UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

MARA CRISTINA RIBEIRO

**A SAÚDE MENTAL EM ALAGOAS:
TRAJETÓRIA DA CONSTRUÇÃO DE UM NOVO
CUIDADO**

SÃO PAULO
2012

MARA CRISTINA RIBEIRO

**A SAÚDE MENTAL EM ALAGOAS:
TRAJETÓRIA DA CONSTRUÇÃO DE UM NOVO
CUIDADO**

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado da Escola de Enfermagem e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como requisito para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Lúcia Machado

Fonte de Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas

**SÃO PAULO
2012**

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.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Ribeiro, Mara Cristina

A saúde mental em Alagoas: trajetória da construção de um novo cuidado / Mara Cristina Ribeiro. - São Paulo, 2011.

243 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Lúcia Machado

Área de concentração: Enfermagem

1. Saúde mental - Alagoas 2. Reforma psiquiátrica
3. Desinstitucionalização 4. Pós-modernismo I. Título.

Mara Cristina Ribeiro

**A SAÚDE MENTAL EM ALAGOAS: TRAJETÓRIA DA
CONSTRUÇÃO DE UM NOVO CUIDADO**

Tese apresentada ao Programa Interunidades de
Doutoramento da Escola de Enfermagem e da Escola
de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo, como requisito para obtenção do título de
Doutor em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

À Ana Lúcia Machado

*Por me ensinar que é possível tecer ciência e
poesia em uma mesma renda*

À Laíla

*Por me ensinar que ciência, poesia, renda... só
são possíveis se forem feitas com amor*

AGRADECIMENTOS

Aos trabalhadores dos CAPS de Alagoas, pela receptividade sempre tão generosa e pelo interesse sincero em auxiliar nas tantas demandas ao longo desses anos.

Aos usuários e familiares dos CAPS de Alagoas, por me permitirem aprender no cotidiano de nossas trocas novas percepções de vida.

À Professora Doutora Luciana de Almeida Colvero pela atenção, carinho e delicadeza nas nossas conversas acadêmicas e nas nossas conversas sobre a insustentável leveza de ser apenas humano.

À Professora Doutora Ana Maria Pitta por aceitar caminhar junto nas trilhas da saúde mental alagoana, ajudando a retirar as pedras que tantas vezes tornam esse caminho mais difícil. Meu agradecimento sincero por transformar essa caminhada em momentos de prazer e ressignificação.

À Professora Doutora Maria Alice Ornellas Pereira pelas valiosas contribuições em minha formação tanto no Mestrado quanto no Doutorado.

Às professoras Doutoras Mércia Zeviani Brêda, Maria Cícera dos Santos de Albuquerque e Rosa Lúcia Prêdes Trindade por serem parceiras em ideias, discussões e ações na construção de uma saúde mental alagoana mais qualitativa.

Às Professoras Elisabete Ferreira Mângia, Denise Dias Barros, Maria Isabel Garcez Ghirardi, Eliane Dias de Castro e Maria Inês Britto Brunello, da Faculdade de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, por contribuírem em minha formação e me inspirarem no interesse pela saúde mental. Foram, são e serão sempre valiosas referências.

Ao Grupo de Pesquisas da Subjetividade em Saúde por propiciar momentos de reflexão, criação e crescimento embebidos sempre de alegria!

À Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, por abrir suas portas para outras categorias profissionais, estimulando a troca de conhecimento e a construção de uma ciência interdisciplinar.

Aos funcionários da Secretaria de Pós-Graduação da EEUSP, em especial à Lúcia Aparecida Nepomuceno e à Silvana Maximiano, por todo apoio nesses anos.

Aos docentes e funcionários do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica (ENP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo pelo carinho e incentivo.

A Marcello Batista Pimentel pelo acolhimento responsável e resolutivo de minhas dúvidas e necessidades.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas - FAPREAL, pelo apoio financeiro e aos seus funcionários, pela disponibilidade.

À Secretaria de Estado de Saúde de Alagoas e a Secretaria Municipal de Saúde de Maceió por manterem sempre as portas abertas para as necessidades na realização desse trabalho.

À Gerência de Núcleo de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde, principalmente ao Berto Gonçalves, à Karoline Lamenha e Laeuzza Farias pela disponibilidade e cooperação nas informações fornecidas.

À Universidade Estadual de Ciências da Saúde – UNCISAL, por minha liberação e estímulo na concretização desta conquista.

À Faculdade de Terapia Ocupacional da UNCISAL e aos meus colegas docentes por me incentivarem mesmo com as implicações do meu afastamento e sempre me receberem nos momentos de encontro com tanto carinho.

Às artesãs do Pontal da Barra e, em especial, à Maria Lígia Minin de Lins, pela solicitude na apresentação do filé e pela concessão das fotografias.

À Rita de Cássia Oliveira Silva pelo seu trabalho responsável e sua sensibilidade que auxiliaram tanto na construção dessa pesquisa.

À Ana Carolina Santos de Souza pela preciosa ajuda, presença amiga e solidária nas emergências!

Aos estudantes de Terapia Ocupacional da UNCISAL que são fontes incansáveis de conhecimento, questionamento e crítica. Obrigada por demandarem de mim tudo e sempre mais do que eu imagino que possa dar.

Obrigada por não me permitirem cristalizar em minhas posturas e me estimularem cotidianamente em nossas trocas. Obrigada por não se cansarem de sempre exigir que eu seja uma professora melhor!

À Rebeca Léa Berger pelas valiosas interlocuções acerca desse trabalho, mas principalmente pela rica presença em minha vida.

À Simone Aparecida Ramalho por compartilhar meus sonhos nesse e em outros trabalhos e trazer os seus para as terras dos mares cor de esmeralda.

Aos professores do curso de especialização em Saúde Mental Karla Maria Nunes Ribeiro, Luis Fernando Farah de Tófoli, Laís Záu Serpa de Araújo, Flávio Soares de Araújo, Joaquim Cesário de Melo, Franceline Pivetta Roque, Helen Arruda Guimarães, Patrícia Cavalcanti Ayres Montenegro, Domiciano Siqueira, Sandra Fortes e Jorgina Sales Jorge pela rica presença na edificação de um novo cuidado em saúde mental. Em especial, ao professor Eduardo Luiz Lopes Montenegro, que tem compartilhado riscos e alegrias nessa construção.

Aos meus queridos e sempre amigos, por entenderem as minhas ausências, permitindo e incentivando a minha entrega nessa nova conquista.

À querida Kátia Born Ribeiro que com seu espírito de luta, justiça e liberdade é fonte diária de inspiração. Obrigada por compartilhar as horas de aflição e os momentos de realização. Por sua ajuda concreta e presença amiga. O mérito desse trabalho também é seu!

Aos meus pais, padrasto, madrastra, irmãos, cunhadas, sobrinhas e sobrinhos, por permanecerem sempre ao meu lado e aceitarem toda a minha loucura!

À minha avó Elza e minha avó Helena (in memoriam) que me ensinaram a força que o carinho pode despertar. Obrigada por me ensinarem a tecer com fios maleáveis.

*“Há homens que lutam um dia e são bons;
Há outros que lutam um ano e são melhores;
Há aqueles que lutam muitos anos e são muito bons;
Porém, há os que lutam toda a vida,
esses são os imprescindíveis.”*
(Bertold Brecht)

Ribeiro MC. A saúde mental em Alagoas: trajetória da construção de um novo cuidado [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivo traçar a trajetória de construção do novo modelo de cuidado em saúde mental no Estado de Alagoas. Para tal fim, elegeu-se a estratégia qualitativa de pesquisa, dentro das perspectivas teóricas da pós-modernidade, da desinstitucionalização e da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Os sujeitos foram gestores, docentes universitários, trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial, usuários e seus familiares. Para a produção dos dados foi utilizado o método da história oral temática. Os achados foram submetidos à técnica de Análise Temática e foram organizados em três eixos temáticos e respectivas categorias. O primeiro eixo trata da passagem do cuidado realizado nos hospitais psiquiátricos para o cuidado realizado nos Centros de Atenção Psicossocial, indicando quais ações e rupturas foram percebidas nesse processo. Também traça o perfil dos principais atores desse novo cuidado. O segundo eixo trata da avaliação das ações concebidas dentro do espaço de exercício do novo cuidado, a partir da percepção dos sujeitos participantes da pesquisa. Este espaço de cuidado se refere tanto às instituições da atenção em saúde mental, os CAPS no caso de Alagoas e outros serviços ligados a ele, quanto às entidades que supostamente permeiam o novo cuidado, principalmente as Universidades e as políticas que dão sustentação a essas ações. O terceiro eixo trata das soluções encontradas pelos próprios entrevistados diante das fragilidades e condições paralisantes apresentadas, ao avaliarem a complexa estrutura do novo cuidado em saúde mental. Ao final, diante de limites e desafios encontrados nessa trajetória, aponta caminhos possíveis para a qualificação desse cuidado no sentido de efetivá-lo como cuidado exercido na comunidade, com base territorial e práticas psicossociais.

Palavras-chaves: Saúde Mental. Pós-modernidade. Desinstitucionalização. Reforma Psiquiátrica.

Ribeiro MC. Mental Health In Alagoas: path of the construction of a new care [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

ABSTRACT

This research aims to trace the path of construction of the new model of care in mental health in the state of Alagoas – Brazil. In order to do so, it was elected the qualitative research strategy, within the theoretical perspective of the post-modernity, of the deinstitutionalization and of the Brazilian Psychiatric Reform. The subjects of the research were the managers, professors, workers from the Psychosocial Care Centers (CAPS), users of the services and their families. For the data producing, it was used the thematic oral history method. The findings were submitted to the Thematic Analysis technique and were organized in three thematic axes and its respective categories. The first axe concerns the transition of the care taken by psychiatric hospitals to the care taken by the Psychosocial Care Centers, indicating which actions and ruptures were noticed in this process. It also traces the profile of the main actors of this new care. The second axe explores the assessment of the actions conceived within the space of exercise of the new care, from the perception of the subjects who participated of the research. This space of care refers to the institutions of care in mental health, the Psychosocial Care Centers in Alagoas and also other services connected to them, as well as to the entities that supposedly permeate the new care, specially the Universities and the policies that give support to these actions. The third axe focuses on the solutions found by the own subjects of the research in front of the fragility and paralyzing conditions presented as they assessed the complex structure of the new care in mental health. In the end, in front of limits and challenges found in this trajectory, it arises possible paths to the qualification of this care in order to effective it as a care taken in the community, territorial based and with psychosocial practices.

Key-words: Mental Health. Post-modernity. Deinstitutionalization. Psychiatric Reform.

LISTA DE SIGLAS

AFDM	Associação dos Familiares e Amigos dos Doentes Mentais
APAC	Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
ASSISTA	Associação de Pais e Amigos dos Autistas
ASSUMA	Associação dos Usuários, Familiares e Amigos dos Serviços de Saúde Mental de Alagoas
CAA	Centro de Atenção ao Alcoolista
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CEAAD	Centro de Estudos e Atenção ao Alcoolismo e outras Drogas-Dependência
CECCO	Centro de Convivência e Cooperativa
CESMAC	Centro de Estudos Superiores de Maceió
CID	Classificação Internacional de Doenças
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FAPEAL	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas
GENSAM	Gerência de Núcleo de Saúde Mental
HEPR	Hospital Escola Dr. Portugal Ramalho
HP	Hospital Psiquiátrico
ITA	Instituto Psiquiátrico Teodora Albuquerque

LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MNLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Apoio Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NESMAL	Núcleo Estadual de Saúde Mental
NMS	Novos Movimentos Sociais
NOB	Normas Operacionais Básicas
PET	Programa de Educação pelo Trabalho
PNASH	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar
PPSUS	Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
SENAES	Secretaria Nacional de Economia Solidária
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TO	Terapia Ocupacional
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UNCISAL	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 - IMAGINANDO A TRAMA... INTRODUÇÃO	19
1.1 PRIMEIRAS LINHAS... CENÁRIOS DE UMA TRAJETÓRIA	20
1.2 PRIMEIRAS CORES... A PROBLEMÁTICA E AS HIPÓTESES DO ESTUDO	27
1.3 PRIMEIROS DESENHOS... OS OBJETIVOS DA PESQUISA.....	34
CAPÍTULO 2 - ESTUDANDO A TÉCNICA... OS REFERENCIAIS TEÓRICOS	37
2.1 A PÓS-MODERNIDADE.....	37
2.2 A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	43
2.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA	50
CAPÍTULO 3 - APRENDENDO COM AS ARTESÃS... A SAÚDE MENTAL EM ALAGOAS	61
3.1 A ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA	61
3.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA	65
CAPÍTULO 4 - MONTANDO O TEAR... A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	78
4.1 O REFERENCIAL METODOLÓGICO	78
4.2 OS SUJEITOS DO ESTUDO.....	81
4.3 A PRODUÇÃO DOS DADOS	84
4.4 OS CRITÉRIOS ÉTICOS.....	94
4.5 RELATO DA EXPERIÊNCIA NO CAMPO.....	94
4.6 AS BUSCAS DOCUMENTAIS.....	97
4.7 OS PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DOS DADOS	98
CAPÍTULO 5 -TECENDO A RENDA... APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	104
5.1 PRIMEIRO EIXO: CONHECENDO A TRAMA DO NOVO CUIDADO: SUAS LINHAS E SUAS CORES	108
5.1.1 A história do surgimento do novo cuidado	109
5.1.2 A polaridade Hospital Psiquiátrico X CAPS	117

5.1.3 O CAPS como instância de ação do novo cuidado e seus atores	124
5.2 SEGUNDO EIXO: UM NOVO DESENHO PARA UM NOVO CUIDADO.....	141
5.2.1 Pontos Fortes	142
5.2.2 Pontos Frágeis	157
5.2.3 Nós críticos	178
5.3 TERCEIRO EIXO: UMA NOVA REDE PARA TECER A RENDA: CUIDANDO DO CUIDADO	189
CAPÍTULO 6 - O ARREMATE... CONSIDERAÇÕES FINAIS	204
REFERÊNCIAS.....	210
APÊNDICES	230
ANEXOS	234

Capítulo 1

Imaginando a trama...

Introdução

A utopia está no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.

(Eduardo Galeano)

O filé¹ é uma renda criada e difundida pelos egípcios e persas, trazida pelos portugueses para o Brasil durante a sua colonização e absorvida originalmente em Alagoas como artesanato local, onde adquiriu desenhos e cores próprios.

Por uma questão cultural, as mulheres dos pescadores em Alagoas não podiam trabalhar fora e acharam no filé uma motivação para se encontrarem em grupos, trocarem conhecimentos e técnicas e melhorarem a renda familiar.

Enquanto os maridos, em suas canoas, arriscavam suas vidas no mar, na pesca artesanal, as mulheres ficavam nas calçadas, em frente de suas casas, tecendo o filé em seus teares, confeccionados com madeira retirada dos manguezais.

O filé é uma trama bastante interessante. Tecida sobre um tear fixo de madeira, formado com fios cruzados de linha de pesca em um desenho quadriculado, vai sendo composta com o entrelaçamento de várias linhas de cores variadas, sendo os espaços preenchidos por elas até comporem um desenho harmonioso. Estes desenhos, que inicialmente têm a aparência de independentes, vão se entrecruzando com os demais, numa construção em rede.

É uma renda que chama a atenção de todos que visitam Alagoas. Com suas cores vivas, encanta os olhares, alegra o espírito e instiga por suas múltiplas apresentações. Ele é utilizado na confecção de toalhas de mesa, colchas, almofadas, bolsas, biquínis, saias, blusas, chinelos, agendas, enfim... são tantas as suas possibilidades...

¹ Algumas informações sobre o filé foram obtidas através do meu contato com as artesãs do Pontal da Barra em Maceió e outras através do site <http://www.neideartesa.com.br/info/index.html>.

O filé também serviu, no caso presente, como inspiração ilustrativa para o desenvolvimento desse trabalho.

A proposta de compreender as dinâmicas do cuidado em saúde mental em Alagoas e tentar construir uma trajetória de suas transformações mais recentes foi como aprender o mistério da trama do filé.

O primeiro passo foi passear pelas ruas do Pontal da Barra, na lagoa do Mundaú, localizada no extremo sul da cidade de Maceió, onde as rendeiras são encontradas em suas calçadas. Ali, ao conversar com essas artesãs, é que iniciei o meu aprendizado, sentada junto a elas, observando a montagem dos teares, a escolha das linhas, das cores, o traçado do desenho e, por fim, a habilidade de suas mãos no entrelaçamento da renda.

Muitos outros passos foram dados depois desse. Convido a todos a se sentarem comigo nessas calçadas alagoanas, nas rodas das artesãs e aprenderem um pouco dessa trama.

1.1 PRIMEIRAS LINHAS... CENÁRIOS DE UMA TRAJETÓRIA

A motivação para o desenvolvimento deste estudo iniciou-se a partir da minha experiência profissional e de produções previamente realizadas que me conduziram à percepção da necessidade de aprofundamento na construção de novas práticas e teorias que ajudem os profissionais de saúde mental no novo paradigma do cuidado, em que pese o sujeito e, não mais a doença.

Minha aproximação com a temática surgiu na graduação, pois tive o privilégio de ter uma formação acadêmica na área de saúde mental com fundamento na Reforma Psiquiátrica. Minhas caras professoras do curso de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo tiveram e têm um compromisso com as mudanças políticas da assistência psiquiátrica, e

privilegiaram a construção de um arcabouço teórico fincado na desinstitucionalização e nos espaços extra-hospitalares como exercício de práticas possíveis.

Ao me formar, no ano de 1996, ávida por trabalhar na área, porém sem perspectiva de conseguir uma vaga como terapeuta ocupacional em ambulatórios de saúde mental, hospitais-dia em saúde mental ou no Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS Itapeva (únicos serviços naquela época com características não manicomiais²) - por não existir naquele momento abertura de editais para concurso nesses serviços na cidade de São Paulo – iniciei minha trajetória em um hospital psiquiátrico nos moldes da psiquiatria tradicional, local onde ainda eram preservadas as celas-fortes e o uso de eletroconvulsoterapia.

Lá trabalhei durante 04 meses de forma isolada técnica e politicamente, uma vez que não havia articulação das ações dos profissionais do local nem tampouco desse serviço com outros existentes na região ou, mesmo, com o território a que ele pertencia.

Bastante insatisfeita com a evolução do tratamento disponibilizado no local e, após presenciar uma sessão de eletroconvulsoterapia sem critério nenhum de cuidados (como anestesia ou acompanhamento cardiológico) decidi que não me dispunha a continuar alimentando um discurso e uma prática com os quais eu não comungava e não conseguia enxergar nenhum benefício ao paciente.

Depois dessa experiência fui trabalhar em outro hospital psiquiátrico. Diferente do primeiro, esse já iniciava um processo de transformação dentro de seus muros. Por ser um hospital bastante grande, sua estrutura era dividida em alas e cada uma delas possuía equipes multiprofissionais

² Neste trabalho, tratarei os termos manicômio, hospital psiquiátrico e asilo, bem como estrutura/modelo hospitalar, asilar e manicomial como sinônimos, por entender não serem evidenciadas diferenças, senão as de nomenclatura, nessas estruturas. Muitos outros pesquisadores brasileiros (Barros, 1990; Amarante, 1995; Tenório, 2002), ao longo do recente processo de transformação da assistência psiquiátrica, vêm assumindo essa postura e, portanto, corroborando essa posição.

próprias, quinzenalmente eram realizadas reuniões clínico-administrativas com todos os funcionários de nível superior do hospital e, semanalmente, eram realizadas reuniões de equipe dentro de cada ala.

Minha primeira experiência com o trabalho interdisciplinar se deu nesse local que, apesar de estar ainda sob os alicerces manicomiais, abrigava um riquíssimo grupo de recursos humanos, pessoas conectadas com as mudanças previstas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, pessoas que tinham dentro e fora do hospital um discurso efetivo de emancipação e libertação da loucura.

Durante o ano em que estive exercendo minha profissão nesse hospital, pude vivenciar mudanças importantes no cerne dessa estrutura (diminuição significativa do número de internados moradores, com a reintegração de vários às suas famílias; construção de uma ala-residência, que privilegiava a autonomia de seus moradores, dando-lhes suporte financeiro e apoio para a ampliação de sua vida social fora do hospital, criação de um serviço extra-hospitalar do tipo hospital-dia etc), resultado da nova política nacional, que na época, criou dispositivos que obrigavam os hospitais a mudarem e, sem dúvida, da atuação de muitos de seus técnicos comprometidos com a nova modalidade de cuidado.

Ao final desse período, fui aprovada em um concurso público estadual e fui ocupar a vaga de terapeuta ocupacional numa enfermaria psiquiátrica em um hospital geral. Entusiasmada pela possibilidade de estar, finalmente, inserida em um serviço que eu entendia estar incluído nos serviços não manicomiais surpreendi-me ao constatar que, apesar de o local possuir equipe multiprofissional, reuniões clínicas periódicas, e alguns profissionais com discursos bastante reformistas, o contexto ainda era bastante parecido com a minha primeira experiência, ou seja, cada profissional exercia o seu conhecimento de forma específica, com pouca integração entre práticas e saberes, a articulação com outros serviços era frágil e cheguei, inclusive, a presenciar tratamento com o uso de eletroconvulsoterapia, também, sem os devidos cuidados.

Outro aspecto que passou a chamar a minha atenção na experiência nesse serviço foi o alto índice de reinternações. Essa enfermaria estava inserida em uma rede de atenção em saúde mental dentro de um distrito de saúde no município de São Paulo, que era composta por ambulatorios de saúde mental (transformados nos anos seguintes em Centros de Atenção Psicossocial), Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO), Emergência Psiquiátrica em hospital geral, unidades básicas com equipes de saúde mental, entre outros.

Passou a ser intrigante para mim as razões pelas quais essas reinternações eram tão frequentes, passei a questionar se essa rede de atenção estava realmente trabalhando dentro dos propósitos da Reforma Psiquiátrica, pois ao serem reinternados, eu verificava que muitos dos pacientes eram usuários dos serviços extra-hospitalares e mesmo assim, não tinham suporte social para evitar essas internações, suas famílias tinham pouco esclarecimento com relação ao tratamento, muitas mostrando claramente o desejo que eles fossem transferidos para os hospitais psiquiátricos. A realidade que passei a perceber foi que o encaminhamento realizado após a internação na enfermaria para um serviço extra-hospitalar não garantia uma abordagem feita sob a luz da Reforma, nem tampouco estava necessariamente implicada com os pressupostos da reabilitação psicossocial.

Compreendendo a necessidade de melhor entendimento nesse aspecto tão importante do segmento no tratamento em saúde mental e, finalmente tendo conseguido transferência para um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do mesmo distrito de saúde, ingressei no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, programa que tem sido responsável pela produção de pesquisas e construção de saberes importantíssimos no campo da Reforma Psiquiátrica, da atenção psicossocial e dos estudos da subjetividade.

Deste modo, desenvolvi durante o mestrado em Enfermagem Psiquiátrica um estudo explorando a percepção dos profissionais inseridos

em um CAPS sobre a reabilitação psicossocial. Sentia a necessidade de conhecer como a ideia e o conceito de reabilitação psicossocial estavam sendo assimilados pelos profissionais de saúde mental, queria identificar como estes a relacionavam às suas práticas e como a percebiam na instituição na qual estavam inseridos (Ribeiro, 2005).

A escolha em pesquisar os trabalhadores do serviço justifica-se pela minha necessidade de compreensão sobre a prática exercida nos novos serviços de saúde mental. Na verdade, eu compartilhava da inquietação de tantos outros profissionais que percebiam lacunas entre conhecimentos técnicos e práticas exercidas e as exigências para uma assistência efetiva condizente com os valores e pressupostos do exercício da reabilitação psicossocial.

Esse estudo pôde evidenciar que as práticas reabilitadoras devem se encontrar no exercício dos direitos sociais e, para isso, devem poder sair do discurso técnico para fazerem sentido, para se aproximarem da realidade social, com seus conflitos, contradições, sentidos e contrassensos, ou seja, a reabilitação psicossocial, para que possa constituir-se efetivamente, deve também estar nas ruas, nos mercados, nas praças, na vida e não apenas dentro dos alicerces institucionais (Ribeiro, 2005).

Outro ponto importante apontado pelo estudo foi o sentimento de exclusão vivenciado pelos profissionais da saúde mental que se percebem constantemente fora dos programas de investimento na área da saúde. Há uma concordância geral sobre a falta de dinheiro para a realização das intervenções terapêuticas, poucos eventos e cursos que propiciem a qualificação e troca de experiências, acrescentado a uma política pública incipiente ou, muitas vezes, inexistente para a transformação da assistência. Evidenciou-se um sentimento de que o trabalho necessário para a efetivação das mudanças parece estar na boa vontade dos profissionais e não nas condutas e diretrizes governamentais (Ribeiro, 2005).

Em 2005 mudei de Estado, de atividade e de contexto. Fui aprovada em um concurso no Estado de Alagoas e passei a ser docente da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas e, nesse novo empreendimento de vida afetiva e profissional, deparei-me com uma realidade bastante distinta da minha experiência profissional: a saúde mental alagoana ainda engatinhava com relação à Reforma Psiquiátrica e aos serviços substitutivos. Os poucos CAPS existentes no Estado (4 na capital e 9 no interior) tinham características bastante manicomiais e o atendimento era feito através do modelo médico-ambulatorial.

Ao longo dos anos seguintes teve início uma política no Estado de ampliação efetiva do número de CAPS, resultado dos incentivos financeiros criados pelo Ministério da Saúde, mas, também, pelo compromisso de alguns atores da gestão no período, envolvidos com as novas propostas da Reforma Psiquiátrica.

As Universidades, porém, de uma maneira geral, continuaram formando profissionais na área da saúde mental focados na atenção hospitalar e a maioria dos campos de prática eram e ainda são realizados nos hospitais psiquiátricos da capital. Apenas recentemente esse quadro tem sido modificado por alguns cursos, tais como: enfermagem, serviço social e psicologia da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), terapia ocupacional da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL) e psicologia do CESMAC (Centro de Estudos Superiores de Maceió).

A meu ver, isso causa um grande conflito nas práticas exercidas nos serviços extra-hospitalares, pois, embora o novo modelo de atenção exija profissionais comprometidos com o novo paradigma da atenção psicossocial, estes, em suas práticas cotidianas, encontram grande dificuldade, uma vez que não possuem em sua formação os subsídios necessários para a compreensão desse novo modelo.

Apesar do número de CAPS ter mais que triplicado nos dias atuais, sabe-se que as transformações nos modelos de atenção em saúde mental vão para além da implantação e ampliação das redes de serviços; elas conduzem a um outro saber que exige flexibilidade nas ações e nos papéis dos diversos profissionais, e pede uma mudança individual e coletiva de todos os envolvidos no processo de cuidado (Ribeiro, Machado, 2008).

Desse modo, para mim passou a ser de fundamental importância, como profissional da saúde mental e docente envolvida no processo de Reforma Psiquiátrica do Estado, conhecer a trajetória de construção desse novo cuidado em saúde mental, para que se possam identificar as linhas de atuação priorizadas em cada momento, como esse cuidado tem se delineado ao longo do período de ampliação dos novos serviços que propõem transformações e por meio de quais políticas está sendo garantida a sua permanência e qualificação.

Ao iniciar busca desse histórico, sobre como essas mudanças na assistência em saúde mental no Estado de Alagoas haviam se dado, percebi que há muito pouco material descrevendo esse processo, poucas pesquisas na área que retratem os novos modelos de cuidado sob a perspectiva de quem participou dessa construção:

■ Pesquisas Fomentadas pelo Ministério da Saúde³

Fomento Nacional e PPSUS – período de 2003 a 2008

Número de projetos de pesquisas aprovados para Alagoas: 70

Número de projetos de pesquisas em Saúde Mental: 04

³ Dados colhidos nos relatórios institucionais e relatórios de pesquisa acessados nos bancos de dados da FAPEAL, em fevereiro de 2010.

- Pesquisas Fomentadas pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas – FAPAL⁴

Período pesquisado: de 2002 a 2009

Área Pesquisada: Ciências da Saúde

Número de bolsas aprovadas (mestrados, doutorados, iniciação científica, projetos de pesquisa): 493

Número de projetos/bolsas em Saúde Mental: 07

A investigação que propomos, portanto, vem ao encontro dessa necessidade de conhecer melhor a estrutura de cuidado em saúde mental em Alagoas.

1.2 PRIMEIRAS CORES... A PROBLEMÁTICA E AS HIPÓTESES DO ESTUDO

O processo de construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil iniciou-se na década de 80, paralelamente à redemocratização do país. Dentro desse contexto histórico, toda a Saúde passava por um processo de reconstrução. Vislumbrava-se uma nova concepção sobre o binômio saúde-doença, gerando modelos de atenção, nos quais as respostas aos problemas de saúde não fossem encontradas, unicamente, nos serviços médicos e que o próprio conceito de Saúde não fosse definido como ausência de doença.

A noção de saúde dessa forma passa a ser ampliada, ampliam-se também os campos de ação, uma vez que saúde, nesse sentido, está

⁴ Dados colhidos nos relatórios institucionais e relatórios de pesquisa acessados nos bancos de dados da FAPAL, em fevereiro de 2010.

conectada com a noção de vida, de qualidade de vida. Dessa forma, múltiplas dimensões estão envolvidas nesse processo de promoção de saúde, tanto no âmbito global de um Estado, quanto no âmbito da singularidade e autonomia dos sujeitos (Czeresnia, 2003).

No campo da saúde mental, essas noções também vão sendo incorporadas e, a partir daí, vão surgindo novas propostas de intervenção que pedem mudanças na estrutura institucional, bem como na estrutura individual, social e política.

O modelo asilar passa a ser efetivamente criticado e a necessidade de criação de um novo modelo de atenção à população em sofrimento psíquico passa a ser solicitado através de mobilizações em diversas esferas da sociedade.

As contribuições e influências dos movimentos de crítica ao antigo modelo surgidos na Europa e Estados Unidos vão dar forma ao movimento criado a partir dessas mobilizações aqui no Brasil, movimento denominado de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Este vai propor uma série de transformações visando ampliar o campo de práticas e saberes, estabelecendo para isso, uma nova relação com o sujeito e com o cuidado em saúde mental.

Essas transformações na saúde mental, no bojo da Reforma, são compreendidas por Amarante (1999) em quatro campos complexos:

- teórico-conceitual: referente à desconstrução de conceitos fundantes da psiquiatria (como doença mental, isolamento, cura, normalidade, entre outros) e a construção de conceitos como o de existência – sofrimento, cuidado, acolhimento, contratualidade;
- técnico-assistencial: referente à construção de uma rede de novos serviços, de espaços de sociabilidade, de trocas e produção de subjetividades. Na medida em que se deixa de ocupar com a doença e passa-se ocupar com o sujeito, este

campo aponta para a construção de possibilidades materiais para esses sujeitos;

- jurídico-político: referente à revisão de leis sanitárias, civil e penal já existentes e formulação de um campo legislativo que garanta a construção de novas possibilidades de cidadania, trabalho e ingresso social;
- sociocultural: referente à construção de práticas sociais solidárias e inclusivas que contribuam para a transformação no imaginário social, relacionado com a loucura e seus conceitos estigmatizantes.

Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003) indicam que, a partir da década de 1980, o termo psicossocial passa a ser utilizado como significante para designar novos dispositivos institucionais que, por se constituírem contrários aos paradigmas psiquiátricos tradicionais, aspiram a outra lógica, a outra fundamentação teórico-técnica e a outra ética.

Dessa forma, as novas práticas vão sendo subsidiadas por meio do uso de novos conceitos como Reabilitação Psicossocial, Apoio Psicossocial e Atenção Psicossocial.

Os autores acima defendem a utilização do conceito de Atenção Psicossocial para a definição das estruturas que vão sendo formadas a partir das transformações disparadas pela Reforma Psiquiátrica. Para eles, o conceito de Atenção Psicossocial, por meio de sua complexidade e da amplitude de suas práticas, apresenta-se com potencialidade de incluir, além de seus sentidos próprios, os demais termos sem, no entanto, eliminar as suas especificidades.

Na continuidade histórica das transformações no contexto brasileiro, seguindo a lógica de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), foi sendo estimulada a constituição de redes de atenção psicossocial que trabalhassem em direção à implantação de uma rede integrada de base

comunitária, com ofertas complexas de atenção médico-social, sob a diretriz da Atenção Psicossocial (Ribeiro, 2005).

É neste contexto que ocorre o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, a intervenção da Casa de Saúde Anchieta por diversas denúncias e, na sequência, a implantação dos primeiros Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) no município de Santos. Estas intervenções e outras mais que despontaram em várias partes do país, com repercussão nacional, demonstraram de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico (Brasil, 2005).

A partir da Portaria SNAS nº 224/92, depois da Portaria nº 336/GM, de 2002 e outras que vieram a seguir, vários serviços e ações substitutivas foram sendo estimulados. A política nacional de saúde mental nos anos seguintes priorizou os CAPS, indicando-os como serviço estratégico para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Para tanto, eles foram regulamentados, reconhecidos, seu funcionamento e complexidade foram ampliados e criaram-se mecanismos de financiamento próprio, para além dos tetos financeiros municipais, o que propiciou um aumento significativo dessas instituições no país inteiro. Seus objetivos vão para além do atendimento médico e psicológico, visam a uma política estratégica para a construção de um território de atenção, tecido na rede de cuidados à saúde mental, garantindo o acesso e a equidade, produzindo autonomia e direito aos seus usuários (Brasil, 2005).

Faz-se necessária a compreensão, como aponta Amarante (2007), do campo da saúde mental e atenção psicossocial, não como um modelo ou sistema fechado, mas, sim, como um processo social complexo que se constitui enquanto entrelaçamento de dimensões simultâneas, que ora se alimentam, ora são conflitantes; que produzem pulsações, paradoxos, contradições, consensos, tensões.

Ainda segundo o autor, o primeiro grande desafio é poder superar a visão que reduz esse processo à mera reestruturação de serviços. As transformações efetivadas dentro do contexto do cuidado em saúde mental, portanto, não devem ser o objetivo em si, e sim consequências de princípios e estratégias que lhes são anteriores.

Dessa forma, a discussão do que é e de como construir modelos de cuidado em saúde mental é necessária e urgente. Essa discussão deve pertencer aos grupos que têm como prioridade a abordagem ética do problema da saúde mental, a saber: gestores – que propõem políticas e criam possibilidades de mudanças e serviços comprometidos com a concretização de modelos substitutivos aos hospitais psiquiátricos; os profissionais – que organizam o cuidado; os usuários e familiares – que recebem o cuidado e dele necessitam; e a Universidade – que forma, ensina e propõe teorias sobre o cuidado.

No caso do Estado de Alagoas o processo de construção de um novo modelo de cuidados aos sujeitos em sofrimento psíquico tem singularidades importantes. Com o incentivo de portarias que garantiram o financiamento para implantação dos serviços municipalizados de atenção em saúde mental, segundo a Gerência de Núcleo de Saúde Mental (GENSAM) da Secretaria de Estado da Saúde, o número de CAPS, em todo o estado, saltou de 7 em 2004 para 46 em 2010. No entanto, segundo essa mesma Gerência, o número de internações nos hospitais psiquiátricos não diminuiu, ao contrário, aumentou, inclusive em alguns municípios que possuem CAPS. O que vem mostrar que a ampliação numérica dos serviços não hospitalares não garante a descontinuidade da prática hospitalar.

Um aspecto importante nessa construção é que não houve nenhum outro incremento na rede de serviços substitutivos, isto é, o CAPS é o único serviço oferecido pela rede pública como alternativo à internação psiquiátrica.

É possível afirmar que a inovação do modelo assistencial e a expansão da rede de serviços extra-hospitalares, por si só, não garantem a mudança do paradigma psiquiátrico, pois as transformações necessárias para a construção de um novo lugar social para as pessoas em sofrimento mental não se limitam às mudanças meramente assistenciais.

Sabe-se que a saúde mental é um campo de conhecimento e de atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde. Portanto, ao elaborar uma intervenção, um programa de saúde para uma comunidade, uma ação social ou política qualquer, os atores responsáveis pela implementação dessas ações e/ou programas devem contemplar um conjunto de aspectos de ordem ideológica, de ordem política, de ordem ética e saber que estes são entrecortados por questões religiosas, culturais, morais, etc. (Amarante, 2007).

A partir dessa reflexão, é possível inferir que as motivações das mudanças no cuidado em saúde mental em Alagoas podem estar mais próximas das questões políticas e financeiras do que das ideológicas, uma vez que o processo de Reforma está sendo viabilizado apenas a partir dos incentivos ministeriais. Portanto, no contexto atual é possível verificar na composição das transformações na saúde mental em Alagoas alterações mais significativas no âmbito jurídico-político e no técnico-assistencial, campos vinculados às determinações da política nacional, porém nos campos sociocultural e teórico-conceitual, essas transformações são menos visíveis, talvez porque menos incidentes.

O presente estudo parte do pressuposto de que a análise da trajetória da construção de um novo cuidado aos sujeitos em sofrimento mental oferece subsídios para compreender esta realidade. Acredita-se que a partir dessa compreensão é possível o reconhecimento de limites e a indicação de possibilidades de novos caminhos.

O objetivo é o de alcançar informações sobre a transformação desse cuidado num determinado período, não só para conhecer a história da

possível passagem do modelo asilar para o modelo psicossocial, como também obter as representações dos principais atores acerca desse processo, enquanto agentes transformadores e sujeitos históricos.

Inicialmente, o período proposto para este estudo era entre o ano de 2004 e o ano de 2010, em função de esse período ter sido bastante representativo, em Alagoas, na construção do modelo de serviço tipo CAPS, único aparato no Estado que propõe novas práticas no cuidado com os sujeitos em sofrimento mental.

Como veremos no Capítulo 3, referente à saúde mental de Alagoas, até 2004 os poucos CAPS que estavam em funcionamento no Estado (7), em sua maioria, se encontravam em Maceió (4). É com a publicação de algumas portarias que passaram a incentivar financeiramente os municípios que implantassem esses serviços, que ocorre uma significativa ampliação numérica em todo o Estado. Esta ampliação terá repercussões, tanto positivas, quanto negativas nas diversas esferas que a envolvem. As alterações mais significativas desse processo de transformação no cuidado se darão a partir desse período, porém, ao longo do processo de nossa pesquisa, o período anterior a este também se mostrou importante, pois detectamos que foi nele que alguns eventos marcantes foram semeados para as transformações futuras.

Dessa forma, a investigação que partiu da proposta de estudar um dado período, em seu desenvolvimento, teve que ultrapassá-lo, pois só assim poderia se aproximar de todos os objetivos pretendidos.

1.3 PRIMEIROS DESENHOS... OS OBJETIVOS DA PESQUISA

Objetivo geral

Traçar a trajetória de construção do novo modelo de cuidado em saúde mental no Estado de Alagoas, privilegiando o período de 2004 a 2010 e incluindo referências dos anos anteriores.

Objetivos específicos

- Identificar os principais atores envolvidos no processo de construção do novo modelo de cuidado;
- Conhecer suas percepções sobre esse processo;
- Correlacionar o processo de construção à realidade atual com seus limites e desafios.

Capítulo 2

Estudando a técnica...

Os Referenciais Teóricos

Ler significa reler e compreender, interpretar. Cada um lê com os olhos que tem. E interpreta a partir de onde os pés pisam.

Todo ponto de vista é a vista de um ponto. Para entender como alguém lê, é necessário saber como são seus olhos e qual é a sua visão de mundo. Isso faz da leitura sempre uma releitura.

A cabeça pensa a partir de onde os pés pisam. Para compreender, é essencial conhecer o lugar social de quem olha. Vale dizer: como alguém vive, com quem convive, que experiências tem, em que trabalha, que desejos alimenta, como assume os dramas da vida e da morte e que esperanças o animam. Isso faz da compreensão sempre uma interpretação.

Sendo assim, fica evidente que cada leitor é coautor. Porque cada um lê e relê com os olhos que tem. Porque compreende e interpreta a partir do mundo que habita.

(Boff, 1997)

2.1 A PÓS-MODERNIDADE

Tendo em vista a mudança de paradigma experimentada pela assistência em saúde mental brasileira, principalmente nos últimos vinte anos, que passa a ser realizada em novos dispositivos com propósitos diferentes daqueles percorridos pelo hospital psiquiátrico, faz-se necessária a interlocução com perspectivas teóricas que vão além do campo da saúde mental.

Uma série de transformações no mundo do trabalho, nas relações entre pessoas, nas inovações tecnológicas, vem impondo novas maneiras de organizar a produção em saúde no Brasil. A mudança que se opera traz a marca do fortalecimento do cuidado, da ação intersetorial e do desenvolvimento da autonomia. O SUS procura romper a lógica produtivista dos serviços e implantar práticas fundadas no conceito ampliado de saúde, exigindo novas abordagens para a produção do conhecimento e para a intervenção prática (Tavares, 2005).

A abordagem, portanto, da pós-modernidade nesta pesquisa aponta para o momento que a sociedade vivencia hoje e que, conseqüentemente, a saúde mental, acompanhando o contexto histórico, também vive: momento de transição, de rupturas e de questionamentos ao movimento histórico-cultural da modernidade.

Dessa forma, as visões filosóficas, científicas, políticas ou religiosas consolidadas pela modernidade, no pensamento pós-moderno são contestadas (Brêda, 2006).

A experiência atual é a experiência da transição, da experimentação.

Machado (2006, p. 40) entende que

se vive hoje na área da saúde em um caldo cultural de transições, pois a mesma, como prática social e seus grupos de profissionais vivem inseridos em um contexto histórico de transformações - curriculares, da reforma psiquiátrica, da saúde coletiva, do Sistema Único de Saúde, do código genético, da gerência dos hospitais e unidades de saúde, das novas e “velhas” epidemias, das políticas públicas, das neurociências, do Programa de Saúde da Família, dos novos medicamentos, das especialidades, dos novos paradigmas de cuidar, da criação das tecnologias e de tantas outras.

Numa situação de transição paradigmática, Boaventura de Sousa Santos (2010) pondera que o mais normal é que:

[...] o indivíduo, tal como a sociedade, esteja dividido, com algumas das suas dimensões de subjetividade próximas do paradigma dominante e outras, próximas do paradigma emergente. [...] O reconhecimento do conflito paradigmático 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 [...] se ela se traduzir numa maior razoabilidade e equidade das ações e das consequências (Santos, 2010, p. 345).

Por se tratar de uma transição, o conhecimento científico, até então, produzido é relativizado e as suas verdades que, por tanto tempo, nos guiaram, começam a ser questionadas.

Para um grande número de cientistas, os pressupostos epistemológicos da modernidade, bem como o tipo de racionalidade cognitivo-instrumental e de conhecimento técnico-científico, são apontados como os grandes responsáveis pelo abandono da reflexão sobre problemas fundamentais, conspirando para criar um buraco negro epistemológico no entorno dos grandes problemas da vida coletiva e das relações interculturais (Santos, 2010)

Para Morin (2006), nas proposições da modernidade, que penetraram nas ciências sociais e humanas, a subjetividade aparecia como fonte de erros e, por isso mesmo, necessária se fazia a sua eliminação; assim,

expulsou-se o sujeito da história, eliminaram-se as decisões, as personalidades, para só ver determinismos sociais, para só ver estruturas.

Segundo Maffesoli (1998), a modernidade tinha uma convivência social caracterizada por uma estrutura mecânica, com organização centrada no econômico, onde os indivíduos tinham função a desempenhar no interior de grupos contratuais. Já na pós-modernidade, apresenta-se como uma estrutura complexa ou orgânica, com a concentração das massas em que as pessoas desempenham papéis em tribos afetuais, sendo esse convívio denominado socialidade.

Uma das características da pessoa na pós-modernidade é sua desenvoltura em transitar por diferentes tribos, conviver com a herança cultural do positivismo, que ainda predomina nas organizações sociais, mas, ao mesmo tempo, abrir espaço para os questionamentos contemporâneos e admitir incertezas; é nesse particular conturbado, que ela constrói sua subjetividade (Maffesoli, 2005a).

Portanto, entende-se subjetividade como um valor de poder criativo, uma potência de criar dispositivos novos, inovadores, uma intrincada e dialética (social - individual) produção de sentidos (Machado, 2006)

O sujeito, nessa perspectiva, passa a ser sujeito dele mesmo acrescido de todas as circunstâncias e pessoas que compõem a sua história e a história do mundo ao seu redor. Esse contínuo processo de passagem da natureza para a cultura é que vai defini-lo como sujeito.

A cultura e seu conjunto de símbolos e valores formam a amálgama necessária para passarmos da condição de simplesmente humanos para a condição de humanidade, processo que é elaborado pelo conjunto dos seres sociais que se comunicam, estabelecem relações e confrontam sentidos, transformando as ações humanas em ações coletivas.

A pós-modernidade abre caminhos para novas teorias do sujeito no cerne da ciência. Afastada da concepção simplificadora da ciência clássica,

a questão da ciência e da ação pode ser modificada por uma visão que dê sentido às noções de ator, autonomia, liberdade e sujeito. Dessa forma, com os conceitos dessa nova ciência podemos reconhecer na sociedade seres, entes e indivíduos (Morin, 2010):

[...] essa ciência permitiria reconhecer e ajudar as aspirações individuais, coletivas e étnicas de autonomia e de liberdade. Então, a resposta que a ciência dá à questão social não será manipulação, mas contribuição para as aspirações profundas da humanidade (Morin, 2010, p. 290)

O que, ao seu turno, põe em xeque as teorias e os conceitos, os modelos e as soluções anteriormente considerados eficazes, colocando definitivamente o desafio de se construir uma nova forma de agir em saúde mental.

O cuidado passa a ocupar um lugar privilegiado, constituindo um outro sujeito, não um objeto do sujeito técnico, mas um outro verdadeiro sujeito na relação terapêutica, a ação cuidadora passa a ser entendida como atitude e espaço de reconstrução de intersubjetividades, apoiada na tecnologia mas, não resumida a ela (Ayres, 2000).

Machado (2006, p.44) aponta que

O sujeito acolhido e cuidado nas práticas da saúde mental é o sujeito contemporâneo, seu sofrimento subjetivo e suas formas de subjetivação. A trama onde habita esse sujeito é composta de elementos da modernidade, pós-modernidade, complexidade, tecnologias diversas, individualismo, movimentos acelerados de comunicação e reflexão, fragmentação do conhecimento e dos sujeitos, fazer irreflexivo e absolutismo da técnica em detrimento do sujeito, processos de singularização, vazio de sentido, quedas, rupturas, capturas, modismos.

No campo da saúde mental essa mudança requer atores comprometidos com uma nova forma de lidar com o conhecimento, capazes de articular conhecimentos profissionais específicos com o de toda a rede de saberes envolvidos no sistema de cuidado.

Abre um caminho para uma relação de cuidado de gestão democrática, em que os sujeitos cuidados e os sujeitos cuidadores possuem competências que vão se entrecruzando e, dentro desse espaço relacional, é que os saberes vão se compondo.

Essas novas perspectivas e cenários que estão surgindo em todo o mundo estão transformando radicalmente o campo da saúde mental, e a natureza desse campo vem contribuindo para que deixemos de pensar com o paradigma de verdade única e definitiva, mas em termos de complexidade, de simultaneidade, de transversalidade de saberes, de construcionismo, de reflexividade (Spink, 2004).

Para isso, a nova concepção do cuidar em saúde mental chama para a cena os mais diversos e possíveis atores, introduzindo práticas no coletivo, com o intuito de liberar as capacidades criativas dos sujeitos.

Novas frentes de intervenção são abertas para os trabalhadores, ações como trabalhos em grupos e estímulo para a participação popular vêm contribuir para a ruptura da visão da saúde comprometida com ideais normativos e homogeneizantes, favorecendo a construção de sujeitos mais cidadãos e comprometidos com os processos de mudança (Guimarães, Meneghel, 2003).

