 1998. 220f. Dissertação [mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva, 1998.

ROTELLI, F. O inventário das subtrações. In: ROTELLI, F., LEONARDIS, O e, MAURI, D. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001a, p. 61-64.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: ROTELLI, F., LEONARDIS, O e, MAURI, D. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001b, p. 89-99.

ROTELLI, F. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. p.149-193.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SANTOS, B. S. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. 1. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências**. 13 ed. São Paulo: Cortez, 2003a.

SANTOS, B. S. **Pela mão de Alice**: o social e o político na pós-modernidade. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2003b.

SANTOS, J. F. dos. **O que é Pós - moderno**. 24ª reimpressão da 1. ed. São Paulo: Brasiliense, 2006.

SARACENO, B. Lo biológico y lo social en el abordaje de la teoría y Prática de la salud mental .In: RODRIGUES, M. I.(Org.). **Lo biológico y lo social sua articulação en la formación del personal de salud**. Washington; OPS/OMS. 1994, p. 101 – 118. (Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, 101).

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá Editora/ Instituto Franco Basaglia, 1999.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: In: PITTA, A. (Org.). Reabilitação Psicossocial no Brasil. **SaúdeLoucura** Rio de Janeiro: Hucitec, 2001a, p.13-18.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma prática a espera de teoria. In: In: PITTA, A. (Org.). Reabilitação psicossocial no Brasil. **SaúdeLoucura**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2001b, p.150-154.

SAWAIA, B. Refletindo sobre a noção de exclusão. In: SAWAIA, B. (Org.) **As artimanhas da exclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis/RJ: Vozes, 2004. p. 7-15.

SCHNITMAN, D. F. (Org.). **Novos paradigmas, cultura e subjetividade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, p. 09-21.

SILVA, R. C. A falsa dicotomia qualitativo-quantitativo: paradigmas que informam nossas práticas de pesquisas. In: ROMANELLI, G. e BRASOLI - ALVES, Z. M.M. (Org.) **Diálogos Metodológicos sobre a prática da pesquisa**, Ribeirão Preto/SP: Editora Legis Summa Ltda., 1998, p. 159-175.

SILVA, M. V. **Implantação do serviço de terapia ocupacional no CAPS Sadi Feitosa de Carvalho**. 2003. 114f. Monografia [Trabalho de Conclusão do Curso de Terapia Ocupacional], Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas, Alagoas, 2003.

SIMON, C. P. **Promoção de saúde na comunidade**: análise de relatos de experiências na literatura sob a perspectiva da Psicologia Crítica. 2003. 246p. Tese [Doutorado] Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

SPINK, M. J. P. O autor responde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 17, n.2, p.2, 2001. Disponível em < <http://www.scielo.br/scielo.php> > Acesso em 06 set. 2006.

SPINK, M. J. P. (Org.) **Psicologia social e saúde**: práticas, saberes e sentidos. - Petrópolis: Vozes, 2003.

SPINK, M. J. P. (Org.) **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Porto Alegre: EDIPIDRUS, 2004.

SPINK, M. J. P. e FREZZA, R. M. P. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 2004. p.17-40.

SPINK, M. J. P.; GIMENES, M. G. G. P. Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para análise de discursos sobre saúde e doença. **Saúde e Sociedade**, v. 3, n° 2, p. 149-168, 1994.

SPINK, M. J. P.; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórica – metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 2004, p.41-61.

SPINK, M. J.; MENEGON, V. M. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: IÑIGUEZ, L. (Coord.) **Manual de análise do discurso em ciências sociais**; tradução de Vera Lúcia Joscelyne, Petrópolis/ RJ: Editora Vozes, 2004. p. 258-311.

VERAS, E. C. **Introdução à crise da economia alagoana**. Maceió: EDUFAL, 1997. (Série Apontamentos, 21).

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Editora Sagra Luzzatto, 1999.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“Aos Profissionais de Saúde”

Eu, _____, _____anos, portador do documento:_____, ciente das informações recebidas, concordo em participar da pesquisa: **A assistência em saúde mental em serviço substitutivo: os sentidos de uma prática em construção**, cujo objetivo é, através da sua experiência, conhecer como é o tratamento neste CAPS, a relação entre os usuários e profissionais de saúde; comparar do tratamento recebido em Hospital Psiquiátrico com o recebido neste serviço e, as principais necessidades sentidas para melhoria da assistência prestada aqui.

Ao me dispor a ser entrevistado(a), estou ciente que em momento algum serei exposto a riscos devido a minha participação nesta pesquisa e, que poderei a qualquer momento recusar continuar, sem nenhum prejuízo para minha pessoa. Sei também, que os dados dos instrumentos respondidos por mim serão usados somente para fins científicos com garantia de anonimato. Fui informado que não terei nenhum tipo de despesa, nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação nesta pesquisa. Diante do exposto, concordo, voluntariamente, em participar do referido estudo.

Maceió, / /- .Assinatura:

Pesquisadora: Mércia Zeviani Brêda. Telefone: (82) 32313241

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“Aos Usuários”

Eu, _____, _____-anos, portador do documento:- _____, ciente das informações recebidas, concordo em participar da pesquisa: **A assistência em saúde mental em serviço substitutivo: os sentidos de uma prática em construção**, cujo objetivo é, através da sua experiência, conhecer como é o tratamento neste CAPS, a relação entre os usuários e profissionais de saúde; comparar do tratamento recebido em Hospital Psiquiátrico com o recebido neste serviço e, as principais necessidades sentidas para melhoria da assistência prestada aqui.

