

Vera Lúcia Dutra Facundes

**O discurso e a prática no Centro de Atenção Psicossocial: a
construção do cuidado em Saúde Mental**

Recife

2010

Vera Lúcia Dutra Facundes

**O discurso e a prática no Centro de Atenção Psicossocial: a
construção do cuidado em Saúde Mental**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Doutor

Orientador: Prof. Dr. Othon Bastos

Co-orientadora: Profa. Dra. Maria Gorete de Lucena Vasconcelos

Recife

2010

Facundes, Vera Lúcia Dutra

O discurso e a prática no Centro de Atenção Psicossocial: a construção do cuidado em saúde mental / Vera Lúcia Dutra Facundes. – Recife : O Autor, 2010.
183 folhas ; il., tab., quadros.

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, 2010.

Inclui bibliografia, anexo e apêndices.

1. Políticas Públicas de Saúde. 2. Saúde Mental. 3. Serviços Comunitários de Saúde Mental. I. Título.

613.86
662.12

CDU (2.ed.)
CDD (20.ed.)

UFPE
CCS2010-024

RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE TESE DA
DOUTORANDA VERA LÚCIA DUTRA FACUNDES

No dia 26 de fevereiro de 2010, às 9h, no Auditório do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, os Professores: Iracema da Silva Frazão, Doutora Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco; Mônica Rodrigues Costa, Doutora Professora do Departamento do Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco; Ana Bernarda Ludermir, Doutora Professora do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco; Murilo Duarte da Costa Lima, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco e Othon Coelho Bastos Filho, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüiram a Doutoranda VERA LÚCIA DUTRA FACUNDES, sobre a sua Tese intitulada "O DISCURSO E A PRÁTICA NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL", orientada pelo Professor OTHON COELHO BASTOS FILHO. Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta da Doutoranda, as seguintes menções foram publicamente fornecidas:

Profª. Drª. Iracema da Silva Frazão

Profª. Drª. Mônica Rodrigues Costa

Profª. Drª. Ana Bernarda Ludermir

Prof. Dr. Murilo Duarte da Costa Lima

Prof. Dr. Othon Coelho Bastos Filho

Aprovada

Aprovada

Ana Bhs - Aprovada

Aprovado

Othon Bastos Filho

Iracema da Silva Frazão

Profª. Drª. Iracema da Silva Frazão

Mônica Rodrigues Costa

Prof. Dr. Mônica Rodrigues Costa

Ana Bernarda Ludermir

Profª. Drª Ana Bernarda Ludermir

Murilo Duarte da Costa Lima

Prof. Dr. Murilo Duarte da Costa Lima

Othon Coelho Bastos Filho

Prof. Dr. Othon Coelho Bastos Filho
Presidente da Banca

Aos meus pais, José e Francisca, e aos meus
filhos, Luisa e Gabriel

AGRADECIMENTOS

A Deus, Espírito de Luz que ilumina e dá sentido à nossa vida, por todas as oportunidades de evolução espiritual.

Aos meus familiares, pelo amor, apoio, incentivo e confiança no percurso da minha existência.

À Luisa e Gabriel, pela presença e cumplicidade nessa vida.

Ao Luiz Fernando, companheiro em todos os momentos, pela dedicação, paciência e amor.

Ao Prof. Othon Bastos, pela partilha na construção desse trabalho e contribuição na ampliação dos meus horizontes pela busca e produção de conhecimentos.

À Profa. Maria Gorete Vasconcelos, pela acolhida nas orientações metodológicas, fundamentais à concretização dessa tese.

Ao Ivo de Andrade L. Filho, amigo e irmão de coração, que me acompanha em tantos momentos (alegrias e tristezas) e que compartilha comigo as inquietações do trabalho em Saúde Mental.

À Sílvia Andrezza, pelo apoio e pela generosa colaboração na revisão do texto.

A todos que fazem o CAPS Esperança, funcionários, usuários e familiares, pela confiança e disponibilidade de participar dessa pesquisa.

Aos professores e funcionários do Doutorado, que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desse trabalho.

Aos colegas de turma, principalmente José Francisco, Ladjane e Vânia, pela convivência proveitosa, pela solidariedade nos momentos difíceis e pela força para enfrentá-los.

Aos companheiros do Departamento de Terapia Ocupacional, pelo estímulo, apoio e confiança;

Minha gratidão a todos vocês, que muito me ajudaram na realização desse trabalho.

Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já têm a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.