A noção de cidadania que, na modernidade, transformava sujeitos em unidades iguais e intercambiáveis, receptáculos passivos de estratégias de produção, enquanto força de trabalho, estratégias de consumo, enquanto consumidores, e de estratégias de dominação, enquanto cidadãos da democracia de massas, na pós-modernidade transforma-se em exercício de participação solidária na formulação de vontades e necessidades coletivas (Santos, 2010)

A politização do social, do cultural e, mesmo, do pessoal abre um campo imenso para o exercício da cidadania e revela, no mesmo passo, as limitações da cidadania de extracção liberal, inclusive da cidadania social, circunscrita ao marco do Estado e do político por ele constituído.[...] é possível pensar e organizar novos exercícios

de cidadania – porque as conquistas da cidadania civil, política e social não são irreversíveis e estão longe de ser plenas – e as novas formas de cidadania – coletivas e não meramente individuais; assentes em formas político-jurídicas que, ao contrário dos direitos gerais e abstratos, incentivem a autonomia e combatam a dependência burocrática, personalizem e localizem as competências interpessoais e coletivas [...] (Santos, 2010, p.263).

Tema crucial levantado pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, os escritos formulados por seus mais influentes teóricos (Basaglia, 1979,1985 e 2005a; Saraceno, 1996, 1999; Rotelli, 1994, 2001; Pitta, 1992, 1996, 2011; Amarante, 1995, 2003) e em inúmeros textos de articuladores técnicos-políticos envolvidos com o seu processo (Kinoshita, 1997; Oliveira, Alessi, 2005; Vasconcelos, 2009), apontam ser por meio do exercício da cidadania que se dá a (re)condução das relações e direitos sociais que ao longo da história de aprisionamento imposto aos doentes mentais foram-lhes arrancados.

Com o novo paradigma introduzido pela Reforma Psiquiátrica no campo da saúde mental, o da Atenção Psicossocial, muitas questões se apresentam para a melhor definição das prioridades nesse novo cenário – não mais no enclausuramento institucional, mas no território (entendido como conjunto de processos de convivência expresso pela vida local). As dificuldades teóricas em definir o que é bem-estar, os limites entre normalidade e patologia e as formas de inserção social da diferença, geram divergências que se refletem na escolha de conhecimentos pertinentes ao cuidar de modo que a complexidade do objeto de cuidar em saúde mental pode gerar tantas concepções quantas forem as compreensões e práticas envolvidas, conformando-se num saber de caráter interdisciplinar (Tavares, 2005).

A presente pesquisa traz no seu âmago a ideia de que a construção de um novo cuidado em saúde mental faz parte dessa transformação paradigmática que a pós-modernidade impulsiona, sujeitos na coletividade em constantes processos de renovação.

Ao pensar especificamente na relação de cuidados, no momento único e tenso em que ocorrem as práticas de saúde mental, traça-se um paralelo desta condição micro (particular, cuidado, encontro de sujeitos para o cuidado, sutilezas) com a condição macro (pós-modernidade, capitalismo, crises institucionais, políticas públicas). A crença nos embates, conflitos e sabores experimentados no instante do cuidado, na relação interpessoal pode ser gerida, pautada em um todo ampliado sociológico, ético e filosoficamente falando. [...] A movimentação de corpos afetados, verifica-se no cotidiano de cuidados e não deveria ter regras preestabelecidas, pois acredita-se que essa possa ocorrer em um instante que é errante, nômade, da ordem da razão sensível, para o melhor e o pior. O movimento das subjetividades na relação de cuidados é oscilante: a matéria, às vezes, é matéria; às vezes, é energia que tem tendências a existir em certos lugares, mas não tem lugar determinado. (Machado, 2006, p.43)

As relações constituídas a partir dessas mudanças não mais se limitam às relações do tratamento biomédico ou, no presente caso, das tão limitadas ações psiquiátricas, mas são relações constituídas no compromisso social do coletivo, em que a saúde mental passa a ser um campo de conhecimento interdisciplinar e suas ações passam a se dar por meio de uma dinâmica de trabalho em rede.

Assim, o processo de desinstitucionalização e da Reforma Psiquiátrica, que também alicerça teoricamente esta investigação, não deve ser entendido como uma invenção de psiquiatras insatisfeitos ou insurgentes, mas, sim, como uma consequência natural de uma transformação da própria ciência (Amarante, 2007), que deve acompanhar as transformações paradigmáticas da atualidade.

2.2 A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Na modernidade, ao perceber a loucura como doença, a ciência cria para o seu entendimento dois personagens: o sujeito da doença (o paciente) e o sujeito detentor do seu conhecimento (o médico psiquiatra); no estabelecimento da relação desses dois personagens, inspira-se uma nova

relação com ela (a observação médica), e uma nova atitude para transformá-la (a terapêutica). Na busca dessa transformação, cria novos espaços de transição (a instituição psiquiátrica).

Afastado do mundo social, o sujeito da doença, durante mais de dois séculos, só é reconhecido em sua manifestação doente e sua existência, enquanto paciente, só é permitida dentro dos muros institucionais para ele edificados.

Estas instituições, em conjunto com outras que foram criadas com funções semelhantes - afastar da sociedade mais ampla, por um considerável período de tempo o que ela não reconhece como seu - foram denominadas por Goffman (2003) de instituições totais.

A ciência moderna respaldava a existência dessas instituições e, no caso da ciência psiquiátrica, reforçada pelo princípio de objetivação desse sujeito paciente – *cogito ergo sum* – excluía a existência de outro sujeito que não o da doença, transformando-o em objeto a ser observado, elemento primordial do conhecimento científico.

Durante mais de dois séculos o ritmo da vida nessas instituições foi marcado por regras forçadas e mortificações dos sujeitos nelas inseridos (Basaglia, 2005b). A organização desses espaços fechados e o isolamento imposto resultaram em um processo denominado de *institucionalização*, percebido por Basaglia como um tipo de doença resultante do vazio emocional vivido pelo doente ao transpor os muros do internamento:

introduzido num lugar que, criado originalmente para torná-lo inofensivo e ao mesmo tempo tratá-lo, na prática surge como um espaço paradoxalmente construído para um aniquilamento completo de sua individualidade, como lugar de sua total objetificação. Se a doença mental, em sua própria origem, é a perda da individualidade e da liberdade, no manicômio o doente não encontra outra coisa senão o espaço onde se verá definitivamente perdido, transformado em objeto pela doença e pelo ritmo do internamento (2005b, p. 24).

Os processos de reestruturação das sociedades europeias e norte-americanas no período após as duas grandes guerras mundiais vão promover uma série de questionamentos ligados à existência dessas instituições e determinarão a necessidade de mudanças (Pitta-Hoisel, 1984; Barros 1994a; Birman e Costa, 1994; Amarante, 1995).

Apesar de algumas bases comuns, as formulações de transformação que se efetivaram foram notadamente diferenciadas quanto às propostas práticas que se produziram (Barros, 1994a)

Desta forma, Inglaterra, França, Estados Unidos, Itália entre outros países vão, ao longo das décadas seguintes a este período, intensificar as críticas à assistência psiquiátrica vigente e criar novos modelos de prática assistencial. Algumas no interior do próprio hospital psiquiátrico, outras em instituições ligadas a ele e, outras, ainda marcadas pela ruptura com ele.

A respeito das psiquiatrias reformadas, os movimentos que surgiram nesse contexto podem ser organizados, segundo alguns autores (Birman, Costa, 1994; Amarante, 1995) por meio de suas propostas de transformação da instituição asilar e do saber psiquiátrico e ordenam-se da seguinte forma: a Psicoterapia Institucional (França) e as Comunidades Terapêuticas (Inglaterra, EUA), como representantes de reformas geradas dentro do âmbito asilar e que atingiram a sua periferia; a Psiquiatria de Setor (França) e a Psiquiatria Preventiva (EUA), como representantes de propostas de ampliação do espaço psiquiátrico para além do asilar, com objetivos de promoção da saúde mental; e, por fim, a Antipsiquiatria (Inglaterra) e a Psiquiatria Democrática Italiana - e as experiências surgidas a partir de Franco Basaglia - como instauradoras de rupturas com a instituição asilar, com o próprio saber e a prática psiquiátrica.

A noção de desinstitucionalização foi estabelecida no interior desse processo de reforma e, segundo Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) as transformações que se seguiram nos sistemas de saúde mental tinham o

intuito de renovar a capacidade terapêutica da Psiquiatria, desvencilhando-a de suas clássicas funções de controle social, coação e segregação.

No entanto, ainda segundo os autores, dentro desse contexto cultural e político a palavra desinstitucionalização possuía muitos e diferentes objetivos: para os reformadores, seu objetivo era esse mesmo explicitado acima; para os grupos de técnicos e políticos radicais, significava a abolição de todas as instituições de controle social, e se emparelhava à perspectiva da antipsiquiatria; e para os administradores sintetizava, sobretudo, uma redução de leitos hospitalares, resultado de um programa de racionalização financeira e administrativa.

O embasamento teórico para a presente investigação considera o termo desinstitucionalização proposto na visão de Franco Basaglia, que entende projeto de transformação institucional como desconstrução/invenção no campo do conhecimento, das tecnociências, das ideologias e da função dos técnicos e intelectuais (Amarante, 1994).

Quando, ao longo das discussões que esta pesquisa suscitará, nos referirmos à desconstrução do aparato manicomial, estamos refinando a nossa compreensão enquanto compreensão complexa do que este aparato tem introjetado em sua conceituação:

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 funda limites, intolerâncias e diferenças, em grande parte 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. É o saber e a prática que constrói uma hierarquia entre razão e desrazão, que traça lugares sociais diversos para os sujeitos, de acordo com sua condição de adaptação/desadaptação social ou de normalidade/anormalidade. (Giovanella, Amarante, 1994, p. 140).

Na trajetória de construção do pensamento basagliano com relação à desinstitucionalização, algumas premissas e práticas foram apontadas por Amarante (1994) para a melhor compreensão desse conceito:

- a) a luta contra a institucionalização enquanto práticas multidisciplinares e multi-institucionais, capilares, estendidas e exercitadas por múltiplos espaços sociais;
- b) a luta contra a tecnificação referente à não substituição por outros saberes científicos sobre a doença, criando assim novas ideologias para justificar novas intervenções;
- c) a invenção e constituição de uma relação de contrato social, que se refere à substituição da relação de tutela.
- d) a consciência das transformações advindas das práticas efetivas de luta nos campos sociais e políticos.

O termo desinstitucionalizar, para Basaglia (1991), não deve ser entendido como desospitalizar, que se refere apenas ao fechamento dos hospitais psiquiátricos, nem tampouco transinstitucionalizar, que se refere ao processo de mudança institucional, sem envolvimento da comunidade e que estimula o aumento de asilos, casas de repouso e outras instituições segregadoras.

Para Saraceno (1999), existe grande equívoco em usar de forma sinônima os termos desospitalização e desinstitucionalização, uma vez que o primeiro refere-se a um ato administrativo que faz sair um paciente da instituição-hospital, enquanto o segundo refere-se a um processo que faz sair um paciente da instituição-psiquiatria.

A desinstitucionalização na tradição basagliana trata da ruptura dos paradigmas que fundamentam e autorizam a instituição psiquiátrica:

[...] é um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. Concretamente se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformar o seu sofrimento, porque a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução-cura, mas como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento (Rotelli, Leonardis, Mauri, 2001, p. 29)

Se o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder estruturados em torno do objeto *doença* constituem a concepção de *instituição*, ao substituímos o objeto *doença* pelo objeto *existência sofrimento dos pacientes* e sua relação com o corpo social, o processo de desinstitucionalização torna-se reconstrução da complexidade desse *objeto* e sua ênfase, antes colocada no processo de *cura*, agora é dirigida por um projeto de *invenção de saúde* e de *reprodução social do paciente* (Rotelli, Leonardis, Mauri, 2001).

Nesta acepção, a verdadeira desinstitucionalização, nas palavras de Rotelli (2001, p. 91) é o “processo prático-crítico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções em direção a este tão diferente objeto”.

Esse processo implica uma mobilização de todos os atores envolvidos no cuidado, em ações terapêuticas voltadas para a produção de vida, de sentido, de sociabilidade e transformação dos espaços de não convivência em espaços coletivos.

Dentro desse propósito, oferece-se um novo lugar social para as pessoas acometidas pelo sofrimento psíquico, um lugar de significação e subjetivação na compreensão da vivência do sofrer psíquico, mas, também, na compreensão do viver com novas perspectivas, com novos desejos.

Para a desconstrução dos aparatos asilares o foco deve também ser dirigido para a construção de serviços e espaços que deem sustentação à vida fora dos muros manicomiais, criando espaços de trocas reais – trocas

afetivas, trocas materiais, trocas simbólicas; opondo-se à privação imposta pela vivência manicomial que se configura, como revelado por Rotelli (2001), em local de troca zero.

Essa produção de vida e a reprodução social, que devem ser os objetivos e práticas dos novos espaços de cuidado:

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 opressão, reingressar no corpo social, consumo e produção, trocas, novos papéis, outros modos materiais de ser para o outro, aos olhos do outro (Rotelli, 2001, p. 93-4).

À medida, portanto, que as estruturas manicomiais vão se desmontando, três aspectos devem tomar corpo no processo de desinstitucionalização, segundo Rotelli, Leonardis, Mauri, 2001:

- a) A construção de uma nova política de saúde mental, por meio da mobilização e participação de todos os atores interessados, que parte da base e do interior das estruturas institucionais;
- b) A centralização do trabalho terapêutico objetivando enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes, de forma que eles sejam sujeitos ativos e não objetos na relação com a instituição. “A palavra de ordem é: do manicômio, lugar zero dos intercâmbios sociais, à multiplicidade extrema das relações sociais” (p. 36);
- c) A construção de estruturas externas totalmente substitutivas da internação no manicômio, nascidas do interior de sua decomposição e do uso e transformação dos recursos materiais e humanos ali depositados.

Através desse percurso, os autores afirmam que a desinstitucionalização:

suprime a internação liberando a Psiquiatria e seu objeto (e definitivamente a sociedade) da necessidade da própria internação. A desinstitucionalização transforma as necessidades dos doentes, dos operadores e da comunidade, às quais a internação correspondia, construindo respostas inteiramente substitutivas (p. 36).

A desinstitucionalização, portanto, defende a criação de um novo lugar de pertencimento social para as pessoas com sofrimento psíquico.

A reforma do pensamento e a construção de um novo saber são caminhos de transformações paradigmáticas que reforçam a necessidade de aproximação da ciência com a sociedade. Para Morin (2007), o conhecimento passa a ser amparado por um paradigma complexo, reforçando a ideia da necessidade em entender o ser humano não mais como objeto, mas como sujeito.

É esse sujeito que a desinstitucionalização luta para libertar. Sujeito de direito, sujeito de desejos, sujeito de história, de relações, de trocas, de produções, sujeito de vida. Se, durante anos, a ciência, investida pelo mandato que a sociedade lhe atribuiu, afastou este sujeito do convívio social, por não conseguir compreender as suas diferenças, é esta ciência também que deve ter o compromisso de resgatá-lo.

Por isso, a importância de investigações científicas como esta terem presentes, como referenciais teóricos, a desinstitucionalização.

2.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

O cuidado em saúde mental no Brasil, nos últimos trinta anos aproximadamente, tem apresentado transformações das mais diversas ordens. Como vimos na passagem anterior, sobre a desinstitucionalização,

essas mudanças vêm ocorrendo desde o final da segunda guerra mundial mais expressivamente na Europa e nos Estados Unidos e chegou em nosso território de forma mais contundente apenas no final dos anos 70.

Em período anterior a esse, após o golpe militar de 64, pode-se verificar como principal tendência uma política voltada para a privatização da assistência, em um sistema de leitos conveniados com a Previdência Social, o que implicou significativa expansão dos leitos psiquiátricos em hospitais privados (Cerqueira, 1983; Paulin, Turato, 2004). Nos anos 70, verifica-se a criação de ambulatórios de saúde mental com a principal função de facilitar o processo de internação nos hospitais conveniados (Machado, 2004).

Paralelamente a essa trajetória, outra também vai sendo traçada na assistência psiquiátrica brasileira: uma crescente influência das propostas de intervenção surgidas na Europa, com o modelo das comunidades terapêuticas, da psiquiatria de setor e principalmente nos Estados Unidos, com a psiquiatria comunitária e preventiva (Amarante, 1995; Tenório, 2002).

Essas referências irão proporcionar a adoção de outras terminologias, como a própria adoção do termo saúde mental como objeto de ação do cuidado, em contraponto com o antigo – a doença; bem como com outras formas práticas de exercer o cuidado, como a promoção da saúde mental, o trabalho em equipe multiprofissional e a intervenção em grupo.

Na segunda metade da década de 70 nosso país inicia, em diversos setores da sociedade, uma luta pela redemocratização do país. Na área da saúde, a falência dos recursos e a precarização do cuidado passam a estimular mobilização popular intensa. Em consonância com esse contexto, trabalhadores da saúde, movimentos sindicais e atores políticos importantes consolidam uma participação política efetiva em um movimento que ficou conhecido como Reforma Sanitária, culminando na proposição e construção posterior do Sistema Único de Saúde (SUS) no final dos anos 80 (Luz, 1991).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira nasce impulsionada por esse contexto de luta social contra a ditadura militar e a favor da melhoria da condição de vida. Surgem denúncias de maus-tratos em vários hospitais do país, além das condições precárias de trabalho nesses locais e denúncias de fraudes no sistema de financiamento dos leitos conveniados.

É também nesse período que as ideias de Basaglia chegam ao Brasil (Amarante, 1995; Hirdes, 2009) e passam a se constituir, em conjunto com outras concepções e obras como as de Foucault, Goffman, Castel, entre outras, influências importantes na constituição de “um pensamento crítico sobre a natureza e a função social das práticas médicas e psiquiátrico-psicológicas” (Amarante, 1995, p. 90).

No ano de 1978 é criado o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) que reúne reivindicações trabalhistas e propostas de transformação da assistência psiquiátrica. Segundo Amarante (1995), o objetivo do MTSM, em sua constituição, foi ser um espaço de luta não institucional, estimulando debates, encaminhando propostas de transformação, aglutinando informações e organizando eventos. Ele foi o primeiro movimento em saúde que reuniu trabalhadores do setor, associações de classe e entidades e setores mais amplos da sociedade, com a participação popular efetiva, “não sendo identificado como movimento ou entidade da saúde, mas pela luta popular no campo da saúde mental” (Amarante, 1995, p. 57).

Portanto, nos anos seguintes à sua criação, o MTSM liderou vários eventos que culminaram com o ingresso de outros atores no processo de Reforma, como as Universidades, os usuários, seus familiares e parte da população e, em anos posteriores, resultou na reivindicação mais intensa por uma sociedade sem manicômios e na criação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) no II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental, ocorrido na cidade de Bauru (Amarante, 1995; Lobosque, 2001; Tenório, 2002).

Um aspecto importante que vai diferenciar a Reforma Psiquiátrica da Reforma Sanitária é que esta última transforma-se em um conjunto de medidas de reorganização administrativas, enquanto a primeira vai além, ao buscar transformações qualitativas no modelo de atenção (Amarante, 1996).

As Conferências Nacionais de Saúde Mental realizadas ao longo dos últimos 25 anos foram e têm sido importantes eventos que contribuíram e contribuem significativamente com essas transformações.

A I Conferência foi no ano de 1987 e aconteceu como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no ano anterior. Seu maior destaque foi o de trazer para a discussão dos trabalhadores a necessidade de superação do modelo assistencial centrado na internação hospitalar (Brasil, 1988). A II Conferência ocorreu no ano de 1992 e aprofundou as críticas ao modelo hospitalar, que se mantinha ainda hegemônico e apresentou um novo modelo assistencial fundamentado nos conceitos de atenção integral e cidadania (Brasil, 1994).

Em um contexto histórico, político e conceitual emergente, a realização dessas duas Conferências, a inscrição da proposta do SUS na Carta Constitucional de 1988 e a articulação de vários profissionais na luta antimanicomial após a realização do evento que ficou conhecido como o Congresso de Bauru, promovem importantes mudanças no campo da saúde mental, caracterizadas pela produção de novas experiências de intervenção (Amarante, Torres, 2001).

As experiências do CAPS Dr. Luiz da Rocha Cerqueira, inaugurado em 1987 no município de São Paulo e do NAPS, inaugurado no município de Santos, em 1989, têm sido destacadas como inovadoras na história de estruturação de novas propostas de atenção no processo da Reforma Psiquiátrica (Goldberg, 1994; Nicácio, 1994; Kinoshita, 1997; Amarante, Torres, 2001). E se constituíram em modelos para outras experiências que se espalharam nos anos seguintes em outras regiões do país.

A Portaria 224/92 do Ministério da Saúde (Brasil, 2004a) regulamentou o funcionamento de todos os serviços de saúde mental dando legitimidade e legalidade e essas experiências inovadoras e possibilitou que elas fossem financiadas pelo SUS.

Importante ressaltar que a construção do NAPS em Santos se deu a partir da primeira experiência brasileira de desconstrução de um aparato manicomial, a Casa de Saúde Anchieta que, ao sofrer intervenção municipal, após denúncias de maus tratos, superlotação, insuficiência de profissionais entre outras coisas, impulsiona a construção de estruturas substitutivas e é considerada por muitos como marco na história da desinstitucionalização brasileira (Hirdes, 2009)

Ainda na esfera legislativa, antes da regulamentação da portaria 224/92, o deputado Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores (PT) de Minas Gerais, apresentou, em 1989, um projeto de lei que impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público, previa o redirecionamento dos recursos públicos para a criação de serviços de atendimento não manicomiais e obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária (Tenório, 2002; Luzio, Yassui, 2010).

Esse projeto ficou tramitando durante 12 anos no Congresso Nacional e apenas em 2001, durante as comemorações do Dia Mundial da Saúde, cujo tema foi *Saúde Mental: Cuidar sim. Excluir não*, foi aprovado o seu substitutivo.

A Lei 10.216, de 6 de abril de 2001 (Brasil, 2004a), também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, teve seu texto final alterado do seu projeto original e, mesmo sendo considerada por alguns como uma lei progressista (Tenório, 2002) é considerada por outros como um texto tímido, se comparado ao primeiro, por ainda manter a estrutura hospitalar existente, apenas regulando as internações psiquiátricas e acenando para uma proposta de mudanças no modelo assistencial (Luzio, Yassui, 2010).

No impulso de sua promulgação, foi convocada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em dezembro desse mesmo ano. Marcada pela ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares, esta Conferência:

consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil (Brasil, 2005).

Portanto, após a lei 10.216 e a III Conferência, o Brasil começa a mudar as suas características em relação ao cuidado em saúde mental de forma mais efetiva, algumas outras leis e portarias passam a dar o suporte necessário para a construção de uma rede de serviços substitutivos que possibilitaram a implantação e sustentação do modelo de atenção psicossocial.

Em 2002, devemos destacar a Portaria 336 que, apesar de abandonar o termo NAPS, adota o CAPS como novo modelo de atenção, define modalidades diferentes segundo porte e complexidade desses serviços em seus territórios (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad, CAPSi); a Portaria 626 que cria mecanismos de seu financiamento com recursos extratetos através do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) que contribuiu para a sua ampliação rápida em todo o território nacional; e a Portaria 189 que insere novos procedimentos ambulatoriais ampliando o financiamento dos novos serviços. Estas três Portarias atualizam a Portaria 224/92 e incorporam os avanços detectados no movimento da Reforma por meio da implantação e desenvolvimento dos serviços de atenção em saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico (Brasil, 2004a).

A Lei 10.708 de 2003, conhecida como Lei do Programa De Volta Para Casa, impulsiona o processo de desinstitucionalização ao conceder auxílio reabilitação psicossocial e inclusão em programas extra-hospitalares

aos pacientes com história de longa permanência em hospitais psiquiátricos (Brasil, 2004a).

Com a publicação da Portaria GM 1.935, de 2004, que estabelece incentivo financeiro para a implantação dos CAPS e a sua substituta GM 245 de 2005 que aprimora este incentivo e o amplia, pôde-se verificar um aumento significativo dos CAPS, principalmente nos municípios de menor porte, contribuindo para a interiorização da assistência extra-hospitalar. Se em 2004 o ano fechou com 605 CAPS, em julho de 2011 temos 1650 CAPS implantados e distribuídos por todo o país (Brasil, 2011b).

Os CAPS são serviços integrados à rede SUS criados no bojo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e, portanto, de caráter substitutivo aos hospitais psiquiátricos. Abertos e comunitários, têm como objetivo atender pessoas com transtorno mental severo e persistente, oferecendo cuidados na perspectiva clínica e da reabilitação psicossocial, sob a lógica da territorialidade. O cuidado oferecido nesses espaços deve estar alinhado de forma integral e intensiva, ofertando respostas às diversas dificuldades apresentadas por seus usuários no desenrolar de suas vidas cotidianas.

Para tanto, o CAPS trabalha com equipes multidisciplinares em ações interdisciplinares, oferecendo atendimentos individuais e grupais, oficinas terapêuticas, oficinas de geração de renda, atividades lúdicas, desportivas, tratamento medicamentoso, atendimento familiar, entre outras estratégias para garantir a construção de um lugar social aos seus usuários e estimular seu protagonismo frente à vida.

Os CAPS têm representado um papel bastante relevante no cenário das novas práticas de cuidado, sendo considerados desde a aprovação da Lei 10.216 pelo Ministério da Saúde como dispositivos estratégicos na articulação da rede de assistência em saúde mental (Delgado, Gomes, Coutinho, 2001).

Atualmente, a rede de atenção em saúde mental pode ser composta por setores da atenção básica, como as unidades básicas de saúde, as

equipes de saúde da família e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); por setores ligados aos serviços especializados como os CAPS, os ambulatorios de saúde mental e hospitais-dia e os Centros de Convivência e Cultura; além de serviços de urgência e emergência psiquiátrica, leitos ou unidades em hospital geral e as residências terapêuticas.

Nos últimos anos, essa rede tem sido ampliada por se articular com outros serviços e setores das mais diversas áreas, com o objetivo de dar respostas globais às necessidades de (re)inserção de seus usuários. Dessa forma, tem sido reforçada a necessidade de realizar ações intersetoriais nas áreas de educação, assistência social e justiça, bem como fortalecer o desenvolvimento de cooperativas sociais e projetos de inclusão (SUS, 2010)

Em junho de 2010 aconteceu a IV Conferência Nacional de Saúde Mental. Esta teve, pela primeira vez, uma convocação intersetorial, contando com a participação de usuários, trabalhadores e gestores da saúde e de outros setores, o que demonstra o avanço da estratégia das Conferências Nacionais e as consolida como dispositivos fundamentais para a construção de políticas, sob a égide da Reforma Psiquiátrica.

A IV Conferência Nacional

reafirma de forma unívoca e incondicional os princípios mais gerais da reforma psiquiátrica em curso no país, como a superação do modelo asilar, com construção de uma rede substitutiva diversificada, e garantia dos direitos de cidadania das pessoas com transtorno mental e seus familiares. A Conferência se manifestou contrária a todas as propostas de privatização e terceirização de serviços, na direção de um sistema estritamente público e estatal de serviços de saúde mental. Finalmente, reafirmou a necessidade da presença e participação ativa dos usuários na rede de serviços, na produção do próprio cuidado em saúde mental, e no ativismo junto aos serviços e aos dispositivos de controle social (SUS, 2010,p.10).

Percebe-se que a Reforma Psiquiátrica, na atualidade, amplia o campo de cuidado em saúde mental, entendendo-o como campo complexo, multidimensional, interdisciplinar, interprofissional e intersetorial. Campo que deve continuamente se articular com os campos dos direitos sociais, da

educação, do trabalho, da justiça, da assistência social, da cultura, do lazer, da economia solidária, entre outros.

Conceitos como cidadania, território, contratualidade, clínica ampliada, acolhimento, tomada de responsabilidade, entre tantos outros, vão sendo acrescidos à trama do cuidado em rede.

Portanto, após esta breve explanação sobre o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, podemos afirmar que este, em seu início, pode ser compreendido como movimento caracterizado por reivindicações mas, em seu desenvolvimento, atualiza-se como processo contínuo de transformação na compreensão do sofrimento psíquico, no entendimento das necessidades do sujeito e na valorização de seu protagonismo e no cuidado entendido como atenção em saúde mental.

Em tempos de transição paradigmática, a desinstitucionalização resgata o sujeito, antes perdido em sua doença, preso nos muros institucionais, para um novo papel social e a Reforma Psiquiátrica possibilita esse resgate ao criar instrumentos e dispositivos para isso e ao convocar a sociedade, entendida em toda a sua diversidade de atores, para redesenhar essa trajetória.

Capítulo 3

Aprendendo com as artesãs...

A Saúde Mental em Alagoas

“yo soy yo y mi circunstancia”

(Ortega y Gasset)

3.1 A ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA

O primeiro asilo constituído para abrigar os doentes mentais do Estado de Alagoas foi inaugurado no ano de 1887, no município de Maceió e denominado Asilo de Alienados. Dois anos após a inauguração seu diretor conseguiu a promessa, feita pelo presidente da província, de construção de um novo edifício para abrigar o contingente de loucos que ocupava o local (Cavalcanti, 2006).

Do primeiro asilo não se tem registros de intervenção médica psiquiátrica, parecendo apenas ser um local em que os doentes eram cuidados de forma diferenciada, separados dos criminosos; o local inaugurava no Estado uma assistência que seguia os pressupostos humanistas difundidos pela Europa anos antes.

O Asilo Santa Leopoldina, inaugurado em 1891 é, portanto, o primeiro local que se tem registro de assistência psiquiátrica aos doentes mentais em Alagoas (Tundis, Costa, 2001). Construído com recursos públicos, com menos de dois anos o local se transformou em depósito de doentes, com carências significativas de recursos e instalações impróprias para um hospital psiquiátrico (Cavalcanti, 2006).

Anos mais tarde, no bairro de Bebedouro, seguindo o modelo praticado na Argentina - de escolha de locais onde existiam famílias ricas dispostas a vender suas amplas casas – alguns imóveis foram transformados em clínicas psiquiátricas. A primeira foi fundada em 1947/48, a Casa de Saúde Miguel Couto, seguida pela Casa de Repouso Dr. José Lopes Mendonça, em 1961 e, em 1968, a Clínica de Repouso Ulysses Pernambucano (Trindade et al, 2007).

No setor público, foi inaugurado no ano de 1956 o Hospital Colônia Portugal Ramalho e, apesar de ter sido projetado para 40 pacientes, os 140 internos do antigo Asilo Santa Leopoldina foram abrigados em suas dependências. Desta forma, desde seu início, ele herda a marca do antigo asilo: superlotação, deficiência de recursos materiais e humanos (Cavalcanti, 2006).

Essa situação só piorou ao longo dos anos seguintes, segundo depoimento de profissionais que conheceram o hospital nas décadas de 1970 e 1980 “a sua estrutura física era terrível, parecia uma masmorra; a cozinha parecia um subterrâneo e os funcionários forneciam a comida passando-a por debaixo das portas de ferro” (Trindade et al, 2007).

Seguindo a característica básica do modelo manicomial da região Nordeste, em que a concentração da assistência psiquiátrica está localizada nas capitais (Rosa, 2006), durante muitos anos o município de Maceió foi a única referência para todo o Estado no tratamento dos transtornos mentais, uma vez que o único hospital psiquiátrico público e todas as clínicas particulares se localizavam nele. Em 1989, foi inaugurado o Instituto Psiquiátrico Teodora Albuquerque, conhecido como ITA, localizado no município de Arapiraca e que se tornou referência da região agreste, pois, apesar de pertencer ao setor privado, atendia em convênio com o SUS.

Recentemente, este instituto foi envolvido em várias questões financeiras, com processos trabalhistas e acabou sendo vendido para a Escola de Enfermagem Santa Juliana, passando a ser chamado de Hospital Psiquiátrico Santa Juliana⁵.

O Hospital Psiquiátrico Portugal Ramalho, em 2000, foi integrado à antiga Fundação Universitária de Ciências da Saúde de Alagoas Governador Lamenha Filho, atual UNCISAL e, com isso, passou a denominar-se Hospital Escola Dr. Portugal Ramalho (HEPR) (Cavalcanti, 2006).

⁵ Fatos veiculados na imprensa escrita da região no período de junho a outubro de 2011.

Apesar das más condições apresentadas na maior parte das instituições psiquiátricas, elas ganharam cada vez mais força ao longo dos anos, haja vista o Estado ser apontado no ano 2000 como o 2º Estado com o maior número de internações em hospitais psiquiátricos (Rosa, 2006).

Alguns profissionais médicos, inseridos nesse sistema, por meio de ações diferenciadas, com iniciativas, ainda que frágeis, já prenunciavam a necessidade de mudanças na condução do tratamento aos doentes mentais. Destacam-se entre eles: Agatângelo Vasconcelos, Marcondes Costa e Roberto Petrúcio. O primeiro esforçou-se na criação de uma clínica infanto-juvenil, porém, esta nunca chegou a funcionar; o segundo, adepto dos preceitos da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Comunitária, criou no hospital espaços de atividades e de responsabilidade, trazendo aos pacientes uma nova experiência terapêutica; o último, Roberto Petrúcio, inconformado com as filas que se formavam nas madrugadas para o atendimento psiquiátrico, abria a unidade de saúde às duas horas da manhã e atendia aos doentes (Trindade et al, 2007).

Outros profissionais, já na década de 80, passaram a desenvolver modos diferentes de atuar, reunindo-se com a comunidade, em escolas, com grupos e pessoas da rua para discutir sobre temas da saúde mental; entre estes profissionais, que inauguravam em Maceió ações da Saúde Mental Comunitária, destacam-se o médico psiquiatra Everaldo Ramos Moreira e a psicóloga Dirce Costa Falcão Tavares. A iniciativa durou pouco tempo, pois a Secretaria de Saúde do município exigiu sua extinção, por não concordar com o trabalho fora da instituição. Estes dois profissionais tiveram posteriormente atuações bastante significativas na transformação da assistência do Hospital Psiquiátrico Dr. Portugal Ramalho, criando espaços diferenciados da internação e na criação de serviços de assistência extra-hospitalar no município de Maceió (Trindade et al, 2007).

Atualmente, o Estado possui 880 leitos psiquiátricos SUS, distribuídos entre os municípios de Maceió e Arapiraca. Na capital do Estado é onde existe a maior concentração de leitos, com 760. No decorrer do ano de 2004,

em função da Portaria GM 52 (Brasil, 2004a) realizou-se uma diminuição programada e pactuada de leitos de um módulo (40 leitos), ficando três hospitais com um total de 160 leitos cada e o outro, o maior deles, com 280 (Vide Quadro I). É preciso ressaltar que esta diminuição poderia ter atingido mais um módulo do hospital com o número maior de leitos, mas tal feito não foi realizado, tendo em vista a escassez de recursos substitutivos existentes no município de Maceió na época, segundo informações do gerente da Gerência de Núcleo de Saúde Mental (GENSAM) da Secretaria de Estado da Saúde.

Quadro I : Rede Hospitalar Psiquiátrica do SUS/ N° de Leitos

Prestador	Até 2004	Após 2004
Clinica de Repouso Miguel Couto	200	160
Clinica de Repouso Dr. José Lopes de Mendonça	324	280
Casa de Saúde Clínica de Repouso Ulysses Pernambucano	200	160
Hospital Portugal Ramalho	200	160
Associação Psiquiátrica Teodora Albuquerque	120	120
Total de Leitos	1044	880

Fonte: Gerência de Núcleo de Saúde Mental – GENSAM - 2011
Secretaria Estadual de Saúde - AL

Em Alagoas, o processo de transição de modelos – de um modelo asilar para um modelo comunitário territorial – é ainda frágil, uma vez que estes modelos coexistem, ambos como forças políticas, ideológicas e

sociais. O que se percebe é o aparecimento de uma força paralela que luta pelo seu espaço, como forma alternativa diante da potência asilar.

3.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA

O processo de Reforma Psiquiátrica em Alagoas aconteceu graças à atuação de alguns profissionais que discordavam do poder hegemônico do tratamento hospitalar e, direta ou indiretamente, contribuíram para a modificação e criação de instituições que pudessem dar uma forma alternativa de tratamento.

Quando se fala sobre Reforma Psiquiátrica aqui em Alagoas deve-se lembrar de Vóluzi Câmara, pois foi ela quem trouxe o termo Reforma Psiquiátrica para Maceió. Vóluzi Câmara teve algumas atitudes chocantes para a época e uma delas aconteceu na Casa de Saúde Miguel Couto, quando ela retirou o aparelho de eletrochoque da tomada e foi embora com ele. Nesse momento foi bastante criticada, mas sua atitude levantou questionamentos quanto ao uso excessivo desse aparelho em Maceió. (Trindade et al, 2007, p. 50)

No final da década de 1980, o Estado de Alagoas possuía dois Núcleos de Atenção Psicossocial, um em Santana do Ipanema e outro em Água Branca; o primeiro, inclusive, foi modelo nacional de saúde mental por desenvolver ações preventivas através do esporte, cultura e folclore (Trindade et al, 2007). Infelizmente, no final da década de 1990, os serviços foram paulatinamente fechados, devido à falta de entendimento e incentivo dos gestores municipais.

No ano de 1987, enquanto na região sudeste do país acontecia o primeiro encontro nacional do MTSM, em Bauru, aqui nas Alagoas um grupo de funcionários do HEPR reuniu-se para refletir sobre a situação precária do hospital. Empolgados pelo processo de redemocratização do país e o prenúncio do processo de Reforma Psiquiátrica, este grupo passou a

repensar o papel do hospital e a necessidade de melhora em seus aspectos físicos, terapêuticos e humanos (Cavalcanti, 2006).

A participação de alguns profissionais nos anos seguintes, em encontros pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), em vários Estados, possibilitou a conscientização da necessidade da criação de serviços abertos, com tratamento humanizado.

Dentre os mais importantes eventos que estimularam a adesão e articulação de vários profissionais nesse período podemos destacar: Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, em 1993, em Salvador; Encontro Nordeste da Luta Antimanicomial, em 1994, em Recife; II Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, em 1995, em Belo Horizonte; 1ª Semana Alagoana para a Saúde Mental, em 1995, em Maceió; I Fórum De Debates sobre a Reforma Psiquiátrica: cidadania e exclusão em questão, em 1995, em Maceió; II Encontro Nordeste da Luta Antimanicomial, em 1996, em Maceió.

A participação dessas pessoas passou a gerar mobilização dentro de espaços bastante importantes como o Conselho Municipal de Saúde e o próprio HEPR. Muita pressão contrária a este grupo foi exercida, muitos profissionais se viram obrigados a sair da unidade de saúde em que trabalhavam, pois não era interesse da instituição que seus profissionais participassem desse movimento (Trindade et al, 2007).

Assim, a Reforma vai tomando corpo e em 1995 é fundado o Núcleo Estadual de Saúde Mental (NESMAL), que atuará como propagador das novas proposições.

Nessa série de ações é preciso citar alguns personagens que se destacaram como lideranças importantes: a psiquiatra Lúcia Maria Santa Rita Cabral, a psicóloga Laeuzia Lúcia da Silva Farias e mais uma vez o nome do médico psiquiatra Everaldo Ramos Moreira e da psicóloga Dirce Costa Falcão Tavares aparecem (Trindade et al, 2007).

Alguns desses profissionais acima pertenciam ao quadro de funcionários do HEPR e, em consonância com o contexto vivido pela Reforma e a participação no MNLA, foram instigados a criar serviços dentro da instituição psiquiátrica que se caracterizaram como formas alternativas de atendimento e cuidado.

O primeiro serviço foi o Centro de Atenção ao Alcoolista (CAA), inaugurado em outubro de 1992, que atendia a demanda de alcoolista em regime de hospital-dia. Alguns anos depois, o serviço foi ampliado, passando a atender usuários dependentes de álcool e drogas e seu nome passou a ser Centro de Estudos e Atenção ao Alcoolismo e outras Drogas-dependência (CEAAD). Este serviço foi idealizado pelo psiquiatra Everaldo Moreira e assumido por alguns técnicos que pertenciam ao quadro do hospital e que optaram em trabalhar nesse novo contexto (Cavalcanti, 2006; Trindade et al, 2007).

Foi também criado um Ambulatório de Egressos no ano de 1994, inicialmente como projeto-piloto para pacientes de uma das unidades de internação do hospital, mas, que ao longo do tempo foi transformado em serviço ambulatorial que serve a todos os egressos de internação do hospital (Cavalcanti, 2006).

Em 1996, foi criado o que pretendia ser o primeiro CAPS de Alagoas: o CAPS Casa Verde. Fundado em fevereiro, tendo como primeira coordenadora a psicóloga Laeuzza Farias, ele foi implantado como um anexo do HEPR. A ideia da criação desse CAPS adveio do momento em que se realizava a reforma física do hospital e partiu da iniciativa da própria direção do hospital, na época ocupada pela médica Lúcia Santa Rita. Sua equipe inicial era constituída por dois médicos, uma enfermeira, duas assistentes sociais e uma auxiliar de enfermagem e foi esta equipe a responsável pelo projeto e implantação do serviço (Trindade et al, 2007).

A pesquisadora Rosa Lúcia Prêdes Trindade e sua equipe, ao fazerem a análise sobre a criação do CAPS Casa Verde dentro de um

hospital psiquiátrico, identificaram algumas contradições nesse processo, que apareceram nos depoimentos dos entrevistados em sua pesquisa e que são apontadas em seu relatório:

Se por um lado essa iniciativa fez parte de variados esforços da luta pela concretização da Reforma Psiquiátrica em Alagoas, por outro lado a existência de um CAPS dentro da estrutura do hospital fortaleceu as mudanças que o hospital vinha empreendendo sem, entretanto, deixar de existir como instituição psiquiátrica manicomial, ainda que reformada. Estas contradições se expressam no afastamento desses profissionais pioneiros no trabalho no hospital e no CAPS, e na postura crítica que assumiram sobre a iniciativa que dela participaram. Pode-se indagar, hoje, se essa iniciativa, ainda que relevante para a época, não teria se tornado num empecilho para o avanço do conjunto da Luta Antimanicomial no Estado. Parece haver uma forte luta de poder entre aqueles que não abriram (e não abrem) mão da estrutura hospitalar psiquiátrica, embora veiculem o discurso da Reforma Psiquiátrica, e aqueles que reafirmavam (e reafirmam) a necessidade de consolidar os serviços substitutivos, diminuindo-se, progressivamente, a importância do hospital na rede de atenção em Saúde Mental (Trindade et al, 2007, p. 57)

Esses serviços até hoje existem e vêm, na atualidade, passando por mudanças administrativas e estruturais que podem significar um prenúncio de transformação real no caminho da Reforma Psiquiátrica ⁶.

O processo de instalação de novos dispositivos de atenção em Saúde Mental, segundo o modelo da Reforma Psiquiátrica, tem início no ano de

⁶ O CAPS Casa Verde, apesar de várias tentativas feitas pela direção do HEPR, nunca conseguiu ser habilitado como CAPS pelo Ministério da Saúde por ferir a Portaria 336/2002 que, em seu artigo 3º estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial só poderão funcionar em área específica e independente de qualquer estrutura física e hospitalar. Durante anos esse fato gerou impasses, pois, tanto ele quanto o CEAAD são oferecidos como serviços substitutivos, mas não são reconhecidos pelo Ministério da Saúde. Em 2009, o Núcleo de Saúde Mental da UNCISAL, coordenado na época por mim, em conjunto com um grupo de profissionais ligados à área de saúde mental, elaborou o Relatório de Ativação da Rede de Assistência aos Usuários de Álcool e outras Drogas (Ribeiro, 2009a) em resposta à solicitação feita pelo Ministério Público Estadual. Entre as várias ações recomendadas por este grupo estava a transferência administrativa desses dois serviços para a Universidade, o que implicaria o desligamento destes do HEPR, transformando-os em CAPS Universitários. Após uma série de conflitos e negociações que se arrastaram por quase dois anos, o processo de transferência administrativa ocorreu no final de 2010. Atualmente, os dois serviços estão em processo de habilitação no Ministério da Saúde e já receberam o incentivo para a sua implantação como CAPS Universitários, segundo a coordenação da Gerência de Núcleo de Saúde Mental. No Capítulo 5, Apresentação e Discussão dos Resultados, retomamos essa questão com mais dados históricos.

1997, com a implantação do primeiro CAPS no Estado, o CAPS Enfermeira Noraci Pedrosa. No ano seguinte, tem-se a criação do CAPS Sadi de Carvalho e do CAPS infantil Luiz da Rocha Cerqueira, todos na cidade de Maceió (Trindade et al, 2007).

No interior do Estado, no ano de 1998, foram inaugurados mais dois CAPS, um no município de Palmeira dos Índios, o CAPS Dr. Oswaldo Silva, e outro em Arapiraca, o CAPS Nise da Silveira. Em agosto de 1999 foi implantado o CAPS Esperança, no município de Anadia.

Nos anos seguintes foram realizadas Conferências Municipais e Estaduais de Saúde Mental que contribuíram com a discussão da necessidade de mudança do modelo hospitalocêntrico, chamando para o diálogo profissionais, usuários, familiares e gestores. Também aconteceram o 1º e o 2º Encontro de Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental de Alagoas, o que projetou ainda mais a visibilidade dos setores favoráveis à mudança estrutural da assistência em saúde mental.

Em resposta a esta multiplicidade de ações ocorridas no bojo da Reforma Psiquiátrica alagoana o vereador Paulão, do Partido dos Trabalhadores (PT), apresentou à Câmara Municipal de Maceió proposta de regulamentação da Reforma Psiquiátrica na assistência aos portadores de transtorno mental que foi aprovada e sancionada pela prefeita da época, Kátia Born. A Lei Municipal nº 4768, de dezembro de 1998 (Anexo 6), dispunha sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção comunitária e regulamentava a internação hospitalar.

Fortalecidos pelo apoio de instâncias do aparelho estatal, o movimento ganha notoriedade e sedia, no município de Paripueira, o IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, em setembro de 1999. O evento contou com a participação do deputado federal Paulo Delgado, que pôde discorrer sobre seu projeto de lei que tramitava no Congresso desde 1989 (Trindade et al, 2007).

No final do ano de 1999, com um golpe estratégico dos contrários às mudanças, a Câmara Municipal, pressionada pelas lideranças políticas ligadas aos hospitais psiquiátricos, revoga a Lei nº 4768/98 e aprova seu substitutivo (projeto de Lei 143/99, apresentado pelo vereador Aliomar Lins, médico, também do PT). A nova Lei, assinada pelo prefeito em exercício da época, Arnaldo Fontan (Anexo 7), tem em sua redação mudanças importantes no que concerne ao interesse dos que defendiam a manutenção da assistência psiquiátrica nos hospitais.

Nota-se que neste episódio “estava em jogo o embate entre defensores da Reforma Psiquiátrica e seus oponentes” (Trindade et al, 2007, p. 60). Houve muitas manifestações contrárias à revogação da Lei, a coordenadora municipal de saúde mental do município, Dirce Falcão Tavares, encaminhou à prefeita, que havia reassumido o cargo, carta manifestando a indignação de toda a equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde, além do apoio pela manutenção da Lei 4876/98 dos Conselhos profissionais de Psicologia, Enfermagem e Serviço Social, Associação dos Usuários, Familiares e Amigos dos Serviços de Saúde Mental de Alagoas (ASSUMA) e Associação de Pais e Amigos dos Autistas (ASSISTA) e o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. O Conselho Regional de Medicina, a Associação dos Familiares e Amigos dos Doentes Mentais (AFDM) da Bahia e de Alagoas⁷ e o Sindicato dos Hospitais foram favoráveis à nova Lei (Trindade et al, 2007).

De qualquer forma, o sentimento de mudança estava instalado nas várias esferas da sociedade, o movimento criado pela controvérsia da revogação da lei divulgou para outras áreas para além da saúde mental a possibilidade de outras estratégias de cuidado na assistência psiquiátrica e ajudou a ampliar as discussões da necessidade de construção da rede substitutiva, em nível municipal e estadual.

⁷ Segundo Trindade et al (2007) essas associações eram mantidas pelos donos de hospitais psiquiátricos privados.

Em todo o Estado, até o ano de 2001, haviam sido implantados apenas 06 CAPS, três na capital e três no interior. Essas primeiras iniciativas de montagem dos novos serviços substitutivos ao modelo hospitalar envolveram diversos esforços individuais e coletivos e resultaram no enfrentamento de grandes desafios (Trindade et al, 2007)

Foi a partir do novo ordenamento legal, político-administrativo, principalmente na continuidade da aprovação da lei 10.216 de 2001 e de portarias posteriores (Brasil, 2004), que se reconheceu a importância do novo modelo de cuidado e criaram-se mecanismos de gestão e financiamento dos novos dispositivos de atenção em saúde mental.