Ao aceitar dar o meu depoimento de vida a esta pesquisadora, estou ciente que em momento algum serei exposto a riscos devido a minha participação na pesquisa e, que poderei a qualquer momento recusar continuar, sem nenhum prejuízo para minha pessoa. Sei também, que os dados dos instrumentos respondidos por mim serão usados somente para fins científicos com garantia de anonimato. Fui informado que não terei nenhum tipo de despesa, nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação nesta pesquisa. Diante do exposto, concordo, voluntariamente, em participar do referido estudo.

Maceió, / /- .Assinatura:

Pesquisadora: Mércia Zeviani Brêda. Telefone: (82) 32313241.

APÊNDICE C -

CARTA AOS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DO CAPS SADÍ FEITOSA DE CARVALHO

No momento em que uma idéia é gerada, o pesquisador conta com apenas duas coisas para sustentá-la: Primeiro, o amor com que ele a concebeu. Segundo, a promessa que lhe faz a nova visão, de abrir novos caminhos.

(Rubem Alves, 2000)

Estamos desenvolvendo uma pesquisa chamada: **A assistência em saúde mental em serviço substitutivo: os sentidos de uma prática em construção**. Partimos do princípio de que a experiência vivenciada e contada por cada um de vocês, seja do **profissional de saúde ou usuário** deste serviço, poderá contribuir para reduzir o estigma que cerca a "doença mental", ampliando a compreensão do problema e, favorecendo o desenvolvimento de formas de atenção que levem em conta a visão de vocês. Buscamos compreender como é realizado tratamento em saúde, a relação entre os usuários e profissionais de saúde; o tratamento no Hospital Psiquiátrico e, as principais necessidades sentidas para melhoria da assistência prestada. Convido a todos vocês: **profissionais e usuários** deste CAPS a colaborar. Sua participação é muito importante para nós! O produto final da pesquisa será utilizado para fins científicos e nos comprometemos a disponibilizar e discutir seus resultados, assim que seu produto esteja finalizado. Desde já, agradecemos a oportunidade em expor nossos propósitos, estamos a sua inteira disposição para maiores esclarecimentos. Contamos, com vocês!

Ass. **Mércia Zeviani Brêda**

Enfermeira, Professora do Curso de Enfermagem da UFAL e, aluna do Curso de Doutorado de Enfermagem Psiquiátrica, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

APÊNDICE D - Roteiro de Entrevista ao Usuário

A - Fornecer as informações de forma clara e objetiva sobre a pesquisa e solicitada a participação do usuário, seguida da obtenção do seu consentimento;

B – Colher os dados de Identificação (idade, sexo, local e tempo de tratamento no CAPS, tratamento em outro tipo de serviço, dentre outros);

C – Convidar o usuário a responder as questões norteadoras.

A. Dados de Identificação:

Pseudônimo escolhido: _____

Idade: ____ anos

Tempo de tratamento neste CAPS _____

Recebeu tratamento em outro local? () sim () não.

Se sim. Onde? _____

Teve internação anterior? () sim () não. Se sim, quantas? _____

Onde? _____

B. Questões Norteadoras

1. Considerando ou pensando desde a primeira vez em que esteve aqui, como tem sido seu tratamento aqui no CAPS?

2. O que você acha do tratamento prestado aqui no CAPS?

3. O que você acha do tratamento prestado no Hospital Psiquiátrico?

4. Como você vê a relação dos profissionais de saúde com os usuários?

5. O que você sugere para o tratamento oferecido aqui?(ou do que você sente falta aqui?)

APÊNDICE E - Roteiro de Entrevista ao Profissional de Saúde

A - Fornecer as informações de forma clara e objetiva sobre a pesquisa e solicitada a participação do profissional, seguida da obtenção do seu consentimento;

B – Colher dados de Identificação (idade, sexo, local e tempo de trabalho na área, formação profissional, experiência na área, dentre outros);

C – Convidar o profissional a responder as questões norteadoras.

A. Dados de Identificação:

Pseudônimo escolhido: _____

Idade: ____ anos Função: _____

Formação: _____

Tempo de serviço na área: _____ No CAPS: _____

Experiência anterior com essa modalidade de assistência? () sim () não. Se sim. Onde? _____

Trabalha com outra modalidade de assistência? () sim () não. Se sim. Qual? _____ Onde? _____

B. Questões Norteadoras

1. Você poderia me contar como tem sido realizado o tratamento aqui, neste CAPS, desde a chegada até a alta do usuário?

2. O que você acha do tratamento prestado aqui no CAPS?

3. O que você acha do tratamento prestado no Hospital Psiquiátrico?

4. Como você vê a relação dos profissionais daqui com os usuários?

5. O que você sugere para o tratamento oferecido aqui? (Ou, do que você sente falta aqui?)

ANEXO 1 – Documento de Aprovação do Comitê de Ética **UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**Maceió – AL, 22 / 03 / 06

Senhor (a) Pesquisador (a),

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), reunido em 29 / 04 / 2003, e com base no parecer emitido pelo (a) relator (a) do processo nº 010569/2002-13 sob o título As pernas e suas histórias: fonte de inspiração para o agir em saúde.

de sua autoria, vem por meio deste instrumento comunicar sua **aprovação** com base no item VIII.13, b, da Resolução nº 196/96.

Outrossim, recomendamos a observância do que consta na folha de rosto com respeito ao cumprimento dos prazos para entrega de relatórios, bem como o atendimento da referida Resolução, sobretudo no que se refere aos itens III, IV e V, (proteção ao sujeito) e das demais Resoluções da CONEP /CNS, quando for o caso (*).

Na eventualidade, de esclarecimentos adicionais este Comitê coloca-se à disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas nas Resoluções supra referidas.

(*) *Áreas temáticas Especiais*
Prof. Dr. Walter Matias Lima
Coordenador do CEP/UFAL