Fernando Pessoa

RESUMO

O estudo tem por objetivo analisar a interface entre as ações de cuidado desenvolvidas num Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e os discursos dos sujeitos envolvidos no serviço em relação aos pressupostos do modelo psicossocial. Buscou-se ainda identificar quais as percepções que foram construídas pelos usuários, familiares e profissionais sobre o cuidado desenvolvido no serviço; compreender como as práticas desenvolvidas nessa instituição repercutiram na relação entre o serviço e a rede de atenção à Saúde Mental no território e descrever aspectos que interferiram na integralidade das ações no serviço e na execução do projeto terapêutico institucional. Adotou-se o método de pesquisa qualitativa em estudo de caso com triangulação de informações coletadas a partir de entrevistas, observação participante e análise documental. Da análise de conteúdo, conforme Bardin (2004) emergiram as seguintes temáticas: O Cuidado na Atenção Psicossocial – nova chance de recompor a vida; Práticas intersubjetivas e atividades: relações entre usuários, familiares e profissionais e Função Avançada e Intersetorialidade – tecendo a rede de atenção psicossocial no território. O cuidado da Saúde Mental desenvolvido no CAPS evidenciou consonâncias e divergências entre a prática e o discurso dos sujeitos envolvidos no serviço, movimento característico do processo de transformação do modelo assistencial. As articulações com a rede de saúde e sócio-comunitária representaram um grande desafio para o serviço. As ações desenvolvidas, embora insuficientes, demonstraram o esforço contínuo da equipe para atingir o propósito da função avançada no CAPS. No que diz respeito à execução do projeto técnico do serviço revelaram-se as seguintes fragilidades: as práticas não estimulam a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, mantendo-os numa relação de objeto das intervenções técnicas; há falta de integração entre os equipamentos sócio-comunitários e de saúde e, por consequência, isolamento e centralização do cuidado, que pode levar à repetição do modelo que se quer modificar. Embora o presente estudo não se proponha à comparações, foram encontradas semelhanças entre esses achados e o de outros, na literatura. A sustentação da reforma da assistência à Saúde Mental passa pelo investimento técnico, político, científico e ético. Desta forma, para a construção do cuidado é importante investir na reflexão e transformação relativas às características das interações interpessoais nos atos assistenciais, além de debruçar-se, cada vez mais, sobre as raízes e significados biopsicossociais dos adoecimentos, de forma articulada às tecnologias e serviços disponíveis para sua superação.

Descritores: Políticas Públicas de Saúde. Saúde Mental. Serviços Comunitários de Saúde Mental.

ABSTRACT

The study aims to analyze the interface between the actions of care developed at a Center of Psychosocial Care (CAPS) and the discourse of the subjects involved in the service in relation to the assumptions of the psychosocial model. It was tried to identify the perceptions that were built by the users, relatives and professionals about the care developed in the service; to understand how the practices developed in this institution reflected on the relationship between the service and the network of mental health care in the territory and to describe aspects that interfered in the integrality of the actions in the service and in the execution of the institutional therapeutic project. We have adopted the method of qualitative research in case study with triangulation of data collected from interviews, participating observation and documental analysis. From the content analysis, according to Bardin (2004), the following thematic emerged: The Care at Psychosocial Attention – new chance to re-establish life; Intersubjective practices and activities: relations among users, relatives and professionals and Advanced Function and Intersectoriality – weaving a network of psychosocial care in the territory. The care of Mental Health developed at CAPS made evident consonances and divergences between the practice and discourse of the subjects involved in the service, a characteristic movement of the transformation process of the assistential model. The articulations with the network of health and socio-community represented a great challenge to the service. Actions developed, although insufficient, demonstrated the continuing effort of the team to achieve the objective of the advanced function at CAPS. Regarding the execution of the technical service project the following frailties were revealed: practices do not stimulate the subjects' autonomy and protagonism, keeping them in an object relation of the technical interventions; lack of integration) between the socio-community and health equipments and, as a consequence, isolation and centralization of the care, which may lead to the repetition of the model one intends to modify. Although the present study does not propose to comparisons, it was found similarities between these findings and others in the literature. Sustainance of assistance reform goes by technical, political, scientific and ethical investment. Thus, for the construction of care it is important to invest in the reflection and transformation related to the characteristics of interpersonal interactions in the assistential acts, besides leaning increasingly over the bio-psychosocial roots and meanings of diseases, in an articulated way to the technologies and services available for their overcoming.