É possível constatar-se que os primeiros CAPS de Alagoas padeceram com imprevistos e falta de apoio, o que só pôde ser reordenado a partir de 2002. Entre os anos de 1997 e 2002 detecta-se muita luta para estruturar a Coordenação Estadual de Saúde Mental e os serviços a ela ligados. A realidade desse período está presente no Plano Estadual de Saúde Mental, assinado pelo Projeto de Assistência à Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde⁸. O documento refere-se a um levantamento sobre a situação de prestação de serviços de saúde mental, por meio do qual se constatou a “precariedade da rede física de assistência à saúde mental no Estado, da qualidade e da quantidade dos serviços oferecidos”, assim como o caráter assistemático do sistema de atenção à saúde mental (Trindade et al, 2007).

Como indicado no capítulo 2, no subitem que se refere à Reforma Psiquiátrica Brasileira, com a publicação da portaria GM/1935 de 2004 que estabelece incentivo financeiro para a implantação dos CAPS e a sua substituta GM/245 de 2005, que aprimora o incentivo e o amplia, bem como com a mudança nas propostas da Coordenação de Saúde Mental em Alagoas – hoje: Gerência de Núcleo em Saúde Mental (GENSAM), que, sob nova gestão e uma equipe técnica ampliada, passou a trabalhar intensamente na ampliação dos serviços substitutivos do tipo CAPS em todo

⁸ Documento sem data, com possibilidade de ser de 2002 ou 2003 (Trindade et al, 2007)

o Estado, pôde-se verificar mudança no contexto geral dos serviços de atenção à saúde mental em Alagoas.

O processo de interiorização dos CAPS foi bastante vigoroso na região Nordeste, segundo o Ministério da Saúde. Entre os anos de 2002 e 2010 a região multiplicou por oito vezes seu número de CAPS (o Nordeste inicia o ano de 2003 com 71 serviços e fecha 2010 com 597 CAPS) e tem hoje uma cobertura semelhante à da região sul do país (Brasil, 2011a).

Dessa forma, a expansão desses novos dispositivos tem sido bastante significativa também no Estado de Alagoas. Através do Quadro II é possível visualizar o crescimento numérico dos serviços que o Estado apresentou nos últimos anos:

Quadro II : Ampliação da rede CAPS em Alagoas

ANO	2001	2002	2003	2004	2005
Nº de CAPS	6	6	7	7	13

ANO	2006	2007	2008	2009	2010
Nº de CAPS	35	41	42	45	46

Fonte: Gerência de Núcleo de Saúde Mental – GENSAM - 2011
Secretaria Estadual de Saúde - AL

O Quadro III apresenta a distribuição do Estado com relação às modalidades CAPS:

Quadro III : A rede CAPS em Alagoas por modalidade:

Modalidade de CAPS	Quantidade
CAPS I	37
CAPS II	6
CAPSi	1
CAPSad	2
Total	46

Fonte: Gerência de Núcleo de Saúde Mental – GENSAM - 2011
Secretaria Estadual de Saúde - AL

O aumento numérico dos CAPS em Alagoas é bastante significativo. O Estado, em 2002, apresentava cobertura insuficiente de CAPS por cem mil habitantes e atualmente é considerado pelo Ministério da Saúde como ente da federação que apresenta muito boa cobertura CAPS por cem mil habitantes (Brasil, 2010)

O Quadro IV apresenta essa evolução:

Quadro IV: Indicador de Cobertura CAPS/100.000 habitantes por ano em Alagoas (2002- julho de 2011)

2002	2003	2004	2005	2006
0,17	0,21	0,20	0,31	0,69
2007	2008	2009	2010	2011
0,77	0,82	0,81	0,88	0,88

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Atualmente, Alagoas não possui CAPS III, nenhum serviço de Residência Terapêutica habilitado pelo Ministério da Saúde, e o número de beneficiários do Programa de Volta para Casa é muito baixo, apenas 22. O Estado mantém apenas 08 Ambulatórios em Saúde Mental⁹. Estes serviços prestam assistência às pessoas com transtornos mentais menores e são pouco articulados à rede de atenção à saúde. São referência para consultas em psiquiatria e psicologia, mas sua resolutividade tem sido baixa, com imensas listas de espera e frequentes crises em seu funcionamento (Brasil, 2010) .

Através de incentivos financeiros e capacitações regionais sobre empreendimentos solidários, o Ministério da Saúde, em parceria com a Secretaria Nacional de Economia Solidária (SENAES), do Ministério do

⁹ O ambulatório de saúde mental, na definição adotada pelo Ministério da Saúde, é o serviço constituído por, ao menos, quatro profissionais de saúde mental. Não é considerado “ambulatório de saúde mental” centro de saúde ou serviço em hospital geral (Brasil, 2010).

Trabalho, criou o Programa de Inclusão Social pelo Trabalho que estimula ativamente a implantação de iniciativas de geração de trabalho e renda no campo de saúde mental; em Alagoas existem 14 iniciativas distribuídas pelo estado (Brasil, 2011b).

O Estado conta, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2011b) com 04 Consultórios de Rua implantados ou em vias de implantação. Estes dispositivos públicos compõem a rede de atenção substitutiva em saúde mental e têm como objetivo aproximar o usuário de álcool e outras drogas em situação de rua dos cuidados de saúde, por meio de ações *in loco* (Jorge, Brêda, 2011).

A existência de outros dispositivos, como leitos psiquiátricos em hospital geral, Centros de Convivência e Cultura, entre outros, poderia favorecer não só a redução das internações nos hospitais psiquiátricos, mas, principalmente, a reorientação do modelo de assistência em saúde mental.

A evolução numérica dos CAPS tem sido bastante exitosa, porém, é necessário apontar que somado ao incremento quantitativo, é preciso investir na qualificação dos serviços CAPS existentes, para que passem a representar o modelo de tratamento a ser seguido, substituindo concretamente a referência, que atualmente em Alagoas é representada pelos hospitais psiquiátricos.

Capítulo 4

Montando o tear...

A Trajetória Metodológica

No fundo da prática científica existe um discurso que diz “nem tudo é verdadeiro; mas em todo lugar e a todo momento existe uma verdade a ser dita e a ser vista, uma verdade talvez adormecida, mas que no entanto está à espera de nosso olhar para aparecer, à espera de nossa mão para ser desvelada. A nós cabe achar a boa perspectiva, o ângulo correto, os instrumentos necessários, pois de qualquer maneira ela está presente aqui e em todo lugar”

(Foucault, 1979, p.113)

4.1 O REFERENCIAL METODOLÓGICO

As descrições históricas se ordenam pela atualidade do saber, multiplicam-se com suas transformações e não deixam de romper com elas próprias. A história de um conceito não é, de forma alguma, a de seu refinamento progressivo, de sua racionalidade continuamente crescente, de seu gradiente de abstração, mas a de seus diversos campos de constituição e validade, as de suas regras sucessivas de uso, a dos meios teóricos múltiplos em que foi realizada e concluída sua elaboração (Foucault, 2000)

O homem, como ser histórico e social, sempre procurou conhecer o universo que o circunda e esse interesse o coloca como à frente de um espelho, onde o desafio maior é conhecer-se, aprofundando-se em sua problemática, a problemática humana. A forma de alcançar este conhecimento necessita da utilização de um método para que possíveis variantes sejam consideradas.

O corpo de conhecimento ou a filosofia que ampara um método garante a ele e ao produto final de sua procura, o reconhecimento de um rigor científico que afiança uma maior consistência ou confiabilidade aos resultados finais.

A realização de uma pesquisa com base na compreensão, olhar e vivência dos atores implicados no fenômeno investigado, solicita a escolha de um método que considere as especificidades do objeto de conhecimento e possibilite o entendimento do contexto de pesquisa e da dimensão da experiência humana o mais próximo da realidade.

A investigação ora apresentada está dentro do grupo de pesquisas denominadas Pesquisas Sociais.

Minayo (2010) compreende Pesquisa Social como os vários tipos de investigação que tratam do ser humano em sociedade, de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica e conceitua Pesquisa Social em Saúde como todas as investigações que tratam do fenômeno saúde/doença, de sua representação pelos vários atores que atuam no campo: as instituições políticas e de serviços e os profissionais e usuários.

Não há dúvida de que esta pesquisa está dentro do conjunto de investigações que se preocupa com o aprofundamento das percepções dos sujeitos numa dada realidade. A realidade que tentamos conhecer melhor é o cuidado em saúde mental, mas o cuidado percebido dentro de uma conjuntura de transformações sociais, políticas, culturais, ideológicas e comportamentais que têm marcado a saúde mental nos últimos anos.

Essas transformações, com toda a sua carga histórica, não poderiam ser “medidas” ou reduzidas a avaliações numéricas ou dados estatísticos. O nosso objeto de estudo, por sua riqueza e complexidade, necessita de um olhar que penetre transversalmente as várias facetas que o compõem – seus sujeitos, suas histórias e vivências, os processos de construção envolvidos, seus limites e desafios.

Para tanto, a abordagem qualitativa mostra-se bastante precisa por convergir uma variedade de saberes e práticas que permitem desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos.

A pesquisa qualitativa apresenta-se como uma orientação cada vez mais difundida no campo da atividade científica neste início do século e se constitui como uma modalidade de investigação bastante empregada e aceita na área da saúde e das ciências sociais (Bosi, Mercado-Martínez, 2007)

Ela valoriza a figura do sujeito e de seus significados na produção dos resultados, pois se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das

interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, sentem, pensam e constroem seus artefatos e a si mesmos (Minayo, 2008).

A adoção metodológica da estratégia qualitativa para esta investigação explica-se porque a realidade que a pesquisa se esforça para captar está carregada de impressões subjetivas, porque se apresenta na forma de histórias sociais, sob a ótica de seus atores e suas relações com o universo estudado.

Para Chizzotti (1991), a abordagem qualitativa tem como identidade o reconhecimento da existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e a dimensão intersubjetiva. Nessa ótica, o objeto estudado não deve ser um dado inerte e neutro mas, sim, deve estar possuído de significados e relações criados nas ações de sujeitos concretos.

O propósito comum das abordagens qualitativas é a busca por analisar o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações e práticas, portanto elas privilegiam o “*setting* natural”, envolvendo a observação de situações reais e cotidianas (Deslandes, 2008).

Paim e Almeida Filho (1998) apontam que o 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, traz novas alternativas teóricas, metodológicas e técnicas para pensar e atuar no campo da saúde.

A assistência em saúde mental é um fenômeno complexo, socialmente construído e que, por isso, deve ser analisado dentro de uma realidade histórica que o circunda e o determina e a sua compreensão deve partir do sentido que os agentes lhe conferem (Brêda, 2006).

Alicerçados sobre os referenciais teóricos que dão subsídios ao aprofundamento da temática, a pesquisa prioriza a percepção desses sujeitos que, de forma direta, têm construído esta realidade histórica.

4.2 OS SUJEITOS DO ESTUDO

Em razão do processo de transformação do modelo biomédico asilar para o sistema de saúde mental e atenção psicossocial ainda se encontrar vigente, como nos alerta Amarante (2007), os sujeitos do estudo foram alguns representantes daqueles que fizeram e fazem parte desse processo de mudança.

No caso de Alagoas, as mudanças do cuidado em saúde mental vêm sendo propostas pela criação e ampliação dos serviços tipo CAPS, como alternativa ao tratamento de internação hospitalar.

Portanto, os sujeitos do estudo se constituíram como aqueles que poderiam ser apontados como ícones dessa construção, nas dimensões que constituem esse processo social complexo de transformação do cuidado:

- Dimensão teórico-conceitual: aqui representada pelas Universidades.
 - Os sujeitos representantes das Universidades foram aqueles que fazem parte do processo de mudança teórico-conceitual, ou seja, aqueles envolvidos com pesquisas e construções na área psicossocial local.
 - Para essa categoria demos prioridade para as universidades públicas do Estado; foram entrevistados dois docentes da Universidade Federal de Alagoas - UFAL e um docente da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL
 - O critério de inclusão para essa escolha foi que estes estivessem engajados na construção da nova formação universitária em saúde mental, no enfoque da Reforma Psiquiátrica. Para tanto, como Alagoas inaugurou recentemente (outubro de 2009) a Escola de

Saúde Mental, iniciativa da Secretaria Estadual da Saúde em parceria com a UFAL e a UNCISAL, os sujeitos representantes das Universidades foram aqueles envolvidos nessa atividade.

- As formações desses profissionais variaram: 01 docente com formação em Serviço Social, 01 docente com formação em Enfermagem e 01 docente com formação em Terapia Ocupacional¹⁰.

■ Dimensão jurídico-política: aqui representada pelos gestores das políticas públicas.

- Os sujeitos dessa dimensão forem elencados da seguinte forma:

- 01 representante dos Secretários Estaduais de Saúde de Alagoas no período entre 2004 e 2009;

- 01 representante dos Coordenadores de Saúde Mental no período entre 2004 e 2009.

- 01 representante técnico da Gerência de Núcleo de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas.

■ Dimensão técnico-assistencial: aqui representada pelos profissionais dos serviços substitutivos¹¹.

¹⁰ Outras categorias de formação que estão bastante envolvidas nos processos de mudança do cuidado em saúde mental, tais como medicina, psicologia entre outras, não foram incluídas nesse estudo por não estarem presentes, em Alagoas, nos fóruns habituais de discussão de saúde mental no enfoque da Reforma Psiquiátrica. O indicador desse fato é a ausência dos docentes dessas categorias nas reuniões da Escola de Saúde Mental de Alagoas.

¹¹ A forma como esses sujeitos foram escolhidos está descrita no item Relato da Entrada no Campo.

- Dentro dessa categoria de sujeitos foram entrevistados dois profissionais do CAPS mais antigo do interior do Estado (CAPS II Nise da Silveira) e dois de um dos CAPS mais novos (CAPS I Lagoa da Canoa); dois profissionais do CAPS mais antigo da capital, Maceió, (CAPS II Enfermeira Noracy Pedrosa) e dois do CAPS mais novo (CAPS II Dr.Rostan Silvestre).

- As formações desses profissionais variaram: 01 Assistente Social, 01 Enfermeiro, 02 Médicos Psiquiatras, 02 Psicólogos e 02 Terapeutas Ocupacionais.

- Dimensão sociocultural: aqui representada pelos usuários e familiares¹².

Dentro dessa dimensão foram entrevistados:

- Um representante dos usuários do CAPS mais antigo do interior do Estado e um representante dos usuários de um dos CAPS mais novos do Estado. Um representante dos usuários do CAPS mais antigo da Capital e dois usuários do CAPS mais novo da Capital.

- Um representante dos familiares dos usuários do CAPS mais antigo do interior do Estado e um representante dos familiares dos usuários de um dos CAPS mais novos do Estado. Um representante dos familiares do CAPS mais antigo da Capital e um representante dos familiares do CAPS mais novo da Capital.

¹² A forma como esses sujeitos foram escolhidos está descrita no item Relato da Entrada no Campo

4.3 A PRODUÇÃO DOS DADOS

Na abordagem qualitativa, um dos elementos fundamentais é o pesquisador como seu próprio instrumento de pesquisa, pois, tal forma de abordagem considera essencial a subjetividade que rodeia a aproximação do pesquisador aos dados a serem coletados, não existindo a possibilidade de controle da situação experimental nem a busca da objetividade na manutenção de um distanciamento e neutralidade na condução do estudo (Villares, 1998).

Entre os diversos tipos metodológicos de produção de dados passíveis de uso na pesquisa qualitativa, o método escolhido deve ser definido a partir da construção do objeto, pois, deve ancorá-lo teórica e metodologicamente.

Por isso, a construção do objeto é a operação mais importante da pesquisa científica, já que é em sua função que são definidos o método, as técnicas, a forma de análise, ou seja, toda a construção do saber científico (Brêtas, 2000).

Partindo dessa perspectiva e resgatando o objeto da pesquisa ora apresentada - a trajetória de construção de um novo cuidado em saúde mental a partir da percepção das pessoas envolvidas diretamente neste processo - o método mais adequado para realizar a produção dos dados desta investigação é o da história oral, por se construir em torno de pessoas e, em função disso, impulsionar a vida para dentro da própria história.

Contudo, admitimos que não foi uma escolha fácil, principalmente porque sabemos que a história oral ainda levanta questões conflituosas de seu uso.

Antes, portanto, de justificar esta escolha, faremos uma breve explanação da trajetória da história oral, seus conceitos, definições e possíveis usos.

A fonte oral é a base primária para a obtenção de qualquer forma de conhecimento, seja ele científico ou não. O que vai dar legitimidade científica serão os critérios adotados na busca desse conhecimento.

As narrativas ganharam caráter científico quando os argumentos foram sistematizados, arranjados metodologicamente, equiparados uns aos outros em diálogo continuado e cumulativo e assumidos profissionalmente (Meihy, 2005).

As entrevistas, portanto, foram e ainda são largamente utilizadas como recurso para construir informações no campo científico. A história oral representa um tipo de entrevista, porém, exibe uma complexidade que tentaremos descrever ao longo dessas linhas.

Depois do fim da Segunda Guerra Mundial foi criado o primeiro projeto formal de história oral, na Universidade de Columbia, em Nova York. Foram os critérios estabelecidos que a diferenciaram das demais formas conhecidas de entrevistas. O nascimento da moderna história oral combinou: a necessidade de narrativas de experiências de pessoas e os avanços e ampliação dos meios de comunicação (Grele, 2001).

Segundo Meihy (2005, p.93) a história oral, de início, “combinou duas funções complementares: 1) a de registrar e 2) a de divulgar experiências relevantes e estabelecer ligações com o meio urbano que consumia as entrevistas, promovendo, assim, um incentivo para a compreensão e o registro da história local”, indicando, dessa forma, o seu compromisso público no interesse da coletividade.

O desenvolvimento tecnológico passou a ser grande aliado da evolução e reconhecimento dessa prática de apreensão de narrativas, podendo-se afirmar que três elementos constituem até hoje a relação

mínima da história oral: o entrevistador, o entrevistado e o gravador (ou qualquer outro meio eletrônico de registro pontual das falas).

A necessidade de relatar, de contar e registrar as angústias vividas logo após a guerra, deu à luz a esta nova ciência no campo da história, porém, apesar de ter seu início em 1948 nos Estados Unidos, a História Oral só se consolidou a partir da década de 1960, quando foi difundida fora de suas fronteiras (Joutard, 1983).

A adesão de vários estudiosos, entre eles Paul Thompson, na Inglaterra, Mercedes Vilanova, na Espanha e Danièle Hanet, na França, pode ser apontado como um dos aspectos indicativos da expansão de seu uso na Europa (Reinaldo, Saeki, Reinaldo, 2003).

No Brasil, o golpe militar de 1964, entre incontáveis prejuízos na construção do conhecimento de uma forma geral e avanços na conscientização sociopolítica da população, também influenciou de forma negativa o desenvolvimento da história oral, pois, coibiu projetos e registros que gravassem experiências, opiniões ou depoimentos.

Na década de 1970, tentativas foram feitas – destacando-se a criação do Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil da Fundação Getúlio Vargas, a parceria dessa fundação com a Fundação Ford e a publicação em 1979 do texto *História oral: teoria e técnica*, de C.H.P. Correia – no intuito de estruturar uma organização ampla e de alcance nacional, porém pela falta de ambiente democrático, não frutificaram (Reinaldo, Saeki, Reinaldo, 2003; Meihy, 2005).

Importante destacar que a história oral tem relevante função política, pois se compromete com a democracia - por ser condição para sua realização - e, com o direito de saber - por permitir veicular opiniões variadas sobre temas do presente (Meihy, 2005).

Posto isso, pode-se afirmar que apenas a partir dos anos 1980, no período da abertura política, é que as universidades e instituições voltadas

para a preservação da memória passaram a criar um número crescente de programas de história oral. Igualmente o número de pesquisadores que usavam a metodologia na elaboração de dissertações e teses foi se tornando expressiva (Ferreira, 1994).

Ferreira (1997) aponta que foi apenas no início dos anos 1990 que houve um verdadeiro *boom* da história oral, que pode ser explicado a partir de mudanças no campo da história, com o rompimento do paradigma estruturalista, mas, também, a partir de transformações mais gerais na sociedade brasileira.

A autora expõe os aspectos mais importantes de tais mudanças no campo da pesquisa histórica:

[...] revalorizou-se a análise qualitativa, resgatou-se a importância das experiências individuais, ou seja, deslocou-se os interesses das estruturas para as redes, dos sistemas de posições para as situações vividas, das normas coletivas para as situações singulares (Ferreira, 1997, p.3).

Com relação à sua conceituação, Meihy (2005), em sua publicação, Manual de História Oral, destaca que a história oral é uma prática de apreensão de narrativas feitas por meio do uso de recursos eletrônicos e destinada a recolher testemunhos, promover análises de processos sociais do presente e facilitar o conhecimento do meio imediato.

Afirma ainda ser um recurso moderno usado para a elaboração de documentos, arquivamento e estudos referentes à experiência social de pessoas e de grupos, sendo sempre uma história do “tempo presente” e também reconhecida como “história viva”.

A partir dessa conceituação, basta resgatar o objetivo dessa pesquisa - traçar a trajetória do novo modelo de cuidado em saúde mental no Estado de Alagoas, identificando seus principais atores, conhecendo suas motivações e percepções e correlacionado esse processo de construção à

realidade atual, com seus limites e desafios – para entender a escolha da metodologia apresentada.

O grande desafio é o de transmitir a fala do outro com o mínimo de interferência possível, respeitando seus valores e suas vivências. Os conceitos e ideias levantados devem ser tratados com grande respeito e a maior responsabilidade é a de interpretá-los de forma a não modificá-los, mas, sim, destacá-los com a sensibilidade de um ouvinte disposto a aprender com a experiência e conhecimento do outro (Ribeiro, 2005).

No intuito de verificar o uso da história oral nas temáticas trabalhadas neste estudo, realizamos levantamento bibliográfico no mês de agosto de 2011 nas bases de dados SCIELO e LILACS, tendo sido utilizados como descritores os termos: “história oral cuidado” e “história oral saúde mental”. Consideramos os trabalhos publicados no Brasil nos últimos dez anos (janeiro de 2001 a dezembro de 2010) nos idiomas português, inglês e espanhol.

Foram identificadas 101 publicações entre artigos, teses e monografias. Desta amostra inicial, 09 publicações não foram analisadas, uma vez que haviam sido publicadas em datas não correspondentes ao período que se estabeleceu previamente na pesquisa. Constatou-se duplicação de 18 publicações nas duas bases de dados.

Procedeu-se à leitura e análise dos resumos de 74 publicações científicas referentes aos descritores adotados. Nesta primeira fase, observou-se a existência de 32 trabalhos que não correspondiam ao uso da metodologia de história oral, sendo descritas outras metodologias ou técnicas para a produção dos dados, tais como: entrevistas não estruturadas, entrevistas semiestruturadas ou depoimentos orais; ou não pertenciam ao grupo da temática procurada, tais como: controles de infecção oral, alterações bucais presentes em dependentes químicos, saúde do trabalhador e a atenção odontológica, entre outros. Ocorreu a

impossibilidade de detecção da metodologia utilizada em 04 resumos e os textos, na íntegra, dessas publicações não se encontravam disponíveis.

Assim, nesta segunda fase, foram selecionadas 38 publicações que abordavam de forma específica aspectos relacionados à temática história oral, cuidado e saúde mental (importante apontar que o termo cuidado sempre apareceu relacionado ao cuidado em saúde). Procedeu-se a uma análise mais criteriosa, de base quantitativa, sobre o resumo dessas e constatou-se:

- 31 publicações com os termos história oral e cuidado: 22 tratavam-se de relatos de pesquisas com utilização da técnica de história oral temática; 05 tratavam-se de relatos de pesquisa com menção de utilização apenas da técnica de história oral; 03 tratavam-se de relatos de pesquisa com a utilização da técnica de história oral de vida; e 01 tratava-se de publicação de explanação da história oral como técnica metodológica.
- 07 publicações com os termos história oral e saúde mental: 04 tratavam-se de relatos de pesquisas com utilização da técnica de história oral temática; 03 tratavam-se de relatos de pesquisa com a utilização da técnica de história oral de vida.

A partir desses resultados, podemos afirmar que a técnica de história oral tem sido utilizada nas publicações de pesquisa qualitativa que tratam dos mesmos objetos de pesquisa que esta investigação, sendo que a história oral temática aparece com a maior frequência.

Outros cruzamentos foram feitos e verificou-se:

- Dos resumos analisados, 26 tratavam-se de artigos e 12 de teses.
- Dos dez anos analisados foram encontradas 05 publicações no ano de 2011; 09 publicações no ano de 2009; 05 publicações

no ano de 2008; 03 publicações no ano de 2007; 03 publicações no ano de 2006; 03 publicações no ano de 2005; 04 publicações no ano de 2004; 04 publicações no ano de 2003; 02 publicações no ano de 2002 e nenhuma publicação no ano de 2001.

Nota-se um aumento significativo de publicações nos últimos cinco anos, o número quase que dobrou, totalizando 25. Dessas, 21 são publicações de artigos em periódicos e 04 são publicações de teses de doutorado. Sobre os artigos publicados, verificamos que os extratos de avaliação Qualis no ano base de 2008, em Enfermagem, dos periódicos variaram em A2, B1 e B2, o que significa dizer que pesquisas realizadas com esta metodologia têm sido bem aceitas em periódicos importantes do país.

Seu valor e uso em pesquisas interessadas em conhecer de forma aprofundada fatos de uma certa comunidade sob a perspectiva de seus sujeitos, justifica-se porque a história oral traz a história para dentro da comunidade e extrai a história de dentro da comunidade, transforma os objetos de estudo em sujeitos, uma vez que passa a admitir vozes desconhecidas, menos privilegiadas e, paralelamente, propõe o desafio de um novo sentido social da história, ao valorizar fontes históricas eliminadas pela exclusividade da tradição documental, que elege o testemunho escrito como fonte neutra, fidedigna e objetiva de documento histórico (Thompson, 1992).

Portanto, ela dá voz a sujeitos anônimos, permite a revelação de acontecimentos, experiências e mentalidades que não se encontram nos documentos escritos (Janotti, 1996).

Meihy (2005) aponta que a presença do passado no presente imediato das pessoas é a razão de ser da história oral, pois além de oferecer uma mudança do conceito de história, garante sentido social à vida de

depoentes e leitores, que passam a entender a sequência histórica e a se sentirem parte do contexto em que vivem; nesse sentido, ela se fundamenta no direito de participação social e, portanto, está ligada à consciência da cidadania.

Dessa forma, a sua utilização nesta investigação se faz bastante pertinente, pois, como já foi exposto em capítulos anteriores, a história da assistência psiquiátrica sempre esteve permeada por exclusão e estigma, sendo a possibilidade de resgate da cidadania um objetivo presente na construção das novas concepções do cuidado em saúde mental.

É preciso apontar que as aulas das disciplinas do Programa de Doutorado foram importantes para a decisão de usar o método da história oral, pois a ideia nasceu dos diálogos constituídos entre a disciplina Metodologia da Pesquisa Qualitativa Aplicada à Saúde e a disciplina Processo Saúde-Doença na Perspectiva Cultural.

As reuniões do Grupo de Pesquisa da Subjetividade em Saúde também ajudaram no estímulo à decisão e, principalmente, nos esclarecimentos gerais da potencialidade da metodologia, uma vez que os encontros estimulavam a troca de experiências e informações com outros pesquisadores.

Dentre as várias opções possíveis, escolhemos a metodologia que poderia possibilitar a produção de informações ainda não existentes, pois percorremos dados já registrados, porém, estes se mostraram insuficientes para o entendimento aprofundado.

Buscamos um misto de lembranças sobre o movimento de transformação no cuidado em saúde mental com reflexões mais gerais sobre experiências vividas, percepções e expectativas nesse novo contexto. Além disso, intencionamos transpor o caráter meramente individual, tentando apreender valores, comportamentos, ideologias e as relações coletivas.

Basear a investigação na produção de um pensamento sobre a experiência vivida significa centrá-la nas representações dos sujeitos, o que constitui a opção de se estudar uma realidade social e coletiva por meio de narrativas individuais e vividos singulares. Trata-se, assim, da reprodução do fato social na experiência vivida e na reflexão que a relata, sendo cada relato a forma pessoal de expressar o grupo ou o social, o que cada pessoa relata, e o modo como relata, são construções que se determinam na vida em sociedade (Schraiber, 1995).

Ainda com relação ao seu uso, a história oral pode se apresentar em três formas diferentes, dependendo do conteúdo trabalhado nas entrevistas. Meihy (2005) as classifica em História Oral de Vida, Tradição Oral e História Oral Temática. A História Oral de Vida constitui a narrativa do conjunto de experiências de uma pessoa; a Tradição Oral trabalha com a permanência dos mitos e com a visão de mundo das comunidades que têm valores filtrados por estruturas mentais, asseguradas em referência ao passado remoto; e a História Oral Temática, em que o compromisso é a elucidação ou a opinião do narrador sobre algum evento definido.

Utilizamos esta última por corresponder a uma narração mais restrita do depoente, mais direcionada para uma determinada temática.

Este tipo de abordagem estimula narrativas mais livres dos entrevistados permitindo, contudo, a imposição de limites temáticos, ao mesmo tempo em que garante que as questões estipuladas por um roteiro prévio possam ser recobertas (Schraiber, 1995).

Haguette (2010), ao descrever a história oral, aponta elementos bastante importantes:

- pressupõe, primeiramente, a existência de um programa de reconstituição histórica sobre algum tema específico;
- a escolha dos entrevistados não pode ser aleatória, pois é fundamental a listagem de atores que poderão fornecer

contribuições que podem variar de úteis a imprescindíveis ao desvelamento do tema;

- a organização do roteiro da entrevista pressupõe o conhecimento profundo do tema em questão, obtido através de todas as fontes disponíveis (livros, jornais, documentos, anuários).

Assim, com o propósito de fazer emergir a vivência, a experiência e a percepção dos participantes, utilizou-se um roteiro com perguntas norteadoras aos gestores, docentes e técnicos e outro roteiro aos usuários e familiares (Apêndice 1).

As questões dirigidas aos gestores, docentes e técnicos versaram sobre:

- Percepção sobre as transformações ocorridas no Estado de Alagoas, com relação ao cuidado em saúde mental;
 - Descrição da sua história na participação nessas mudanças;
 - Principais motivações;
 - Pontos fortes dessas mudanças;
 - Pontos frágeis dessas mudanças;
 - Perspectivas futuras com relação às mudanças no cuidado em saúde mental no Estado.

As questões dirigidas aos usuários e familiares versaram sobre:

- Percepção do cuidado recebido no CAPS;
- Pontos fortes do cuidado recebido;
- Pontos frágeis do cuidado recebido;
- Percepção de mudanças no cuidado recebido ao longo de sua história.

Foi utilizado também um diário de campo em que foram anotadas informações referentes às expressões faciais, corporais e comportamentais durante os encontros com os participantes e às impressões percebidas pela pesquisadora sobre as instituições visitadas.

Outro instrumento indispensável foi a utilização do gravador para capturar exatos relatos literais, juntamente com entonações e inflexões.

4.4 OS CRITÉRIOS ÉTICOS

Foram enviadas cartas solicitando autorização para a realização da pesquisa à Gerência de Núcleo de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas, à Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, à Reitoria da UFAL e à Reitoria da UNCISAL.

Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2) de acordo com o capítulo 04 da resolução 196, do Conselho Nacional de Saúde para a pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, 1997a).

Após a autorização das instituições acima citadas (Anexos 1, 2, 3, 4) o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética e Pesquisa da UNCISAL e aprovado em 23/06/2010, sob o nº 1374/2010 (Anexo 5).

4.5 RELATO DA EXPERIÊNCIA NO CAMPO

Realizou-se uma testagem prévia da técnica com a aplicação de duas entrevistas (01 com um técnico do GENSAM e outra com um usuário de CAPS de Maceió).

Como resultado dessa experiência, foi possível fazer pequenos ajustes às questões norteadoras para que pudessem favorecer o alcance dos objetivos propostos na pesquisa, bem como facilitar o entendimento das questões. Por exemplo, no roteiro, a questão sobre os pontos fortes e os pontos frágeis das mudanças no cuidado era feita de uma vez: “Em sua opinião, quais são os pontos fortes e os pontos frágeis dessas mudanças?” No teste percebemos que, ao responder, o entrevistado acabava discorrendo apenas sobre os pontos fortes e era preciso retomar a pergunta para que ele refletisse e respondesse sobre os pontos frágeis, portanto, modificamos a abordagem a esta questão, transformando-a em duas: “Em sua opinião, quais são os pontos fortes dessas mudanças?” e depois: “E os frágeis?”

Após a elaboração do roteiro definitivo, foram iniciados os contatos com os diversos sujeitos e instituições.

Com os sujeitos da dimensão teórico-conceitual, neste estudo representados pelos docentes das universidades públicas existentes no Estado, e com os sujeitos da dimensão jurídico-política, representados pelos gestores das políticas públicas, o contato inicial foi feito por telefone. Após esse primeiro contato, em que eu me identifiquei e fiz uma breve explanação sobre o estudo, foi marcado o dia para um primeiro encontro.

Esses encontros foram marcados em dia, horário e local que melhor se adequavam ao entrevistado.

Com os sujeitos da dimensão técnico-assistencial, representados pelos profissionais dos CAPS, e com os sujeitos da dimensão sociocultural, na pesquisa, representados pelos usuários dos CAPS e seus familiares, o contato se deu em várias etapas.

Como se tratavam de locais diferentes (capital e interior) e não havia um número fechado de entrevistas a cumprir, foi feita a contratação de uma

pesquisadora¹³ para que pudesse auxiliar nesse momento nas entrevistas e, depois disso, nas transcrições.

Inicialmente foi feito contato telefônico com os coordenadores dos CAPS incluídos na pesquisa. Também aqui eu me identifiquei e fiz uma breve explanação sobre o estudo. A partir desse contato foi marcada uma visita ao local no dia da reunião técnica para que eu pudesse apresentar a proposta para os profissionais presentes e convidá-los a participar.

Na reunião técnica, após serem explanados os objetivos do estudo, todos foram convidados a participar, sendo explicado que um novo encontro seria marcado com cada profissional que se dispusesse a responder a pesquisa em dia, horário e local que melhor lhe conviesse.

Nessa mesma reunião, solicitei aos profissionais presentes que pensassem em alguns nomes de usuários e familiares que pudessem estar participando do estudo. Essa solicitação deveu-se ao entendimento de que o contato entre as pesquisadoras, os usuários e familiares, sendo mediado pelos profissionais, poderia proporcionar conforto maior para eles e, desta forma, facilitar a relação que se estabeleceria para a realização da entrevista.

Após o término da reunião, os profissionais que se mostraram interessados em participar, foram contatados individualmente para que fossem marcados a data, horário e local para a entrevista inicial.

¹³ Essa profissional, formada no curso de Terapia Ocupacional da UNCISAL no ano de 2008, já havia desenvolvido outra pesquisa comigo em 2007 intitulada “Avaliação da assistência em saúde desenvolvida em Centros de Atenção Psicossocial do Estado de Alagoas” no Programa de Bolsas de Iniciação Científica (ProBIC) da UNCISAL, em conjunto com outros pesquisadores pelo Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS). Na época, ela e outra discente da UFAL, foram treinadas pelas pesquisadoras responsáveis para realizar parte da produção dos dados e transcrição das entrevistas. Dessa forma, na presente investigação, essa profissional já tinha experiência em pesquisa e recebeu todas as informações sobre o estudo, bem como treinamento para a realização da atividade. Além disso, ela esteve presente em todas as reuniões técnicas que antecederam a escolha dos sujeitos da pesquisa, tanto dos profissionais dos CAPS, quanto dos usuários e familiares.

Nos meses que se seguiram, as pesquisadoras se dirigiram aos diversos locais para a realização das entrevistas.

O TCLE (Apêndice 2) foi apresentado no início de todas as entrevistas e lido em conjunto com aqueles sujeitos que apresentaram dificuldade em lê-lo sozinhos e, depois, assinados.

As entrevistas de testagem do roteiro norteador foram realizadas em setembro de 2010 e as definitivas ocorreram no período entre novembro de 2010 a fevereiro de 2011.

Foram realizadas 23 entrevistas definitivas, que tiveram duração variada entre 10 minutos e 2 horas, totalizando 13 horas e 15 minutos de entrevistas.

4.6 AS BUSCAS DOCUMENTAIS

Paralelamente à realização das entrevistas, foram consultados os documentos formais existentes nas várias instituições representativas do cuidado em saúde mental, dentro do enfoque da Reforma Psiquiátrica, como: as universidades, suas bibliotecas e suas produções científicas acerca do tema; os documentos produzidos pelas coordenações de saúde mental do Estado e do município de Maceió; a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas e as recentes pesquisas financiadas por esta entidade.

Todo esse “acervo” serviu como base para estruturar a busca histórica que pode dialogar com as falas dos entrevistados e está presente ao longo de toda a apresentação do estudo.

4.7 OS PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DOS DADOS

A situação criada por esta pesquisa não foi uma situação corriqueira na vida dos sujeitos entrevistados, nem tampouco na vida dos entrevistadores, ao contrário, foi uma situação especial em que as informações obtidas foram criadas em duas bases de realidade: de um lado, pessoas foram chamadas a parar para pensar e a construir interpretações e considerações de fatos e experiências e, de outro lado, pessoas assumiram a responsabilidade de ouvir e reordenar essas experiências dentro do propósito de conhecer melhor uma situação vivida.

A informação qualitativa é, segundo Demo (2001, p.31)

[...] comunicativamente trabalhada e retrabalhada, para que duas condições sejam satisfeitas: do ponto de vista do entrevistado, ter a confiança de que se expressou como queria; do ponto de vista do entrevistador, ter a confiança de que obteve o que procurava ou de que realizou a proposta.

Portanto, é muito importante que consideremos essa situação especial como uma situação criada dentro das subjetividades das relações interpessoais e, por isso mesmo, estas subjetividades devem estar presentes na análise, uma vez que estiveram presentes nas relações estabelecidas entre os sujeitos.

O conhecimento produzido nesta pesquisa é um conhecimento em movimento, porque sua produção está alicerçada no contexto dos sujeitos envolvidos. Por isso, é temporário e temporalmente válido: a verdade produzida é delimitada à sua época e à posição de seus sujeitos.

O analista é um arqueólogo, trabalha com vestígios, e estes vestígios são a manifestação de estados, dados e fenômenos (Bardin, 2010).

Dentro da proposta de investigação social, a análise do material coletado deve contemplar três finalidades que se complementam: a heurística, que propõe uma atitude de busca a partir do próprio material coletado; a administração das provas, em que as hipóteses provisórias são confirmadas ou não e outras são levantadas; e a ampliação do conhecimento, por meio da compreensão de contextos culturais em que as significações expressas nas mensagens possam se aprofundar (Bardin, 2010).

Portanto, acreditamos que a melhor técnica a ser seguida, considerando as características da pesquisa, de sua pesquisadora e dos sujeitos que emprestaram seu conhecimento e vivência, é a Análise de Conteúdo, por ser uma análise dos significados.

Bardin (2010, p. 48) define a Análise de Conteúdo como:

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

A autora ainda afirma que atualmente a Análise de Conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis que se aperfeiçoam constantemente e se aplicam a discursos extremamente diversificados. Enquanto esforço de interpretação, ela “oscila entre os dois polos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade” (Bardin, 2010, p.15)

Do ponto de vista operacional, Minayo (2010, p. 308) explica que:

a análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Para isso, geralmente, todos os procedimentos levam a relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e articular a superfície dos

enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem.

A Análise de Conteúdo comporta várias modalidades como: Análise Lexical, Análise de Expressão, Análise de Relações, Análise Temática e Análise da Enunciação, entre outras. Para esta pesquisa, optou-se pela Análise Temática, por ser considerada bastante apropriada para as pesquisas qualitativas em saúde (Minayo, 2010).

Para Bardin (2010, p. 135), “[...] o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”.

Operacionalmente, com base em Bardin (2010), a Análise Temática divide-se em três diferentes fases – que foram as utilizadas como procedimento para a obtenção dos resultados neste estudo.

A primeira fase, denominada de **pré-análise**, consiste na organização de todo o material. A recuperação das hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa é feita, abrindo a possibilidade de reformulação desses frente ao material coletado e de elaboração de indicadores que possam orientar a interpretação final.

Nesta etapa, com os objetivos e hipóteses à frente, foi preciso reabrir um diálogo com todo o material das entrevistas: primeiro, ouvir atentamente as gravações, tateando os possíveis sentidos das falas, as diferentes entonações, as emoções depositadas em cada expressão; depois, a atenção voltou-se para as transcrições – leituras e releituras foram realizadas, na constituição da **leitura flutuante** – em que novas hipóteses foram emergindo e lentamente o caos inicial do conjunto das falas foi se dissipando. Nesse momento, a busca dos primeiros significados expressos nos discursos começou a parecer viável.

A partir daí pôde-se organizar o material e sistematizar as ideias, agregando-se o material das entrevistas às leituras dos documentos achados e às leituras dos referenciais teóricos, observou-se a formação dos temas.

A segunda fase, denominada **exploração do material**, constitui-se no momento de escolha e codificação dos discursos que vão possibilitar a enunciação da análise.

Esse recorte realizou-se a partir dos resultados obtidos na primeira fase, em que a aplicação de códigos criados foi utilizada na decomposição das falas em temas. Esta etapa aconteceu de forma dinâmica e indutiva, pois, foi necessária grande atenção no que foi dito de forma explícita, nas falas implícitas e nas significações não aparentes do contexto.

Nessa fase da análise é de fundamental importância a capacidade do pesquisador de ir além das falas e dos fatos, caminhar na direção do que está explícito para o que é implícito, do revelado para o velado, do texto para o subtexto (Gomes, 2010)

Finalmente, a terceira fase, denominada **tratamento dos resultados obtidos e interpretação**, consiste em transformar os resultados brutos em resultados significativos. É a etapa de lapidação da pesquisa.

Nesse momento, puderam-se propor inferências e realizar as interpretações pertinentes ao contexto teórico da investigação. Também foi possível fazer a interrelação dos achados com o quadro teórico desenhado inicialmente.

Capítulo 5

Tecendo a renda...

*Apresentação e Discussão dos
Resultados*

Não posso investigar o pensar dos outros referido ao mundo se não penso. Mas, não penso autenticamente se os outros também não pensam. Simplesmente não posso pensar pelos outros, nem para os outros, nem sem os outros. A investigação do pensar do povo não pode ser feita sem o povo, nem sem os outros. A investigação do pensar do povo não pode ser feita sem o povo, mas com ele como sujeito do seu pensar. E se seu pensar é mágico ou ingênuo, será pensando o seu pensar na ação que ele mesmo se superará. E a superação não se faz no ato de consumir ideias, mas no ato de produzi-las e de transformá-las na ação e na comunicação. [...] Quanto mais investigo o pensar do povo com ele, tanto mais nos educamos juntos. Quanto mais nos educamos, tanto mais continuamos investigando.

(Paulo Freire, 1982, p. 119-20)

Para a confecção deste capítulo, fez-se necessário o resgate dos referenciais teórico-metodológicos que subsidiaram a elaboração da presente pesquisa, que foram a pós-modernidade, a desinstitucionalização na raiz italiana e a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Assim, foi construído para análise dos eixos temáticos surgidos das falas dos sujeitos, um diálogo com autores que se relacionam a estes referenciais ou que mantêm relação de aproximação com os temas abordados dentro da perspectiva teórica da pesquisa.

Ao elegermos como objetivo conhecer a trajetória de construção do novo modelo de cuidado em saúde mental no Estado de Alagoas, na tentativa de identificar em seus principais atores as suas percepções e motivações, tomamos como base a noção de trajetória adotada por Pierre Bourdieu (2000, p.189) “como série de posições sucessivamente ocupadas por um mesmo agente (ou um mesmo grupo) num espaço que é ele próprio um devir, estando sujeito a incessantes transformações”.

Para esse sociólogo não podemos compreender uma trajetória sem que antes tenhamos construído os contínuos estados do campo no qual ela decorreu e, por conseguinte, o conjunto das relações objetivas que uniram o agente considerado ao conjunto dos outros agentes envolvidos no mesmo campo e confrontados com o mesmo espaço dos possíveis (Bourdieu, 2000).

Ao apresentarmos os resultados, tivemos a preocupação, e a pretensão de criar um diálogo de vozes alternadas, ou seja, em que as falas dos sujeitos pudessem transitar entre os diversos espaços possíveis da realidade estudada. E, estas mesmas falas, ao entrarem em contato com os elementos do acervo das produções locais já existentes, pudessem resultar em uma nova composição desta realidade. A tentativa, mesmo que incerta, é de fazer religações dos conhecimentos particulares para a compreensão e

formulação de um conhecimento contextual complexo, que erga seu olhar para o todo.

Essa composição é importante na compreensão desta realidade enquanto realidade complexa, não nos interessava a apresentação dos resultados com fundamento numa lógica cartesiana em que os fatos são construídos de forma contínua e linear. Ao contrário, a complexidade aspirada neste estudo pode ser comparada à analogia que Morin (2007, p. 62) faz à origem da vida para compreensão do desafio da complexidade:

A vida originou-se de moléculas ou de macromoléculas que, separadamente, não tem nenhuma das propriedades da vida, da reprodução, da auto reprodução ou do movimento. As propriedades vivas não existem ao nível isolado das moléculas, pois só emergem graças a uma auto-organização complexa.

Nesse sentido, o autor afirma que o desafio da complexidade reside no duplo desafio da religação e da incerteza; vencer esse desafio é conseguir religar o que era considerado separado e aprender a fazer com que as certezas interajam com a incerteza. A diversidade e sua compreensão estão contidas na coerência do pensamento complexo, assim o esforço da religação é vital porque possibilita a regeneração da cultura, pela ligação de duas culturas separadas, a da ciência e a das humanidades. Esta religação, portanto, nos permite contextualizar, refletir e tentar integrar nosso saber na vida (Morin, 2007).

Muitos estudos que utilizam a análise temática com diferentes categorias de sujeitos apresentam seus resultados divididos em temas para cada categoria de sujeitos. Neste trabalho, não dividiremos as falas dos diferentes sujeitos que participaram. Ao contrário, salvo algumas limitações e com todas as incertezas que ocorrem em um olhar complexo, tentaremos garantir que todas as falas transitem de forma conjunta, composta, pelos temas emergentes. Estaremos, assim, tratando os dados como as artesãs no processo de criação da renda do Filé: a escolha e a combinação das cores só podem ser feitas quando elas enxergam o todo.

Retomando a trajetória metodológica, lembramos que as várias dimensões investigadas nesta pesquisa foram:

- teórico-conceitual, representados pelos docentes das universidades públicas existentes no Estado;
- jurídico-política, representados pelos gestores das políticas públicas;
- técnico-assistencial, representados pelos profissionais dos CAPS;
- sociocultural, representados pelos usuários dos CAPS e seus familiares.

Assim, prosseguindo para a apresentação dos resultados, da análise das falas de todos os sujeitos que participaram desta investigação, formulamos três eixos temáticos com suas respectivas categorias:

Primeiro Eixo: Conhecendo a trama do novo cuidado: suas linhas e suas cores

- a história do surgimento do novo cuidado;
- a polaridade hospital psiquiátrico x CAPS;
- o CAPS como instância de ação do novo cuidado e seus atores.

Segundo Eixo: Um novo desenho para um novo cuidado

- pontos fortes;
- pontos frágeis;
- nós críticos.

Terceiro Eixo: Uma nova rede para tecer a renda: cuidando do cuidado

A seguir, apresentaremos os resultados que pudemos compor entre os contornos que foram produzidos, através da escolha das várias linhas e suas cores, na tentativa de tecer um desenho que retrate a trama do novo cuidado e, também, delinear o que os artesãos convidados a tecer com esta pesquisadora consideraram como desafios e limites desta arte ainda em construção.

Como forma de proteger a identificação dos entrevistados serão utilizadas as siglas G1, G2 e G3 nas falas dos gestores; D1, D2 e D3 nas falas dos docentes; T1i, T2i, T3i e T4i nas falas dos trabalhadores técnicos dos CAPS do interior; T5c, T6c, T7c e T8c nas falas dos trabalhadores técnicos dos CAPS da capital; U1i e U2i nas falas dos usuários dos CAPS do interior; U3c, U4c e U5c nas falas dos usuários dos CAPS da capital; F1i e F2i nas falas dos familiares de usuários dos CAPS do interior; F3c e F4c nas falas dos familiares de usuários dos CAPS da capital.

Lembramos que as falas foram complementadas com materiais e informações de produções bibliográficas locais, consultadas ao longo da pesquisa, conforme apontado no Capítulo 4 sobre a trajetória metodológica, no subitem 4.6: As Buscas Documentais.

5.1 PRIMEIRO EIXO: CONHECENDO A TRAMA DO NOVO CUIDADO: SUAS LINHAS E SUAS CORES

Este tema trata da passagem do velho cuidado (o cuidado realizado nos hospitais psiquiátricos) para o novo cuidado (realizado na comunidade). Traz a trajetória de como o novo cuidado em saúde mental tem sido estruturado historicamente em Alagoas, quais as rupturas percebidas e realizadas entre os espaços de segregação e violência e os espaços de criação e liberdade. Dentro dessas mudanças, este eixo discorre, através das falas dos sujeitos da pesquisa, sobre quais instituições participaram delas e como ocorreram as mobilizações em seu favor.

Por meio da percepção daqueles que vivenciaram a transformação do cuidado, analisa o discurso tão presente da polaridade entre a instituição que representa o velho cuidado – o hospital, e a instituição que representa o novo cuidado – o Caps.

Discorre sobre o entendimento do que representa o CAPS no contexto do cuidado atual em saúde mental.

E, por último, tenta traçar o perfil dos principais atores que participaram e participam desse novo cuidado em suas próprias perspectivas: os usuários, seus familiares e os profissionais.

5.1.1 A história do surgimento do novo cuidado

Os primeiros passos de mudança no cenário da assistência psiquiátrica no Estado de Alagoas foram dados como resultado da influência de eventos e lutas que começaram a eclodir em todo o território nacional. As ações em torno das conquistas de mudanças partiram de pessoas envolvidas com a gestão maior da saúde e algumas categorias de profissionais dos diferentes serviços.

Dois fatos foram apontados nas falas como disparadores para um novo olhar na saúde, com perspectivas de mudanças nas condições de ações e no cuidado em saúde mental: o primeiro foi a instituição do Sistema Único de Saúde, com a vigência da Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990) e depois, das Normas Operacionais Básicas (NOB) (Brasil, 1997b; Brasil, 2001), principalmente no que diz respeito à municipalização da saúde; e o segundo foi o envolvimento por parte de algumas pessoas no Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA).

As mudanças operadas em nível nacional nos anos 1990 faziam parte da necessidade de concretização da agenda progressista edificada pelo movimento sanitário dos anos 1980. O processo de descentralização em saúde predominante no Brasil envolveu, não apenas a transferência de serviços, mas, também, de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e municipal (Levcovitz, Lima, Machado, 2001).

A diretriz de descentralização da Reforma Sanitária Brasileira esteve sempre atrelada à estratégia de democratização e incorporação de novos atores sociais; portanto, verificou-se na época o envolvimento de muitos gestores que se constituíram atores fundamentais para as mudanças no campo da saúde.

Esse fato pode ser evidenciado também em Alagoas na fala de um gestor. Ao analisar quais fatores impulsionaram o início das mudanças ocorridas na área da saúde mental no Estado, ele aponta:

Desde que foi instituído o Sistema Único de Saúde, a partir da Lei Orgânica da Saúde em 90 e as NOBs em 91, o processo mais ativo da municipalização da Saúde, através do Ministro Jamil Haddad, do meu partido PSB, quando todos os secretários municipais de saúde começaram a luta nacional pela sua organização, organização dos serviços, esse para mim foi o momento mais forte porque juntou o CONASEMS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, com o COSEMS, que era o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde e aí, todos aqueles profissionais que estavam na rede ou até fora da rede, começaram a debater de forma democrática uma nova proposta para que os municípios comessem a discutir as suas leis municipais, as leis do governo do Estado. Eu acho que esse momento foi um momento muito rico e foi a partir de 1992/93 que essas mudanças começaram a ganhar força na saúde aqui em Alagoas... (G1)

O fortalecimento do SUS, fruto do restabelecimento da democracia, foi forte aliado para que as mudanças pudessem ser operadas:

Com o SUS a gente pôde abrir a caixa-preta da Saúde, porque durante anos esse país viveu na ditadura, de 1964 a 1982. A gente teve um país em que não existiam eleições diretas, onde as pessoas mais progressistas não podiam opinar, onde os profissionais da área da saúde eram “cala-boca”, onde os internamentos hospitalares, em grande parte, eram fraudados. Você tinha casas de saúde, mas, casas de saúde que internavam o paciente fantasma. As auditorias que foram feitas depois de 86 verificaram que essas fraudes já vinham há muitos anos, então tudo isso somado com a questão da repressão não sobrava espaço para mudanças. (G1)

O início dos anos 1990 em Alagoas foi bastante influenciado pelas novas perspectivas da saúde e da assistência psiquiátrica. Na época, a Secretária Municipal de Saúde, fortalecida pela municipalização da saúde e influenciada pelas discussões e informações geradas nos encontros do CONASEMS, criou uma auditoria psiquiátrica, formada por um grupo de profissionais da saúde que realizava fiscalizações todos os dias nos hospitais psiquiátricos, tanto para fazer avaliações do serviço quanto para analisar a conduta terapêutica e o tempo de permanência na instituição, cujo o objetivo principal era estimular a produção de projetos terapêuticos para os pacientes e para os serviços (Trindade et al., 2006).

Esse processo também é apontado como desencadeador de transformações importantes no cuidado:

Passamos a ter controle dos recursos do Sistema Único de Saúde, incluindo toda a rede de saúde do Estado e rede nacional, porque aí poderíamos efetivamente verificar quantos pacientes eram internados, quantos permaneciam no hospital, quantos saíam para as suas vidas, quantos efetivamente moravam dentro dos hospitais psiquiátricos e quantos saíam e se reinternavam. Acho que o grande momento foi em 1993 quando o processo da municipalização, eu que participei do COSEMS e participei do CONASEMS, a partir desse momento a gente tinha as informações, que até aquele momento ninguém tinha os dados do que realmente existia de paciente nesse país, inclusive nos hospitais psiquiátricos. A partir de 93 a gente começou a fazer as auditorias, a qualidade desse atendimento, porque o sistema pagava pouco e os hospitais iam botando internamento em cima de internamento, fraudando internamento, então para eles era importante que se tivesse permanentemente aquele paciente dentro do hospital e aí a gente começou a fazer as auditorias e a verificar que lei... a gente poderia trabalhar para interromper esse processo... o momento da auditoria ele foi importante porque tivemos o controle dos internamentos, tínhamos como avaliar a qualidade dos internamentos e fazer o acompanhamento do paciente do hospital... Através da nossa auditoria, da atuação da vigilância sanitária, tudo, montamos uma rede em Alagoas que foi um fato de grande relevância não só na saúde pública, mas na saúde mental. Foi quando começou a grande revolução da saúde mental, pois quando você tem informação você tem poder, quando você tem informação você pode transformar, quando você tem informação você pode mudar, então o momento da mudança era aquele, se não fosse aquele momento talvez não existisse outro, foi quando criamos a Coordenação de Saúde Mental do município. (G1)

Nesse contexto, a Reforma Psiquiátrica de Alagoas se identifica com os demais processos desencadeados em nível nacional, isto é, por um lado ocupou espaços no aparelho estatal e, por outro, manteve uma identidade de movimento social, por meio do MNLA (Luzio, Yasui, 2010).

Em Alagoas, o contato com o MNLA propiciou o engajamento de alguns profissionais articulados em outras ações de alinhamento político que, mais à frente, puderam estabelecer ações importantes nas transformações institucionais do cuidado em saúde mental.

A sequência das falas a seguir sinaliza como se deu o processo de entendimento da necessidade de mudanças e ilustra a importância do envolvimento e mobilização de várias pessoas para que a ideia fosse sendo disseminada:

A gente sabia que queria um outro serviço, que oferecesse um outro tipo de atendimento, que não era o atendimento do hospital psiquiátrico, e a gente acreditava nisso. (G3)

[...] na época eu estava no escritório setorial do Conselho Regional de Psicologia, nós ainda éramos ligados a Pernambuco, e me lembro de ter chegado um convite, foi em 93, faz 17 anos, é um bocado de tempo... um convite do Encontro da Luta Antimanicomial que ia ser realizado em Salvador e no convite, na proposta, eu achei muito interessante porque se tratava de discutir as questões da psiquiatria, do atendimento em saúde mental e aí, na época, a gente conseguiu mobilizar algumas pessoas, [...] depois que a gente retornou a gente não conseguiu, assim, muito dar encaminhamento apesar de que os contatos que a gente fez, as ideias que a gente teve, a gente viu que a assistência hospitalar ela não era suficiente pra dar conta da questão da saúde mental.(G3)

[...] na hora que eu tomei contato com a ideia, que vi que dava pra fazer diferente ou que tinham pessoas que estavam pensando diferente e estavam colocando uma nova proposta, aquilo ali pra mim foi... poxa vida... pensei, vamos ver o que dá pra fazer, só que certas coisas a gente não faz sozinho, a gente faz quando consegue chamar as pessoas pra junto da gente.(G3)

[...] o contato com as pessoas que faziam parte da Reforma... Ana Pitta, Pedro Gabriel, Paulo Amarante, todos esses nomes que são da Reforma, eu conheci todos eles dentro do movimento da luta enquanto estava no Conselho Regional de Psicologia, então pra mim foi um aprendizado grande do ponto de vista político, ideológico, e que de certa forma eu pude trazer pra cá. (G3)

O processo gerado nas discussões desenvolvidas no contexto da Reforma Psiquiátrica e movimentos aliados vai apontar para a necessidade de transformar o trabalho em saúde mental em um processo local, participativo, democrático e coerente com o território e suas construções políticas, históricas e culturais (Borges, Baptista, 2008)

A partir da tomada de consciência de que era possível fazer algo diferente para as pessoas que necessitavam do cuidado em saúde mental, e do envolvimento de outros atores na luta pelas transformações, é que foi possível iniciar as primeiras mudanças no contexto local:

Nós começamos a montar os serviços de saúde mental do município de Maceió, aí começamos a fiscalização da rede, a verificação do número de pacientes, quem precisava internar, qual o teto financeiro de cada unidade dessa e o nosso controle. Paralelamente a isso, a gente tinha que instituir a lei de criação dos CAPS, aí foi quando nós começamos, fizemos 3 CAPS em Maceió, só não fizemos um CAPSad porque os recursos para álcool e drogas não estavam ainda na rede e começamos a discutir com o governo do Estado também os CAPS no Estado porque não adiantava Maceió ter e no interior do Estado não ter, então começou-se a discutir também a montagem dos CAPS no interior do Estado. (G1)

A gente participou de um encontro em Belo Horizonte e aí sim, a gente conseguiu articular mais pessoas e o movimento da Reforma Psiquiátrica, vamos dizer assim, começou a tomar corpo aqui no Estado de Alagoas, inclusive com a formação do Núcleo de Saúde Mental de Alagoas, que é o NESMAL que até hoje tem assento no Conselho Estadual de Saúde, no Conselho Municipal de Saúde, é uma entidade que luta pelas questões da saúde mental. Então, a Reforma Psiquiátrica, nos primeiros tempos, foi muito... eu diria assim... foi palco de muita briga, assim, briga no bom sentido, porque no caso, a gente trazia as ideias que estavam sendo discutidas em nível nacional, trazia para a postura do Movimento Antimanicomial e havia sempre as resistências, dentro do próprio Portugal Ramalho, os donos dos hospitais privados também. A gente começou a fazer alguns fóruns, algumas atividades pra discutir essas questões. Eu acho que foi um período extremamente rico, foi o período do começo, de muita luta, de muita... muita discussão. (G3)

[...] eu aprendi, conhecendo a história [da saúde mental], que na verdade, isso não foi uma decisão do Estado, foi uma interferência dos movimentos, das lutas, que assim como em várias outras áreas, canalizou para o Estado suas reivindicações. (D2)

A partir de inúmeras experiências municipais, agregadas às reflexões e às propostas difundidas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica foi possível maior visibilidade e disseminação entre os gestores, profissionais, usuários e sociedade civil das novas proposições no cuidado em saúde mental (Luzio, Yasui, 2010).

O movimento que se estabeleceu na necessidade de criação de outros espaços de cuidado, mesmo não gozando na época, e ainda hoje, do status de hegemônico, vai aos poucos ganhando legitimidade na sociedade e no aparelho público em Alagoas.

Tanto nas falas quanto nos achados bibliográficos locais e nacionais, encontramos que, em Alagoas, como na maior parte do território nacional, a realização das Conferências Municipais, Estaduais e Nacionais de Saúde Mental, as portarias que aumentaram a fiscalização nos hospitais e possibilitaram o início da implantação de novos serviços e a atuação das associações de usuários e familiares garantiram o processo de transformação da saúde mental no campo teórico, no campo assistencial, no campo jurídico e no campo cultural (Trindade et al, 2007; Costa-Rosa, Luzio, Yasui, 2001).

Alguns instrumentos de fiscalização, como o PNASH/Psiquiatria, e algumas novas portarias, como a SNAS nº 189/91, a SAS nº 63/93 e a SAS nº 145/94 (Brasil, 2004b) vão determinar mudanças também no interior das instituições psiquiátricas para que elas se mantenham no cenário.

Essas mudanças trouxeram para dentro do Hospital Psiquiátrico Dr. Portugal Ramalho, o único hospital público do Estado, o discurso e algumas práticas reformistas que, em um primeiro momento podem ser avaliados como um fato positivo para as transformações ocorridas no bojo da Reforma Psiquiátrica:

Eu estava na equipe que criou o CAPS Casa Verde. Veja só, o Casa Verde começou, se eu não estou enganada foi de 96 pra 97... o projeto foi puxado pelo Everaldo Moreira, que também é

uma pessoa que tem muita história dentro da saúde mental aqui do Estado, então Everaldo tinha puxado anteriormente as questões do CEAAD, que é um centro de tratamento voltado para a questão da dependência química, que na época era muito mais o alcoolismo, que era muito mais visado, tanto que era CAA, Centro de Atenção ao Alcoolismo, foi o primeiro nome do CEAAD. Depois que o Everaldo organizou o CAA ele dava um tipo de assessoria especial no hospital e daí ele se voltou para a questão da criação desse serviço, do CAPS Casa Verde, de uma certa forma ele chamou pessoas do hospital que poderiam ter um perfil que pudessem trabalhar nesse serviço diferenciado, eu fui uma das pessoas que foi chamada, então a gente estudou como a gente poderia estar fazendo esse serviço, até que finalmente o serviço foi inaugurado... (G3)

O CAPS Casa Verde, nesse sentido, promoveu o hospital psiquiátrico como uma estrutura reformista, desviando as possíveis críticas contrárias à sua existência e diferenciando-o dos demais hospitais.

Num certo sentido, durante algum tempo o trabalho que a gente fez apareceu muito bem, e apareceu bem até pra comunidade. A gente fez exposições dos trabalhos dos usuários nos correios, levamos os trabalhos que eles produziam, um shopping que tinha aqui em Maceió abriu um espaço, uma galeria pra que a gente pudesse expor durante uma semana, então, a gente sempre, de certa forma, aparecia bem... (G3)

A criação e sustentação de um instrumento modelo da Reforma, como é o CAPS, por um hospital psiquiátrico, acabam por maquiar a realidade que está por trás disso, que é a manutenção da própria estrutura asilar:

Um dos problemas que a gente acha que deu um nó no movimento aqui em Alagoas, foi a estratégia que o próprio movimento criou de criar o CAPS dentro do hospital [...] a gente acha que essa estratégia, foi quase como um tiro no pé, entendeu? Parecia que era uma estratégia, coisas da política [...] talvez não mediram as consequências, porque também talvez não pudessem nem imaginar como é que a política ia andar. Mas eu acho que aquele CAPS ali dentro deu grande munição pra o hospital... (D2)

Outras falas vão sustentar a ideia de que as transformações no aparelho hospitalar vão se dando por interesses diferentes dos interesses dos movimentos reformistas:

Em um período os hospitais se depararam com a diminuição da internação, isso mexeu com eles, acho que o avanço também foi esse, surgindo os CAPS mexeu muito com a rede hospitalar, porque eles começaram a entrar no processo competitivo. (G2)

Aqui o povo acha que pintar parede e derrubar muro e fazer a abertura dos muros é Reforma Psiquiátrica, na realidade a Reforma estava acontecendo materialmente na questão de uma melhoria das condições de trabalho, porque tinha esgoto a céu aberto dentro do hospital, o telhado consumido pelos cupins, onde era forro, o pessoal tinha medo de trabalhar com medo que desabasse de tão velho que era. Então, na realidade, a manutenção do prédio ela era extremamente precária e com esse recurso, o recurso deu uma, vamos dizer assim, deu uma melhorada no aspecto físico, mas a questão ideológica do trabalho, ela continuou paradinha, do mesmo jeito, e como sempre, muita gente se enganando, dizendo: agora o hospital está bom - como se parede pintada e chão limpo significasse tudo... (G3)

A chegada de novas propostas de cuidado na área de saúde mental parece ter alterado a supremacia dos hospitais psiquiátricos. Por muito tempo, seu lugar de condutor das ações e do saber inquestionáveis da loucura esteve inabalável. A entrada de novas proposições, a criação de novos lugares, o aparecimento de novos atores trouxeram para o campo do cuidado em saúde mental o confronto.

Confronto marcado pelo desvelamento do que estava atrás dos muros dos manicômios, esquadrinhamento dos seus espaços, das suas sombras, abertura de fendas em sua tão segura trajetória. Era preciso revelar à sociedade o que a ciência da loucura tinha produzido de pior: porões da sujeição.

Como aponta Fonseca (2007, p. 36):

A emergência da Reforma Psiquiátrica em determinados territórios, sempre se fez, faz-se e far-se-á a partir da constituição de desvios na ordem hospitalar psiquiátrica e em sua episteme, espaço real e localizável. Mas, em dado momento de seu trajeto, situa-se como uma espécie de Fora daquele atual estado de coisas e opera como sua contraposição. Desvios no espaço instituído da loucura e que não se efetuam e não se efetuarão, senão a partir de confrontações entre saberes e poderes de diferentes domínios nas quais se tecem e destecem

incessantemente a noção de humano, sobretudo em suas relações com a alteridade. Empresa de dessubjetivação, nos diria Foucault. Trabalho político.

Assim, o exercício do cuidado em saúde mental traz um novo campo de alterações, evidenciando a constituição de dois polos antagônicos: de um lado aqueles que defendiam, e ainda defendem, a manutenção dos hospitais psiquiátricos, de outro, aqueles que clamavam, e ainda clamam, pela urgência de seu fechamento.

5.1.2 A polaridade Hospital Psiquiátrico X CAPS

Durante anos, os hospitais psiquiátricos dominaram o campo da assistência às pessoas portadoras de transtornos mentais e, somente dentro de suas estruturas, o cuidado era exercido e reconhecido como tratamento. A função curiosa dos hospitais psiquiátricos estabelecida no século XIX foi mantida sem muitos questionamentos até o período entre guerras:

“lugar de diagnóstico e de classificação, retângulo botânico onde as espécies de doenças são divididas em compartimentos cuja disposição lembra uma vasta horta. Mas também espaço fechado para um confronto, lugar de uma disputa, campo institucional onde se trata de vitória e de submissão.” (Foucault, 1979, p.122)

Essa disputa, estabelecida no espaço institucional, em que o saber psiquiátrico é sempre o vencedor e a loucura deve estar sempre submetida a este saber, ilustra a relação de poder que manteve, e ainda mantém, as estruturas hospitalares psiquiátricas.

Machado (1979), ao afirmar que todo saber constitui novas relações de poder por assegurar o seu exercício, identifica as razões do porquê, o aparecimento de novos locais e novos saberes no cuidado dos transtornos

mentais irá despertar uma força opositora naqueles que antes eram soberanos no saber e no exercício psiquiátrico.

Ainda hoje em vários locais do mundo o hospital psiquiátrico constitui o eixo da assistência aos transtornos mentais, o lugar suposto do tratamento, força hegemônica que consome a maior parte dos recursos humanos e financeiros dirigidos para a assistência (Saraceno, 1999), porém este lugar soberano está na atualidade em constante disputa com outros saberes.

O incremento das mudanças que a Reforma Psiquiátrica trouxe para o campo do cuidado, gerou entre o grupo que representa a instituição psiquiátrica, um grande movimento opositorista, criando um jogo de forças constante que ora tende para um lado e ora para o outro.

Os dois grupos, dicotomizados, “criam as referências, recriam conceitos, mascaram ou não transformações, inovam nas propostas políticas, assistenciais, governamentais e de planejamento de estratégias de intervenção ampliadas” (Machado, 2004, p. 490).

Foi assim que os sujeitos desta pesquisa avaliaram, por exemplo, a polêmica gerada pela Lei Municipal nº 4.768 (Anexo 6) de 1998, uma das primeiras leis municipais da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A referida lei causou muitas controvérsias devido à complexidade das questões envolvidas nela:

[na Câmara] através do vereador Paulão, eles votaram a Lei da Desospitalização, isso foi uma confusão geral, veio o Conselho Regional de Medicina, veio todo o Sindicato dos Hospitais de Alagoas pra dizer que aquela lei que eu tinha sancionado iria fechar todas as unidades hospitalares e que o Município não estava preparado ainda para receber todos os pacientes nos CAPS, porque a rede não estava montada ainda em todo o estado de Alagoas. Foi quando eles fizeram um acordo com a Câmara Municipal de Maceió e a Câmara ficou de rever a Lei da Desospitalização (G1)

Uma das primeiras leis municipais de saúde mental no Brasil foi aqui em Maceió, que foi uma grande questão da Reforma Psiquiátrica, e foi uma briga muito grande com as Clínicas, porque

realmente as Clínicas... você não tinha... a coisa ainda não estava tão desenhada mas aí ela fez [a prefeita]... ela aproveitou um bom momento e foi aprovada na Câmara dos Vereadores a lei da Reforma em Maceió. A partir daí a gente começou a desenhar a municipalização, vimos cada unidade que era do Estado e foi passada para o município, vimos cada unidade que foi municipalizada para os recursos humanos continuarem, o Estado tinha tido concurso... foi nessa época que os CAPS começaram a ser implantados.(G2)

O substitutivo (Anexo 7) à Lei nº 4.768 traz, em seu novo texto, mudanças importantes que evidenciam o jogo de poder que é instaurado nesse processo. Podemos citar, por exemplo, o artigo 2º, que na lei revogada dispunha:

O Município de Maceió **substituirá progressivamente**, mediante planificação anual, **os leitos dos hospitais psiquiátricos pelos recursos assistenciais substitutivos** definidos nesta Lei. [grifo nosso]

Na lei que a substituiu a redação passa a ser:

O Município de Maceió **incentivará**, por meio de planificação anual, **a implantação de recursos que tornem mais eficaz a prevenção dos transtornos mentais e a assistência e reabilitação dos enfermos portadores de transtornos mentais**. [grifo nosso]

Outro ponto bastante importante que merece ser citado: na primeira Lei, o hospital psiquiátrico não é citado como recurso psiquiátrico a ser aplicado ao tratamento e assistência em saúde mental; na nova Lei ele é incluído.

Também foi excluído o artigo 5º que constava na Lei 4.768/98:

A implantação e manutenção da rede de atendimento integral em saúde mental será descentralizada e **municipalizada**, observadas as particularidades sócio-culturais locais e regionais, garantida a gestão social. [grifo nosso]

Este artifício garantiu que o único hospital psiquiátrico público não fosse municipalizado, pois com a inclusão dos hospitais psiquiátricos nos recursos assistenciais, a manutenção deste artigo implicaria em sua municipalização.

Como exposto no Capítulo 3, esta lei foi revogada em função das pressões das diversas entidades que defendiam a manutenção da assistência manicomial. De qualquer forma a situação ajudou a ampliar a discussão para outras esferas e intensificou o debate sobre a polaridade entre a assistência prestada no Hospital Psiquiátrico e a assistência prestada no CAPS.

Esta polaridade fica bastante evidente nas falas dos entrevistados ao fazerem, de forma espontânea, comparações entre o cuidado recebido nos dois campos assistenciais, o hospital psiquiátrico (HP) e o CAPS. Falas revestidas de autenticidade porque são manifestos de experiências vividas:

Não tem nem o que comparar porque no Instituto Teodoro Albuquerque, o ITA, aquilo era o inferno, aqui [CAPS] é o céu. (U1i)

Lá [Hospital Psiquiátrico] é um verdadeiro calabouço, é um verdadeiro ai, ei, ui, muita gente e é muito sofrimento... e aqui [CAPS] é mais tranquilo, mais tranquilidade... Eu não quero voltar mais pra o ITA. É melhor 10 mil CAPS do que entrar uma vez só no ITA. (U2i)

A primeira vez que eu pisei num hospital psiquiátrico foi lá no Zé Lopes. Lá... lá é desumano... É sujeira, tem gente que lá, é... desculpa o termo assim, é... é irrecuperável. Não tem jeito. A família vai lá, e joga lá, e fica por lá mesmo. [...] O CAPS é uma tentativa assim de humanizar, né? Quer dizer que quem tem transtorno mental, uma deficiência mental, não é inútil, não é largado, não é perigo, não é? Eu ando, eu vou sozinho nos cantos, eu vou nos lugares sozinho, eu sou um deficiente, mas nem por isso, eu tacho pedra no povo... (U4c)

Quando eu fui pra o Portugal Ramalho, pra mim foi um inferno... Não é muito bom pras pessoas, estar lá, porque eu passei um sofrimento danado... Sofri demais... E aqui é o melhor lugar que tem. (U5c)

É, aqui tem saída [CAPS]... Mas lá [HP] não, lá você só vê o Sol e o chão... Aqui não, aqui tem livre arbítrio. Fica de manhã até 5 horas, vai pra casa e na rua faz o que quiser... Aqui tem liberdade... (U5c)

[...] que aqui [CAPS] faz de conta que é em casa... é perto de casa... E lá no ITA, minha filha, ele só faltava morrer de fome, porque ele não comia a comida de lá, só comia quando eu levava de casa ou pagava na cantina pra ele comer. Aqui eu acho melhor. (F2i)

Porque é aquela história, aqui [CAPS] não é uma casa de saúde... Você sabe que uma casa de saúde tem muita gente e tem muita gente envolvida com muita coisa, não é? E aqui não... Aqui, eu pra mim, eu acho que é uma casa assim que ele recebe, faz as terapias, e lá não faz, lá só é o medicamento, e tem muita gente... você sabe como é uma casa de saúde... cheia né? (F3c)

Eu gosto do tratamento do CAPS. Eu gosto do tratamento do CAPS porque o CAPS não lhe amarra, e na Ulisses Pernambucano amarrava ele... (F4c)

Falas produzidas a partir da construção crítica do que o hospital psiquiátrico e o CAPS, na atualidade, começam a representar no contexto do cuidado:

A construção dos CAPS veio realmente pra evitar que pessoas sejam simplesmente amontoadas num espaço e lá sejam esquecidas [...] os CAPS vieram com o intuito de tirar, de não animalizar o homem, e eu acho que é esse o ponto mais importante. (T1i)

[...] era um tratamento muito desumano, você manter pessoas presas como animais, assim de maneira muito desumana, então essa nova proposta do tratamento em saúde mental ela veio realmente humanizar essa relação profissional x paciente, profissional x família, família x paciente. (T2i)

Nós convivemos com usuários que vivenciaram internações e que passaram a ser cuidados nos CAPS, nos Centros de Atenção Psicossocial, eles sentem a diferença, eles mesmo dizem, muitos dizem: Eu não quero voltar mais para o hospital.(D1)

Fala que na simplicidade desse familiar revela, em suas considerações, o que ele espera de um tratamento e o que esse tratamento, quando se mostra oposto a estes anseios, pode resultar ¹⁴:

[...] eu levei ele pra o Ulisses Pernambucano; é um hospital. Aí lá eu não gostei, eu acho que não é assim que se faz um tratamento psiquiátrico. Pode até ser, que eu não sou médica pra saber, mas

¹⁴ Peço licença aos leitores para manter a fala sem alterações ou correções gramaticais porque avalio que o impacto desse depoimento também é revelado através da simplicidade e naturalidade de como ele se dá.

eu entro em pânico quando uma porta fecha que eu não consigo abrir, eu entrar no elevador e o elevador enganchar... Imagine você com crise e lhe amarrar e lhe dopar... Eu não concordo com esse tratamento de jeito nenhum. Tem um tipo de tratamento que pode até amarrar, mas que fique junto entendeu? Que quando eu olho, eu acho que tem sofrimento, eu tirei meu filho da Ulisses. Tirei assim, peguei e vim embora... aí foi quando eu conheci o CAPS, que eu não conhecia.(F4c)

Porque cada um tem seu jeito de pensar, você tem o seu jeito assim, eu gosto de comer o macarrão não bem mole, eu gosto ele um pouco... Já você, gosta de comer ele... Então os jeitos da gente não são igual, nem a gente somos igual, mas eu acho que pra ser tratado não deve ser amarrado. Pode até ser, né, que eu não sou doutora pra saber, mas quando eu vi meu filho ali, eu fiquei... quase que eu pirei... (F4c)

Sem nenhuma artificialidade, esse familiar, em sua singeleza, nos comunica o que é o cuidado em toda a sua complexidade. Sua fala é subversiva por trazer à tona o que é da essência da crise do sistema psiquiátrico.

Sua crise, como sistema científico e institucional, é resultante de uma reviravolta que passa a questionar a sua estrutura a partir da tomada de consciência quanto ao seu significado específico, isto é, a realidade institucional tem evidenciado elementos que remetem a mecanismos estranhos à doença e ao respectivo tratamento (Basaglia, 2005c).

Nas falas dos nossos sujeitos, principalmente dos usuários e familiares que denunciam as suas experiências nas instituições psiquiátricas, evidencia-se a instalação dessa crise.

Basaglia (2005c, p. 125) chama a nossa atenção ao refletir:

O que transparece da análise da crise é a absoluta incompreensão, por parte da psiquiatria, da natureza da doença, que – ainda desconhecida em sua etiologia - exige intuitivamente um tipo de relação exatamente oposto àquele adotado até agora. O que caracteriza atualmente uma tal relação, em todos os níveis (psiquiatra, família, instituições, sociedade), é a violência (a violência na qual uma sociedade repressiva e competitiva se baseia) com que o perturbado mental é atacado e rapidamente descartado.

O aparecimento de graves questionamentos com relação à ciência e instituição psiquiátrica está estreitamente ligado a um dos maiores instrumentos utilizado pela terapêutica adotada nesse campo: a privação. Privação da liberdade, do contato familiar e social de uma maneira geral, das trocas estabelecidas na cotidianidade, privação da condição de ser humano.

Para Rotelli (2001) o manicômio é o lugar zero de troca, a internação tem como única finalidade a subtração das trocas, estabelecendo relações de mera dependência pessoal. A reconstrução da possibilidade de vida material com base nas trocas é primordial para a integração na vida social.

Estudos realizados em Alagoas com o objetivo de conhecer a percepção de usuários que têm em suas experiências a vivência tanto de internações em hospital psiquiátrico quanto de assistência recebida em CAPS, identificam os hospitais e a internação como sinônimo de prisão, violência, privação, perdas, sofrimento, repouso, entre outros; e a experiência do cuidado recebido nos CAPS como sinônimo de liberdade, resgate da cidadania e identidade, retorno à vida familiar e à casa, entre outros (Pereira et al, 1999; Brêda, 2006).

As novas proposições de cuidado em saúde mental tiram do foco a doença e passam a focar o sujeito e, é por isso, que o estabelecimento de novos espaços para o exercício desse cuidado é tão necessário. Espaços onde trocas reais sejam incitadas e potencializadas, que possam reconhecer as necessidades e diferenças de cada sujeito, que estendam as suas ações à comunidade, ao território e à cidade nos seus mais diversos setores.

A construção dos CAPS, nesse sentido, tem gerado processos antimanicomiais, pois o modo como são pautadas as suas intervenções os tornam dispositivos efetivos de tensão entre novas práticas e velhos hábitos (Merhy, 2007).

Para uma conduta diferente, entretanto, é preciso perceber que a crítica ao hospital psiquiátrico como lugar desumano e antiterapêutico não pertence apenas ao hospital ou ao manicômio, mas sim à ideologia

psiquiátrica (da qual eles são produtos). Sem essa percepção, corremos o risco de reproduzirmos a mesma ideologia na criação de outros cenários (Saraceno, 1999).

5.1.3 O CAPS como instância de ação do novo cuidado e seus atores

Os CAPS atualmente representam em Alagoas o único espaço de atenção às pessoas em sofrimento psíquico no modelo da Reforma Psiquiátrica. O crescimento numérico desses serviços por todo o Estado possibilitou uma nova experiência de cuidado a muitas pessoas que só conheciam a internação como forma de tratamento.

Essa recente modalidade de cuidado em saúde mental é marcada pela construção de uma nova postura ética em relação aos indivíduos acometidos por transtornos mentais. O sujeito não deve ser visto como portador de uma doença que precisa ser controlada, mas sim como pessoa que, devido às suas diferenças, necessita de locais e pessoas que o ajudem a garantir sua cidadania, a sua qualidade de vida, enfim, as suas trocas sociais e afetivas (Ribeiro, Machado 2008).

A expansão desses novos serviços responde à necessidade de ofertar à sociedade espaço de atenção em saúde mental que se constitua para além das consultas, medicações e muros institucionais. O acolhimento das pessoas em sofrimento mental dentro desse novo espaço deve se constituir através do apoio de resgate de autonomia, respeito à cultura, particularidades e direitos, além de estímulo à integração familiar e social (Brêda et al., 2011).

Essa visão está presente na fala dos entrevistados:

Aqui tem mais liberdade... porque aqui eu estou todos os dias perto da minha filha... Eu tenho uma filha de cinco anos, ela mora com a minha irmã, mas toda noite ela vai lá pra minha casa [...] a minha filha vai pra lá e aqui eu tenho mais liberdade. (U2i)

[...] o CAPS é uma assistência permanente, continuada, mas que tira da instituição. Quer dizer, você tem uma tendência a auxiliar os usuários a não se afastar da rotina familiar, da sua autonomia, da sua vida produtiva. (T3i).

A imagem do CAPS é percebida como uma imagem aberta à diversidade: diversidade de pessoas, de ações, de espaços, de afetos. A imagem da porta aberta, da família de braços abertos é apontada nas falas:

O CAPS é pra receber todo mundo, quem chegar na porta... ele tem que estar com a porta aberta. Você tem um acolhedor, um profissional que está lá pra receber e conduzir. (G2)

O CAPS pra mim é... uma família. Uma família que me acolheu nas minhas angústias, que eu estava sozinho em casa com aquela depressão tremenda e eu fui solicitado ao CAPS e hoje eu não estou mais com aquela depressão... (U2i)

Aqui [no CAPS] todo mundo me trata bem, com cordialidade, aceita as minhas limitações, sabe dos meus potenciais. (U4c)

O CAPS representa pra mim uma família... Uma família, uma paz, uma alegria... (U5c)

O cuidado que eu recebo é com carinho, com amor, com atenção... Gosto muito daqui [CAPS], eu gosto. É um canto legal. (U5c)

[...] e essas meninas [profissionais do CAPS], elas têm um amor e têm um carinho por esse povo, que eu sempre observo, sempre eu venho aqui e eu observo e vejo... (F1i)

O CAPS é de uma riqueza fantástica pela multiplicidade, porque você não soma em CAPS, você potencializa. (T4i)

Consideramos que as transformações nos modelos de atenção em saúde mental devem ir para além da implantação e ampliação das redes de serviços, elas devem conduzir a outro saber que exige flexibilidade nas ações e mudanças individuais e coletivas de todos os envolvidos nesse processo (Ribeiro, Machado, 2010).

É possível analisar, diante da fala abaixo que, para esse profissional, a percepção da necessidade de mudanças em suas ações valoriza o trabalho e é uma necessidade do serviço:

A gente tem que correr, porque um profissional de CAPS não se limita a profissão... Lógico que eu tenho o meu limite enquanto profissional, eu não tenho formação em Serviço Social, eu não posso responder como assistente social, mas tem coisas que a gente termina aprendendo porque a gente tem que se virar, não é só pela demanda, não é só pela quantidade, pela falta de profissional, é pela própria necessidade do serviço. Não dá pra você ficar muito engomadinho... 'eu sou profissional, eu sou psicóloga, estou ali na minha salinha fechada [...]'. Até porque a gente trabalha em conjunto. A enfermeira trabalha junto com a assistente social, a assistente social está junto com a psicóloga, participando dos grupos, dependendo do momento, dependendo da abordagem. (T1i)

O cenário do cuidado neste novo contexto permite múltiplas linhas e cores que se interpenetram, dando oportunidade para a criação de uma miríade de pontos confluentes na produção de subjetividades. Novos desenhos que são traçados para a concepção de novas práticas. Entrelaçamentos que excedem teorias, pois vão para além daquilo que está posto, formando espaços criativos de atenção e cuidado.

Os CAPS devem se aproveitar de sua potencialidade de um fazer coletivo solidário e experimental, tornando-o um campo instigante de cooperação, reflexão, autoanálise e ressignificação de práticas (Merhy, 2007a).

Importante, mais uma vez, resgatarmos o conceito de complexidade defendido por Morin (2010), que incita o conhecimento multidimensional: se somos seres ao mesmo tempo físicos, biológicos, sociais, culturais, psíquicos e espirituais, o olhar complexo tentará conceber a articulação, a identidade e a diferença de todos esses aspectos.

Esta visão complexa do ser humano pode ser articulada à ideia da clínica ampliada trazida por nossos entrevistados:

A clínica ampliada exige você não trabalhar com diagnósticos fisiológicos, mas você trabalhar com diagnósticos amplos, diagnósticos de comprometimento familiar ou de favorecimento, porque na clínica ampliada se trabalha com a potencialização da

peessoa, com o que há de positivo, o que é que ela pode desenvolver. (D1)

A gente tem que fazer um pouquinho de tudo, então a gente aprende a necessidade do paciente e nessa necessidade dele a gente começa a trabalhar no sentido de ajudar.(T1i)

O cuidado exercido nos CAPS deve se dar no limite entre o individual e o coletivo. A experiência do CAPS deve ser a experiência de devolução do sujeito ao plano da subjetivação, ao plano coletivo de produção (Passos, 2004).

Para tanto, as relações constituídas a partir dessa nova proposta de cuidado devem levar em consideração todos os atores envolvidos nesse coletivo: o usuário, sua família, a comunidade no entorno, os trabalhadores e cuidadores, as instituições que fazem parte da rede de cuidado e aquelas que fazem parte da rede de vida da comunidade, a Universidade que forma profissionais para o exercício do cuidado, os gestores que criam processos políticos, organizacionais e de trabalho comprometidos com este cuidado e uma infinidade de outros personagens que podem ingressar no plano coletivo de forças para potencializar as produções de subjetividades.

Esta pesquisa procurou, portanto, aprofundar o olhar sobre as pessoas que representam os sujeitos do cuidado, procurou conhecer quem são essas pessoas, como elas se percebem como sujeito de sua história e dentro dessa nova composição do cuidado.

Ao se referirem às suas histórias de vida e situações vividas, algumas falas de nossos entrevistados são carregadas de imagens ligadas à doença e seu sofrimento:

[...] eu era uma pessoa que tinha muita depressão com qualquer coisa, com a caneta, como eu passei a dizer a você, com as cores, cores verde, cores amarela ou preta, aquelas cores me indicavam um sentido... o preto significava o pecado, o vermelho significa o sangue derramado na face da terra, o verde significava a esperança [...] (U2i)

E se diagnosticou de tudo: no Rio Grande do Sul, que eu tinha esquizofrenia, que eu era bipolar, tudo, de tudo... Aí chegaram a conclusão que era autismo, o Asperger, o leve... (U4c)

[...] só que ela vivia numa situação, que, ela tirava a roupa, ficava pelada, andava por todo canto, uma situação triste, pesada... [...] Ela ficava agitada, ficava agressiva, ficava nervosa... (F1i)

A vivência de ser diferente, de sentir ou perceber o mundo de forma diferenciada e manifestar-se contrariamente ao que a maioria espera, marca o início do sofrimento psíquico.

Segundo Foucault (2008), devemos procurar a raiz da patologia mental numa certa relação, historicamente situada, do ser humano com o ser humano louco e o ser humano verdadeiro. Para este pensador francês:

Se a doença encontra um modo privilegiado de expressão nesse entrelaçamento de comportamentos contraditórios, não é porque os elementos da contradição se justaponham, como segmentos conflituais, no inconsciente humano, mas apenas porque o ser humano faz do ser humano uma experiência contraditória. (Foucault, 2008, p. 95).

Diante dessa visão, o autor afirma que:

O mundo contemporâneo torna possível a esquizofrenia, não porque os seus acontecimentos o tornem inumano e abstrato, mas porque a nossa cultura faz do mundo uma leitura tal que o próprio ser humano já não consegue reconhecer-se nele. (Foucault, 2008, p. 98).

A experiência do sofrimento desses sujeitos é também a experiência do seu silenciamento e sua exclusão social. Apesar das portas do manicômio terem sido abertas, as portas da sociedade e de sua cultura de exclusão do diferente ainda não foram.

Basaglia (2005d, p. 134), ao analisar a natureza do preconceito afirma não se tratar de uma postura psicológica individual, mas sim da “expressão dos valores da sociedade em que o indivíduo está inserido, resultado de

uma seleção discriminante entre normalidade e anormalidade, bem e mal, maioria e minoria, poder e não-poder”.

Preconceito, discriminação, segregação, estigma, exclusão, são palavras bastante usadas nos relatos de nossos interlocutores:

[...] dentre as pessoas que adoecem, os que sofrem mais discriminação, é o usuário de Saúde Mental. Esse usuário ele sofre muitos problemas de discriminação, tem os seus direitos humanos muito feridos (D1)

[...] porque as famílias que têm um parente com necessidades especiais o tratam como se fossem uma cruz pra carregar, um martírio. Você joga em casa, não deixa sair... (U4c)

A gente ouve falar que tem pessoas que mantêm pacientes presos porque assim, na verdade transtorno mental ainda é uma coisa assim muito pesada pra família e então as pessoas ainda têm aquela visão passada de segregar e pronto. (T1i)

É muito difícil você trabalhar com saúde mental, existe ainda muito preconceito, o estigma do louco também é muito difícil você trabalhar, tanto é que quando a gente passa, o povo pergunta: ‘trabalha aonde? No CAPS? Ah... lá no lugar dos doidos...’ Então assim, existe muito preconceito... (T2i)

[...] às vezes nos grupos eles [os usuários] falam muito isso ‘olhe eu vinha no ônibus, no ônibus escolar e quando descobriram que eu era do CAPS começaram a dizer: olhe o doido, é o doido’ então já começa a ser colocado de escanteio [...] (T3i)

Essas falas corroboram a ideia de que há dor e sofrimento não apenas na manifestação sintomatológica do transtorno mental, e estes sentimentos são detectados não na relação do sujeito com ele mesmo, mas na relação dele com os outros.

Fonseca, Engelman e Perrone (2007) apontam que apesar do manicômio como edificação e espaço epistêmico encontrar-se, na atualidade, em estado de ruína, sua visão e ação sobre a diferença ainda permanecem impregnadas nas mentes dos sujeitos e dobradas em seus corpos.

Por isso, o movimento da Reforma Psiquiátrica deve ser entendido como um processo contínuo e seu alcance não deve estar limitado às

esferas da saúde e do cuidado, mas sim, deve ser espalhado em todos os espaços do cotidiano, alastrado em todas as dimensões que expressam a vida em sociedade.

As ações de cuidado não devem estar limitadas apenas nas estruturas institucionais, pois estas não dão conta de transformar as relações manicomialis que a sociedade estabelece com a loucura. Como indica Bezerra (1992, p. 113) “a desconstrução do manicômio implica necessariamente reinventar não só a psiquiatria, mas – no limite – a própria sociedade em que vivemos”.

A Reforma Psiquiátrica traz, em seu bojo, a ideia de que o usuário dos novos serviços de saúde mental deve ser pensado como um ser singular, em que o sofrimento faz parte dessa singularidade, porém não é sua única e total referência (Engelman, 2007).

Esse aspecto é trazido em algumas falas:

[...] você vendo um ser humano que tem condições de sair daquela situação, tem condições de ter uma vida digna, e você dizer assim: ele não precisa só disso [medicação], ele tem essas outras coisas que precisam ser acrescentadas pra poder ter uma saúde, saúde mental não é só pegar medicação, tomar medicação... (T1i)

É importante que a pessoa volte a acreditar que ela não é a doença, a doença é a manifestação de um estado... Porque ela pode aprender a cuidar de si, com todo aporte... Então a gente carece disso nos serviços, de uma competência bem diferente. (D1)

Eu fui descobrir que existe uma parcela, muito pequena, mas uma parcela da sociedade que tem o transtorno mental como o centro da sua vida e que, através da participação nos serviços, essas pessoas começaram também a ter inserções sociais, vida política... (D2)

Essas falas reforçam a ideia de que o cuidado dirigido aos usuários dos CAPS deve sempre levar em conta a potência de vida existente nos

sujeitos, a potência de trilhar novos caminhos, alcançar novos objetivos, e criar novos desejos.

Resgatar este sujeito da vivência exclusiva da doença e dos encargos que esta traz é trazê-lo a uma nova constituição de vida que não se faz no entorno apenas do indivíduo, mas se faz no entorno da sociedade e da cultura que a rege.

Somente com o trabalho de construção de um lugar social real para esses sujeitos é que eles poderão dar liberdade aos seus desejos e realizar seus sonhos:

Eu quero sempre minha evolução, meu progresso, melhoria...
Quero ter vida social, vida afetiva, quero vida profissional.... (U4c)

Para a conquista desses desejos, o novo cuidado em saúde mental deve estar alicerçado em um novo conceito de subjetividade, em que a contínua reconstrução de identidades seja estimulada e que a ideia de produção, relacionada à dimensão transformadora, seja abraçada pela noção de sucesso prático, podendo ou não passar pela produção de bens (Ayres, 2001).

Longo caminho a ser trilhado... caminho que envolve mudanças de conceito entre os profissionais de saúde, mudanças sociais, políticas, econômicas, que somadas, irão refletir no cotidiano da sociedade (Pereira et al, 1999)

Assim, é preciso criar dispositivos, oportunidades e situações que auxiliem a descoberta de valores e potências silenciadas pela opressão da diferença. Esta constatação nos faz refletir sobre a necessidade de trazer para essa trama, novos fios, que componham desenhos criativos traçados em tantas mãos quanto forem possíveis se fazerem presentes.

A família, nesse caso, é um importante componente. Os serviços que trabalham na diretriz de ampliação da rede social de seus usuários devem estimular a inclusão dos familiares no cuidado, pois estes podem se constituir como uma grande parceria na ação de resgate social de seu familiar.

Na fala desse usuário entrevistado é possível perceber essa importância:

Minha mãe me bota asa, e me bota no mundo: 'você vai ser independente, vai ter sua própria vida, vai ter seu próprio dinheiro...' Eu quero ser assim. (U4c)

Porém, para além da constituição dessas parcerias, pesquisas têm revelado que as famílias também devem ser sujeitos de atenção nestes serviços, porque têm sofrimento e sobrecarga marcados em suas histórias de convívio diário com o transtorno mental (Koga, Furegato, 2002; Pereira, Pereira Júnior, 2003; Colvero, Ide, Rolim, 2004; Borba, Schwartz, Kantorski, 2008; Randemark, 2009).