Key-words: Public Policies of Health; Mental Health; Community Mental Health Services

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Características dos CAPS de acordo com as diferentes modalidades.....	33
Quadro 2: Rede CAPS de Recife até junho 2009.....	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Rede CAPS por UF da Região Nordeste e Indicador CAPS/100.000 hab. em outubro de 2009.....	34
Tabela 2: Série histórica do nº de leitos e leitos/1000 hab. por UF da região nordeste (de 2006 até junho de 2009).....	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CID -10 - Classificação Internacional de Doenças – 10ª. Rev.
DSM – IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition
DS - Distrito Sanitário
EAA - Equipe de Ação Avançada
MS – Ministério da Saúde
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNH - Política Nacional de Humanização
PTI – Projeto Terapêutico Individual
PTCE – Projeto Técnico do CAPS Esperança
PSF - Programa da Saúde da Família
PMD - Psicose Maníaco Depressiva
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TR – Terapeuta de Referência
UFPE – Universidade Federal de Pernambuco
UR - Unidades de Referência
USP - Universidade de São Paulo
WFMH - World Federation for Mental Health

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	14
1- DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA.....	19
1.1-Primeiras intervenções da Psiquiatria no Brasil - Influências de Ulysses Pernambucano.....	19
1.2- Redirecionamento da assistência psiquiátrica brasileira - breve histórico.....	25
1.3- História e evolução dos CAPS no cenário da rede de atenção psicossocial.....	32
1.4- Objeto e Objetivos.....	40
2- ASPECTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS.....	42
2.1- O Cuidado no âmbito do SUS e suas interfaces com a Saúde Mental.....	43
2.2- Paradigmas da Atenção Psicossocial.....	48
3-TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	57
3.1- A escolha do método.....	58
3.2- Desenho do estudo.....	58
3.3- Contexto de investigação.....	59
3.4- Participantes do estudo.....	67
3.4.1- Critérios de Inclusão.....	67
3.4.2- Critérios de Exclusão.....	68
3.5- Trabalho de campo.....	68
3.6- A entrada no campo.....	71
3.7- Análise dos dados.....	74
3.8- Dimensões éticas.....	76
4- REFLEXÕES SOBRE OS ACHADOS.....	77
4.1- O Cuidado na Atenção Psicossocial – nova chance de recompor a vida.....	79
4.1.1- Compreensão sobre a doença mental – (re) construindo conceitos...	86
4.1.2- A construção do Acolhimento no cotidiano do CAPS.....	92
4.1.3- Singularidade e Projeto Terapêutico Individual.....	97
4.2- Práticas intersubjetivas e atividades: relações entre usuários, familiares e profissionais.....	99
4.2.1- Atividades terapêuticas.....	102
4.2.2-A participação dos familiares – co-responsabilização no processo de cuidado.....	109

4.3- Função Avançada e Intersetorialidade – tecendo a rede de atenção psicossocial no território.....	114
5- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	121
REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICES	133
APÊNDICE A – Artigo ‘Atenção à Saúde Mental em Pernambuco: perspectiva histórica e atual’.....	133
APÊNDICE B - Modelo de grelha da análise	155
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para usuários.....	156
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	157
APÊNDICE E – Artigo ‘O cuidado em Saúde Mental: a experiência de um Centro de Atenção Psicossocial’.....	158
ANEXO – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	183

APRESENTAÇÃO

O interesse pelo estudo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tem perpassado a minha trajetória profissional como terapeuta ocupacional, tanto no que tange à experiência assistencial, quanto às atividades no campo da formação acadêmica, no âmbito do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pernambuco. A vivência em vários serviços e na transformação de seus espaços, como ocorreu no Hospital Ulysses Pernambucano, com a criação do Hospital-dia Espaço-Azul, posteriormente CAPS Espaço-Azul, no início dos anos 90, sempre foi muito rica, cheia de mobilizações, questionamentos e contradições também. As inquietações despertaram meu interesse pela pesquisa, o que me levou a estudar e conhecer as experiências de outros serviços no Rio de Janeiro, durante a realização do Curso de Especialização em Psiquiatria Social, na Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, no ano de 1991.

Com a atividade da docência iniciada em 1995, mais desafios se somaram aos antes vivenciados. A expectativa era de que pudéssemos colaborar com o processo de desinstitucionalização, através da modificação das práticas hospitalares e da utilização de outras possibilidades de cuidado, contribuindo com a formação de profissionais mais preparados e sensíveis à causa da reforma psiquiátrica.