Esses aspectos também foram evidenciados nas falas de nossos sujeitos:

Em casa ele é muito abusado, tem dia que ele é abusado... Mas eu sempre tenho paciência, eu tomo remédio controlado também... (F2i)

Quem tem filho, nessa vida que passa, como eu tenho o _____, é muito doloroso você ver o seu filho sentir como ele estava se sentindo. (F4c)

A gente trabalha com a família aqui [CAPS] e a gente tem o cuidado de estar atento a essa família porque a gente sabe que aqueles que cuidam de portadores de transtorno mental, eles tendem a adoecer. (T1i)

[...] ajudando as famílias no sentido de entender melhor o portador, seu familiar, e facilitando... diminuindo a dor e a dificuldade que os familiares experimentam ao lidar com os portadores. (T5c)

A gente percebe que os cuidadores, os que convivem com os portadores de transtorno mental eles são muito desgastados... (T6c)

Uma família que tem um familiar que passa por momentos muito difíceis no campo do comportamento humano, a família sofre demais, a família muda toda a dinâmica, muitas vezes ela funciona em função disso. (D1)

Face ao paradigma emergente no campo da saúde mental, constituído pelo modelo da desinstitucionalização, o cuidado com o familiar é um pressuposto básico para que os novos serviços consigam alcançar os objetivos almejados pela Reforma Psiquiátrica.

A substituição do tratamento no modelo hospitalar para o tratamento no modelo comunitário pode trazer mais sobrecarga para a família, uma vez que, diferente do distanciamento que a internação garantia nas relações familiares com a doença, nas novas propostas de cuidado o convívio com a doença se dá no cotidiano.

Dessa forma, o papel da família, junto aos novos serviços, não deve se limitar apenas ao de informante da história da doença do usuário. O sentido de constituir-se uma parceria com os familiares deve ser orientado para a ação de cuidar destes familiares, pois estes apresentam demandas das mais variadas formas: dificuldades com as situações de crise, com os conflitos familiares, com a culpa, com o isolamento social a que estão sujeitos, com o desconhecimento da doença, entre tantas outras questões (Colvero, Ide e Rolim, 2004).

Melman (1999), ao avaliar o cuidado com os familiares em um CAPS indica que, através da formação de grupos de atenção aos familiares, o cenário terapêutico se expande, permitindo múltiplas narrativas, criando pontos de contato, relações, linhas transversais para pensar os diferentes níveis de complexidade envolvidos neste processo, facilitando o aparecimento de uma nova clínica que estimula a produção de subjetividades.

Os grupos de escuta e atividades oferecidas por alguns CAPS aos familiares têm sido reconhecidos como importante ferramenta de apoio e suporte emocional, facilitando a participação no processo terapêutico. Embora tenha sido observado que este trabalho em grupo possui limites, à medida que não abrange a totalidade das necessidades sentidas pelas famílias, a participação da família nos eventos realizados com usuários dos serviços substitutivos deve ser vista e estimulada pela equipe profissional, como momento propício à integração da família com os usuários, profissionais e comunidade, pois, estes momentos podem ser utilizados como espaço promotor de relações sociais, fortalecedor das relações afetivas, contribuindo também com o rompimento de preconceitos (Oliveira, Ribeiro, Silva, 2010).

Trama complexa... tecida a várias mãos...

A complexidade gerada nas novas formas de cuidado exige que os serviços passem a incorporar toda ordem de contradições e demandas ao seu funcionamento, pondo em cena e problematizando o lugar que o cuidado em saúde mental deve estar: lugar de conflito, de confronto e contradição.

Nesse sentido, uma das contradições detectadas em nossa pesquisa foi nas falas da maioria dos trabalhadores entrevistados, que revelaram um significativo despreparo para a prática exigida no cotidiano dos serviços quando começaram a trabalhar nos CAPS:

Quando eu cheguei pra trabalhar no CAPS eu não sabia assim..., eu era pouco voltada à saúde mental, porque a minha questão era mesmo clínica [...] a inexperiência, porque as vezes eu não sabia identificar um... a gente vê os CIDs [Classificação Internacional de Doenças], e eu não sabia diferenciar CIDs. Então se era alcoolista, eu achava que tinha transtorno mental do mesmo jeito, estava todo mundo misturado... então botava na sala, pra mim, tinha transtorno mental, mas eu não sabia o que era o esquizofrênico, o que era o bipolar... até assim saber o que era um transtorno mental, um transtorno de personalidade, essa diferenciação não acontecia... (T1i)

A gente chega sem nenhuma preparação... Como é que eu vou lidar com esse paciente, como é que a gente deve fazer, minha gente? O que é que eu faço? Como é que eu falo com ele? Como é que eu abordo a família? Como é que a gente resolve essa situação? Então assim a gente vai adquirindo muita experiência com os colegas, mas não existe uma preparação... (T2i)

Infelizmente, o que a gente percebe é que os profissionais geralmente não são os mais capacitados. Assim, não é que não seja, é porque não tem experiência mesmo. O que eu tenho percebido nesse CAPS e conversando com as colegas de outros CAPS é que as pessoas não têm a menor experiência em oficina. Elas acham que oficina é fazer uma reunião, cada um perguntar o que está sentindo, pá, pá, e já terminou. (T4i)

Eu questiono muito porque a gente não tem uma preparação e isso vem do pessoal da limpeza até... eu não vou dizer aos diretores mas assim, do nível inferior, digamos entre aspas, aos técnicos, a gente não tem uma preparação pra trabalhar com CAPS... [...] Porque eu não tive uma preparação muito boa. Como eu te falei, estou aprendendo com eles, no dia a dia. (T6c)

Quando eu cheguei na Secretaria e que me disseram que eu vinha para um CAPS, foi surpresa pra mim porque até então eu sabia muito pouco, só na formação mesmo eu passei dois dias, mas eu não sabia quase nada. (T8c)

A falta de experiência e a ausência de formação específica para a atuação podem criar um distanciamento entre os sujeitos que ali trabalham e os pressupostos básicos da atenção psicossocial, alicerces tão necessários nos serviços de atenção à saúde mental, regidos sob a égide da Reforma Psiquiátrica.

Acrescida a estes aspectos, pudemos detectar também a forma como estes trabalhadores foram inseridos nos CAPS:

Eu passei num concurso público e entrei no município. E aqui, me jogaram pra cá, ninguém diz pra onde é que você vai... Foi saúde? Vai para o CAPS... [...] A gente não escolhe, não tem muito o que escolher pra onde vai... eu fui colocada. (T1i)

Eu acho que todo mundo... e realmente eu já me certifiquei com os profissionais, todo mundo que fica sabendo que vai pra trabalhar com saúde mental, toma um susto, eu também tomei esse susto, mas assim, sem saber como era o trabalho, sem saber como é que funcionava. (T2i)

O que acontece? 70% dos CAPS é assim: você passa num concurso e você tem que ser lotado em um lugar e o CAPS é mais

um lugar. Você tem que... que trabalhar. Foi assim comigo, entendeu, e me assustou muito essa possibilidade de trabalhar em saúde mental. (T6c)

A relação dos profissionais com seus locais de trabalho deveria estar apoiada em identificação com as propostas, desejos de contribuição, escolhas mútuas de parcerias reais. Na área da saúde mental, dentro dos serviços públicos substitutivos aos hospitais psiquiátricos acrescentamos a isso, compromisso político e ético com a proposta da desinstitucionalização. Nesta pesquisa verificamos que na maioria dos casos isso não ocorre, o que nos faz inferir que esta condição pode contribuir para o aparecimento de estresses, angústias e frustrações entre os trabalhadores.

Além disso, esse sentimento de não pertencimento à área da saúde mental ou a postura de descompromisso com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica podem resultar em ações prejudiciais ao serviço e, principalmente, aos usuários e seus familiares: oficinas que se estruturam somente em base do produtivo e não do que produzem concretamente sobre o singular de cada usuário; grupos que funcionam como espaços banalizados, sem clareza de seus objetivos e do seu significado para cada usuário; grupos de família em que os familiares são constrangidos a se exibirem na frente de outros em seus aspectos mais íntimos e doídos (Onocko Campos, 2001).

É importante nos atermos à subjetividade daqueles que tratam. Indagarmo-nos como eles são inseridos nos serviços, como eles se sentem trabalhando com o sofrimento psíquico grave, qual a sua disponibilidade para trabalhar de forma interdisciplinar com ações no território, na perspectiva da reabilitação psicossocial.

A resposta a essas questões pode explicar a diferença entre os serviços que colocam o sujeito como foco de suas ações e os serviços que colocam a doença como foco. Reconhecer esses entraves, aprofundar as reflexões sobre essa realidade na intenção de melhorar o serviço por meio

da qualificação de seus trabalhadores é fundamental para evitar posturas e condutas como a que Onocko Campos (2001, p.105) exemplifica tão bem:

Um usuário que muitas vezes está dissociado, e que o serviço contribui para dissociar ainda mais. Remédio é com o psiquiatra. Escuta é com o psicólogo. Trabalho é com o terapeuta ocupacional. Intercorrência clínica, outra: não é conosco. Surto? Vai ter que internar.

Interessante e animador notar que apesar das falas anteriores expressarem essa grave realidade, estes mesmos profissionais têm o reconhecimento de que é preciso estar inserido nas novas propostas de cuidado e, para isso, muitos apontam mudanças com o desenvolvimento de suas práticas e experiências:

Trabalhar com saúde mental não foi uma escolha, mas hoje é uma coisa muito gratificante porque eu me identifico com essa questão... a gente descobre as nossas próprias doenças, as nossas próprias neuroses...(T1i)

O que me motiva atualmente é realmente conhecer melhor essa política e contribuir, contribuir aqui com o município, na minha área, pra que realmente essa política funcione do jeito que tem que funcionar. (T2i)

O técnico em saúde tem que ter um perfil e tem que saber com o que você vai trabalhar. Porque não adianta uma pessoa que não queira, que não acredite na proposta do CAPS em saúde mental. (T3i)

Eu acho que é a primeira questão, ter profissionais comprometidos que podem não ter o saber, mas o saber se aprende, se aperfeiçoa. Agora o comprometimento ético ou você tem ou você não tem.(T4i)

A gente tem que estar motivado numa nova visão de assistência ao transtorno mental. Como eu aceito toda essa filosofia de trabalho acho que estou enquadrado nessa filosofia, nesse trabalho, nessa visão. Consequentemente, acredito nessa prática. (T5c)

Podemos supor que as falas expressas demonstram o desejo de mudanças internas para uma postura mais qualificada no trato com o usuário dos serviços que, muitas vezes, mesmo que descolada de um saber técnico, tem a intencionalidade de construção de práticas alternativas e substitutivas.

Foucault (2000), ao discorrer sobre a construção do saber, afirma que há saberes que são independentes das ciências, mas não há saberes sem uma prática discursiva definida. Nesse sentido, nossos entrevistados parecem estar descobrindo esse caminho na construção de seus saberes.

Outro fato importante que não devemos esquecer é que o próprio trabalhador desses serviços passa a demandar cuidado, pois como vem sendo evidenciado por vários pesquisadores da área, existe uma forte incidência de relatos de sofrimento, exaustão, medo, advindos de um cotidiano habitado por intensas demandas de cuidado (Scarcelli, 1999; Merhy, 2004; Vasconcelos, 2009)

As falas a seguir corroboram a ideia da necessidade de um olhar mais apurado sobre o trabalhador:

A gente se apoia muito um no outro justamente pra ninguém adoecer também, porque a gente se expõe muito, sabe, é um ambiente onde a gente se expõe, se expõe mesmo... (T1i)

A gente vê profissional adoecendo, não é porque quer... porque na hora que o bicho aperta adoecer mesmo, até porque a pressão aumenta, a diabetes aumenta, tudo aumenta... como um mecanismo de defesa mesmo. (T7c)

[...] a equipe também pode adoecer porque lidar com a questão do ser humano, lidar com a questão do conflito humano e da crise humana em relação ao conflito, exige da equipe, muito, muito, muito mesmo. (D1)

Se o trabalhador nos serviços não for fortalecido ele adoecer mesmo, então é preciso dar uma atenção especial a esse grupo de profissionais que se dedica à saúde mental. (G1)

As transformações do cuidado no novo contexto da saúde mental geram impasses, incertezas, conflitos e ansiedades sentidos cotidianamente

pelo trabalhador. A substituição da prática manicomial por uma prática ainda em formação produz sentimentos das mais diversas ordens.

Diferente das relações asilares, marcadas pelo distanciamento entre os profissionais, os pacientes e seus familiares, as relações estabelecidas nos serviços como os CAPS estimulam trocas intersubjetivas que produzem tensões.

Como explica Scarcelli (1999, p.196):

[...] o desconhecimento em lidar com pacientes psicóticos dentro da nova lógica antimanicomial, as dúvidas relacionadas à delimitação do espaço terapêutico e a própria formação do profissional apresentam-se como fontes de angústia. Angústia que pode ser entendida como encobridora dos conteúdos emergentes no cotidiano do trabalho como, por exemplo, o medo da loucura e de identificação com ela associado simultaneamente ao medo de perda da identidade profissional.

Aliado a estes aspectos podemos citar outros que têm sido apontados como fatores que dificultam o exercício da prática profissional: desvalorização da saúde mental enquanto área de trabalho; a existência de diferentes formações discursivas, as contradições ante a riqueza de criação e inventividade que os CAPS proporcionam e a falta de investimento que impõe limites e sobrecarrega o trabalhador; as formações profissionais que ainda seguem o modelo clínico-biológico, confrontando-se com a necessidade da prática na perspectiva da atenção psicossocial¹⁵ (Ribeiro, 2005; Nardi, Rammingier, 2007; Leão, Barros, 2008).

Merhy (2007a), ao referir-se à tristeza, sofrimento e exaustão relatados em equipes de trabalhadores de saúde mental propõe a instituição de arranjos autogeridos pelos trabalhadores, como parte de seus cotidianos, que lhes permitam reordenar esses sentimentos, abrindo oportunidades de

¹⁵ Alguns desses aspectos trataremos mais adiante no 2º eixo temático: Um novo desenho para um novo cuidado.

se ressituaem em relação a novas oportunidades e tomarem a alegria como indicador da luta contra esses sentimentos e como analisadora de suas práticas.

Apostar na construção de processos de trabalho que produzam cuidados para os usuários e cuidados para os cuidadores é vital, neste percurso. Permite vivificar o trabalho em saúde que aposta na construção da qualificação de vidas. (Merhy, 2007a)

Portanto, para que este novo cuidado possa ser reconhecido em posturas acolhedoras, escutas qualificadas, ações de inclusão e reabilitação, é mais que urgente a criação de dispositivos que gerem alívio e alegria também aos seus executores.

A construção de um trabalho comprometido com o cuidado de pessoas deve estar atenta à produção de cuidados não apenas em uma de suas esferas, mas sim, à criação de potencialidades internas que deem conta de suas várias ordens de necessidades e possibilidades na produção de subjetividades de todos os seus atores.

Através dessa passagem histórica é possível visualizar que, mesmo com toda a complexidade, contradições e entraves na transformação do cuidado em saúde mental em Alagoas, o trato com as pessoas que convivem com o sofrimento psíquico caminhou, e caminhou para uma direção muito melhor. Este avanço se deve ao esforço daqueles que lutaram e os que ainda lutam por estas mudanças, daqueles que acreditaram (e acreditam) e se permitiram (e se permitem) mudar, é fruto do esforço criativo de todos os atores envolvidos e comprometidos nessa nova trama, verdadeiros artesãos do cuidado...

Tecer e destecer incessantemente a noção do cuidado... Usar de todas as linhas em todas as suas cores... Linhas mais firmes e duras... sustentação... Linhas mais maleáveis e flexíveis... acolhimento...

5.2 SEGUNDO EIXO: UM NOVO DESENHO PARA UM NOVO CUIDADO

Este eixo trata da avaliação das ações concebidas dentro do espaço de exercício do novo cuidado, a partir da percepção dos sujeitos participantes da pesquisa. Este espaço de cuidado se refere, tanto às instituições da atenção em saúde mental, os CAPS no caso de Alagoas e outros serviços ligados a ele, quanto às entidades que supostamente permeiam o novo cuidado, principalmente as Universidades e as políticas que dão sustentação a essas ações.

A categoria **Pontos Fortes** deve ser entendida como as várias dinâmicas e ações que ocorrem no bojo desse novo cuidado, exercido nos CAPS, que o qualificam e o fortalecem.

A categoria **Pontos Frágeis** deve ser entendida como questões, dinâmicas e circunstâncias que aparecem no bojo do novo cuidado que o fragilizam.

A categoria **Nós Críticos** deve ser entendida como questões e circunstâncias paralisantes que permeiam as ações exercidas no bojo do novo cuidado.

5.2.1 Pontos Fortes

Um dos principais aspectos apontado como qualificador na caracterização do novo cuidado em saúde mental exercido em Alagoas, foi o fato de ele estar dirigido para uma política e prática de inclusão:

Essa é a construção de um sistema onde o sujeito, que é o paciente, que é do Sistema Único de Saúde, que é o usuário dos CAPS, a gente tem que incluí-lo, ele tem que estar dentro das propostas de inclusão social. (G1)

Eu acho que um ponto forte é essa questão do paciente ser tratado e ser reintegrado à sociedade, ser tratado fora dos hospitais psiquiátricos e essa necessidade de reintegrá-lo à sociedade, de não excluí-lo mais, de realmente tornar ele um cidadão, não é porque ele é louco, que ele tem uma doença, que ele vai ser excluído... eu acho isso um ponto positivo, certo? (T2i)

[...] o usuário que é atendido em CAPS, ele tem uma socialização melhor, ele mantém o contato direto com a família, não há o afastamento, as problemáticas são menores, entendeu? Há realização pessoal e profissional, onde a gente vê muitos serem inseridos onde eles antes não conseguiam porque antes se afastavam, ficavam muito tempo sendo internados ou não eram tratados e, junto com o CAPS, depois do apoio de todas as terapias e da medicação, sendo acompanhados diariamente, eles conseguem... reinserção. (T3i)

[...] todas as ações de você incluir o doente mental na sociedade, com as diversas formas de contar com as diversas instituições, você favorecer a inclusão social, a possibilidade de você quebrar toda essa contenção, de passar para a sociedade que ela tem que se transformar para entender o portador de transtorno mental. (T5c)

Porque a história da doença mental é uma história muito privada, o doente guardado, ou dentro do hospital ou na família. Então eu acho que ter o espaço público, ir pra o espaço público, isto é uma grande conquista. Poder falar, poder aparecer numa conferência de saúde, enfim, eu acho que sair de casa pra ir para o CAPS, parece uma coisa tão simples, mas eu acho que é uma grande conquista. (D2)

O tema da inclusão tem feito parte da política de saúde mental nos últimos anos, por evidenciar as contradições sobre as diferentes abordagens da assistência psiquiátrica (Silva, Barros, Oliveira, 2002).

O cuidado exercido nos CAPS tem este grande diferencial, pois como coloca no foco o sujeito e não a doença, deve ter o compromisso de oportunizar a inclusão de seus usuários nas diversas esferas de trocas no cotidiano da vida.

Mesmo se levarmos em consideração as dificuldades de inclusão de grande parcela da população de uma maneira geral, principalmente em um Estado como o de Alagoas, que apresenta índices de pobreza e analfabetismo tão significativos que acabam por excluir, não apenas os usuários de serviços de saúde mental, mas, grande parte da população, a inclusão acima referida faz parte de um conjunto de ações necessárias ao resgate de cidadania negada aos que, durante anos, foram excluídos de qualquer referência de sociabilidade.

É preciso entender que essa cidadania reivindicada pela Reforma Psiquiátrica não tem correspondência única com a cidadania perseguida pelos movimentos sociais - que buscam a mera concessão de direitos. Aquela a que nos referimos faz parte do conjunto do que Santos (2010) classifica como Novos Movimentos Sociais (NMSs) e incide na afirmação da subjetividade perante esta cidadania: suas formas de opressão e exclusão exigem uma reconversão global dos processos de socialização e de inculcação cultural e dos modelos de desenvolvimento.

Na pós-modernidade o cuidado em saúde mental, portanto, organiza-se em novos exercícios e novas formas de cidadania coletiva.

No contexto do CAPS o cuidado deve ser organizado para ir muito além de amenizar/tratar o sofrimento causado pela doença ou garantir direitos dos seus usuários, ele deve visar à criação de espaços de tolerância, modos de acolhimento e convivência, deve contribuir para que a

vida coletiva e as existências individuais sejam mais interessantes, abertas e criativas (Bezerra, 2004).

Nesse sentido, nossos entrevistados vão apontar como pontos fortes no novo cuidado o estabelecimento de novas relações e a construção de relações afetivas, que são facilitadas pelos vínculos constituídos no CAPS:

[...] a gente se apega, às vezes brincando, não machucando, com amizade, como aquela senhora, da diretoria, aquela baixinha, eu pego, chamo ela de madame [risos] e ela dá risada, tudo bem... Na realidade, eles tratam como se fosse... é claro que não pode ser... mas eles nos tratam nós como se fosse tudo por igual, entende? Isso eu sinto... (U1i)

E aqui eu tenho liberdade também de conversar com os meus colegas, com as auxiliares, com o, como é que se diz, o farmacêutico, que me atende muito bem é uma pessoa sorridente, que é o _____, me respeita, tudo bem... Aqui eu tenho mais liberdade. (U2i)

Aqui o tratamento é legal, é ótimo. Eu acho as pessoas muito bem, as pessoas me tratam bem, principalmente a minha doutora que ela é mesmo que ser uma mãe pra mim, a doutora minha... (U5c)

Estas falas parecem evidenciar que o fato do CAPS propiciar relações mais horizontais, mais democráticas, mais afetivas faz com que os seus usuários passem a experimentar sentimentos de inclusão, de pertencimento e, por conseguinte, de satisfação e liberdade.

A percepção positiva dos usuários para o estabelecimento das relações de afeto nos traz a importante informação de que o vínculo, a empatia, manifestações de carinho também são instrumentos que podem ajudar na atenção em saúde mental.

Esses instrumentos nada mais são do que dimensões não materiais do cuidado, aqui configuradas pelo encontro. O encontro dá espaço para o tocar, o sentir, o ouvir, o escutar; permite o acontecimento de várias coisas ao mesmo tempo, propiciando trocas afetivas dentro de processos relacionais reais. Encontros autopoieticos.

Merhy (2007b) lança mão da noção de autopoiese, termo emprestado da biologia, para compreender os vários processos constitutivos das ações nos encontros, como no caso da relação entre aquele que cuida e aquele que é cuidado. Denomina um encontro autopoietico aquele no qual ocorre, micropoliticamente, encontro de duas vidas, de três vidas, de quatro vidas, de n vidas, em mútuas produções. A autopoiese, portanto, é um movimento da vida produzindo vida.

O sentido de acolhimento e vínculo tem sido bastante discutido nas rodas de cuidado em saúde de uma maneira geral (Matumoto, 1998; Franco, Bueno, Merhy, 1999; Teixeira, 2003), e com significativa intensidade nas de saúde mental mais especificamente (Mangia et al, 2002; Silveira, Vieira, 2005; Barros, Oliveira, Aranha e Silva, 2007). Significados diversos vão sendo dados ao acolhimento percebido e ao vínculo referido pelos usuários dos CAPS por nós entrevistados:

Aqui o CAPS é como se fosse um escudo, um refúgio, isso é, pra quem tem problemas, então aqui é um esconderijo, ao mesmo tempo onde recebe a bondade, entende, recebe toda a assistência necessária, ou além da necessária... (U1i)

O CAPS me acolheu e eu em casa não tenho, como é que se diz, assistência assim, a respeito de fazer alguma comida e aqui tem o lanche, tem o almoço e estou bem, muito acolhido aqui. (U2i)

Eu moro só. Eu aqui tenho uma irmã, mas essa irmã toma conta do meu pai que sofre de derrame, ela cuida do meu pai, cuida da casa dela, não tem como cuidar de mim, que ela é uma só pessoa, então o CAPS que cuida de mim. (U2i)

Aqui, o sentido de acolhimento e vínculo parece permear a relação estabelecida também com o espaço estrutural que acolhe as necessidades dos usuários, espaço de refúgio, de conforto, de confiança.

Não queremos com isso dizer o contrário do que o acolhimento tem sido percebido pelos autores acima citados - atividade ou técnica exercida por profissionais para qualificarem a relação deles com os usuários ou a relação dos serviços com seus usuários. Apenas acrescentamos a ideia de que o sentimento de acolhimento também pode ser referido ao espaço

estrutural, mais um determinante para o estabelecimento de relações qualitativas de cuidado.

Portanto, os CAPS vão sendo reconhecidos por seus usuários como espaços que vão para além do tratamento, espaços que acolhem, espaços que possibilitam encontros afetivos e que suprem necessidades. Espaços de cuidado.

Um ponto... outro ponto... mais um ponto... muitos pontos... O desenho vai se formando... Pontos altos entrelaçando-se no tecer de afetos... Pequenos laços que vão dando sustentação à trama... pequenos gestos carregados de grandes significações, trocas que se tecem na naturalidade do cotidiano.

Como observa Maffesoli (2005, p. 57) “quanto mais o que se troca é minúsculo, mais essa troca favorece a proximidade” (Maffesoli, 2005, p.57).

A experiência cotidiana de construção de vínculos acontece dentro da estrutura dos serviços, mas deve ser sustentada e estimulada pelos trabalhadores através do estímulo de encontros que vão sendo tecidos por alteridade e produzem afetos.

Outro aspecto importante apontado é que os CAPS, por serem serviços abertos, possibilitam o desenvolver de potencialidades, o despertar de novos desejos e a inserção em novos contextos:

Desenvolvimento de potenciais, de habilidades, reconhecimento de limitações... A pessoa te tratar com isonomia, sabe? Igualdade... Como tem que ser. Não é porque você é diferente... (U4c)

[...] fazer ele [o usuário] ir mais adiante, vendo as possibilidades de reintrodução desse portador no mercado de trabalho, na profissionalização. (T5c)

[...] é a participação de pessoas nos serviços, na vida política, que a princípio, eu não tinha conhecimento... Pessoas que têm transtornos mentais, familiares, que eu não tinha essa percepção de que essas pessoas participavam, que elas tinham opinião, que elas interferiam. (D2)

O novo cuidado em saúde mental, ao contrário da negatividade atribuída aos sujeitos da assistência psiquiátrica no modelo asilar: sem bens, sem mensagens compreensivas, sem afetos (Kinoshita, 1996), trabalha em cima da singularidade e potencialidade dos sujeitos assistidos. Cria dispositivos e situações que facilitem a (re)descoberta de sujeitos que, devido à sua positividade ter sido reconhecida durante muito tempo apenas na sua dimensão de doente, estavam ocultos.

O lugar que este novo sujeito ocupa é o lugar de possíveis encontros, encontros que possibilitam diálogos, afetos, conhecimentos e reconhecimentos do outro, conhecimentos e reconhecimentos de si.

O efeito de um corpo sobre outro, em seu encontro, temos aí a designação da palavra afeto – fluxos que arrastam corpos para outros lugares: um devir (Rolnik, 1989).

Assim, estes novos sujeitos são chamados a reescreverem a sua história, ressignificando o seu papel social, encontrando caminhos de identificação, estabelecendo novas relações com a vida e, principalmente, com eles mesmos:

Eu vendo caneta, chaveiro, agenda telefônica, papel de presente, caixa de presente e aí vai... Aí eu trago aqui. O pessoal gosta muito. O meu trabalho é um trabalho bonito, todo mundo gosta e eu gosto de sorriso... Amo esse trabalho, eu amo esse trabalho mesmo, eu amo ele e eu pra conseguir esse trabalho todinho, do começo até o fim, eu lutei 30 anos... E ninguém toma. Só quem tem sou eu e eu tenho o meu e-mail que é _____ e aí vai pra lá e o meu nome está divulgado por todo canto... (U5c)

Nosso sujeito, em sua fala, imprime o sentido da Reforma Psiquiátrica: formulação de desejos, expressão de inserção, de participação, de reconhecimento e de protagonismo de sua própria história.

O cuidado que se pretende com este e outros sujeitos desejantes consiste em desenvolver ações que possibilitem tecer junto com eles novos caminhos, novas redes para os quais:

seus investimentos façam sentido, de tal modo que a subjetividade petrificada possa vir a vitalizar-se e o que era desejo despotencializado seja reativado, buscando fisgar nas suas próprias trajetórias elementos que possam eventualmente funcionar como componentes dessas redes; identificar focos suscetíveis de fazer a existência do [sofredor psíquico] bifurcar em novas direções, de modo que territórios de vida possam vir a ganhar consistência. (Rolnik, 2000, p. 91)

Sujeitos que, mesmo reconhecidos por suas diferenças, preservam desejos e criam possibilidades, envolvendo-se em diferentes situações na busca da concretização de suas histórias (Dalmolin, 2006).

Como já verificamos no eixo temático anterior, o cuidado no paradigma psicossocial é estendido à família, e ela é reconhecida como parte fundamental na atenção oferecida nos CAPS.

Os CAPS, em contrapartida, são reconhecidos por estes familiares como grandes parceiros na lida contínua e cotidiana com seus familiares portadores de transtornos psíquicos. O compartilhamento de responsabilidade no cuidado traz para a família o sentimento de alívio e diminuição da sobrecarga:

Esse povo 24 horas junto, em casa, não é fácil. Então, eles vêm aqui, passam o dia aqui... Sempre têm nos ajudado, repartido, no caso, meio por meio, sempre fica uma turma aqui e é uma grande ajuda que me dá em casa. Ai de mim se não fosse esse CAPS abençoado... (F1i)

Eu acho melhor aqui pra ele, porque eu saio assim, tem uma coisa pra fazer, eu vou fazer porque eu sei que ele está aqui... Em casa não... Eu saio avexada, fazer uma coisa avexada pra ter cuidado nele, em casa. (F2i)

Eu gosto do pessoal que toma conta dele... porque às vezes eu deixo, e o pessoal diz: deixe ele aqui que a gente toma conta, tal... Aí eu vou resolver uma coisa, resolver outra... (F3c)

O que o CAPS representa pra mim é uma coisa muito boa, porque pelo menos eu posso arrumar um emprego, deixar meu filho aqui e saber que ele está seguro. (F4c)

O fato de os CAPS representarem um lugar seguro, um lugar de tratamento que acolhe as necessidades dos usuários e também de seus

familiares pode potencializar as suas ações, estimulando novas formas de vínculo.

Ao acolher as necessidades da família dos usuários, ao dar espaço para que ela também seja percebida em sua subjetividade, o CAPS se traduz como terreno confiável, lugar de alívio. Com isso, permite que esses familiares possam escapar da lógica psiquiátrica, que tem como a internação a única via de alívio.

Para que este espaço possa agir nessa potência esperada é preciso que as pessoas que o fazem existir como espaço terapêutico, de acolhimento, de cuidado, ou seja, seus trabalhadores estejam afinados com essa força de recursos.

Para alguns de nossos entrevistados essa força só é possível através do uso de novos instrumentos de trabalho, tais como:

No serviço do CAPS o paciente tem contato direto com todos os profissionais que fazem parte do serviço, tem contato com o psiquiatra... eu acho que a gente tem como enxergar melhor esse paciente, a gente tem como entendê-lo melhor, a relação também dos profissionais com a família ficou mais estreita, então facilita muito na questão do trabalho, do acompanhamento desses pacientes... (T2i)

Eu acredito que seja uma equipe, uma equipe que tenha uma integração, que realmente todos falem a mesma língua na questão da proposta, que todos tenham o mesmo olhar, é onde a gente hoje usa a questão do acolhimento, a porta de entrada, isso é um ponto forte do CAPS... porque isso é em qualquer lugar... Quem é que não quer ser bem recebido? Ser acolhido? Ser entendido? (T3i)

Eu usufruo da equipe, da forma de trabalho da Reforma Psiquiátrica, quando atuam-se diversos profissionais da área de saúde, obviamente trazendo benefício para o paciente. Eu me situo como participante dessa nova visão porque aceito essa interdisciplinaridade. (T5c)

Nós estamos trabalhando em equipe multiprofissional. Ela pode não ser interdisciplinar, é diferente, mas é multiprofissional. E a saúde mental ela tem essa prerrogativa que enquanto nas outras áreas da saúde não é tão fácil, não digo fácil, não é natural, não se tem a cultura ainda da multidisciplinaridade e nós temos, da multi e até da interdisciplinaridade, nós já temos isso... Isso precisa ser mais aprimorado, lógico, mas os profissionais tem uma conversa, tem aquelas reuniões de serviço e tudo, quer dizer, há uma atuação multiprofissional e isso é ponto forte. Um outro ponto

forte que eu acho que a família participa, a família é chamada a participar do cuidado, eu gosto disso, eu gosto muito disso, a família ela é considerada como protagonista também do processo, do cuidado e do tratamento. (D1)

O novo cuidado em saúde mental fornece aos seus trabalhadores um arcabouço de novas tecnologias. O trabalho em equipe, a interdisciplinaridade, as técnicas de acolhimento, a aproximação com a família, entre outras que foram citadas por nossos entrevistados como pontos fortes no cuidado.

O campo psicossocial pressupõe ação integrada da equipe de trabalho, baseada em princípios de solidariedade, acolhimento, cooperação em torno da produção de saúde e cuidado compatíveis com as necessidades dos usuários (Silva, Fonseca, 2005)

A matéria-prima para se trabalhar as novas práticas de saúde é o cotidiano das relações entre os profissionais e os usuários. Os saberes acumulados pelas diversas áreas compostas em um serviço enriquecem a prática de seus trabalhadores e os habilita para uma abordagem integral do usuário em todas as suas dimensões – biológicas, sociocultural, psicológica entre outras (Merhy, 1999).

Nesse momento, vale nos aprofundarmos nas ideias que Merhy (2002) desenvolve sobre os trabalhadores de saúde, seus saberes e fazeres tecnológicos. Primeiramente, o autor afirma que a finalidade de qualquer ação em saúde é produzir o ato de cuidar; para tanto, as tecnologias de saúde que produzem o cuidado são configuradas a partir de arranjos entre dimensões materiais e não materiais do fazer em saúde. Estas dimensões se expressam em terrenos tecnológicos que Merhy denomina de leve, leve-duro e duro.

Para entender melhor essas tecnologias do cuidado, Merhy (2000) usa a ideia do encontro do médico e o usuário e a noção das suas valises como caixas de ferramentas tecnológicas necessárias para a produção do cuidado nesse processo de interseção. A valise da tecnologia dura está

vinculada à sua mão e cabem materiais concretos, tais como estetoscópio, ecógrafo ou, para aproximarmos a discussão para a área da saúde mental, o remédio, por exemplo. A valise da tecnologia leve-dura está vinculada à sua cabeça e cabem saberes bem estruturados como a clínica e a epidemiologia ou, mais especificamente, na saúde mental, podemos pensar na diferenciação diagnóstica. Finalmente, a valise da tecnologia leve, presente no espaço relacional entre trabalhador e usuário, que se distingue por possuir materialidade apenas em ato e estar implicada na produção das relações entre dois sujeitos, em saúde mental podemos pensar nos encontros que ocorrem entre profissionais e usuários.

Ainda a respeito dos processos produtivos em saúde que se realizam em ato na interseção do profissional com o usuário, Merhy (2000, p. 111) afirma:

Este é um espaço ocupado por processos produtivos que só são realizados na ação entre os sujeitos que se encontram. Por isso, estes processos são regidos por tecnologias leves que permitem produzir relações, expressando, como seus produtos, por exemplo, a construção ou não de acolhimentos, vínculos e responsabilizações, jogos transferenciais, entre outros.

Esta explanação nos serve para compreendermos a importância do uso das tecnologias leves em processos de cuidado usuário centrados. No caso dos cuidados nos CAPS, o produto dessas tecnologias leves são também os encontros que devem ser percebidos como atos de cuidado contínuos, encontros de profissionais com usuários, de usuários com usuários, de profissionais com familiares, de familiares com usuários, de profissionais com profissionais.

As falas abaixo ilustram esta importância:

[...] as vezes tem alguma reação, alguma coisa, e a gente volta, e conversa e a médica já muda pra outro medicamento... (F1i)

Então nessa nova missão seria o fato do doente mental ser mais ouvido e os trabalhadores de saúde mental não se acomodarem simplesmente, por exemplo, em retirar o paciente da crise. (T5c)

Na Saúde Mental, tem um elemento muito interessante que é o fato desse sujeito poder estar nesses espaços, poder dizer o que quer, poder ter uma opinião sobre. (D2)

São nos encontros que são conhecidas as necessidades, as demandas, os desejos, as opiniões daqueles que devem estar na centralidade do cuidado.

A percepção dos profissionais sobre a importância do uso destas novas tecnologias pode fazer com que os serviços ofereçam cuidados mais efetivos, voltados para o alívio do sofrimento, a produção de subjetividades individuais e coletivas, a produção de sociabilidades e, por fim, cuidados que potencializem os coletivos por eles atendidos.

Caminho não tão fácil, principalmente porque ainda é bastante novo para estes profissionais pensar nessas novas proposições. O crescimento desses serviços com estas características em Alagoas é muito recente e, por isso, seus profissionais ainda estão tentando descobrir caminhos de intervenção.

Como vimos anteriormente, o avanço quantitativo dos CAPS é um fato ocorrido nos últimos cinco anos. Esta expansão é apontada pelos entrevistados como um ponto forte, de avanço, na avaliação do cuidado exercido:

Estamos na luta, no desenvolvimento da política do Estado de Alagoas, acho que a gente avançou, nós avançamos bastante, ainda precisamos melhorar a qualidade dos serviços, eu tenho observado isso, a equipe como um todo... É aquela história, enquanto antes tínhamos 7 agora estamos com 46 [CAPS] habilitados, temos alguns que ainda estão no Ministério para serem liberados os incentivos mas, acho que até o final do ano a gente fecha com uns 50, eu acho. (G2)

A Reforma chegou aqui no Estado de Alagoas e os serviços foram aos poucos sendo criados e de certa forma ampliaram a cobertura à população do nosso Estado. G3)

Primeiro ponto forte é que nós estamos nos desinstitucionalizando. Nós temos CAPS já! Temos 47 CAPS.(D1)

Nesses cinco anos uma coisa que me chamou a atenção foi o crescimento dos serviços, de serviços fora do hospital. Foi isso inclusive o que me puxou pra a Saúde Mental, foi a pesquisa pra avaliar esses serviços, e aí foi que eu fui realmente perceber que esses serviços já existiam.(D2)

A expansão é entendida por nossos interlocutores como uma conquista, principalmente por significar acesso ao cuidado no território. O aumento significativo dos CAPS no interior do Estado possibilitou ofertar assistência em saúde mental fora dos hospitais psiquiátricos e no território em que estas pessoas estão inseridas:

O grande avanço é você ter os serviços no território, isso é um avanço muito grande... onde o usuário não sai do seu território, tem um serviço que ele pode procurar no seu território, ele pode até vir a sair, caso haja necessidade, porque anteriormente todos eles vinham para o hospital psiquiátrico ou para os ambulatórios de Maceió, então eles eram superlotados ou então os hospitais superlotados e com esse avanço dos serviços e na ampliação houve uma diminuição real de usuários virem à procura de Maceió. (G2)

Hoje a gente tem serviço em praticamente 50% dos nossos municípios, o que é muito, há 5 anos atrás a gente só tinha serviço em 5 municípios.(G3)

Até então os CAPS aqui de Maceió eles atendiam praticamente o Estado de Alagoas, tinha muito usuário do interior aqui e essa demanda ela foi enviada para o interior. (T8c)

Eu acho que por pior, por mais frágil que sejam os serviços, e muitos deles são, eles tem que ser defendidos com esse princípio, de ser público, de ter um acesso universal, de existir nos territórios, de chegar a municípios distantes da capital, eu acho que essa é uma conquista muito grande. (D2)

A grande abrangência de CAPS no interior, eu acho que o interior do Estado tem muita vivência de cuidado e de acolhimento nesse período, até mais do que a capital que eu acho que está faltando ainda, mas eu acho que foi o Estado ter abraçado essa ideia e ter ido em frente, 'vamos cuidar, vamos abrir serviços', [...] eu acho que foi isso, foi a cobertura, a ampliação da cobertura, agora a gente tem que cuidar da qualidade dessa ampliação. (D3)

O reconhecimento desse avanço quantitativo deu uma nova direção a essa conquista, fortalecendo campos gestores e incentivando a implantação de novas políticas, tanto em nível regional como em nível nacional:

a Coordenação [de saúde mental] passou a existir dentro do contexto da Secretaria de Saúde, passou a ser valorizada como um serviço que está em funcionamento e, um outro ponto, foi o Ministério da Saúde, a Coordenação Nacional reconhecer Alagoas como um Estado importante dentro da saúde mental, do contexto de rede.(G2)

[...] nós temos uma Coordenação Estadual de Saúde Mental ativa, atuante; uma Coordenação Municipal de Saúde Mental também ativa e atuante, e elas conversam entre si. Isso é forte.[...] outro campo forte é que nós já temos uma Política de Atenção à Saúde Mental à pessoa com uso de álcool e outras drogas já desenhada, instituída e já aprovada enquanto política; agora, a efetivação é outra coisa, mas ela já existe. (D1)

[...] esse ano agora de 2010/2011 estão sendo implantados vários outros serviços de atendimento à pessoa que tem dependência de crack, os consultórios de rua, as capacitações foram oferecidas agora, e assim... a gente está sempre sendo chamado para encontros, fóruns, assembleias pra redigir documentos falando das dificuldades e como a gente pode responder melhor à saúde mental dentro de Alagoas.(T8c)

Esse novo direcionamento acabou por estimular a entrada de novos atores e novas ações com repercussão positiva para os avanços qualitativos:

Acho importantíssimo o avanço dos gestores [dos municípios onde os CAPS foram implantados], é muito importante, eu não sei se eles entenderam a questão da política, mas as negociações para a montagem dos serviços, a aceitação foi assim, sem muita dificuldade, foi impressionante. Os gestores assumiram mesmo, mesmo a gente colocando o investimento que eles teriam que fazer e tal. (G2)

Outra coisa também enquanto campo forte é porque nós temos a supervisão clínico-institucional. Ela precisa ser ampliada em todos os CAPS, mas enquanto já existente, já se constituiu como uma proposta, por enquanto financiada pelo Ministério, mas ela precisa ter a parte do governo local também investindo nesse equipamento, nessa ferramenta de monitoramento. (D1)

Tem um outro processo importantíssimo que está acontecendo, que faz parte do crescimento da rede, que é a habilitação dos dois CAPS do Portugal Ramalho, que eram considerados como se fossem CAPS, mas na realidade não eram pois eram pertencentes ao Hospital. (G2)

Por esse trabalho ter um compromisso com a história, nesse momento se faz necessário pontuar que esse processo de habilitação dos

CAPS do HEPR, citado nessa última fala, também foi fruto do ingresso na luta de um importante ator, o reitor da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas da época, André Falcão Pedrosa Costa, e sua compreensão sobre a necessidade de transformação no cuidado em saúde mental exercido nas unidades geridas pela Universidade.

Após visita técnica à Universidade de Turim, em junho de 2009 para conhecer as práticas executadas por aquela Universidade na área de saúde mental e assinatura de convênio interinstitucional, acompanhado por mim e pelo Pró-Reitor de Pós-Graduação e Pesquisa, Pedro de Lemos Menezes, o reitor compreendeu a importância de a Universidade apoiar o discurso e a prática da desinstitucionalização.

Ao retornar ao Brasil, após criar o Núcleo de Saúde Mental da UNCISAL, decide em conjunto com os profissionais engajados no movimento de apoio à ampliação dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, transferir a gestão dos 2 CAPS – que era exercida pelo HEPR - para a gestão direta da UNCISAL.

Infelizmente, o momento em que essas ações estavam sendo aplicadas também foi o momento de transição de sua gestão e, devido a isso, esse processo não pôde ser finalizado naquela época, sendo retardado por quase 2 anos, efetivando-se apenas no final de 2010.

Escrever sobre essa trajetória é tecer a história de muitos acontecimentos que vão ocorrendo concomitantemente. Por ser um processo, a reestruturação do cuidado em saúde mental em Alagoas se configura como movimento contínuo. A abertura de novos serviços, entrada de novos atores e o exercício de novas ações acabam por trazer situações ainda pouco conhecidas. É fundamental o entendimento de que não se pode simplificar fatos dentro de uma conjuntura tão complexa quanto essa que estamos tentando delinear.

Assim, falas como essa:

[...] um secretário de saúde de um município do interior comentou comigo: 'eu nunca pensei que no meu município tivesse tanto louco...' (G2)

Ou como essa:

[...] apesar da rede de CAPS ter aumentado, os hospitais de uma certa forma continuam sempre lotados. (G3)

Podem querer dizer muitas coisas. Alguns de nossos entrevistados refletem sobre essas questões levantadas nas falas acima e tentam explicar o aumento da demanda por cuidados em saúde mental, sob a perspectiva de quem vive o processo de transformação do cuidado no dia-a-dia, dando a este fato uma perspectiva positiva:

[...] a gente viu que tem mais internações exatamente nos locais onde tem CAPS e o _____ [psiquiatra de um CAPS] levantou uma ideia que eu achei interessante, ele disse: 'olhe, esse ruim pode ser bom, porque pode ser que se esteja descobrindo mais casos de transtorno mental que ficavam escondidos, porque antes do CAPS não tinha referência, as pessoas não tinham a quem buscar, e agora, como tem o CAPS, de uma certa forma o CAPS descobre e é uma realidade'. [...] a propaganda corre boca a boca: 'olha, naquele lugar ali a gente pode pegar o remédio, tem um psiquiatra, tem um psicólogo, onde tem tratamento pra questão da doença mental...' (G3)

Havia uma demanda que estava reprimida, que existia e existe mesmo com os hospitais funcionando com um grande número de leitos, acho que foi a ampliação da cobertura que revelou essa demanda, foi a abrangência de serviços pra lidar com toda essa demanda... agora a gente tem que cuidar da qualidade dessa ampliação. (D3)

Não tem mais volta. A abertura dos serviços marcou esta outra realidade, as pessoas estão descobrindo que a loucura tem tratamento, que não é mais preciso ter vergonha, é preciso cuidar. (G1)

Não há mais volta... o cuidado de que tratamos aqui é este cuidado que não esconde o sujeito atrás da loucura ou, ainda pior, atrás da doença,

ao contrário, o cuidado de que tratamos aqui revela o sujeito em suas diferenças para conhecê-lo em toda a sua potência.

5.2.2 Pontos Frágeis

O primeiro aspecto importante considerado por nós como ponto frágil na estruturação do novo cuidado é a visão dos usuários sobre o que eles fazem no CAPS. Ao serem indagados sobre o tratamento e atividades que realizavam durante o tempo que passavam no CAPS, pôde-se perceber que, além dos espaços serem muito pouco ocupados, a visão das práticas grupais realizadas é compreendida como ocupação, atividade feita para a distração ou entretenimento:

Faço... Faço os tratamentos, assisto televisão, aí quando tem desenho eu vou lá fazer alguma coisa... Tem assim, tempo de festa, tem carnaval, tem viagem pra Maceió, nós já fomos, e... tudo bem... (U1i)

Eu passo o dia mais deitado... tem uns colchões... é, mas quando tem atividade, eu vou fazer, quando vem a terapeuta, eu vou fazer... (U2)

Às segundas feiras eu faço acompanhamento individual com a psicóloga a cada 15 dias e todas as quartas, é grupo: hora é com a terapeuta ocupacional, hora é com o professor de Ed. Física, fazer atividade física, jogar bola... (U3c)

Tem a terapeuta, tem as meninas que têm trabalho com a gente, tem bingo, tem várias brincadeiras. Eu gosto também de bingo eu... eu gosto de bingo, acho importante, esportivo, a pessoa fica alegre, ganha aquele presente, a pessoa fica alegre, é muito legal... (U5c)

Apesar de percebermos que, na perspectiva dos usuários, as atividades desenvolvidas são avaliadas como momentos bons, de ocupação do tempo, de constituição de amizades, as falas apresentam pouco entusiasmo e não fazem conexão com qualquer trabalho de reabilitação ou superação.

Abaixo destaca-se a fala de um usuário que expõe o que sente ao participar das atividades oferecidas:

Não tem muito... Não tem uma novidade... O cara anseia por novidades, aí quando chega no dia, se sente frustrado. (U3c)

Dell'Acqua e Mezzina (1991, p. 68)) há vinte anos atrás já afirmavam que o uso do tempo, tanto por parte do usuário do serviço, quanto por parte de seus trabalhadores, “pode se tornar um fator tático fundamental no projeto de intervenção”.

Pesquisas desenvolvidas nos CAPS têm, de uma maneira geral, considerado o espaço grupal e as oficinas, como espaços ricos, potencialmente criativos e que operam na direção da Reabilitação Psicossocial (Lappann-Botti, Labate, 2004; Ribeiro, 2005; Campos et al, 2008)

Porém, há a necessidade em apontar que muitos desses espaços precisam de reformulação, no sentido de ofertar espaços terapêuticos e de reabilitação que respondam às necessidades e desejos reais e não sejam ofertadas apenas como preenchimento de um tempo ocioso ou, mesmo, atividades que, tendo o objetivo reabilitador, são formuladas para atender às necessidades institucionais e não às necessidades singulares de seus participantes.

No caso de Alagoas, acreditamos que os CAPS estão aproveitando de forma precária, a estratégia de grupo, pois em nossas visitas pudemos perceber longos espaços de tempo ociosos dos usuários, poucas propostas de atividades grupais ou oficinas terapêuticas direcionadas para as necessidades dos usuários e poucos profissionais envolvidos nessas atividades.

As falas abaixo corroboram a nossa avaliação:

Às vezes, a própria equipe se questiona, será que o que a gente está fazendo facilita a ressocialização ou a gente está também num serviço interno, funcionando como hospital onde a gente só dá o remédio, escuta o paciente e pronto. E não faz mais nada por ele... (T3i)

[...] eu ainda estou triando pacientes todos os dias e os grupos não funcionam. Só temos o grupo da TO. Pela falta dos profissionais saberem fazer grupo. Então hoje é um dia histórico aqui. Hoje nós vamos definir pela terceira vez o que cada profissional tem que fazer. Os horários dos profissionais; os horários reais. Não me interessa se ele vem tal dia, mas o que é que ele vai fazer nesse horário? Ele vai evoluir que horas? Ele vai atender oficinas que horas? E esses grupos e oficinas, vão ser de quais temas? Então isso teria que estar num quadro negro, hoje em dia, quadro branco na parede, onde todo mundo saberia... Eu chegaria no CAPS ou qualquer um chegaria, olharia e falaria: bom, essa semana vai ter oficina disso, disso e disso... Que isso faz parte de uma técnica de territorialização. (T4i)

Penso que o CAPS poderia dar mais, podia ter um tratamento melhor para o paciente, mais singular, não sei se é por falta de tempo, de capacitação ou falta de disponibilidade nossa, profissionais, às vezes o paciente é visto de forma massificada, fala-se que no CAPS tem que ser trabalho em grupo, só que às vezes a gente confunde, bota lá no grupo e não vê a singularidade de cada um, não tem um grupo direcionado para aquele usuário, então eu acho que a gente ainda está numa fase que precisa amadurecer mais, tratar o usuário de uma maneira mais diferenciada. (T7c)

[...] a gente percebe uma diminuição quantitativa de atividades, a gente tem dados para comparar, tem CAPS que já teve mais atividades com os usuários e isso diminuiu, mas não é só a questão da quantidade, é a questão mesmo de que cuidado é esse. [...] Hoje a gente está indo para o CAPS e, já tem uma história. E afinal, o que está sendo feito? O que mudou de lá pra cá? São as mesmas atividades? Outra coisa também que a gente percebeu, a gente tem um quadro comparativo, exatamente as mesmas atividades que o CAPS nos mostrou em 2006, são exatamente iguais... Mas a realidade não mudou? O que é que aconteceu com esses usuários? Eles estão há 6 anos, 6 anos depois, como é que o CAPS pode estar fazendo com esse usuário exatamente a mesma atividade? (D2)

As atividades grupais, principalmente as oficinas, são consideradas primordiais tanto como elemento terapêutico, quanto como promotoras de reinserção social (Figueiredo, Costa, 2004). Elas devem ser entendidas como dispositivos clínicos que têm em sua essência a referência de articulação da dimensão sociopolítica com a dimensão da subjetividade e

possuem uma dimensão ética que as regulam operacionalmente (Guerra, 2004).

Portanto, as atividades grupais não devem ser utilizadas apenas com o objetivo de ocupação ou exigências estéticas ou de produtividade, muito menos como agrupamentos de pessoas sem objetivos claros do por que se está ali e o que se pretende com isso. A dimensão ética e o compromisso de seus trabalhadores com esta dimensão é que vão determinar se este espaço pode ter o potencial criador e se transformar concretamente em potencializador de vida ou se ele é simplesmente um espaço regulador, normatizador, que molda seus participantes segundo os desejos dos profissionais responsáveis ou as necessidades institucionais – a história da psiquiatria tem exemplos incontáveis desse último uso.

Como Saraceno(1996, p.16) ilustra:

Não necessitamos de esquizofrênicos pintores, necessitamos de esquizofrênicos cidadãos, não necessitamos que façam cinzeiros, necessitamos que exerçam a cidadania. O que não quer dizer que uma etapa para reconstrução da contratualidade passe por teatro, por artes plásticas, por fazer cinzeiros, passe por, não termine em.

Outro fato que pudemos detectar em nossa pesquisa, ainda em relação aos espaços de oficina terapêutica, é o entendimento de muitos trabalhadores que estas atividades, desenvolvidas nos CAPS, devem sempre estar sob a responsabilidade do terapeuta ocupacional (TO), desobrigando os outros profissionais de entender e fazer uso dessa estratégia:

A TO é maravilhosa, ela tem experiência, ela sabe fazer, mas é a única que faz oficina. Quer dizer, a única oficina é com ela. (T4i)

Tem essa expectativa da equipe, da direção, que a TO vai resolver a questão da ociosidade do CAPS, isto é muito complicado porque é como se só a TO pudesse fazer as oficinas... (T6c)

Esses profissionais, que se distanciam do uso clínico e reabilitador das oficinas, precisam entender que nesses espaços devem estar envolvidos profissionais de diversas origens, que não há corrente teórica específica, mas um compromisso de propiciar aos usuários uma gama de experimentações sociais que possibilitam vivências diversificadas de ser e estar no mundo (Galletti, 2001). Sua prática favorece uma plasticidade que permite conexão com saberes vizinhos e, portanto, é essencialmente transdisciplinar (Ribeiro, 2009b).

Ao nos aprofundarmos mais sobre a questão da escassez de atividades oferecidas nos CAPS, emergem outros fatores que parecem responder, em parte, algumas razões desse fato.

Muitos profissionais falaram sobre a falta de tempo na dedicação do cuidado oferecido, o que justificaria a fragilidade apontada nas condutas realizadas nos CAPS:

[...] a fragilidade é da organização do serviço porque os profissionais passaram a ter *n* ocupações e eles têm tempo limitado dentro da instituição CAPS, e é um serviço que precisa uma dedicação, de uma dedicação de dois horários, todos os CAPS deveriam ser 40 horas para todos os profissionais, mas com um salário digno desse trabalho. (G2)

Porque é muito simples pra eu evoluir sozinha, mas não é resolutivo, não adianta nada, entendeu? Não é proposta pra o paciente, não é do CAPS... Se eu quero fazer desse paciente o melhor possível, eu tenho que evoluir em grupo. Mas não temos tempo. (T4i)

[...] não há tempo para se fazer um atendimento mais apurado, a questão não é institucional e sim pessoal [...]. (T5c)

Essas falas ilustram como a falta de tempo traz consequências bastante graves no serviço. Muitos trabalhadores percebem que o pouco período que passam no CAPS é em função dos baixos salários oferecidos e da consequente necessidade de ter muitos vínculos de trabalho. Desse modo, verifica-se que a carga horária contratada é diferente da carga horária cumprida:

[...] os profissionais passaram a ter o olhar pra outras questões profissionais, a questão da sobrevivência, pra você estar em 3 ou 4 empregos correndo, isso também não fortaleceu. (G2)

Eu gostaria de ter disponibilidade de tempo... Por que eu não tenho disponibilidade de tempo? Porque não pagam pra isso... (T4i)

[...] o médico acaba tendo muitos vínculos e não consegue estar junto das ações do CAPS por ter outros empregos... (T5c)

Outro ponto fraco: muito mal pagos os nossos profissionais, muito mal pagos mesmo. Eu estava conversando com um profissional médico e ele disse que lá em São Paulo, ele trabalhava num dos CAPS, que ele só precisava trabalhar em um serviço. Ele ia de segunda a sexta no serviço e tinha uma tarde, me parece, que era uma tarde pra ele e isso é importante na Saúde Mental, e outra tarde era para laudos, essas coisas, lá no próprio serviço. Ele disse que não precisava fazer mais nada: 'agora aqui em Alagoas, em Maceió, eu estou trabalhando em vários lugares e eu não consigo ter financeiramente o que tinha lá e eu não consigo manter a família como eu preciso, como eu necessito...' E a gente vê isso na Enfermagem, a gente vê isso na Terapia Ocupacional, vê na Nutrição, no Serviço Social, vê em todas as áreas, no Educador Físico... Então, a forma, o pagamento também eu acho que é extremamente absurdo, aí fica como é que vai se cobrar? Por exemplo, psiquiatra, nós temos carência de psiquiatras. Um psiquiatra deve estar cobrando entre 200 a 400 reais uma consulta particular. O mesmo psiquiatra que atende na rede privada é o mesmo que atende na rede pública em Alagoas, são os mesmos. Que estímulo no sentido financeiro se tem para se dedicar aos CAPS? Isso precisa estar sendo revisto... (D1)

A existência de outros vínculos empregatícios pelos trabalhadores, na mesma equipe, gera insatisfações de várias ordens e dificuldades gerenciais. O trabalho em equipe fica prejudicado:

[...] porque profissionais que ficam muito pontualmente, pingando, ninguém se encontra, aí realmente... eu acho esquizoide, não tem como se discutir paciente e isso acontece. Isso é um viés seriíssimo dos CAPS em Alagoas. [...] Eu acho que a equipe mínima, ela é mínima demais. Além de ser mínima demais, ela não cumpre a carga horária da equipe mínima. (T4i)

Acho que essa falta de tempo muitas vezes é porque a equipe não fala a mesma língua, os interesses são diferentes da equipe, a visão que um tem dos usuários do CAPS é diferente da visão que o outro tem, na hora que a situação aperta, que a gente não dá conta, a gente quer que interne mesmo. (T7c)

[...] os interiores tem que fazer alguns acordos, de trabalhar poucos dias, a gente sabe que na prática isso acontece, aí também atrapalha as relações no trabalho [...] (D3)

E o cuidado recebido fica ainda mais frágil:

Quando é que o paciente vai ser prioridade? Quando o técnico souber o que fazer com cada paciente. Que a prioridade é o paciente: não é o papel que eu preencho, não é quem evolui, não evolui... A prioridade é o paciente. E para o paciente ser prioridade, eu tenho que ter tempo de atender, evoluir, atender, evoluir, discutir, atender, evoluir, discutir em grupo... Com a carga horária que a gente desenvolve aqui em Alagoas, eu acho que não tem condições. (T4i)

[...] ainda o usuário não é o centro, ele precisa se tornar o centro da atenção, ele ainda não é. Eu vejo até pelas escalas, como é que essas escalas dos profissionais são feitas para facilitar o próprio profissional que tem vários empregos, a gente não está aqui criticando ele, a gente só está retratando uma realidade. (D1)

Porque eu acho também que está cada um vendo o cuidado do seu ponto de vista, até oferecendo um cuidado, mas fragmentado, entendeu, sem diálogo, sem estar prestando atenção na realidade do usuário. (D2)

Na capital do Estado as equipes têm estrutura um pouco mais definida, uma vez que os trabalhadores, em sua maioria, são concursados, porém, no interior, parte dos trabalhadores é prestadora de serviços, outra parte é comissionada – o que significa indicação política - e uma pequena parte é concursada. A inexistência de plano de cargos e salários e isonomia ocasionam alta rotatividade, pouco vínculo e desmotivação no trabalho. Nossos entrevistados percebem o efeito prejudicial dessa situação:

A gente tá vendo os profissionais muitas vezes desmotivados a trabalhar... é... às vezes o descompromisso eu acredito de alguns profissionais que querem trabalhar um dia e com esse dia fazer vínculo terapêutico, eu nunca vi uma coisa dessas, às vezes a gente está no CAPS a semana inteira, de segunda a sexta e a gente não consegue estabelecer um vínculo dependendo do usuário, demora muito a gente conquistar a confiança dele, aí eu vejo, eu vejo esse tipo de coisa, um certo descompromisso, as pessoas estão fazendo as coisas assim, como se não fosse nada, e eu acho que prejudica a questão da qualidade. (G3)

Acho que deveriam ficar aquelas mesmas pessoas que já trabalham nesse ramo, que conhecem essa doença, porque nem todo mundo sabe trabalhar com gente assim... Aí eu acho que não devia mudar não. Mudar digamos, botando mais médicos e mais psicólogos, pra quando faltar um médico ter outro, que hoje eu não vi não, nenhuma médica... (F4c)

A gente tem nos mesmos serviços profissionais que ganham, fazendo a mesma coisa e, com o mesmo nível de escolaridade ou de formação, que ganham diferente e muito diferente; tem os contratados, tem os concursados e tem os “amigos”, que são amigos dos políticos, e isso é cruel, isso é de uma crueldade tremenda, isso precariza o trabalho, cria insatisfação na equipe, e isso gera uma energia muito negativa. (D1)

Há um movimento de desmotivação, está havendo a necessidade de a gente se ressignificar nesse processo de trabalho, pra criar estímulos... (D1)

Ainda com relação aos profissionais, uma questão bastante levantada foi a falta do psiquiatra nas ações dos serviços, isto é, ele faz parte da equipe, mas atende pontualmente, no consultório, não estende as suas ações em outras abordagens. Um dos motivos, o salarial, já foi abordado acima. Como o que acontece com as demais categorias, o médico acaba optando por trabalhar em locais onde a remuneração seja melhor e, portanto, o tempo disponibilizado para o CAPS é bastante reduzido. Porém, outras questões foram levantadas com relação a este profissional.

A primeira delas é histórica, pois quando se deu o início do processo de abertura de CAPS em Alagoas, o Estado não possuía número suficiente desses profissionais para ocupar as vagas necessárias; assim, foi preciso fazer um acordo com a categoria. A fala abaixo esclarece como se deu, na época, o processo de inserção do psiquiatra na formação dos CAPS:

A preocupação da gente na época foi: não tinha psiquiatra, o que fazer? Então foi feito um acordo com o Estado e nós aceitamos, que cada psiquiatra pudesse ter 3 municípios ou 4 que ele acompanhasse, porque tinha paciente que precisava medicar, tinha paciente que precisava verificar se ele precisava de um internamento temporário. Então nós nos defrontamos com essa dificuldade do psiquiatra na rede. Nós, inclusive, incentivamos as duas Universidades públicas, a UNCISAL e a UFAL, pra que os profissionais que quisessem ser estagiários dentro da área de Saúde Mental a gente já deixaria os CAPS junto aos Municípios à disposição desses futuros profissionais, estudantes do 5º ou 6º ano de Medicina. (G1)

Esta questão, que foi uma solução que parecia ou deveria ser temporária, até hoje permanece, trazendo prejuízos ao usuário, ao profissional e à equipe.

Esta dificuldade acaba sendo detectada pelas diferentes exigências no dia-a-dia do trabalho em equipe, o médico ganha comparativamente muito mais que os outros trabalhadores, cumpre carga horária bem menor e, em função de muitos CAPS ainda funcionarem de forma ambulatorial, o atendimento médico ocupa posição central no cuidado.

Na fala desse trabalhador fica visível o incômodo sobre esta centralidade:

Eu ainda acho que a gente, e eu estou me incluindo nisso, a gente valoriza muito a medicação, a gente valoriza muito o profissional da medicina, tem horas que eu me irrito e falo: viva o ato médico! Porque a gente não tem tempo pra fazer um projeto singular, um projeto terapêutico singular, a gente sempre acha que na hora que a situação aperta tem o médico... (T7c)

A questão do lugar e da participação do profissional da psiquiatria nos novos modelos de assistência tem sido bastante discutida, pois, a Reforma Psiquiátrica inscreve para os médicos um outro papel, diferente do papel central que este ocupava no modelo hospitalar – no novo modelo de atenção ele é convidado a partilhar de uma assistência interdisciplinar – a psiquiatria, nesse sentido, não é substituída por uma outra disciplina, a posição central ocupada pelos médicos é que deixa de existir na assistência (Lobosque, 2001).

A potencialidade do profissional psiquiatra muitas vezes também é perdida em função das exigências burocráticas:

Nós temos ainda um modelo centrado no médico nos CAPS aqui, pra ver essas APACs, a parte burocrática e tudo, os médicos ficam muito absorvidos nisso, outros profissionais não assinam e o que acontece? O médico que passou 6 anos, mais a sua formação em psiquiatria e mais o que ele investe, poderia estar sendo melhor

utilizado nos serviços, porque eles precisam facilitar grupos, precisam estar mais na equipe... Porque o que acontece? Ele chega, entra no consultório de ambulatório, faz ambulatório, depois que termina vai fazer laudo, laudo, laudo, um monte de coisa, assinar essa documentação toda e tudo e nós perdemos que esse profissional seja melhor aproveitado...(D1)

A transformação do papel do psiquiatra no novo cuidado deve ser feita não só por esses profissionais, mas por toda a equipe que, muitas vezes reproduz a dinâmica hospitalar ou minimamente ambulatorial, focando na medicação e no médico a responsabilidade do tratamento, não se apropriando do seu espaço de protagonista:

O que a gente faz? Confia no remédio, tomara que o remédio faça o efeito que a gente quer que ele faça, então é o remédio, é o médico, a única coisa que é importante é o remédio, é o médico, enquanto a gente está pensando isso o paciente vai para o grupo só para passar o tempo, não dá o devido valor, faz de qualquer jeito... (T7c)

No caso dos CAPS em Alagoas que, como vimos anteriormente, falta disponibilidade de tempo para trabalhar o vínculo terapêutico, que se constitui uma das grandes ferramentas de sustentação da assistência extra-hospitalar, a medicação e o médico acabam se tornando o grande referencial de tratamento – tanto para os usuários, quanto para os próprios profissionais.

Por outro lado, o médico, por vezes, se sente excluído do novo contexto:

Existe na psiquiatria um grupo de profissionais que seria um empecilho na Reforma... até porque, como eu acompanhei o processo, eu percebia isso, um radicalismo da situação, porque quando se fala em Reforma Psiquiátrica e se fala inclusive na luta antimanicomial, isso preocupa... pra quem faz psiquiatria, e parece que a psiquiatria, dá a entender... todo envolvimento da Reforma Psiquiátrica pareceu ou parecia dar uma conotação, algo pejorativo à Psiquiatria, a exemplo dessa expressão, eu acho que já foi infeliz essa questão - luta antimanicomial - como se o instrumento que a psiquiatria e a saúde mental dispõem, que é o hospital psiquiátrico, se transformasse nesse termo – manicômio.

Eu acho que o nome, o título da Reforma Psiquiátrica ele teria essa modificação, em vez de se falar na luta antimanicomial se dizer modernização do atendimento ao doente mental, entendeu, ao portador de transtornos mentais. Eu acho que começa mal quando a psiquiatria fica como vilã da assistência psiquiátrica, eu queria fazer esse comentário inicialmente, a nível até de conceito e a nível de como a psiquiatria pareceu ou parecia ou parece um empecilho nessa reforma. (T5c)

Nessa fala, podemos inferir que há uma certa resistência de alguns profissionais da área de psiquiatria em se adaptarem às novas propostas de cuidado, como se sentissem afetados em uma perda corporativa e com dificuldade de aceitar os desafios que as novas práticas incitam.

Esta dificuldade, é preciso apontar, não é uma posição unânime, pois, nessa pesquisa também encontramos a valorização dessa situação e a visão de como ela pode ser enriquecedora para o profissional médico:

[...] para um médico, eu acho que ninguém aprende melhor; para qualquer um na área de saúde mental porque ele tem todos os transtornos e tem uma equipe junto pra trabalhar. Então isso é... é enriquecedor em todos os sentidos. (T4i)

Campos (2006), ao discutir as dificuldades de integração do médico aos serviços públicos e às novas propostas assistenciais, indica que a cultura clínica é resistente a qualquer outra formulação de prática profissional que objetive incorporar outras dimensões como as psicológicas, sociais e de saúde pública ao cotidiano dos serviços.

A fala abaixo traz o desconforto do profissional psiquiatra para se integrar no trabalho interdisciplinar, demonstrando dificuldade em transitar no novo campo de cuidado por não se sentir incluído nas novas propostas:

Se o profissional da saúde mental que está contando com esse avanço da neurociência e que a psiquiatria nesses últimos anos tem caminhado muito mais próximo da medicina, ou seja, houve todo um progresso muito grande, um crescimento da especialidade psiquiátrica, como uma especialidade médica, porque houveram muitas pesquisas, houveram muitas novidades nesse sentido e o aparato que a psiquiatria tem pra ajudar no

tratamento dos transtornos mentais é muito grande. Entretanto, é como se fosse algo desprezível ou não fosse considerado tão importante como são as outras atuações, como é a psicologia, como é a terapia ocupacional, como é o serviço social, eu acho que essa é a grande questão, que pelo menos eu percebo isso... que é percebido pela categoria de psiquiatras, essa coisa discriminatória e essa distorção do que a psiquiatria pode fazer pelo doente mental.[...] Mas nós, por exemplo, psiquiatras, percebemos o seguinte, que esta transformação, essa visão diferente na assistência do portador de transtorno mental ela não caminha tão bem porque me parece que a psiquiatria está um pouquinho de lado, parece que o trabalho da psiquiatria, para um grande número de profissionais da saúde mental e até o próprio Ministério da Saúde, me parece que veem o psiquiatra, não como um elemento importante da transformação e como um integrante também importante das equipes de saúde mental, mas como culturalmente se dizia na psiquiatria, pelo modelo anterior, asilar. Ainda hoje existe esse ranço, em vista disso, os psiquiatras atuantes e também revolucionários, que caminham nessa transformação, estão tendo esse estigma, de talvez estar assim... de lado... sem motivação para se mobilizar nessa transformação.(T5c)

Bezerra Júnior (1999), ao analisar a diversidade existente no campo de cuidado em saúde mental, entre os atores que defendem a assistência fora dos hospitais psiquiátricos, indica a presença de, pelo menos, três grupos nesse universo complexo: 1) aqueles que defendem que a Reforma Psiquiátrica se constitui em um processo de transformações contínuas e reformulações das práticas de atenção ao sofrimento mental e que, por isso mesmo, é preciso que este esteja sempre sendo reavaliado, não cabendo o receio de adoção de novas proposições; a psiquiatria, para este grupo, é uma prática multifacetada, que inclui a medicina, mas de modo algum se esgota nela; 2) aqueles que defendem a atitude científica frente à questão do sofrimento mental, as implicações sociais e aspectos culturais estariam em um patamar secundário e o foco se daria na elucidação dos fenômenos psicopatológicos: movimento chamado de psiquiatria biológica; 3) por final, o autor caracteriza um último grupo que não se opõe a nada, porque não tem nada a propor, os que fazem parte deste grupo buscam uma maneira confortável de se adaptarem aos novos tempos, adotam o novo discurso, porém, mantêm de forma encoberta velhas práticas.

A presença desses grupos entre os trabalhadores da saúde mental em Alagoas é bastante evidente, eles coabitam os espaços dos CAPS,

muitos têm participação nas discussões políticas e transformações da assistência, enquanto outros transitam de forma bastante natural nos espaços hospitalares e nos espaços extra-hospitalares, exercendo práticas indiferenciadas em um e outro.

A fala abaixo ilustra muito bem esta realidade:

Nós temos nos serviços equipes que tem um corpo extremamente, eu diria assim, miscigenado de concepções. Às vezes tem pessoas com a visão mais da política da saúde mental proposta pelo Ministério da Saúde, e ao mesmo tempo, convivem pessoas ainda com um modelo de formação mais voltado para tratar mesmo, para ver a pessoa enquanto doente, ver a doença e não o ser humano, então convivem nos serviços essa pluralidade de visão, e às vezes, há choques na compreensão. (D1)

Grande parte dos médicos psiquiatras, em função de exercerem a sua prática de forma indiferenciada, tanto nos hospitais psiquiátricos quanto nos CAPS, acabam realmente sendo discriminados pelos grupos mais investidos da luta, por aqueles que adotaram uma atitude crítica permanente no que diz respeito à defesa do processo de Reforma Psiquiátrica.

Além dessa questão, existe outra bastante polêmica que não pode mais ser ignorada, que é denunciada por Campos (2006), ao analisar a organização dos sistemas de saúde dentro da esfera pública. O autor afirma que os médicos, em quase todo o Brasil, além de não cumprirem o horário para o qual são contratados, obrigam os dirigentes a se submeterem a mil formas de acordos que inviabilizam, na prática, a legitimação dos ambulatorios, centros de saúde e enfermarias dos órgãos públicos e ainda mantêm uma postura bastante lesiva no sentido ético, quando encaram o seu trabalho público como um complemento daquele realizado no setor privado.

Esta situação pode ser transposta para os CAPS, pois, como vimos, desde o começo em Alagoas a relação de trabalho desses profissionais nasceu em cima de acordos. Apesar dessa realidade ser mais presente na

relação dos médicos com o serviço CAPS, é preciso apontar que estes acordos, no contexto do Estado, têm ocorrido com todas as categorias, em maior ou menor grau, o que implica a precarização do cuidado em saúde mental de uma maneira geral.

Acreditamos não ser possível transformar a assistência em saúde mental em um cuidado que privilegia a construção de projetos terapêuticos centrados no sujeito, que objetiva a (re)construção da cidadania por meio de práticas reabilitadoras e que envolva os mais diversos atores para este fim se não tivermos os principais protagonistas desse cuidado, seus trabalhadores, comprometidos nessa ação.

Entretanto, a precariedade exposta nas falas sobre as relações de trabalho com o serviço também está presente com relação às estruturas do próprio serviço. Muitos entrevistados vão falar sobre as faltas notadas no cotidiano dos CAPS:

Se continuar como tá agora, vai pra falência... Como já tá indo, porque é bebedouro quebrado, é aquilo quebrado, é aquilo quebrado, não tem mais nada... Antigamente era ótimo... agora... A direção precisa tomar providências porque está muito marcante. (U3c)

Às vezes falta remédio... aí a pessoa fica meio agoniada... Às vezes falta o lanche da gente pra gente comer e, às vezes, falta mais terapia pra gente brincar mais, se divertir, e aí vai. [...] É, tem que ter mais profissionais, porque são poucos... São 50 pessoas aqui dentro e tem que ter mais funcionário... Não dá conta não... (U5c)

Porque falta às vezes medicamento. Porque às vezes a gente tem que comprar o medicamento que é aquele que eles distribuem aí. Está com mais ou menos dois meses que não tem, e tem que comprar o medicamento dele. Esse mês mesmo, a semana passada eu falei com a Dra. que estava faltando esse medicamento, ela passou a receita e eu fui comprar. (F3c)

[...] não tem dotação orçamentária pras oficinas da TO até hoje, ela faz por esforço próprio, ela faz técnicas, aplica, então assim, dentro do mínimo, eu acho que se faz muito. Mas dentro da proposta que deveria ser o CAPS, se faz quase nada. (T4i)

Muitas vezes a gente tira do bolso da gente pra comprar coisas... eu me sinto melhor pegando meu dinheiro pra comprar as coisas do que falar não vou fazer porque não tem material, a minha cabeça vai doer mais... eu só posso ter essa iniciativa de comprar do meu bolso e não ficar de cara feia se eu tiver com muita vontade de fazer alguma coisa com eles. (T7c)

Outro ponto fraco é que as estruturas elas estão muito precárias, elas precisam ser melhores, elas precisam ser acolhedoras. A pessoa precisa chegar no CAPS e ver que é um lugar bonito, um lugar gostoso, um lugar que pelo menos eu me sinta refrigerado.(D1)

Essas faltas são justificadas na própria fala dos entrevistados, quando apontam a falta de investimento nas novas proposições que são exigidas no cotidiano das práticas de saúde mental nos CAPS:

Poderia se ter investimento e eu falo investimento financeiro mesmo. Às vezes se privam de contratar, contratar não, de fazer concursos e ter funcionários, aí acham que uma certa quantidade já é suficiente mas a gente sempre vai ter uma demanda muito grande e a gente tem um número de funcionários muito abaixo do que a gente poderia ter. Não que os profissionais vão fazer milagre, mas sem profissional também é impossível fazer alguma coisa. (T1i)

Eu acho que um ponto negativo é essa questão dos gestores, gestor de saúde, gestor municipal, gestor estadual, de não estar investindo nas coisas que realmente ainda precisam. (T2i)

Para funcionar um CAPS, para que funcione qualquer serviço, é necessário investimento. E se não há as capacitações, se não há o investimento necessário, a proposta fica interrompida... (T3i)

No real, no palpável, o que acontece no dia-a-dia fica difícil melhorar, assim, sem recursos financeiros, recurso financeiro que eu digo é assim, é pra oficina? Que oficina é essa? Pra quê que é esse recurso? Porque, vou dar um exemplo, quando a pessoa trabalha em alguma coisa, não é que a pessoa tem que trabalhar com amor, aquele amor todo... mas saber que tem uma função ali, é servidor público e vai ter que servir, [...], o que não é muito justo é estar no trabalho e não fazer nada porque tem que parar pra pedir o material. (T7c)

[...] nós temos serviços que precisam continuar se estruturando... Porque é interessante, abre um CAPS, eu acho interessante, abriu, tem 10 anos que os CAPS estão do mesmo jeito... A estrutura... Como se não tivesse aumentado o número de usuários ou a própria equipe, a própria comunidade, porque se você tem dentro do território ali um serviço, a própria comunidade se amplia por si só. (D1)

Diversos estudos (Ribeiro, 2005; Rammingier, 2005; Luzio, L'Abatte, 2009) têm apontado a falta de investimento nos serviços de saúde mental, indicando que as gestões municipais não assumem de forma integral as propostas do Ministério da Saúde. O reflexo disso são serviços com estruturas físicas precárias, falta de material para as intervenções

terapêuticas, bem como equipes pouco investidas no que se refere às capacitações e ações de qualificação.

A falta de entusiasmo, de motivação, falta ideológica para a continuidade das mudanças dentro do contexto da desintitucionalização e da luta antimanicomial estiveram presentes nas falas dos nossos protagonistas:

Acho que Alagoas é pioneira no movimento nacional da Reforma Psiquiátrica e muitas pessoas lutaram, lutaram e muitas pessoas se afastaram, ficaram mais velhas... é preciso que a gente resgate, o momento é novo, o momento é rico, e esse momento a gente não pode perder nenhuma pessoa que fez parte nessas últimas duas décadas da saúde mental.(G1)

Eu acho até que talvez seja uma coisa que falte hoje em dia, aos profissionais que estão nos CAPS, é essa discussão, a ideologia da Reforma Psiquiátrica... hoje em dia eu vejo que talvez falte um pouco às pessoas a noção ideológica mesmo, do que é a Reforma, então, você tem que saber o que é pra você se apaixonar por ela, tem que dizer assim, eu vou fazer um trabalho que significa uma mudança de postura, uma mudança de paradigma - se eu não tenho isso dentro de mim, se eu não acredito nisso... a gente trabalha no serviço do jeito que a gente está vendo... (G3)

A saída é uma questão política. Esperar que os profissionais se organizem e lutem? Impossível. Aqui não tem história de luta de trabalhadores. Não existe. Não existe história política... Não tem. (T4i)

Eu acho que o pessoal de Maceió deixa muito a desejar nesse aspecto, de empenho, de movimentação, de liderança. Que esse discurso, por exemplo, quando a gente fala da culpa da gestão, a bem da verdade a gente há de considerar que falte também empenho, entusiasmo dos próprios profissionais, como eles tem um entrave do não apoio da gestão pública, por outro lado se acomodam. (T5c)

Esse desinteresse, essa falta de “militância” pelos trabalhadores nos novos serviços observada nos dias atuais, foi descrita recentemente por Lobosque (2010), ao indicar que o número de pessoas que participam efetivamente dos movimentos antimanicomiais tem diminuído, não há a aproximação de pessoas novas, nem a formação de novas lideranças. A relação dos serviços com o movimento tem caminhado para um significativo afastamento, podendo ser observado que o entusiasmo e a paixão pela luta

têm se transformado nos serviços substitutivos em funcionamento rotineiro e passivo.

Importante, porém, é evidenciar o que a autora indica: apesar de um certo fechamento do campo antimanicomial sobre si mesmo, a Reforma Psiquiátrica enquanto processo tem cada vez mais se consolidado.

Na fala desse gestor observa-se esse descompasso entre a Reforma e o MNLA:

[...] crescemos na questão dos serviços, mas o Movimento da Luta Antimanicomial ele não acompanhou o discurso da ampliação da rede, ele morreu... (G2)

Por isso, o conhecimento dos pontos frágeis dessa trama é muito relevante, para que estes possam ser reforçados na tessitura de uma composição firme, que possa se amparar no entrelaçamento de fios que darão sustentação a ela.

Portanto, é importante a reflexão sobre o compromisso que os trabalhadores devem ter com a sua prática, não defendemos a posição de que todos os trabalhadores dos novos serviços devem ser militantes da luta, porém insistimos que o compromisso de conhecer a história, as razões das mudanças que se fizeram necessárias e reconhecer-se como protagonistas desta transformação são elementos fundamentais para alicerçar o novo cuidado.

As falas abaixo reforçam a nossa posição:

A questão ideológica de você saber por que você está num CAPS é importante. Se você não souber o que você está fazendo ali você vai reproduzir as mesmas coisas que você reproduz num hospital. Eu costumo dizer que pior que um paciente crônico é um trabalhador, um técnico crônico, a única diferença é que ele entra e sai todo dia, o paciente não, ele tem que ficar lá. (G3)

Eu penso que se a gente, os que defendem a Reforma Psiquiátrica, a Luta Antimanicomial, ou no mínimo, a existência

dos serviços não-hospitalares, mesmo que não seja uma defesa muito politizada, se não surgirem estratégias de lutas novas ou renovadas, já que tem lutas no passado que foram, que talvez precisassem ser reclamadas... Eu penso que há uma perspectiva de que esta visão hospitalar acabe crescendo mais ainda, e não que ela destrua o que já está... mas ela vai minando, vai minando por partes, que essa tendência hospitalar vai ficando com os recursos públicos e não se investe nos CAPS... (D2)

A pouca experiência dos profissionais, vista no eixo temático anterior, reflete-se, na fala dos entrevistados, como fragilização do cuidado:

[...] se não tiver uma supervisão, um acompanhamento melhor da equipe onde ela seja preparada para estar batendo, para estar lutando, trazendo as propostas para serem discutidas em cima de leis a gente vai terminar em mini-hospitais e isso a gente não pode deixar acontecer. (T3i)

Os assistentes sociais são muito juvenzinhos, ainda não sabem... Não sabem mesmo, nunca tiveram técnica nenhuma de grupo, então sem técnica de grupo ninguém inventa. (T4i)

A capacitação. Assim, o que é capacitar? Eles saem mal capacitados... Eu acho que nós temos um monte de coisa... Como é que pode um profissional sair sem saber fazer uma oficina? E eu vou dizer, os meus colegas de residência, a gente saiu sem saber fazer nenhuma técnica... Médico não sabe, talvez os psicólogos saibam, e os demais? Eles ainda se perdem nos papéis, em preencher, não preencher, evoluir, não evoluir, e o paciente é secundário... (T4i)

Os instrumentos substitutivos, por exemplo, do hospital psiquiátrico, deixam muito a desejar até em condições mesmo de material humano, de formação, de capacitação, um grande número inclusive de psiquiatras ainda não estão familiarizados em trabalhar em CAPS. (T5c)

A causa dessa fragilidade evidenciada nas falas é estendida à formação desses profissionais, mais especificamente, às Universidades:

eu acredito que no nosso eixo de Alagoas, eu acredito que poucas faculdades, no caso das Universidades, poucos cursos têm a Saúde Mental como uma disciplina ou como um campo de pesquisa ou com núcleos de estudos, acho que poucos cursos... Que eu conheço, nós temos na Universidade Federal de Alagoas, o curso de Serviço Social tem um campo de pesquisa sobre isso, que trabalha muito essa questão da saúde mental na sociedade, temos o curso de Enfermagem que trabalha no campo da... tem um Núcleo de Saúde Mental e Atenção a Álcool e outras Drogas; temos a Terapia Ocupacional da UNCISAL, que trabalha também,

e assim, eu não conheço outros. Não significa que não tenha, mas que tenha contribuído de forma mais visível no que faz, não significa que outros não façam, são esses três cursos, que tem tido assim, dentro da visão proposta pela Política Nacional de Humanização e a Política Nacional de Atenção à Saúde Mental, um trabalho nesses campos... (D1)

Tanto é que eu já questionei em reunião: Gente, vamos terminar esses estágios em hospital. Aí o argumento das colegas: 'não, mas no hospital Portugal Ramalho não tem problema porque, né, ele tem CAPS, as meninas transitam do CAPS pra o Hospital, é tudo muito integrado'. Entendeu? É um problema... A gente dá realmente uma bela munição para o grupo que defende o hospital..(D2)

Tem que ver o perfil do profissional, nem sempre é aquilo que a gente espera, mas será que é só ele ou as Universidades precisam se empenhar? (D3)

Estudos têm evidenciado grandes lacunas entre a formação dos trabalhadores e as exigências práticas nos CAPS (Ribeiro, 2005; Bichaff, 2006; Passos et al, 2008). Estes vêm demonstrando a dificuldade do trabalhador em conciliar o seu aprendizado teórico com os desafios do cotidiano que o novo cuidado em saúde mental incita.

O que indica que a Universidade pode ter um papel significativo no fortalecimento desses espaços, se incluir em seus programas pedagógicos o aprendizado e a assistência dentro dessas novas perspectivas de cuidado e não apenas reproduzir a manutenção de um saber tradicional, coerente com o modelo biomédico de atenção, que está voltado para o indivíduo em sua doença.

Vale dizer que na complexa trama do cuidado em saúde mental, cada protagonista tem suas pequenas tramas, bastante singulares, que devem ser vistas como uma unidade complexa, pois são constituídas a partir de vivências e relações pessoais entrecruzadas com as experiências e interações institucionais de toda ordem.

Outro ponto levantado pelos entrevistados que avaliamos como fragilizador do cuidado e que também pode explicar, em parte, a desmotivação evidenciada nas falas é a questão das políticas locais que

impõem muitas vezes posturas e condutas contrárias ao que o processo de Reforma solicita:

É muita política que termina atrapalhando o funcionamento quando deveria trabalhar a favor de um funcionamento adequado, até porque seria muito bom para os políticos terem um funcionamento adequado no município porque isso seria retorno pra eles mesmos. Só que a visão ainda é muito pequena... Alagoas realmente ainda está muito atrás naquilo que precisa. (T1i)

Eu acredito que agora, pós-eleição, que isso aqui em Alagoas é claríssimo, as contratações tem a ver com eleição, as demissões têm a ver com eleição, quem tem realmente o poder eu nunca sei e nem me interessa, né, porque o micro poder aqui é que não te interessa mais, mas isso afeta muito... Então provavelmente vai ter uma equipe mais ou menos coesa... e capacitada. (T4i)

Eu diria ainda que o entrave maior é a falta de vontade política, a falta de cobrança das autoridades da área da Saúde no sentido de incrementar mais e de cobrar dos profissionais envolvidos mais empenho, mais dedicação, mas eu acho que é até o contrário, como a própria gestão não tem esse empenho obviamente os profissionais também pequem talvez por omissão, se valem dessa falta de vontade pra talvez se esquivarem ou até se omitirem... (T5c)

A política é apontada como entrave para o aprimoramento do cuidado, pois, a partir de sua demanda, burocratiza os serviços, dando prioridade às questões quantitativas em detrimento das qualitativas, impossibilitando investimentos reais:

A compreensão do gestor é muito complicada porque ele segue muito as normas das portarias do Ministério, lógico que tem que seguir, tem coisa que a gente não pode sair, mas a portaria mesmo permite ampliar essa discussão [...] (G2)

A questão da política, da má política, da politicagem que muitas vezes é feita em cima de um problema pessoal que vira um problema social, porque vai afetando as redes de relação social que a gente tem e, é claro, afeta a sociedade, que fica assustada e que algumas pessoas tiram muito proveito com relação a isso e que a gente sabe que o resultado não é bom, pode parecer bom, é enganador. Então acho que a política é um ponto negativo, atrapalha, atrapalha qualquer trabalho e na saúde mental ainda mais. (G3)

Infelizmente a gente sabe que é uma questão política, isso a gente sabe que a questão da estatística pesa, querem números, a qualidade às vezes fica muito atrás... a gente quer lutar, o profissional quer mostrar a qualidade do serviço pra alcançar o

território todo, as pessoas estão preocupadas em quem vai alcançar o território independente de como esteja sendo feito o serviço, a quantidade ainda pesa, e isso vem de cima. Vem do Ministério da Saúde, descendo até alcançar qualquer CAPS. (T1i)

A maioria dos secretários não tem poder nenhum sobre a gestão do dinheiro, só o prefeito... Quer dizer, a centralização é tão evidente que a gente se sente, eu me sinto muito impotente no sistema. (T4i)

Eu acho que Alagoas está cumprindo muito lei [...], eu acho que a gente faz porque a lei mandou e veio a verba pra fazer, mas eu acho que deveria investir mais no pessoal, no humano. (T7c)

A partir dessas posições, nossos entrevistados confirmam o que tem sido avaliado por muitos: apenas a expansão quantitativa dos serviços não garante a transformação do cuidado na saúde mental, é preciso que estes serviços sejam continuamente qualificados:

Em um certo sentido esse cuidado ele está mais ampliado, mas em termos de qualidade, eu acho que a gente tem muito ainda o que evoluir. (G3)

Alagoas com certeza deve ser os olhos do Governo Federal por ter conseguido implantar tudo tão rapidamente. Mas tudo tão rapidamente tem seu custo; e o custo foi a baixa qualidade. Isso é a olhos vistos. Isso é um viés complicado e que eu acho que tem um risco muito grande de você ainda estigmatizar mais esses pacientes. É por isso que eu tenho muito cuidado, quando eu penso assim: o CAPS é bom? Com certeza é muito interessante; agora, ele sozinho, ele vai morrer à míngua e os profissionais vão morrer de angústia, eu não tenho a menor dúvida. Porque é muito angustiante ter uma demanda tão grande na sua mão... (T4i)

Embora tenhamos CAPS, nós carecemos ainda de qualificar a atenção em Saúde Mental, ela carece de qualificar. O número de CAPS, formação de equipes, que ainda não temos equipes formadas, com competência, com habilidade pra lidar com a atenção em Saúde Mental, enquanto Saúde Mental, e não enquanto apenas tratar da pessoa em estado de doença. (D1)

A política ela andou, caminhou, os serviços substitutivos realmente chegaram e montaram seus espaços, mas a qualidade do serviço acho que agora é o foco. Esta é a minha percepção, é a minha opinião. (D3)

A indicação da necessidade de qualificar o cuidado oferecido nos novos serviços de atenção à saúde mental, reconhecida como ponto frágil no processo de mudança, acaba enfraquecendo a imagem dos CAPS e

dando armas para o discurso opositor – para aqueles que ainda defendem o cuidado dentro dos muros hospitalares.

Como resposta a isso, se faz importante pontuar e não esquecer as imagens e experiências que os usuários trouxeram em nossa investigação sobre o cuidado devastador recebido nos hospitais psiquiátricos. A visão crítica deve ser de que o CAPS pode dar muito mais do que está dando na atualidade, ele tem potência para isso, potência reconhecida principalmente na avaliação de seus usuários; já o tratamento realizado nos hospitais psiquiátricos tem um limite indiscutível que é o seu ambiente segregador, a massificação, alienação do sujeito, entre outros aspectos, que foram e têm sido observados seguidamente há muitos anos.

5.2.3 Nós críticos

No meio da trama tinha um nó
Tinha um nó no meio da trama
tinha um nó
no meio da trama tinha um nó

Nunca me esquecerei desse acontecimento
Na vida de minhas mãos e retinas tão fatigadas
Nunca me esquecerei que no meio da trama
tinha um nó
Tinha um nó no meio da trama
No meio da trama tinha um nó¹⁶

Ao traçar a trajetória da construção de um novo cuidado na saúde mental de Alagoas alguns aspectos foram evidenciados como “nós” por se caracterizarem como pontos paralisantes, em que o cuidado fica impedido

¹⁶ Pedimos licença ao grande poeta Carlos Drummond de Andrade para parafrasearmos o seu belo poema *No Meio do Caminho* (Andrade, 2001).

de fluir por complexas questões que, se não resolvidas, interrompem seu desenvolvimento.

O primeiro e importantíssimo *nó* crítico foi estampado na fala de muitos dos entrevistados - a falta da rede de atenção em saúde mental:

Têm muitas pessoas aí precisando de um tratamento e muitas vezes o CAPS, ele é pequeno, não cabe tanta pessoa, então precisa ter mais algum lugar pra fazer outras coisas... pra ter outro tratamento, pra outras pessoas, outras pessoas que muitas vezes a gente encontra no meio da rua. (F1i)

[...] eu acho que se a gente não participa da construção da rede do Estado a gente vai estacionar em algum momento, porque só ficar com a rede CAPS... só ele no território... eu acho que a gente não vai conseguir muita coisa não... Se a hospitalização, mesmo que haja evasões, saída para outros locais, mas se ela aumenta, porque o contingente maior é aqui em Maceió, se você pegar os dados é tudo em Maceió, por quê? Não tem rede. Aí aumenta o volume no contexto do percentual, porque ele não tem rede para cuidar no território, porque se ele tivesse poderia estar diminuindo esse número de internação... (G2)

Pra onde encaminhar? Não existe uma residência terapêutica..., porque assim, a gente acolhe o usuário e aí? O processo de alta é feito como? No nosso caso eles retornam pra casa, ficam um tempo, a maioria surta novamente, porque a gente percebe uma co-dependência muito grande aqui, deles, é como se fosse realmente a segunda casa, e a gente tem dificuldade em relação ao desmame, muitos passam no máximo um mês, dois e voltam. A gente não tem essa continuidade, é aí que eu falo da rede, infelizmente, a gente não tem. (T6c)

Uma questão que sempre pega é a questão da organização da rede de saúde mental, porque apesar de estar havendo essa expansão e o desejo de melhora, a gente vê que assim, não tem aquela contra referência, às vezes a gente envia um usuário mas não recebe um retorno, quando recebe é o próprio usuário ou a família que procura a gente ou a gente liga, vai em busca, mas assim, não tem uma ligação mesmo entre os serviços CAPS, unidades de saúde, o pronto-socorro, o PSF, eu sinto muita falta dessa rede mesmo, e uma rede que realmente ande, que realmente tenha esse laço, porque às vezes o usuário vem pra cá, no momento que ele chega aqui ele não é perfil pra CAPS, aí a gente encaminha ele pro ambulatorio, três meses depois ele volta surtado porque não conseguiu atendimento ambulatorial ou às vezes a gente fica sabendo que ele foi hospitalizado, depois ele retorna e fica aqui no CAPS. A gente enfrenta essa dificuldade da rede absorver o usuário de saúde mental. (T8c)

A rede fora CAPS, porque parece que ele é o solucionador dos problemas da saúde mental, mas é só uma passagem e a gente vê que ele está praticamente servindo pra tudo, aí é que está, compromete a clínica, porque a rede está fraca, não tem ambulatorio, não tem Centro de Convivência, enfim todo esse

aparato territorial está frágil ainda, principalmente aqui em Maceió.
(D3)

Mance (2001), ao descrever a ideia de rede descreve-a como articulação entre diversas unidades que trocam elementos entre si e fortalecem-se reciprocamente, possibilitando sua expansão em novas unidades ou a manutenção em um equilíbrio sustentável, ou seja, seu funcionamento se dá como um sistema aberto que se auto reproduz.

Dentro da compreensão de rede de cuidado em saúde mental, esta ideia ganha múltiplos sentidos e significados. Passa a ser constituída por entrelaçamentos de serviços, saberes e fazeres. A parceria de serviços como os CAPS, os serviços residenciais terapêuticos, as cooperativas de trabalho, as oficinas de criação, os leitos em hospitais gerais é tecida, como indica Fagundes (2009), com os objetivos de gerar cuidados flexíveis e solidários de atenção às diversas necessidades como saúde, educação, trabalho, lazer e afeto, estimulando a circulação de diferentes atores.

A complexidade dessa forma de entendimento do cuidado se materializa na dificuldade para a construção dessa rede, pois são diversas ações necessárias para que ela efetivamente comece a existir e ter funcionalidade.

Os protagonistas dessa pesquisa levantam em suas reflexões alguns nós que precisam ser desatados para que a rede possa ser vislumbrada:

Acho que tem muita gente trabalhando em prol da saúde mental. O quê que precisa? Primeiro harmonizar a linguagem, Estado e Município, o grande condutor do processo é o Governo Federal, é lá onde estão as verbas, é lá onde a gente encaminha os projetos, acho que há uma fragilidade da rede, poucos recursos ainda para essa rede.(G1)

[...] o cuidado... enquanto ele não estiver fortalecido na atenção básica a gente tem que trabalhar muito [...] Se a gente não chegar a trabalhar isso, porque é o papel da gente, da saúde mental mesmo, da coordenação estadual pra coordenação municipal e pro gerente do CAPS, pra gente estar trabalhando com isso, se não trabalhar isso não vai conseguir organizar a rede (G2)

Porque só se constrói uma rede quando você sabe onde as coisas estão. Então numa cidade pequena é muito legal porque você já sabe que tem esse e esse... você acaba sabendo, mesmo que você não visualize na parede, ou que tenha ela em mão. Numa cidade grande é muito mais difícil conhecer o sistema. Isso é papel da instituição pública, politicamente falando, dos nossos coordenadores, municipal, estadual... (T4i)

A rede de atenção está ainda muito bagunçada, está faltando muito inter-relação mesmo entre as unidades, acho que pode melhorar e muito essa relação. (T8c)

E a rede... bem é uma questão política, porque CAPS a gente sabe que não é a única solução do problema e aqui a gente vê como única solução, daí as portas de entradas extremamente abertas e largas e as portas de saída cada vez menores e mais afuniladas, porque a rede não suporta, então prejudica a qualidade do serviço, é uma teia...(D3)

Em função dessa rede ainda não ter sido constituída, faltando-lhe unidades, atores e ações para se articularem em prol de um cuidado ampliado, flexível e solidário, outros nós adjacentes vão sendo acumulados, impedindo o tecer da trama:

[...] não que os pacientes não tenham resolutividade, a gente vê resolutividade, mas eu vejo a resolutividade por via da medicação, não vejo resolutividade na reinserção. Porque na cidade a gente tem uma oportunidade única de reinseri-los e a maioria dos funcionários são daqui [do município em que o CAPS está situado] o que é maravilhoso, todos se conhecem. Pra reinseri-los socialmente realmente precisa ou deveria passar pelo PSF. (T4i)

[...] o cuidado é inseri-la [a pessoa] no processo de vida pra que ela continue tendo toda uma dinâmica pessoal e vivencial no mundo. E assim, o que é que a gente tem também em Alagoas? Os serviços, eles têm trabalhado como se o Centro de Atenção Psicossocial fosse o único cuidador ou serviço responsável pra cuidar da pessoa quando ela está em crise. Eu percebo diferente. Eu compreendo que a Atenção Básica é a porta de entrada para a atenção psicossocial e, em situação de crise, os Centros de Atenção Psicossocial deveriam ser acionados para... Contudo, é o inverso.(D1)

A falta de integração dos serviços acaba criando lacunas importantes no cuidado. Em nossa pesquisa, o PSF foi apontado como um possível parceiro para dinamizar a rede de cuidado em saúde mental. Outras pesquisas têm apontado para a necessidade de aprimorar projetos que estimulem a integração e desenvolvimento de ações conjuntas entre os

serviços substitutivos e o PSF (Scóz, Fenili, 2003; Dimenstein et al, 2005; Brêda et al, 2005). Estudo realizado em Maceió há dez anos já indicava essa potencialidade (Brêda, 2001), porém, nos parece que pouco foi feito nesse sentido, em Alagoas.

A não integração das ações em saúde mental gera desinformação e acaba por estimular internações muitas vezes desnecessárias:

[...] ela vivia numa situação que ela tirava a roupa, ficava pelada, andava por todo canto, uma situação triste, pesada... Quando eu via que ela estava meio agitada, que a gente percebe, né? Ela ficava agitada, ficava agressiva, ficava nervosa, aí eu de imediato, eu ia lá no ITA [hospital psiquiátrico] e aí a gente levava pra lá, e lá ela ficava... (F1i)

Porque eu não sabia que tinha o CAPS, então meu irmão internou ele, eu não conhecia essa doença, não sabia trabalhar a doença. (F4c)

Eu não vejo mudança em cuidado porque assim, muito poucos serviços, apesar dos CAPS... eles são "CAPSlocêntricos"... É o único serviço que existe e, não existe matriciamento, não existe PSF com orientação, então eu acho que ainda fica meio esquizoide o serviço em Alagoas.[...] Aí vieram me dizer: 'onde já se viu, aumentou a internação psiquiátrica esse ano em Alagoas'. Como eu disse, pra mim é óbvio... Porque se eu amplio o acesso, mas não dou conta da continuidade desse acesso... Não vai ampliar o cuidado...(T4i)

E muitas vezes a gente convive também com um limitador: o número ampliou-se [de CAPS], contudo quando chega finais de semana e feriados, os serviços estão fechados. Então quando se tem um quadro crítico, uma crise, que se precisa ter um aporte dos CAPS, eles estão fechados. O que acontece? Essas pessoas são encaminhadas para os hospitais psiquiátricos; elas vivenciam, revivem a experiência, ou traumática ou experiências negativas nos hospitais. (D1)

O alto número de internações traz uma preocupante realidade: em dezembro de 2010 o Estado de Alagoas foi apontado como o segundo com o maior número de leitos por mil habitantes no país (Brasil, 2011a).

Nossos entrevistados falam dessa situação, da tensão gerada entre a expansão quantitativa dos CAPS e da manutenção dos leitos psiquiátricos:

Os hospitais continuam no mesmo lugar, houve uma redução de leitos, que foi feita há uns 4 ou 5 anos atrás, o Ministério determinou e a gente fez uma redução de leitos, mas os hospitais de uma certa forma continuam sempre lotados, apesar da rede de CAPS ter aumentado (G3)

A hospitalização, ela permanece, ela afronta os 46 CAPS, os 46 CAPS precisam ter uma forma de atuar. Não significa que não precisa se ter hospital, precisa, não precisa ser psiquiátrico. Permanecem esses serviços... (D1)

[...] eu percebo que há muitas tensões aqui em Alagoas, especialmente com a permanência do modelo hospitalar. Isso é uma coisa que me chama bastante a atenção, é o fato de a gente ainda não ter conseguido quebrar mesmo, ou até abalar... eu tenho a impressão de que a gente nem conseguiu abalar essas estruturas.(D2)

Acho que o Estado de Alagoas é bem *sui generis* nessas mudanças, porque a gente viu que tem uma larga cobertura de CAPS se a gente for comparar com outros Estados até o interior de Alagoas está bem servido de CAPS, teve um grande aumento desses serviços substitutivos, porém poucos leitos foram de fato substituídos. (D3)

Nota-se que o cuidado em saúde mental de Alagoas, em sua conjuntura atual, parece estar dentro de um círculo vicioso: a falta da rede de atenção à saúde mental enfraquece as ações dos CAPS, este enfraquecimento gera um grande número de internações, o que por sua vez, reforça a manutenção da referência no cuidado hospitalar e, esta força referencial, acaba por contribuir para a não ampliação da rede.

Parece-nos bastante difícil quebrar esse círculo enquanto a referência de tratamento no imaginário das pessoas permanecer sendo o hospital psiquiátrico como local e a internação como estratégia de cuidado:

Nós ainda temos o modelo psiquiátrico da internação e os dados têm mostrado que nós ainda estamos no campo da internação, entre o terceiro e o quarto Estado do país que mais ainda interna, por conta do que chama a atenção mais voltada para a psiquiatria, ao invés da concepção mesmo mais da saúde mental e assim, aquilo que deveria estar modificando, estagnou um pouco. (D1)

[...] me incomoda ainda, o fato de a gente ainda não ter conseguido mexer nisso, no fato de que há uma identidade muito grande ainda entre cuidado em Saúde Mental e o hospital. (D2)

Percebemos também que, em alguns CAPS, a referência de cuidado ainda não é seguida segundo o modelo psicossocial, os discursos indicam que muitas vezes o que é aplicado como prática está mais ligado a uma referência biomédica, segundo a prática ambulatorial:

[...] na questão da filosofia do CAPS, o que ele pretende no território como um serviço substitutivo, de porta aberta, comunitário, ainda precisa muito, porque eu não sinto, a questão ambulatorial é muito forte (G2)

O CAPS é substitutivo para o hospital psiquiátrico mas o que acontece muitas vezes é que ele está fazendo o papel de substituir o ambulatório. (T7c)

A gente está reproduzindo o modelo ambulatorial, aquele modelo da psiquiatrização do sujeito que está precisando da atenção, porque mudar serviço implica em mudança de mentalidade e mudança de mentalidade é mudança cultural, porque mudança cultural exige um processo, tempo, tudo... [...] Eu tenho percebido que nos dias que tem os médicos ou o médico, o serviço fica extremamente lotado; a frequência aumenta. Nos dias que não tem médico, o serviço esvazia, então ainda persiste o modelo da medicalização. (D1)

A transformação do cuidado que a Reforma Psiquiátrica solicita se constitui em um processo de enfrentamento, não só de uma prática instituída, mas de uma maneira de pensar a doença mental e de olhar o sujeito acometido por ela. Processo contínuo de mudanças que deve ser efetuado no cotidiano do cuidado e estendido para além desse.

Para tanto, são importantes a definição e o entendimento do modelo de saúde a ser trabalhado nos novos serviços. Campos (1992) conceitua modelo de atenção no estabelecimento de intermediações entre o técnico e o político. Portanto, modelo, para o autor seria um projeto composto por interesses e necessidades da sociedade, das noções disciplinares, das diretrizes políticas em conjunto com os modos de gerir nos sistemas públicos.

Para Costa-Rosa (2006), no campo da saúde mental só é possível considerar que dois modelos de atuação são alternativos se estes são

contraditórios e, para isso, a essência de suas práticas devem se encaminhar em sentidos opostos.

Portanto, a superação do modelo asilar e do modelo ambulatorial pelos trabalhadores dos CAPS deve estar como um dos seus principais objetivos para que estes serviços possam se constituir em serviços de modelo psicossocial no exercício de suas práticas.

Trabalho de desconstrução não apenas dos aparatos físicos, mas, principalmente, desconstrução de mentalidades (Kinker, 2010)

Por fim, a questão das drogas aparece como um *nó* crítico de significativa complexidade nos discursos avaliados.

A força e o espaço que essa temática está tomando não apenas nos fóruns de discussão de saúde mental, mas em diversos outros, nos parece evidenciar que este *nó* só poderá ser minimizado a partir da aceitação de que qualquer tomada de decisão deve levar em conta a sua complexidade e, portanto, ter entrelaçamentos das mais diversas áreas que a envolvem.

Em nossas entrevistas, pudemos perceber o quanto esta questão preocupa os gestores que responderam à pesquisa:

Existe hoje a necessidade de separar o que é a assistência às drogas e o que é a assistência à saúde mental, acho que as pessoas estão confundindo muito a questão da saúde mental e a questão das drogas, é preciso que a gente faça a rede em relação às drogas e a rede em relação aos transtornos mentais, porque o tratamento, a reabilitação e a inclusão dessas pessoas passam por questões muito diferentes. (G1)

[...] não dá pra colocar qualquer pessoa pra atender esses usuários ou então trabalhar na comunidade, tem que ter pessoas que tenham formação, que tenham curso, que seja capacitado para isso, porque quando vem o recurso, quando chega o recurso o que se pensa é na questão maior, a política, e se esquece a técnica.(G2)

[...] hoje a gente tem uma outra variável, que está pondo a saúde mental em xeque, que é a questão da dependência química, que é profundamente vinculada à área técnica de saúde mental. A questão da dependência química está aparecendo muito e muitas vezes a saúde mental fica na berlinda por conta da questão da

dependência química, não é nem por conta da saúde mental no todo é por conta da própria dependência química. (G3)

A entrada em cena da urgência das drogas pode confundir as ações – promovendo novos ataques às transformações já realizadas e trazendo ações como soluções espetaculares em detrimento do que é efetivo:

a gente defende a criação de CAPSad, porque realmente, CAPSad, CAPS com especialidade na dependência química, nós ainda somos muito incipientes e a gente reconhece isso. Temos uma proposta enquanto saúde mental pra ampliação desses CAPS nas regiões de saúde, até como dar conta do atendimento à essa clientela, mas aí o gestor, o secretário de saúde ele aposta, por questões políticas, ele vai apostar numa produção que não é reconhecida pela questão da saúde, que são as Comunidades Terapêuticas, internações compulsórias, obrigatórias, quer dizer, uma coisa que vai completamente de encontro a lei federal que nós temos, ao que a Reforma Psiquiátrica sempre defendeu, quer dizer, de uma certa forma a dependência química ela está colocando em xeque a saúde mental. Tudo que a gente defendeu, como a questão da liberdade do usuário, da autonomia, da questão do não estigma, tudo que a gente sempre defendeu como discurso pra saúde mental na Reforma Psiquiátrica, a dependência química está fazendo com que a gente repense todas essas questões. (G3)

[...] é bastante enfatizada essa questão das Comunidades Terapêuticas [...] a gente escuta muitas críticas com relação à essa questão dessa proposta, dessas Comunidades Terapêuticas... Porque é um serviço que nem todo mundo tem acesso, é um serviço pago, então exclui de imediato as famílias que não têm condição de um tratamento e assim, tira do setor público a responsabilidade de se investir mais nessa questão dos CAPS, dos CAPS III, na contratação de pessoal, de mão de obra realmente qualificada. (T2i)

Ao longo da história, a questão do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas tem sido abordada de forma predominante sob a ótica da psiquiatria ou da intervenção médica. Nos últimos anos, as implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas ganham evidência e passam a ser consideradas na compreensão global do problema (Brasil, 2004c).

Segundo a política do Ministério da Saúde para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, a assistência a essas pessoas deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em

dispositivos extra-hospitalares, como o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad), devendo também estar inserida na atuação do Programa de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programas de Redução de Danos e da Rede Básica de Saúde (Brasil, 2004c).

Em agosto de 2009, o Relatório de Ativação da Rede de Assistência aos Usuários de Álcool e outras Drogas, em Alagoas, da UNCISAL (Ribeiro, 2009) indicava que a rede contava com algumas Unidades Básicas de Saúde que atendiam pontualmente o cuidado clínico dessa população, dois CAPSad, um na capital e outro no município de Palmeira dos Índios, nove Comunidades Terapêuticas distribuídas entre capital e interior e 27 leitos no Hospital Escola Portugal Ramalho que reservou uma ala específica com o objetivo de desintoxicação e orientação para o tratamento.

Ainda segundo o relatório, foram identificadas ameaças e fraquezas referentes às ações desenvolvidas nesses locais, insuficiência da rede extra-hospitalar, dificuldade na capacitação dos recursos humanos, poucas ações que trabalhassem na reinserção e reabilitação psicossocial dos usuários, egressos dos serviços que oferecem tratamento.

No final do ano de 2009, Maceió iniciou a primeira experiência de Consultório de Rua do Estado e até o final de 2011 estão previstos a implantação de mais dois (Jorge, Brêda, 2011).

Alagoas conta com várias instituições, ONGs e movimentos que desenvolvem ações preventivas nessa área: a Secretaria de Estado da Mulher, Cidadania e dos Direitos Humanos; a Secretaria de Estado da Defesa Civil, com o Programa Educacional de Resistência às Drogas (PROERD); o Conselho Estadual de Entorpecentes; o Conselho Municipal de Entorpecentes; o Fórum Permanente de Combate às Drogas; a Associação Alagoana de Prevenção às Drogas, Atenção à Saúde Mental e Ecologia Humana (ACORDE); o Movimento Amor Exigente; e o Movimento Internacional Pela Paz e Não-Violência (MOVPAZ), entre outras.

A Secretaria de Estado Especial de Promoção da Paz criou desde 2010 dispositivos denominados Centros de Acolhimento e Comunidades Acolhedoras (Comunidade Terapêuticas reestruturadas) que trabalham em nível de internação, com o objetivo de promover o afastamento do ambiente de tráfico e estimular a mudança de comportamento com relação ao uso das drogas (Alagoas, 2011).

Infelizmente, falta articulação dos serviços de assistência com essas instituições e movimentos e, por isso mesmo, o cuidado e apoio se manifestam como ações isoladas. É preciso que essa articulação seja estimulada e realimentada cotidianamente, num esforço conjunto para a formação e sustentação de uma rede de atenção real (Ribeiro, 2009c).

Lancetti e Garcia (2009), ao descreverem o trabalho das equipes de saúde da família com usuários de drogas moradores de rua consideram que não se pode resolver um problema tão complexo, como a questão das drogas, com ações simplificadas e não se pode tratar pessoas desintegradas, como os usuários e dependentes de drogas, com ações desintegradas, portanto, as ações nesse sentido devem procurar agenciamentos para que os diversos atores atuem de forma conjunta.

A necessidade do enfrentamento da dependência química e o uso abusivo de álcool e outras drogas, têm se colocado como urgente na agenda dos gestores de políticas setoriais e de nossa sociedade de modo geral. Temos como maior desafio para a reestruturação do programa de álcool e outras drogas, a definição de estratégias específicas para a construção de uma rede centrada na promoção da saúde, na prevenção, na clínica ampliada, na reabilitação e reinserção social.

Muitos *nós* a serem desatados, outros apenas minimizados, muitas mãos neste tecer lento, minucioso...

Tecer e destecer incessantemente a noção do cuidado... Usar de todas as linhas em todas as suas cores... Linhas mais firmes e duras... sustentação... Linhas mais maleáveis e flexíveis... acolhimento... Laços que

aproximam... Pontos que produzem tensão à trama... Nós que interrompem... Cortes que se fazem necessários... Arranjos que aliviam... Composições de entrelaçamentos...

5.3 TERCEIRO EIXO: UMA NOVA REDE PARA TECER A RENDA: CUIDANDO DO CUIDADO

Este eixo trata das soluções encontradas pelos próprios entrevistados diante das fragilidades e condições paralisantes apresentadas, ao avaliarem a complexa estrutura do novo cuidado em saúde mental.

O **Cuidado com o Trabalhador** foi indicado como uma necessidade urgente, porém contínua, para que os CAPS possam trabalhar com toda a sua potencialidade.

Esse cuidado implica valorizar o conhecimento técnico dos trabalhadores na criação e discussões das políticas de saúde mental, dar

apoio ao profissional, com ofertas de capacitação e apoio às equipes com programas de supervisão:

Existe um grupo de profissionais, na área de enfermagem, na área de terapia ocupacional, alguns psiquiatras, que estão tentando dar uma roupagem nova na questão da saúde mental. Esse é um ponto muito positivo, acho que esses profissionais têm que ser ouvidos pelo poder público para reformular esse processo que já dura 20 anos, cada questão dessa a cada 20 anos você tem uma roupagem nova... O quê que avançou? O quê que não avançou? O quê que nós podemos melhorar? E convencer os gestores - os gestores municipais, os gestores estaduais, os gestores federais - que é preciso lidar com a saúde mental com um conhecimento mais profundo, escutando os profissionais da área.(G1)

Uma das coisas que eu acho muito importante é o cuidado com o cuidador [...] a gente já teve profissionais que adoeceram e a gente tem que ter esse cuidado, sabe? Eu acho isso muito importante, a gente cuidar dos profissionais porque realmente chega um momento em que você está querendo sumir do mapa... não porque não goste do serviço, não porque não se identifique, mas assim, você não é só trabalho, você não é só a sua vida profissional...(T1i)

[...] é uma necessidade de todos os profissionais... de se capacitar, de realmente se aperfeiçoar dentro da área, já pelo fato de assim, a gente de uma certa maneira ser colocado no serviço sem nenhuma capacitação, sem nenhuma preparação, a gente aprende realmente no dia a dia. (T2i)

Toda a equipe de recursos humanos pra entrar, pra adentrar em um CAPS, deveria passar por uma capacitação. Seja do vigia, da copeira, da menina de serviços gerais, ela teria que ter, ser preparada com um olhar do que é a saúde mental, o que é a proposta de um CAPS pra poderem assim trabalhar.(T3i)

A gente necessita muito de uma supervisão, de um acompanhamento pra cobrar, pra exigir, pra supervisionar, pra ver realmente se o serviço está fazendo por onde, né, porque a gente sente que os CAPS estão aí, mas tem uns que estão à toa... (T3i)

a própria equipe, ela precisa ser cuidada, ela precisa ter um apoio bem importante pra isso, porque senão a gente coloca a responsabilidade toda para a equipe. E é um conjunto. Temos a equipe, a família, o próprio usuário, temos o apoio político, no campo da implementação e de fazer valer as políticas que precisam ser feitas (D1)

Acho que tem que focar mais no cuidado, o cuidar dos serviços e o cuidar dos profissionais, acho que essas coisas estão um pouco massificadas e algumas pessoas não sabem muito ao que vieram, então acho que a gente precisa cuidar mais desses profissionais que cuidam e ao mesmo tempo essa clínica que está ainda precisando de cuidado, essa é a minha percepção. (D3)

Não se pode ignorar que a exposição a situações de estresse diário pode adoecer esses trabalhadores. Como foi analisado no primeiro eixo temático, a maioria deles percebe um despreparo em sua formação para o exercício da prática nesses serviços, o que pode provocar insegurança para atuar e resultar na construção de mecanismos de defesa que podem diminuir a potência de seu trabalho:

[...] eu tenho pensado isso, a doença mental não é fácil lidar, a gente coloca o que é da gente muito na hora, como é muito difícil, eu acredito que alguns se protegem e cada um vai se proteger do jeito que pode se proteger, eu sei que não posso estar criticando por conta disso, eu também me protejo quando não aguento, uns se protegem mais outros menos, quem vive dentro das salas é pra se proteger mesmo (T7c)

Muitos dos nossos entrevistados, ao analisar a necessidade de capacitações, deixam claro que estas devem ser planejadas de forma criteriosa para responderem às necessidades específicas:

[...] na perspectiva do cuidado é continuar qualificando as pessoas, aprender com os erros que a gente cometeu nas capacitações e tentar fazer as novas capacitações de uma outra forma, pra pegar mais as pessoas pelo pé e dar mais, vamos dizer assim, dar mais substância ao trabalho que elas estão fazendo, mais segurança técnica, acho que talvez a questão principal seja essa, talvez uma parte das pessoas que não trabalha seja porque não tem segurança pra fazer isso. Então é preciso que a gente dê essa segurança técnica pra que o sujeito se aventure no trabalho técnico. (G3)

Eu acredito que a capacitação ela deve ser continuada e pra todos, não só por profissional, porque tem o da parte da enfermagem, tem o de serviço social, tem o da terapia ocupacional e assim como técnico de enfermagem e etc. Mas eu acredito que deveria ter uma capacitação que falasse pra todas as profissões, é que nem sempre isso é possível, por quê? Porque o município não dispõe, às vezes, de recurso pra vir essa capacitação para todos e quando existem as capacitações fora do município ele só dispõe de um ou dois profissionais pra saírem. A equipe toda não entra, a gente traz o material, passa pra eles mas não é a mesma coisa... (T3i)

[...] deveria ter mais capacitações para os profissionais, mas aquela capacitação mesmo, não é aquela capacitação só de ouvir não, uma capacitação mais de dentro pra fora, a gente fica ouvindo muita coisa, a gente diz que faz tudo, se você olhar uma apresentação daqui do CAPS parece que a gente está na Suíça,

aqui a gente faz grupo de família, a gente faz grupo laborativo, a gente faz grupo socioterápico, a gente faz todas as palavras bonitas, agora de fato... (T7c)

A gente, acho que não só eu, mas de forma geral, nas reuniões aqui que a gente tem, sente muita falta de uma capacitação, de se criar um protocolo mesmo de atendimento ao usuário de saúde mental, que a gente vê que por mais boa vontade que tenha, mas as coisas ficam meio soltas, não existe um protocolo fechado, um fluxograma.(T8c)

[...] as capacitações elas surgiram de que projeto? Ela veio equipar o que? Porque não é só assim, vamos dar as capacitações de depressão! Não é isso... Precisa saber o que cada serviço precisa para se capacitar dentro da demanda do serviço. Então a gente ainda não conseguiu estar olhando pra poder ver se depois da capacitação, aferir se aquela capacitação foi bem feita, se ela serviu, se ela está sendo utilizada ou não, porque senão a gente joga dinheiro fora e tempo também...(D1)

A saúde mental é um campo de conhecimento e de atuação técnica vigorosamente complexo, plural, intersetorial e com muita transversalidade de saberes (Amarante, 2007), portanto, a oferta de estratégias como supervisões e capacitações para seus trabalhadores devem levar em conta esses aspectos, para que elas deem respostas efetivas às demandas do cuidado.

As capacitações, portanto, devem ser continuamente planejadas, discutidas, avaliadas e aprimoradas “*porque senão a gente joga dinheiro fora e tempo também... (D1)*”

Com relação às supervisões, elas devem ter espaço para discutir as relações de poder, as dificuldades do trabalho em equipe, as inseguranças geradas pela formação universitária insuficiente para os desafios do cotidiano dos serviços, os sintomas de estresse, entre outros (Nardi, Ramminger, 2007).

Outro aspecto que emergiu das falas foi a necessidade do **Cuidado com a Formação** dos profissionais – implicação direta com a Universidade e no modo como ela constrói o conhecimento para os novos profissionais da saúde mental.

As reflexões evidenciadas a partir das falas sobre este cuidado tão necessário apontam algumas saídas para as fragilidades indicadas anteriormente.

Um caminho apontado é o envolvimento das Universidades nas novas propostas da saúde mental, a sugestão é a construção da parceria entre as Universidades e os serviços para que o novo modelo de cuidado possa ser efetivado, ou seja, é preciso investir na formação de profissionais neste novo modelo:

É preciso envolver mais as Universidades também, acho que a UFAL e a UNCISAL, esses dois núcleos, eles representam o núcleo do conhecimento, então é preciso preparar mais profissionais através dos seus mestrados, dos seus doutorados, dar uma atenção especial a essa nova leva de profissionais na área de saúde, para que eles se dediquem à questão da saúde mental nessa nova perspectiva.(G1)

[...] enquanto a Universidade não começar a mudar esse modelo, porque tem que partir de lá, porque ela que forma, se ela não absorver o modelo a gente vai continuar tratando todo mundo como ambulatório... atendimento ambulatorial... (G2)

Outro ponto fraco que nós temos é que nós precisamos investir mais na formação, especializações e tudo, na área. Nós precisamos de mais especializações e residência. Nós temos uma Residência em Saúde Mental que, por favor, é lá no hospital psiquiátrico e isso é meio complicado... Precisamos ter mais formação nesse sentido de Residências Multiprofissionais, entendeu? Residência multiprofissional em Saúde Mental, é urgente isso aí... (D1)

Como docente a gente tem que se preocupar com a formação. Se preocupar com esse ensino de equipe, esse ensino pra uma equipe, esse ensino do profissional em equipe, tudo isso a gente tem que tocar... Tem que estimular na formação a questão do cuidado, o conceito de grupo, objetivo de grupo, tem muita grupalização ainda, é essa clínica que eu acho que precisa melhorar e não banalizar algumas questões que ainda são banalizadas que são tão importantes, a formação pode contribuir para isso. (D3)

Bezerra Júnior (2004) expõe a situação preocupante da formação dos profissionais para o trabalho na rede de atenção à saúde mental, indicando a necessidade de aproximação da Universidade com o campo de trabalho nos CAPS, com o objetivo de enriquecimento mútuo.

A entrada da Universidade nos novos serviços também é apontada por nossos entrevistados como estratégia para melhorar as ações dos profissionais:

[...] as assistentes sociais que trabalham com saúde mental, a gente se reúne uma vez por mês em Maceió com os professores da UFAL, quem coordena o grupo é uma das professoras, é a Rosa Prêdes e assim, é uma coisa que dá um norte muito bom pra gente porque todo mundo chega aqui sem experiência realmente e com esse apoio da Universidade a gente tem um norte, a gente troca experiências e assim é uma coisa que está me ajudando a entender um pouco melhor essa questão da saúde mental.(T2i)

[...] a Universidade Federal está trazendo os alunos, a Fits, o Cesmac, estão trazendo os alunos pra dentro do CAPS, a gente está vendo que o ponto forte está começando já na formação dos alunos, o que não ocorreu durante a minha turma... (T8c)

Percebo que os alunos, no contato com os CAPS, estão saindo cada vez mais críticos no bom sentido, passam a refletir sobre o que fazer para que o serviço possa melhorar, acho que tem contribuído com os serviços isso, o aluno nessa hora contribui. (D3)

As atividades de ensino desenvolvidas dentro dos serviços colaboram, tanto na atualização dos profissionais da instituição, quanto na formação dos novos profissionais que logo entrarão no campo de trabalho. Essas parcerias têm importante papel no processo de reformulação constante da assistência em saúde mental, pois garantem o questionamento contínuo das práticas, a aproximação do campo teórico, a não cristalização de posturas e, por meio desse contato, propiciam o aparecimento de ideias inovadoras que podem resultar em experiências que agregam o campo teórico ao prático.

Esta articulação entre o saber transmitido na Universidade e a construção de novos saberes no campo prático contribui para a formação de alunos críticos e preparados para intervir nas diferentes realidades que encontrarem no seu exercício profissional futuro (Luzio, L'Abbate, 2009)

A necessidade de desenvolver pesquisas na área de saúde mental também foi proposta como ação que deve ser estimulada e para a qual a Universidade pode contribuir:

Espero que a gente tenha mais pesquisas. Eu gosto muito de trabalhar com pesquisas, acho que a pesquisa ela dá um indicativo do que o governo pode fazer, com quem o governo pode contar e qual o público-alvo desse governo. Hoje você não tem uma proposta de pesquisa ampla de saúde mental no Estado de Alagoas, é preciso fazer isso e isso tem que partir também das Universidades. (G1)

[...] nós temos poucas pesquisas na área no Estado. Pouquíssimo investimento nisso, é necessário, urgente, que se abram investimentos na área de pesquisa para a Saúde Mental. (D1)

Autores e pesquisadores envolvidos com a área temática da saúde mental têm enfatizado a necessidade de implementar programas de pesquisas contínuas para a avaliação dos serviços, para a avaliação do impacto das transformações atuais do cuidado sob a perspectiva dos usuários, dos trabalhadores, dos gestores e da sociedade de uma maneira geral (Minayo, 2008; Kirschbaum, 2008; Campos et al, 2008)

Nesse sentido, a importância da parceria com as Universidades também foi salientada na IV Conferência de Saúde Mental, o relatório final propõe o desenvolvimento de projetos de pesquisa e metodologias voltadas para a área com o objetivo de fortalecer as ações públicas para a melhoria da qualidade da atenção, da prevenção e do tratamento (SUS, 2010).

Por último, mas de grande relevância, é o papel político que a Universidade tem que assumir, comprometendo-se com a Reforma Psiquiátrica como movimento de transformação social. Na fala abaixo, é possível perceber a inquietação do docente com relação à esta questão:

Eu acho que ainda tem uma coisa grande aí pra construir, que talvez se a Universidade ou as Universidades, a Universidade como instituição, as Universidades públicas, se a gente conseguisse avançar na nossa articulação, talvez a gente pudesse fortalecer... Que, apesar de ser institucional, mas a Universidade não é a instituição que presta o serviço? E a gente sabe que na história dos movimentos, de vários movimentos sociais no Brasil, o apoio da Universidade sempre foi muito importante. Então eu vejo assim, não é só a responsabilidade de formar, eu acho que a gente teria que contribuir politicamente. (D2)

Morin (2007), ao expor a necessidade da reforma da Universidade nesse terceiro milênio, afirma que não se podem reformar as estruturas universitárias se antes as mentes não forem reformadas, porém, só se pode reformar mentes se a instituição for previamente reformada, portanto propõe a reforma do pensamento como objetivo vital para este desafio e indica uma necessidade social-chave para isso: “formar cidadãos capazes de enfrentar os problemas de seu tempo” (Morin, 2007, p. 26).

A Universidade, portanto, não deve se esquivar dessa missão de formar cidadãos com compromisso ético, solidário e político nas transformações sociais, para tanto ela precisa se envolver ativamente nessas transformações.

O Cuidado com o CAPS também foi evidenciado nos discursos como possíveis trilhas para a solução de alguns problemas levantados:

O Núcleo da Saúde Mental do Estado precisa ser reestruturado, precisa ser fortalecido, fazer um acompanhamento de perto dos resultados de todos esses CAPS: se precisar investir, pagar melhor os profissionais dos CAPS e ampliar a rede de atendimento dos CAPS e dos CAPSad. (G1)

[...] no sentido de qualificação dos serviços, nos CAPS nós temos o que chama de supervisão clínico-institucional, e ela é importante que aconteça. Contudo, nós carecemos de pessoas com qualificação para cuidar e ajudar a equipe, no sentido de colocar o projeto daquele CAPS em ação. Então, cada CAPS precisa ter um projeto próprio, mas ainda penso que pode ter uma espinha dorsal mínima, para que todos os CAPS precisem corresponder. (D1)

Sem dúvida nenhuma cresceu nessa expansão, mas o que eu vejo agora é uma necessidade de cuidar da clínica. A política ela andou, caminhou, os serviços substitutivos realmente chegaram e montaram seus espaços, mas a qualidade do serviço acho que agora é o foco. (D3)

Criar dispositivos internos e externos de qualificação dos cuidados exercidos dentro do CAPS de Alagoas tem sido um tema bastante debatido dentro dos fóruns organizados pela Gerência de Núcleo de Saúde Mental (GENSAM).

A criação da Escola de Saúde Mental, da Escola de Supervisores Clínico-Institucionais e os projetos PET-Saúde Mental (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde Mental) são iniciativas com o objetivo de qualificar os serviços dentro de uma proposta interinstitucional, englobando esforços, tanto da Secretaria de Estado da Saúde, quanto das Universidades (UNCISAL e UFAL) e têm este reconhecimento entre os nossos entrevistados:

A Escola de Saúde Mental é um novo cenário que a gente está discutindo na coordenação, que não é pra ficar na coordenação, tem que ficar em uma das Universidades, a gente só está coordenando esse processo inicial. No início a ideia era uma escola de supervisores e transformou-se numa situação bem mais ampla que é a Escola de Saúde Mental de Alagoas que é pra formação de profissionais pra atuarem nessa área com o objetivo de qualificar os serviços. (G2)

Tem a possibilidade da construção efetiva da Escola de Saúde Mental no Estado. Isso vai ser um marco regulatório porque as capacitações, elas também são esquizoides, elas são pontuais, elas vem pra cumprir o cronograma, elas vêm porque é função do Estado, ele tem que capacitar. Mas ela ainda é muito solta. Então, a partir do momento que a gente tiver uma capacitação contínua, com supervisão, eu capacito e supervisiono a equipe na aplicação daquilo, eu capacito e supervisiono na aplicação daquilo, que eu acredito que vai ser um dos papéis da Escola de Saúde Mental, aí eu acho que o salto de qualidade pode ser muito maior. Quer dizer, pode ser um catalisador mesmo, pra que o processo seja mais rápido. (T4i)

[...] iniciando com a Escola de Supervisores, há a perspectiva de termos a Escola de Saúde Mental esse ano também instituída, quer dizer, nós estamos agregando, buscando agregar todos os colegas da área Médica, da área de Enfermagem, da área da Terapia Ocupacional, da área da Educação Física, da área do Serviço Social, da Nutrição, da Farmácia, então, agregando esses atores, tanto no campo da formação com o PET- Saúde Mental, porque o PET-Saúde Mental vem a fortalecer a formação em Saúde Mental, e eu acho que esse é um dos vieses, um dos caminhos, aliás, importantíssimo a ser cuidado, a formação para a qualificação dos serviços. Formar profissionais com capacidade de visualizar a atenção de forma ampliada, humanizada... (D1)

Em 2009, alguns profissionais técnicos ligados à área da saúde mental, funcionários da GENSAM, docentes da UFAL e UNCISAL e com a consultoria técnica da Dra. Ana Pitta passaram a se reunir com o objetivo de implantar a Escola de Supervisores Clínico-Institucionais de Alagoas. Dessa primeira iniciativa e como sugestão do Coordenador Nacional de Saúde

Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, Pedro Gabriel Delgado, este projeto foi ampliado e o grupo passou a projetar a criação da Escola de Saúde Mental de Alagoas.

Apesar de no final desse mesmo ano, a Escola ter sido inaugurada, com a presença, inclusive, do coordenador do Ministério da Saúde, por impedimentos burocráticos, administrativos e financeiros, ela não pôde desenvolver nenhum projeto e o grupo voltou a sua atenção novamente para a Escola de Supervisores.

No final de 2010, com a liberação de recursos do Ministério da Saúde, a GENSAM em parceria com a UFAL e a UNCISAL passaram a desenvolver a efetivação desse projeto. Em setembro de 2011, a Escola de Supervisores Clínico-Institucionais de Rede da Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas de Alagoas foi inaugurada com o objetivo de fomentar a qualificação das ações de supervisão clínica que acontece nos CAPS e nas redes municipais e intermunicipais, com abrangência intersetorial, voltada para a capacitação teórica e prática de profissionais aptos a atuarem como supervisores clínico-institucionais da rede de atenção psicossocial, álcool e outras drogas.

Atualmente, a Escola conta com 30 supervisores aprendizes iniciando atividades práticas nos CAPS de todo o Estado, o que significa dizer que estão em processo de formação profissionais para desenvolver a atividade de supervisão clínico-institucional de, aproximadamente, 65% dos CAPS de Alagoas.

A criação desses dispositivos não responde apenas à necessidade de cuidado dos CAPS, ela pertence ao conjunto de ações que contribuem para o **Cuidado com a Rede**.

A falta da rede, conforme visto anteriormente, foi uma questão indicada como paralisante na continuidade do cuidado exercido nos CAPS. Nossos protagonistas propõem algumas soluções diante desse problema:

[...] a gente está discutindo isso constantemente agora na equipe, como pode ampliar mais para um outro tipo de serviço, que não seja só o serviço CAPS, a gente também está puxando um pouco para os municípios de menos de 20 mil [habitantes] que montem seus ambulatórios, então a gente está tratando dentro desses municípios, discutindo com os gestores pra montar (G2)

[...] a gente conseguiu progredir na reforma, mas a gente progrediu e parou e, se a gente parou, parou por algum motivo, o motivo talvez seja que a nossa rede de CAPS ela não esteja suficiente, ela necessite ser ampliada não com mais CAPS, mas com outros instrumentos que vão de certa forma desafogar o CAPS dos pacientes que são ambulatoriais, que não deviam estar sendo atendidos no CAPS, de pacientes que poderiam estar tranquilamente fora, num Centro de Convivência, tendo uma autonomia maior, que já estão num outro patamar e deixar o CAPS mesmo pra o atendimento das crises que continua sendo atendida pelo hospital psiquiátrico. (G3)

Eu ainda gostaria de vivenciar um dia o matriciamento porque deve ser muito bom. Deve ser muito bom trabalhar as equipes, eu não sei quais as técnicas que Alagoas usa pra matriciamento, não tenho a menor ideia de que maneira isso é trabalhado nas cidades que já trabalharam, mas essa integração é fundamental e mesmo sem ter nada, os médicos já ligam, já conversam porque informalmente a demanda nos puxa. Então a gente já acaba informalmente fazendo a rede. Essa rede virtual ela já existe, a gente só não organiza ela, porque se otimizasse ela, seria muito melhor... Mas ela acaba acontecendo de todas as formas... (T4i)

Que se coloque CAPS III. Que realmente se faça o trabalho com Residências Terapêuticas, enfim, que se mobilize a Coordenadoria de Saúde Mental do Estado, do Município, pra gente ver essa questão do sair do CAPS, como vai ser em relação ao trabalho, porque eles ficam ociosos em casa, terminam adoecendo novamente. (T6c)

Nós precisamos ampliar os serviços que se chama de serviços substitutivos [...] precisamos ter outros serviços que não só os CAPS, como nós chamamos de Centros de Convivência... Precisamos ter o campo do trabalho mais estimulado, porque a gente percebe que esse campo do trabalho ainda tá muito comprometedor. [...] Alagoas precisa ampliar a sua visão da Atenção Básica no cuidado à pessoa integral, e o cuidado integral não é o cuidado físico, mas é o cuidado biopsicossocioespiritual... (D1)

Muitas ações são propostas para melhorar e diversificar a Rede de atenção em saúde mental no Estado de Alagoas. Nossos entrevistados indicam caminhos que já foram traçados em outras regiões do país e estão dando certo: instalação de CAPSIII e Residência Terapêutica, criação de Centros de Convivência, implantação de ambulatórios de saúde mental nos

municípios de menor porte, organização da rede de serviços já existentes com ações de matriciamento e parcerias com a Atenção Básica.

As sugestões acima evidenciam a necessidade do Estado e o desejo dessas pessoas em desenvolver o **Cuidado com o Território**, objetivando que este novo cuidado em saúde mental possa realmente significar mudanças.

As falas abaixo indicam isso:

[...] o CAPS só, não vai funcionar... é um conjunto... tem que olhar os outros problemas, fazer um somatório e resolver essas questões porque se não fechar essas brechas, fica complicado tentar botar só uma rolhinha num buraquinho... os outros buracos estão aí, vazando e a gente precisa estancar. (T1i)

[...] a questão desse novo serviço também, que ele permite, mas nem sempre acontece, são os consórcios de cooperativas, entre cooperativas, quer dizer, apoio com a sociedade, eu sei que cabe a gente, realmente à equipe sensibilizar a sociedade pra se fazer mais presente, dar os apoios, dar os patrocínios pra que realmente funcione essa integração dos usuários com toda a comunidade daquele município... (T3i)

O CAPS ele tem que ter uma territorialidade. Mas a territorialidade tem que ser, como é que eu digo, tem que ser incorporada. Você tem que ter um processo de municipalização onde as pessoas de fato entendam que tem que ter uma referência e uma contrarreferência. Os serviços não podem ser soltos e segmentados. (T4i)

A gente vê uma resistência muito grande em relação ao portador de transtorno mental, pra você encaminhá-lo para a área laboral, que é um dos objetivos do CAPS. A gente fala de ressocialização, a gente tem que tentar ressocializar e o trabalho também está incluso. (T6i)

Eu fico pensando que os serviços de Atenção Psicossocial, eles precisam se conectar mais com o seu mundo coletivo, com o seu mundo comunitário, com a comunidade, fazer a comunidade compreender a questão do sofrimento humano, do sofrimento mental e levar os usuários para a comunidade. (D1)

Eu às vezes me incomodo com aquelas coisas, é tudo no CAPS... Vou fazer oficina dentro do CAPS, vou fazer pintura dentro do CAPS... Se tem um CRASS ou se tem alguém na comunidade que dá aula de pintura, por que o usuário não pode estar ali, fazendo o curso? Se tem um curso de arte culinária, por que é que tem que fazer dentro do CAPS? A gente não quer inserir socialmente? Então vamos levar o usuário para a comunidade. (D1)

A grande perspectiva teria que ser de um incremento nas lutas da sociedade para o crescimento do investimento na Saúde Mental, e também pra o trabalho mesmo mais político, mais cultural (D2)

E os CAPS eles são ainda muito fechados em copas, é como se funcionários e profissionais tivessem ainda muito de gabinete, falta esse CAPS ir pra rua, ir pra fora, essa clínica do território precisa também ser estimulada... (D3)

O cuidado com o sofrimento mental nas novas propostas direciona as ações desse cuidado também para a comunidade, no sentido de integrá-la às ações do CAPS, diminuindo preconceitos, descobrindo espaços potentes de trocas e ampliando territórios.

As propostas dos nossos artesãos sugerem mudanças, não só nas estruturas da saúde, mas, também, nas estruturas de outras instituições, nas estruturas da cidade. Ações que, se desenvolvidas com compromisso, seriedade e investimento de todos os atores envolvidos, naturalmente, irão reverberar na ampliação da rede de vida das pessoas com sofrimento mental e transformar a sociedade alagoana em uma sociedade mais solidária, inclusiva e ética.

Somente assim o querer desse nosso artesão desejante tornar-se-á poder:

Eu quero sempre minha evolução, meu progresso, melhoria...
Quero ter vida social, vida afetiva, quero vida profissional.... (U4c)

Tecer e destecer incessantemente a noção do cuidado... Usar de todas as linhas em todas as suas cores... Linhas mais firmes e duras... sustentação... Linhas mais maleáveis e flexíveis... acolhimento... Laços que aproximam... Pontos que produzem tensão à trama... Nós que interrompem... Cortes que se fazem necessários... Arranjos que aliviam... Composições de entrelaçamentos... Construção de contornos e intensidades diferentes... Rede de sustentação em desenhos harmoniosos... Desenhos que produzem olhares... Desenhos que produzem alegria... Desenhos que produzem desejos... Desenhos que produzem vidas...

Capítulo 6

O Arremate...

Considerações Finais

No fundo do poço sem fundo

Brilha um clarão azulado

*Todo o segredo do mundo nesse clarão está
guardado*

*Todo o segredo do mundo nesse clarão está
guardado*

No fundo do poço sem fundo

Brilha um clarão azulado

(Poço sem fundo, Júnior Almeida)

Ao sentarmos nessa calçada – que nos levou à trajetória de construção do novo cuidado em saúde mental – e chamarmos alguns artesãos para dividir conosco suas histórias – vivências de quem experiencia as transformações desse cuidado no cotidiano - pôde-se tecer uma trama nova, com cores e desenhos delineados por todos, transformando esse trabalho em um trabalho coletivo, tecido por várias falas, várias experiências, várias visões.

Isso não o distingue como uma obra completa, finalizada, talvez ao contrário disso, por tentar traduzir esferas tão diferentes, abre caminhos para também diferentes possibilidades, diferentes considerações.

O arremate é sempre difícil. Por ser este produto um produto que tem movimento contínuo, determinar algumas considerações finais sempre dará a sensação de que ainda há algo a dizer... algo a fazer...

Como no Filé, em que o desenho final só é delimitado quando a artesã decide, assim é este trabalho: nesse momento ele enuncia sua finalização, mesmo tendo potencial para ir além.

Alguns pontos devem, portanto, ser reforçados para que a renda fique firme, marque presença e possa servir de inspiração para trabalhos futuros.

O fato de Alagoas estar com um número adequado de CAPS não diminui a necessidade de se construírem outros mecanismos de assistência em saúde mental: é preciso insistir na criação de leitos em hospitais gerais, na implantação de residências terapêuticas, na habilitação de CAPS III na capital e em alguns municípios estratégicos para que o modelo asilar possa ser efetivamente substituído.

A criação de dispositivos voltados para a inclusão das pessoas com sofrimento mental na comunidade como CECCOs, Oficinas de Geração de Renda, Centros Desportivos, entre outros, são ações também necessárias e

urgentes para que a referência de cuidado seja comunitária e inserida no território.

Infelizmente, não podemos afirmar que o corpo de trabalhadores dos CAPS em Alagoas é antimanicomial, percebem-se diferentes concepções sobre o cuidado e objetivos ali aplicados. Para a formação de uma estrutura de recursos humanos realmente substitutiva é preciso investir na capacitação contínua desses trabalhadores para que possa haver a identificação de suas práticas no modelo psicossocial.

A Universidade pode contribuir com a formulação de cursos extensivos e especializações dirigidas a estes trabalhadores.

Além disso, ela deve estar presente na formação de profissionais identificados com o discurso e a prática psicossocial. Uma ação que poderia fazer a diferença, nesse sentido, seria trabalhar na redefinição de projetos pedagógicos das várias profissões envolvidas na assistência em saúde mental, para que os estudantes passem a compreender as mudanças no cuidado e seu significado para o sujeito assistido.

Outro aspecto muito importante é que o trabalho na saúde mental deve ser um trabalho valorizado, com salários que estimulem a dedicação do profissional, que permitam que ele se engaje em ações intersetoriais, que ele possa estar presente na criação de espaços terapêuticos e cuidados continentes, viabilizando cotidianamente a interlocução dos usuários com a coletividade.

Os espaços oferecidos para o cuidado também devem ser espaços de vida, com estruturas físicas adequadas, que instiguem o desejo de estar naquele local, que provoquem sentimentos de alegria e bem estar e não o contrário – em nossa caminhada, pudemos perceber o quanto os locais inadequados e a escassez de materiais para o desenvolvimento das práticas necessárias a um trabalho de qualidade têm maltratado trabalhadores, usuários e familiares.

Para tanto, o envolvimento dos gestores é decisivo. A saúde mental deve fazer parte de investimentos maiores nas gestões municipais, não permanecendo, como atualmente se encontra em vários municípios de Alagoas, dependente apenas dos incentivos federais. Além disso, as coordenações dos serviços substitutivos devem ser indicações técnicas e não políticas, garantindo posturas em consonância com os princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica.

O início das transformações do cuidado em saúde mental em Alagoas, como pudemos ver, se deu graças ao esforço e à coragem de trabalhadores que se permitiram ousar e enfrentar o discurso e prática vigente e a alguns gestores que perceberam a necessidade de construir, dentro do seu campo de ação, uma política voltada para a saúde mental diferente da que dominava o Estado – apostaram com ações e recursos nas mudanças.

Encorajar a retomada da luta também é um caminho possível... porém, possível apenas se for traçado em ações coletivas, que envolvam os trabalhadores, as Universidades, os gestores, os usuários e familiares e, principalmente, a comunidade. Esta precisa ser instigada a participar dessas transformações.

Nesse momento, eu gostaria de narrar um acontecimento que marcou a minha vida profissional e me despertou para diversas reflexões sobre as implicações sociais e políticas que envolvem o trabalho na saúde mental.

Certo dia, ao finalizar um grupo de terapia ocupacional que eu coordenava em um CAPS, quando, naquele período, eu trabalhava com os usuários a importância da participação deles nas festas juninas na comunidade, exatamente no momento em que os participantes avaliavam a atividade sugerida e falavam dos significados dela para cada um, um usuário que, apesar de sempre estar presente em todas as atividades oferecidas a ele no serviço, insistia em nunca tirar dos ouvidos os *headphones* de um rádio constantemente ligado, naquele momento os retirou e disse, com voz

mansa: “Sempre que falamos sobre as festas do bairro, vocês dizem que é importante que a gente vá, que a gente participe, que a gente esteja presente. Eu fico me perguntando, por que é que a gente é que tem que fazer esse esforço, por que o trabalho tem que ser da gente? Estamos aqui porque somos doentes, somos diferentes, temos dificuldades no relacionamento com as pessoas. Por que então vocês não vão pra comunidade e dizem às pessoas de lá para nos aceitarem como somos, para insistirem em nossa participação nas festas? Por que além de sermos doentes ainda temos que nos esforçarmos para sermos aceitos? Não seria mais fácil as pessoas que estão fora daqui, já que são consideradas normais, se esforçarem pra gente ser incluído, em vez do contrário?”

Essa colocação mexeu comigo à época e ainda mexe. A partir daí, passei a pensar na importância fundamental dos serviços substitutivos desenvolverem ações na comunidade e com a comunidade, pois a tomada de responsabilidade também deve ser feita a partir da chamada da comunidade para se corresponsabilizar pela inclusão. O trabalho de conscientização e quebra de preconceitos e estigmas impostos durante anos às pessoas com sofrimento psíquico só será possível quando a comunidade for chamada a transformar essa realidade, for chamada a fazer parte de forma implicada para a construção de uma sociedade mais solidária, mais inclusiva e mais cidadã.

No entanto, essa chamada só pode ser feita a partir da ação daqueles que estão envolvidos com a saúde mental, aqueles que acreditam que é possível oferecer às pessoas assistidas uma nova proposta de vida, um novo espaço social e uma nova representação de sujeito para além da doença. Sujeito que deseja afeto, que deseja participação, que deseja trabalho, que deseja vida!

O trabalho presente, que usa a renda do Filé como exercício metafórico, toma emprestado dessa arte transformada regionalmente em prática subversiva de inclusão, a ideia de como a inclusão pode ser praticada no cotidiano de vidas comuns. Foi no Filé que essas mulheres

puderam ter seu lugar inscrito no social, foi na renda que elas puderam pertencer a outros espaços que não apenas o do lar, foi através dele que elas conquistaram uma profissão.

Inclusão...

A trajetória do novo cuidado em saúde mental no Estado de Alagoas foi tecida a várias mãos, estrutura coletiva que nunca termina, porque é realizada cotidianamente, mescla de cores composta no entrelaçamento de novos e velhos gestos.

Ao finalizarmos essa renda, quando levantamos da calçada onde tecíamos e nos afastamos alguns passos para apreciar a produção, uma mistura de sentimentos nos invade: a satisfação de concluir algo exitoso, harmonioso, entremeia-se a sensação de que ainda faltam possíveis pontos a serem traçados, desenhos que não foram disponibilizados, mãos que não se fizeram presentes.

Portanto, esta artesã termina com o convite para que outros se sentem nessa roda, que escolham outras linhas e novas cores e participem. Essa renda não tem fim, ela continua enquanto acreditarmos que é possível a composição de novas tramas no fortalecimento do trabalho coletivo para a valorização, nessa vida complexa e potente, desses novos cidadãos.

Referências

REFERÊNCIAS

- Alagoas. Secretaria de Estado da Defesa Social. [notícia] Ações da Secretaria da Paz contribuem para a redução de homicídios. 05.11.2011. Disponível em: <http://www.defesasocial.al.gov.br/sala-de-imprensa/noticias/2011/01/acoes-da-secretaria-da-paz-contribuem-para-reducao-de-homicidios>. Acesso em: 09 nov 2011.
- Amarante P. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. Hist Ciec Saude – Manguinhos. 1994; 1 (1): 61-77.
- Amarante P, coordenador. 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; 1996.
- Amarante P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: Fernandes MIA, Scarcelli IA, Costa ES (organizadores). Fim de século: ainda manicômios? São Paulo: IPUSP, 1999. p. 47- 53.
- Amarante P, coordenador. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: NAU, 2003.
- Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- Amarante PDC, Torres EHG. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. Saúde em Debate, Rio de Janeiro. 2001; 25(58):26-34.
- Andrade CD. Alguma Poesia. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- Ayres JRJM. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? Interface(Botucatu); 2000; 4(6): 117-20.

Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc & Saúde Coletiva*, 2001; 6(1):63-72.

Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.

Barros DD. A desinstitucionalização é desospitalização ou desconstrução? *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* 1990; 1(2):101-6.

Barros DD. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: Lemos; 1994.

Basaglia F. *Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Editora Brasil Debates; 1979.

Basaglia F, coordenador. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1985

Basaglia F. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal; 1991.

Basaglia F. A utopia da realidade. In: Basaglia F. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond; 2005a, p. 225-36.

Basaglia F. A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização. In: Basaglia F. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond; 2005b, p. 23-34.

Basaglia F. As instituições de violência. In: Basaglia F. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond; 2005c, p. 91-131.

Basaglia F. Introdução a *Asylums*. In: Basaglia F. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond; 2005d, p. 133-49.

Bezerra Junior B. Cidadania e loucura: um paradoxo? In: Bezerra Junior B, Amarante P, organizadores. *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Damará; 1992.

Bezerra Junior. B. A diversidade no campo psiquiátrico: pluralidade ou fragmentação? Cadernos IPUB. Práticas ampliadas em saúde mental: desafios e construções do cotidiano 1999; 14:135-44.

Bezerra Junior B. O cuidado nos CAPS: os novos desafios. In: Albuquerque P, Libério M, organizadoras. O cuidado em saúde mental: ética, clínica e política. Rio de Janeiro: Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; 2004. p. 3-11.

Bichaff R. O trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da Reforma Psiquiátrica [mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2006.

Birman J, Costa JF. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: Amarante P, organizador. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. p. 41-72.

Boff L. A águia e a galinha: uma metáfora da condição humana. Petrópolis: Vozes, 1997.

Borba LO, Schwartz E, Kantorski LP. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. Acta Paul Enferm 2008; 21(4): 588-94.

Borges CF, Baptista TWF. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro 2008; 24(2):456-68.

Bosi MLM, Mercado-Martínez F. Introdução: notas para um debate. In: Bosi MLM, Mercado-Martínez F, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. 2ª ed. Petrópolis:Vozes; 2007; p. 23-71.

Bourdieu P. A ilusão biográfica. In: Amado J, Ferreira MM, coordenadores. Usos e abusos da história oral. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2000. p. 183-91.

Brasil. Conferência Nacional de Saúde, 8., Brasília, 1987. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final/ 8. Conferência Nacional de Saúde. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 10 out. 2011.

Brasil. Conferência Nacional de Saúde Mental (2.:Brasília :1992) Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental;1994.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; abr. 1997a.

Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. Brasília, Ministério da Saúde; 1997b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Norma Operacional Básica de Assistência a Saúde. Brasília; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria- Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990 – 2004. Brasília: Ministério da Saúde. 5 ed.; 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília (DF); 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl.– Brasília: Ministério da Saúde; 2004c.

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

Brasília, 2005 [acesso em 2010 Mar 28]. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Relatorio15%20anos%20Caracas.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 4, ano II, nº 4. Informativo eletrônico. Brasília: agosto de 2007 Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados - 4, Ano II, nº 4, agosto de 2007*. Brasília, 2007. Informativo eletrônico de dados sobre a política nacional de saúde mental. 24p. Disponível em www.saude.gov.br e www.ccs.saude.gov.br (acesso em 28/09/11).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental no SUS: acesso, equidade, qualidade. Desafios para consolidar a mudança de modelo. Relatório de gestão 2008. Coordenação Nacional de Saúde Mental Álcool & Outras Drogas. Brasília, 2009, 58p.

Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde em dados 7. Brasília: Ministério da Saúde, ano V, nº 7, junho de 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007/2010. Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011a, 106 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dado – 9, ano VI, nº 9.

Informativo eletrônico. Brasília: julho de 2011b. Disponível em:
www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental. Acesso em: 07 nov 2011.

Brêda MZ, Augusto LGS. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. *Ciênc & Saúde Colet* 2001; 6(2):471-80.

Brêda MZ, Rosa WAG, Pereira MAO, Scatena MCM. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. *Rev Lat Am Enferm* 2005;13(3):450-2

Brêda MZ. A assistência em saúde mental: os sentidos de uma prática em construção [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2006.

Brêda MZ, Ribeiro MC, Silva PPAC, Silva RCO, Costa TF. A avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do estado de Alagoas: a opinião dos usuários. *Rev Rene* 2011; 12(4):818-24.

Brêtas ACP. Pesquisa qualitativa e o método da história oral: aspectos conceituais. *Acta Paul Enferm* 2000;13(3):81-91.

Campos GWS. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. *Saúde em Debate* 1992; 37:16-9.

Campos GWS. O Estado e a atenção à saúde: conflitos e contradições na implantação do SUS e a entrada em cena dos municípios. In: Gastão GWS. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 87-132.

Campos RO, Furtado JP, Passos E, Benevides R. À guisa de conclusão: la clé des champs! In: Campos RO, Furtado JP, Passos E, Benevides R, organizadores. *Pesquisa Avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. p. 68-77.

Cavalcanti RR. *Hospital Portugal Ramalho: de asilo a instituição de assistência psiquiátrica*. Maceió: Editora Catavento, 2006.

Cerqueira L. *Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental*. Rio de Janeiro: Atheneu; 1983.

Chizzotti A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo: Cortez; 1991.

Colvero LA, Ide CAC, Rolim, MA. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Rev Esc Enferm USP* 2004; 38(2):197-205.

Costa CM, Figueiredo AC. Apresentação. In: Costa CM, Figueiredo AC, organizadores. *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.

Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1ª reimpressão, 2006. p. 141- 68.

Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do modo psicossocial. *Saúde em Debate* 2001; 25(58):12-25.

Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: Amarante P, organizador. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003, p. 13-44.

Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

Dalmolin BM. *Esperança equilibrada: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

Delgado PGG, Gomes MPC, Coutinho ESF. Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:452-3.

Dell'Acqua G, Mezzina R. Resposta à crise. In: Delgado J, organizador. *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Ed. Resenha; 1991, p. 53-79.

Demo P. *Pesquisa e informação qualitativa*. Campinas: Papirus; 2001.

Deslandes SF. Notas sobre a contribuição da sociologia compreensiva aos métodos qualitativos de avaliação. In: Campos RO, Furtado JP, Passos E, Benevides R, organizadores. *Pesquisa Avaliativa em saúde mental: desenho*

participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. p. 68-77.

Dimenstein M, Santos YF, Brito M, Severo AK, Moraes C. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. *Mental* [online]. 2005, vol.3, n.5, p. 23-41. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 28 out. 2011.

Engelman S. O campo de exceção e a vida nua. In: Fonseca TMG, Engelman S, Perrone CM. *Rizomas da reforma psiquiátrica: a difícil reconciliação*. Porto Alegre: Sulina/UFRGS, 2007; p. 53-86.

Fagundes S. Os municípios e a desinstitucionalização em saúde mental coletiva. In: Campos FB, Lancetti A, organizadores. *Experiências da Reforma Psiquiátria*. SaúdeLoucura 9. São Paulo: Hucitec; 2010. p.203-31.

Ferreira MM, organizadora. *Entre-vistas: abordagens e usos da história oral*. Rio de Janeiro: FGV; 1994.

Ferreira MM. História oral, comemorações e ética. *Projeto História. Ética e História oral*, São Paulo, nº 15, p.157-164, abr; 1997. Disponível em: http://cpdoc.fgv.br/producao_intelectual/arq/518.pdf. Acesso em 15 ago. 2011.

Fonseca TMG, Engelman S, Perrone CM. *Rizomas da reforma psiquiátrica: a difícil reconciliação*. Porto Alegre: Sulina/UFRGS, 2007.

Fonseca TMG. A reforma psiquiátrica e a invenção da reconciliação. In: Fonseca TMG, Engelman S, Perrone CM. *Rizomas da reforma psiquiátrica: a difícil reconciliação*. Porto Alegre: Sulina/UFRGS, 2007; p. 29-52.

Foucault M. *Microfísica do poder*. 16ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

Foucault M. *A arqueologia do saber*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2000.

Foucault M. *Doença mental e psicologia*. Lisboa: Edições Texto & Grafia, 2008.

Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 1999; 15(2):345-53.

Freire P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

Galletti MC. *Oficina em saúde mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico?* [dissertação]. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica; 2001.

Giovanella L, Amarante P. O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental. In: Amarante P, organizador. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. p.113-147.

Goffman E. *Manicômios, prisões e conventos*. 7ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

Goldberg J. *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, 1994.

Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MC de C, organizadora. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29ª ed. Petrópolis: Vozes; 2010. p. 79-108.

Grele RJ. Pode-se confiar em alguém com mais de 30 anos? Uma crítica construtivista à história oral. In: Amado J, Ferreira MM. *Usos & abusos da história oral*. 4ª ed. Rio de Janeiro: FGV; 2001. p. 267-77.

Guerra AMC. *Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática*. In: Costa CM, Figueiredo AC, organizadoras. *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.

Guimarães CF, Meneguel SN. Subjetividade e saúde coletiva: produção de discursos na re-significação do processo saúde-doença no pós-moderno. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*. Fortaleza, v. III, n. 2, p. 353-71, set. 2003

Haguette TMF. Metodologias qualitativas na sociologia. 12ª ed. Petrópolis: Vozes; 2010.

Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. Ciênc saúde coletiva 2009;14(1):297-305.

Janotti MLM. Refletindo sobre a história oral: procedimentos e possibilidade. In: Meihy JCSB, organizadora. (Re)introduzindo história oral no Brasil. São Paulo: Xamã; 1996. p.56-62 (Série Eventos).

Jorge JS, Brêda MZ. Consultório de rua: novo espaço, novo dispositivo, inovadora forma de cuidado. In: Soares MH, Bueno SMV. Saúde mental: novas perspectivas. São Paulo: Yendis, 2011. p. 77- 86.

Joutard P. Esas voces que llegan del pasado. México: Fondo de Cultura Económica; 1983.

Kinker FS, Cirilo LS, Campos FB, Robortela S, Medeiros Júnior G. Desconstruindo mentalidades. In: Campos FB, Lancetti A, organizadores. Experiências da Reforma Psiquiátrica. SaúdeLoucura 9. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 11-47.

Kinoshita RT Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta AMF, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 55-9.

Kinoshita RT. Em busca da cidadania. In: Campos FCB, Henriques CMP, organizadores. Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos. São Paulo: Hucitec, 2ª. ed, 1997.

Kirschbaum DIR. Considerações acerca da construção de pressupostos e metodologia de pesquisa para avaliar serviços de saúde mental. In: Campos RO, Furtado JP, Passos E, Benevides R, organizadores. Pesquisa Avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. p. 89-96.

Koga M, Furegato AR. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. Ciênc Cuida Saúde 2002; 1(1): 69-73.

Lancetti A, Garcia L. Cuidado, território e crack: notas sobre os enxugadores de gelo ou caçadores de noias. In: Campos FB, Lancetti A, organizadores. Experiências da Reforma Psiquiátrica. SaúdeLoucura 9. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 243-54.

Lappann-Botti NC, Labate RC. Oficinas em saúde mental: a representação dos usuários dos serviços de saúde mental. Texto Contexto Enferm 2004; 13(4):519-26.

Leão A, Barros S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. Saúde Soc 2008; 17(1): 95-106.

Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciênc Saúde Coletiva 2001; 6(2):269-91.

Lobosque AM. Experiências da loucura. Rio de Janeiro: Garamonde, 2001.

Lobosque AM. Nem a fuga da teoria, nem o medo da invenção. In: Campos FB, Lancetti A, organizadores. Experiências da Reforma Psiquiátrica. SaúdeLoucura 9. São Paulo: Hucitec; 2010. p.255-72.

Luz MT. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. Physis – Rev Saúde Coletiva 1991; 1(1):77-96.

Luzio CA, L’Abatte S. A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. Ciência Saúde Coletiva 2009; 14(1):105-116.

Luzio CA, Yasui S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. Psicol estud 2010; 15(1):17-26.

Machado AL. Reforma psiquiátrica e a mídia: representações sociais na Folha de S. Paulo. Ciênc Saúde Coletiva 2004; 9(2): 483-91.

Machado AL. Movimentos de saberes e cuidados em saúde mental: a religiosidade pela via da subjetividade. Tese [livre-docência]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Machado R. Por uma genealogia do poder. In: Foucault M. Microfísica do poder. 16 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

Maffesoli M. O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massa. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

Maffesoli M. Elogio da razão sensível. Petrópolis: Vozes; 2005a.

Maffesoli M. O mistério da conjunção: ensaios sobre comunicação, corpo e socialidade. Porto Alegre: Sulina; 2005.

Mance EA. A revolução das redes. A colaboração solidária como alternativa pós-capitalista. Petrópolis: Vozes; 2001.

Mângia EF, Souza DC, Mattos MF, Hidalgo VC. Acolhimento: uma postura, uma estratégia. Rev Ter Ocup USP 2002; 13(1):15-21.

Matumoto S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1998.

Meihy JCSB. Manual de história oral. 5ª ed. São Paulo: Edições Loyola; 2005.

Melman J. Intervenções familiares no campo da reforma psiquiátrica. In: Fernandes MIA, Scarcelli IA, Costa ES, organizadores. Fim de século: ainda manicômios? São Paulo: IPUSP, 1999. p. 171-86.

Merhy EE. O ato de cuidar como um dos nós críticos “chaves” dos serviços de saúde. 1999. Disponível em:
<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-04.pdf> . Acesso em 10 jun. 2010.

- Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 2000; 6:109-16.
- Merhy EE. Os CAPS e seus trabalhadores no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: Amaral H, Merhy EE, organizadores. *A Reforma psiquiátrica no cotidiano II*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2007a. p.55-66.
- Merhy EE. Cuidado com o cuidado em saúde. Saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: Amaral H, Merhy EE, organizadores. *A Reforma psiquiátrica no cotidiano II*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2007b. p 25-37
- Minayo MCS. A utilização do método qualitativo para a avaliação de programas de saúde. Prefácio. In: Campos RO, et al. *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. p. 15-9.
- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
- Morin E. *A educação e a complexidade do ser e do saber*. Petrópolis: Vozes; 2006.
- Morin E. *Educação e complexidade: os 7 saberes e outros ensaios*; 4ed. São Paulo: Cortez; 2007.
- Morin E. *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 14ª ed., 2010.
- Nardi HC, Ramminger T. Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de Reforma Psiquiátrica. *Physis: Rev Saúde Coletiva* 2007; 17(2):265-87.
- Nicácio MFS. *O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura [dissertação]*. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1994.

Oliveira AGB, Alessi NP. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. *Ciênc saúde coletiva*; 2005; 10(1):191-203.

Oliveira CFR, Ribeiro MC, Silva FC. A percepção dos familiares no processo de reabilitação psicossocial em um serviço substitutivo de saúde mental. Trabalho apresentado em sessão poster no IV Congresso Ibero-Americano de Pesquisa Qualitativa em Saúde, Fortaleza, 2010.

Onocko Campos RT. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em Debate* 2001; 25(58):98-111.

Ortega y Gasset J. *Meditações do Quixote*. São Paulo: Iberoamericana, 1967.

Paim JS, Almeida Filho N. Saúde Coletiva: uma "Nova Saúde Pública" ou Campo Aberto a Novos Paradigmas? *Rev Saúde Pública*. 1998; 32(4):299-316. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 10 ago. 2011.

Passos E, Souza TP, Aquino PR, Barros RA. Processo coletivo de construção de instrumentos de avaliação: aspectos teóricos e metodológicos sobre dispositivos e indicadores profissionais. In: Campos RO, Furtado JP, Passos E, Benevides R, organizadores. *Pesquisa Avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. p. 371-97.

Passos E. O CAPS como matriz das ações psicossociais no território. In: Albuquerque P, Libério M, organizadoras. *O cuidado em saúde mental: ética, clínica e política*. Rio de Janeiro: Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; 2004. p. 19-22.

Paulin LF, Turato ER. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *Hist Cienc Saude – Manguinhos* 2004; 11(2):241-258.

Pereira MA, Lima MGP, Silva MS, Silva MS. A assistência psiquiátrica sob o ponto de vista do doente mental: antes e depois da reforma psiquiátrica. In:

Labate RC, organizador. Caminhando para a assistência integral. Ribeirão Preto: Scala, 1999

Pereira MAO, Pereira Junior A. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. Rev Esc Enferm USP 2003; 37(4): 92-100.

Pitta AMF, Dallari SG. A cidadania dos doentes mentais no sistema de saúde do Brasil. Rev Saúde em Debate 1992; 36:19-23.

Pitta AMF, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996

Pitta AMF. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: instituição, atores e políticas. Cienc Saúde Coletiva 2011; 16(12):4578-89.

Pitta-Hoissel AM. Sobre uma política de saúde mental. [dissertação] São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da USP; 1984.

Ramminger T. Trabalhadores de saúde mental: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental. [mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. 2005

Randemark NFR. Reabilitação psicossocial de pessoas com transtorno mental no contexto da reforma psiquiátrica brasileira: representação das famílias [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2009.

Reinaldo MAS, Saeki T, Reinaldo TBS. O uso da história oral na pesquisa em enfermagem psiquiátrica: revisão bibliográfica. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2003; 5(2):55-60. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acesso em 18 ago. 2011.

Ribeiro MC. A reabilitação psicossocial num CAPS: concepção dos profissionais [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2005.

Ribeiro MC, Machado AL. A terapia Ocupacional e as novas formas do cuidar em saúde mental. *Rev Ter Ocup USP* 2008; 19(2):72-5.

Ribeiro MC, organizadora. Ativação da rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas [relatório]. Maceió: Núcleo de Saúde Mental; Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, 2009a.

Ribeiro MC. Integralidade nas ações de saúde mental. Trabalho apresentado em sessão pôster no Encontro Norte Nordeste de Saúde Mental e Atenção Básica: Produção de Cuidados e Saberes, Salvador, 2009b.

Ribeiro MC. A produção de Cuidados na Rede de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas em Alagoas: ações interdisciplinares e intersetoriais. Trabalho apresentado em sessão palestra no Encontro Norte Nordeste de Saúde Mental e Atenção Básica: Produção de Cuidados e Saberes, Salvador, 2009c.

Ribeiro MC, Machado AL. A reabilitação psicossocial nos Centros de Atenção Psicossocial: da percepção das práticas exercidas à reflexão de ações possíveis. Trabalho apresentado em sessão oral no IV Congresso Ibero-Americano de Pesquisa Qualitativa em Saúde, Fortaleza, 2010.

Rolnik S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

Rolnik S. Clínica nômade. In: Equipe de acompanhantes terapêuticos do hospital-dia A Casa, organizadores. Crise e cidade: acompanhamento terapêutico. São Paulo: Educ, 2000, p. 83-97.

Rosa LCS. O nordeste na reforma psiquiátrica. Teresina: EDUFPI, 2006.

Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via: a Reforma Psiquiátrica Italiana no contexto da Europa ocidental e dos países avançados. In: Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

- Rotelli F. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: Amarante P, organizador. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994
- Rotelli F. O Inventário das subtrações. In: Rotelli F, Leonardis O, Mauri D, Risio C. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec; 2ª. ed; 2001, p. 61-64.
- Santos, BS. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- Saraceno B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta AMF, organizadora. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1996. p 13-8.
- Saraceno B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 1999.
- Scarcelli IR. Trabalhadores em saúde mental e a rede substitutiva paulistana: os interstícios da prática. In: Fernandes MIA, Scarcelli IA, Costa ES, organizadores. *Fim de século: ainda manicômios?* São Paulo: IPUSP, 1999. p. 187-205.
- Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev Saúde Pública*. 1995; 29 (1):63-74. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 10 mai. 2011.
- Scóz TMX, Fenili RM. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no Programa de Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*; 5(3); 2003
- Silva ALA, Fonseca RMGS. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2005, vol.13, n.3, pp. 441-449. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 27 out. 2011.

Silva ATMC, Barros S, Oliveira MAF. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. *Rev Esc Enferm USP* 2002; 36(1):4-9.

Silveira DP, Vieira ALS. Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: desafios para a atenção psicossocial no Brasil. *Estud Pesqui Psicol.* [online]. 2005, vol.5, n.1, p.92-101. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 28 set. 2011.

Spink, MJ. Linguagem e produção de sentidos no cotidiano. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2004.

SUS. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

Tavares CMM. A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atuação psicossocial. *Texto Contexto Enferm* 2005; 14(3):403-10.

Teixeira RR. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade – cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco; 2003, p. 49-61.

Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist Cienc Saúde – Manguinhos* 2002; 9(1):25-59.

Thompson P. *A voz do passado: história oral*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.

Torre EHG, Amarante P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciênc Saúde Coletiva* 2001; 6(1):73-85.

Trindade RLP, et al. Avaliação da organização da rede de atenção em saúde mental. Relatório Final. Fapeal. 2007.

Tundis AS, Costa NR. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Editora Vozes/Abrasco; 2001

Vasconcelos EM. Abordagens psicossociais, v.1: história, teoria e prática no campo. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2 ed.; 2009.

Villares CC. Abordagem qualitativa em saúde mental: parte I – contexto, conceituação e metodologia. Rev Ter Ocup USP; 1998; 9(2):55-61.

Apêndices

APÊNDICES

APÊNDICE - 1

Roteiro das entrevistas

Gestor Público, Gerentes e Técnicos dos serviços e Representantes das Universidades:

Sabe-se que o estado de Alagoas vem apresentando transformações no cuidado em Saúde Mental. Qual a sua percepção sobre essas mudanças?

Você poderia descrever a sua participação nessas mudanças?

Quais são ou foram as suas principais motivações?

Em sua opinião, quais são os pontos fortes dessas mudanças?

E os pontos frágeis?

Quais são as perspectivas futuras dessas mudanças?

Usuários e Familiares

Como você percebe o cuidado recebido neste serviço?

Pontos fortes do cuidado recebido no serviço.

Pontos frágeis do cuidado recebido no serviço.

Quais mudanças percebidas no cuidado recebido ao longo de sua história?

APÊNDICE – 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

Eu, _____, tendo sido convidado (a) a participar como voluntário (a) do estudo “A saúde mental em Alagoas: trajetória da construção de um novo cuidado”, recebi da Sra. Mara Cristina Ribeiro, professora da Universidade Estadual de Ciências da Saúde e doutoranda do Programa de Doutorado Interunidades da Universidade de São Paulo, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo faz parte da tese de doutorado que será apresentado à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- O objetivo dele é traçar a trajetória de construção do novo modelo de cuidado em saúde mental no estado de Alagoas no período de 2004 a 2009.
- Que minha participação é de grande valor e contribuirá grandemente para atingir os objetivos bem como oferecerá subsídios para compreender limites e indicar possibilidades de novos caminhos no cuidado dos sujeitos em sofrimento mental.
- Que a minha participação será respondendo à entrevista que poderá ser realizada em um ou mais encontros e obedecerá a minha disponibilidade de dias e horários.
- Que esta pesquisa não me trará nenhum risco e nenhuma despesa. O único inconveniente que poderá acarretar será o de ocupar parte do meu tempo respondendo à entrevista.
- Que sempre que desejar, serão fornecidas quaisquer informações sobre o estudo antes, durante ou após a sua realização.
- Caso não deseje participar da mesma ou desista de participar em qualquer fase da pesquisa, foi-me assegurado que não haverá prejuízo algum para mim, sendo a minha participação livre e voluntária.
- Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto ao responsável pelo estudo e a divulgação das mencionadas informações será feita entre os profissionais estudiosos do assunto garantindo em qualquer tempo o sigilo da minha identificação.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço do responsável pela pesquisa:

Instituição: Universidade Estadual de Ciências da Saúde
Faculdade de Terapia Ocupacional
Rua Jorge de Lima, 113
Trapiche da Barra Maceió Alagoas
Telefone para contato: (82) 9323 3534

Atenção: para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da UNCISAL

Rua Jorge de Lima, 113 1º andar
Trapiche da Barra Maceió Alagoas
Telefone: 3315 6787

Local e data:

Mara Cristina Ribeiro
Terapeuta Ocupacional
Crefito: 4615-TO
e-mail: mararibeiro@usp.br
tel: (82) 9323 3534

Nome do pesquisado:

Telefone para contato:

Anexos

ANEXOS

ANEXO 1 – Autorização da Gerência de Núcleo de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde de Alagoas

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a pesquisadora da Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas, Mara Cristina Ribeiro, a realizar o estudo "A saúde mental em Alagoas: trajetória da construção de um novo cuidado". Ele será realizado no CAPS II Nise da Silveira, localizado à Rua Vicente Nunes de Albuquerque, 611 Caititus, no município de Arapiraca e no CAPS Lagoa da Canoa, localizado à Av. Nossa Senhora da Conceição, s/n, no município de Lagoa da Canoa.

A pesquisa implicará em entrevistas com alguns trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial, usuários e seus familiares e tem como objetivo geral traçar a trajetória de construção do novo modelo de cuidado em saúde mental no estado de Alagoas no período de 2004 a 2009.

Maceió, 29 de abril de 2010.

Berto Gonçalves da Silva
Gerente de Núcleo de Saúde Mental
Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas

Berto Gonçalves da Silva
Gerente de Núcleo de Saúde Mental

ANEXO 2 – Autorização da Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a pesquisadora da Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas, **Mara Cristina Ribeiro**, a realizar o estudo "A Saúde Mental em Alagoas: trajetória da construção de um novo cuidado". Ele será realizado no CAPS II Enfermeira Noraci Pedrosa, localizado à Rua G, Qd. 07, Conjunto José da Silva Peixoto, s/n - Jacintinho e no CAPS Dr. Rostan Silvestre, localizado à Rua José Maia Gomes, s/n - Jatiúca.

A pesquisa implicará em entrevista com alguns trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial, usuários e seus familiares e tem como objetivo geral traçar a trajetória de construção do novo modelo de cuidado em saúde mental no estado de Alagoas no período de 2004 a 2009.

Ao término do estudo nas unidades, deverá ser encaminhado Relatório Final referente ao mesmo.

Maceió, 29 de abril de 2010.

Izolda de Araújo Dias
CPF 1570146
Psicóloga
Coord. Prog. Saúde Mental
SMS
Maceió - AL

Izolda de Araújo Dias

Coordenadora do Programa de Saúde Mental

ANEXO 3 – Autorização da Universidade Federal de Alagoas

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
GABINETE DA REITORA

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a pesquisadora da Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas, Mara Cristina Ribeiro. A realizar o estudo "A saúde mental em Alagoas: trajetória da construção de um novo cuidado".

Este estudo faz parte do Programa de Doutorado Interunidades da Universidade de São Paulo, no qual a pesquisadora está inscrita.

A pesquisa implicará em entrevistas com alguns professores da área de saúde da Universidade Federal de Alagoas e tem como objetivo geral traçar a trajetória de construção do novo modelo de cuidado em saúde mental no estado de Alagoas no período de 2004 a 2009.

Maceió, 21 de junho de 2010.

ANA DAYSE REZENDE DOREA
Reitora

ANEXO 4 – Autorização da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS
UNCISAL
Transformada pela Lei nº 6.660 de 28 de dezembro de 2005
Campus Governador Lamenha Filho - Rua Jorge de Lima, 113, Trapiche da Barra, cep 57.010.300,
Maceió/AL.

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a pesquisadora da Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas, Mara Cristina Ribeiro, a realizar o estudo “A saúde mental em Alagoas: trajetória da construção de um novo cuidado”.

Este estudo faz parte do Programa de Doutorado Interunidades da Universidade de São Paulo, no qual a pesquisadora está inscrita.

A pesquisa implicará em entrevistas com alguns professores da UNCISAL e tem como objetivo geral traçar a trajetória de construção do novo modelo de cuidado em saúde mental no estado de Alagoas no período de 2004 a 2009.

Maceió, 21 de junho de 2010.

ROZANGELA MARIA DE ALMEIDA FERNANDES WYSZOMIRSKA
REITORA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS

ANEXO 5 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS – UNCISAL
Transformada pela lei nº 6.660 de 28 de dezembro de 2005
Campus Governador Lamenha Filho
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UNCISAL
Rua Jorge de Lima 113, Trapiche da Barra,
Cep 57.010.300 – Maceió-AL.

Protocolo Nº 1374

Título: "A saúde mental em Alagoas: trajetória da construção de um novo cuidado"

Pesquisador Responsável: Profª. Mara Cristina Ribeiro

Maceió, 30 de junho de 2010

Sr(ª). Pesquisador(a),

Conforme deliberação em plenária ordinária do CEP/UNCISAL ocorrida no dia 23/06/10 foi de consenso a **aprovação** do protocolo nº 1374, intitulado: "A saúde mental em Alagoas: trajetória da construção de um novo cuidado", podendo a pesquisa ser iniciada.

Nesta oportunidade, lembramos que o pesquisador tem o dever de durante a execução do experimento, manter o CEP informado através do envio a cada seis meses, de relatório consubstanciado acerca da pesquisa, seu desenvolvimento, bem como qualquer alteração, problema ou interrupção da mesma.

Atenciosamente,

Profª Ana Lúcia de Gusmão Freire
Vice-Coordenadora do CEP

ANEXO 6 – Lei Municipal Nº 4768/98

ESTADO DE ALAGOAS

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ

LEI Nº 4.768, de 17 de dezembro de 1998.

DISPÕE SOBRE A ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA
E A REGULAMENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
DE MENTAL NO MUNICÍPIO DE MACEIÓ E DAS
OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

A CÂMARA MUNICIPAL DE MACEIÓ, decreta e eu sanciono a
seguinte Lei:

Art. 1º - São direitos do cidadão portador de transtorno
mental e deveres do Município de Maceió:

- I - Tratamento humanitário e respeitoso, sem discriminação de qualquer natureza;
- II - Proteção aos direitos da cidadania;
- III - Espaço próprio, necessário à sua liberdade, com oferta de recursos terapêuticos indispensáveis à sua recuperação;
- IV - Assistência Universal e integral à saúde;
- V - Integração, sempre que possível, à sociedade através de políticas comuns com a comunidade de procedência dos pacientes asilares, assim entendidos aqueles que perderam o vínculo com a sociedade familiar e encontram-se dependendo do Município.

Art. 2º - O Município de Maceió substituirá progressivamente, mediante planificação anual, os leitos dos hospitais psiquiátricos pelos recursos assistenciais substitutivos definidos nesta Lei.

Art. 3º - A reforma do sistema psiquiátrico municipal, na sua operacionalidade técnico-administrativa, abrangerá necessariamente, na forma da Lei Federal e Estadual.

ESTADO DE ALAGOAS

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ

LEI Nº 4.768, de 17 de dezembro de 1998.

Parágrafo Único - A Secretaria Municipal de Saúde disporá de 06 (seis) meses, contados da publicação desta Lei, para apresentar ao Conselho Municipal de Saúde, o plano municipal de saúde mental, o planejamento e o cronograma de implantação da rede de atenção integral em saúde mental de que trata esta Lei.

Art. 4º - Constituem-se recursos psiquiátricos a serem aplicados ao tratamento e assistência em Saúde Mental do Município de Maceió por distritos sanitários:

- I - Atendimento ambulatorial;
- II - Leitos psiquiátricos em hospital geral;
- III - Hospital-dia e hospital-noite;
- IV - Centros de Atenção Psicossocial - CAPS;
- V - Núcleo de Atenção Psicossocial - NAPS;
- VI - Centro de convivência, ateliê terapêutico ou oficina terapêutica;
- VII - Pensão ou chácara protegida ou lar adotivo;
- VIII - Unidade de desintoxicação em hospital geral e ou CAPS;
- IX - Serviço de tratamento de dependência química extra-hospitalar.

Parágrafo Único - Os serviços definidos no inciso II deste artigo deverão ser oferecidos por hospital que conte, com estrutura física e pessoal capacitados, área, equipamentos e serviços específicos ao portador de transtorno psíquico, em proporção não superior a 10% da capacidade instalada limitada ao máximo de 30 leitos

Art. 5º - A implantação e manutenção da rede de atendimento integral em saúde mental será descentralizada e municipalizada, observadas as particularidades sócio-culturais locais e regionais, garantida a gestão social.

ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ

LEI Nº 4.768, de 17 de dezembro de 1998.

Art. 6º - A internação psiquiátrica será involuntária quando realizada sem o consentimento expresso do paciente em qualquer serviço de saúde ou recurso psiquiátrico, respeitando o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Parágrafo Único - A internação involuntária será comunicada pelo médico que a procedeu através da institucionalização, ao Ministério Público, no prazo de 24 horas, contados do procedimento, para que sejam adotadas as providências cabíveis.

Art. 7º. - O Poder Executivo Municipal, no prazo de 15 dias da publicação desta Lei, proporá a Câmara Municipal de Maceió Projeto de Lei com:

- I - Mecanismo de multa e punição ao descumprimento disposto nesta Lei;
- II - Criação da Comissão Municipal de Saúde Mental, na qual deverá estar garantido a participação de representantes da sociedade civil, e dos trabalhadores em saúde mental, com objetivo de cuidar da Política de Saúde Mental no Município.

Art. 8º - O Município de Maceió, fica proibido, por sua administração direta e indireta, de construir, ampliar, contrair ou financiar novos estabelecimentos, instituições privadas ou filantrópicas que se caracterizem como hospitais psiquiátricos.

Art. 9º. O Município de Maceió só poderá manter contratos com instituições ou estabelecimentos privados ou filantrópicos em estrita obediência a esta Lei.

ESTADO DE ALAGOAS

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ

LEI Nº 4.768, de 17 de dezembro de 1998.

Art. 10º - Fica proibido terminantemente o uso de métodos invasivos, tais como selas fortes, camisa de força, psicocirurgias, eletrochoques, como forma de tortura.

Art. 11º - Fica instituído o dia 18 de maio, como Dia Municipal de Luta Antimanicomial.

Art. 12º - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas às disposições em contrário.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ, 17 de dezembro de 1998.

KÁTIA BORN RIBEIRO
Prefeita

Publicado no DOM
18.1.12 1998

Encarregado

ANEXO 7 – Lei Municipal Nº 4.959/2000 que substituiu a Lei Municipal Nº 4768/98

MACEIÓ - SÁBADO
08 DE JANEIRO DE 2000

03

Art. 10. - O artigo 10 da Lei nº. 3.943, de 09 de novembro de 1989, passa a ter a seguinte redação:

"Art. 10 - Todo a qualquer estabelecimento que armazene ou processe produtos químicos tóxicos, explosivos ou inflamáveis ou que seja capaz de causar poluição atmosférica, deverá distar um raio de 500m (quinhentos metros) de edificações residenciais, recreativas, escolares, hospitais, asilos, templos, clubes, cinemas, parques, hotéis, centros ou conjuntos comerciais, supermercados, prédios tombados, pontes, viadutos, estádios desportivos ou estabelecimentos em que haja concentração "de" pessoas" e outros julgados impróprios pela SMCU.

§ 1º - Excetua-se deste artigo os depósitos de gás "liquefeitos" de petróleo, que dispõem de legislação própria.

§ 2º. - A distância estabelecida neste artigo deverá ser medida a partir dos limites mais próximos entre os estabelecimentos observados."

Art. 20. - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ, 07 de janeiro de 2.000.

ARNALDO FONTAN
Prefeito em exercício.

LEI Nº 4.958, de 07 de janeiro de 2.000
Projeto de Lei Nº. 5.005
Autor: Arnaldo Fontan

DÁ NOVA REDAÇÃO AO ART. 10 DA LEI.
Nº. 4.057, DE 22 DE AGOSTO DE 1991
E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

A CÂMARA MUNICIPAL DE MACEIÓ decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 10. - O Art. 10 da Lei nº. 4.057 de 22 de Agosto de 1991, passa a ter a seguinte redação:

"Art. 10 - Hospitais, sanatórios e asilos, deverão distar obrigatoriamente, no mínimo, um raio de 100m (cem metros) de distâncias de Postos de Abastecimento e Serviços de Veículos. Vale salientar que serão adotados os mesmos parâmetros para as situações "inversas" às acima descritas.

PARÁGRAFO ÚNICO - A distância estabelecida neste artigo deverá ser medida a partir dos limites mais próximos entre os estabelecimentos observados."

Art. 20. - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ, 07 de janeiro de 2.000.

ARNALDO FONTAN
Prefeito em exercício.

LEI Nº 4.959, de 07 de janeiro de 2.000
(Projeto de Lei nº. 5.017 de 1999)
Autor: Arnaldo Fontan

Lei:

Art. 1º. São direitos do cidadão portador de transtorno mental e deveres do Município de Maceió:

- I - Tratamento humanitário e respeitoso, sem discriminação de qualquer natureza;
- II - Proteção dos direitos da cidadania;
- III - Espaço próprio, necessário à sua liberdade, com oferta de recursos terapêuticos indispensáveis à sua recuperação;
- IV - Assistência universal e integral à saúde;
- V - Integração, sempre que possível, à sociedade através de políticas comuns com a comunidade de procedência dos pacientes saídos, assim entendidos aqueles que perderam o vínculo com a sociedade familiar e encontram-se dependentes do Município.

Art. 2º. O Município de Maceió, licenciará, por meio de planejamento anual, a implantação de recursos que tenham mais eficácia e prevenção dos transtornos mentais e a assistência e reabilitação dos enfermos portadores de transtornos mentais.

Art. 3º. Todas as instituições psiquiátricas no Município de Maceió devem apresentar anualmente proposta de aperfeiçoamento do funcionamento, respeitando-se o que prescreva a legislação em vigor no âmbito federal, estadual e municipal;

Parágrafo Único - A Secretaria Municipal de Saúde disporá de (Ofício) nome, contendo da publicação desta Lei, para apresentar ao Conselho Municipal de Saúde, o Plano Municipal de Saúde Mental, o planejamento e o cronograma de implantação da rede integral de saúde mental que trata esta Lei.

Art. 4º. Consultam-se recursos psiquiátricos a serem aplicados ao tratamento e assistência em saúde mental do Município de Maceió em seus distintos níveis:

- I - Atendimento ambulatorial;
- II - Leitos psiquiátricos em hospital geral;
- III - Hospital-dia e hospital-sede;
- IV - Centro de Atenção Psicossocial - CAPS;
- V - Núcleo de Atenção Psicossocial - NAPS;
- VI - Centro de convivência, assistência terapêutica em oficina terapêutica;
- VII - Fundação ou clareira protegida em lar adotivo;

- VIII - Unidade de desintoxicação em hospital geral e no CAPS;
- IX - Serviço de tratamento de dependência química extra-hospitalar;
- X - Hospital psiquiátrico.

Parágrafo Primeiro - Os serviços definidos no inciso II deste artigo deverão ser oferecidos por hospital que possua estrutura física e pessoal capacitada, área, e, quando o serviço específico no portador de transtorno psíquico, em proporção não superior a 10% da capacidade instalada limitada ao número de 20 leitos.

Parágrafo Segundo - Constitui-se dever do Município de Maceió a manutenção de farmácia básica, necessária ao tratamento e assistência em saúde mental do Município de Maceió.

Art. 5º. As modalidades de internação psiquiátrica são:

- I - Voluntária, quando o paciente portador de enfermidade mental autoriza o internamento;
- II - Involuntária, quando mesmo esclarecido sobre a necessidade de internação, o paciente recusa e periculando, caso em que, e concomitante ao representante legal assinará o termo de autorização a qual deverá ser sempre conter dados que possibilitem sua identificação ou localização posteriormente de quem subscrever a autorização;
- III - Compulsória, quando determinada judicialmente, por decisão fundamentada.

Parágrafo Único - Nos casos de internação involuntária, o médico plantonista deverá informar no prazo máximo de 72 horas ao Diretor Clínico, o qual deverá informar a autoridade sanitária do Município de Maceió.

Art. 6º. A Secretaria Municipal de Saúde fica obrigada a ter em seus quadros Supervisores Hospitalares especializados em psiquiatria que visitarão as Instituições Psiquiátricas avaliando caso a caso as internações.

Parágrafo Único - Caso existam indícios de infração ética ao pessoal o caso deverá ser remetido imediatamente ao Conselho regional de Medicina do Estado de Alagoas e ao Ministério Público Estadual para as providências cabíveis.

Art. 7º. O Município de Maceió não poderá, por sua administração direta ou indireta, de controle, ampliar, gerir ou financiar novos estabelecimentos, instituições privadas ou filantrópicas que se constituam como hospitais psiquiátricos, observando o disposto no artigo 2º.

Art. 8º. O Município de Maceió não poderá manter contratos com instituições e estabelecimentos privados ou filantrópicos em estrita observância a esta Lei.

Art. 9º. Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ, em 07 de janeiro de 2.000.

ARNALDO FONTAN
Prefeito em exercício

DECRETO Nº 5.943 de 07 de Janeiro de 2000.

ALTERA O ARTIGO QUE MENCIONA O DECRETO Nº 5783 DE 05 DE JUNHO DE 1998 E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE MACEIÓ, no uso de suas atribuições que lhe faculta a lei orgânica do Município,

DECRETA:

O artigo 1º do Decreto nº 5.783 de 05 de junho de 1998 passa a ter a seguinte redação:

Artigo 1º - O prêmio de produtividade instituído pelo artigo 14 da Lei 4.675 de 29.12.97 e pela Lei nº 4.899 de 19.11.99 será concedido aos Agentes de Fiscalização, Agentes de Trabalho e aqueles servidores que realizam serviços de apoio à fiscalização, lotados no SMIT, no Departamento Operacional de Transportes, de Controle de Taxi e de Operação do Sistema Viário, razão nominal anexo I, observados os critérios e limites estabelecidos neste regulamento e normas posteriores.

Parágrafo Único - Aos servidores que realizam serviços de apoio à fiscalização (razão nominal anexo IV), o prêmio de produtividade será calculado na proporção de 60% (sessenta por cento), do valor dos pontos atribuídos aos Agentes de fiscalização e Agentes de trabalho.

Artigo 2º - Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ, 07 de Janeiro de 2000.

ARNALDO FONTAN
Prefeito em exercício