A participação nas II e III Conferências Nacionais de Saúde Mental, em 1992 e 2001 respectivamente, assim como nas Comissões de Reforma da Política de Saúde Mental do Estado e do município do Recife, possibilitaram-me uma aproximação com a dimensão política da assistência em Saúde Mental, a meu ver, dimensão que não pode ser dissociada da prática dos serviços e da formação profissional. As convergências e contradições que emergem desses embates político-técnico-assistenciais suscitam, diariamente, questões investigativas àqueles preocupados em contribuir com a melhoria da promoção da saúde.

Ao longo desse período, observaram-se mudanças no modelo assistencial em Saúde Mental: usuários e familiares participando mais ativamente do processo de tratamento evitando o isolamento característico do modelo asilar; desmistificação da doença mental contribuindo para

dissociá-la das atitudes de exclusão; profissionais atuando em equipes de forma mais horizontalizada, respeitando e integrando as diversidades dos campos do saber; acolhimento mais humanizado às situações de crise, evitando a carreira de doente mental, entre outros. Mas, infelizmente, essa não é a realidade da maioria dos serviços e ainda temos muitas dificuldades e impasses a enfrentar.

No atual sistema de Saúde Mental brasileiro, os CAPS assumem um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados e são responsáveis pelo direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental, desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em Residências Terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda ao trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e equipes do Programa de Saúde da Família (PSF).

A implantação e expansão desse modelo dependem de todos os atores envolvidos no processo: gestores, profissionais, usuários, familiares, instituições de ensino e outros. No interior desses serviços têm-se observado muitas dificuldades para se por em prática o que é elaborado nos projetos terapêuticos, além de conflitos tais como: o mal estar frente ao novo, ao diferente – seja por parte do usuário, de outro colega da equipe, ou do próprio trabalho; a sobreposição de idéias de democracia/cidadania com a indiscriminação de papéis e funções dentro da equipe; a falta de capacitação dos profissionais para atuarem no modelo de atenção psicossocial e a instabilidade dos vínculos trabalhistas que provoca mudanças constantes nas equipes, entre outros.

Diante dessas questões e com a perspectiva do doutorado, meu interesse passou a ser o de contribuir para o processo de avaliação do CAPS, uma vez que nas diversas experiências, principalmente da cidade do Recife, onde acompanho estudantes da graduação em aulas práticas e estágios, observou-se que os processos de implantação e construção permanente desses serviços não são lineares e nem se estabelecem apenas com a concordância dos princípios e diretrizes que o embasam. Embora os CAPS, no plano discursivo, se apresentem como um avanço significativo, ante as formas tradicionais centradas no modelo hospitalocêntrico impõem-se processos avaliativos que possam analisar a correspondência entre o plano discursivo e o das práticas

efetivas, de modo a julgar sua pertinência e significado como proposta de transformação. Todavia, a avaliação não tem se configurado, neste e em outros setores de prática social, como uma tradição, nem as ferramentas revelam-se adequadamente desenvolvidas.

No Brasil, a pesquisa de avaliação de políticas começa a se desenvolver a partir da década de 80 e apresenta-se, tanto do ponto de vista acadêmico, como da sua incorporação ao cotidiano da administração pública, ainda bastante incipiente (UCHIMURA; BOSI, 2002).

O campo da Saúde Mental¹, impreciso e polissêmico em relação às suas concepções, apresenta a subjetividade enquanto objeto primordial de sua intervenção e a ausência de um modelo teórico definido em relação aos programas e serviços públicos da área. Tais peculiaridades complexificam a avaliação de políticas, programas e serviços nesse setor, reforçando o desafio de integrar diferentes perspectivas em avaliação, além de apontar para a importância e necessidade de utilizar metodologias de avaliação participativas aliadas à pluralidade metodológica como forma de superar os impasses delineados acima.

O processo de mudança no modelo de atenção e a conseqüente característica de inovação trazida pelas propostas da Reforma Psiquiátrica e da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) tornaram essencial desenvolver estudos que contribuam para avaliação da qualidade e da eficácia da atuação dos CAPS, considerando a complexidade e a novidade destes serviços e sua inserção na construção de redes de cuidado, reabilitação e inclusão social.

Neste contexto, algumas questões motivaram o desenvolvimento do presente estudo: Os serviços de Saúde Mental estão realizando, na prática, o que estão planejando nos projetos terapêuticos institucionais? Quais as expectativas dos diferentes participantes (usuários, familiares, profissionais) e como estes entendem os objetivos do CAPS? Quais as principais dificuldades para a efetivação de seus objetivos? Como se realizam as ações no cotidiano dos

¹ “Pelo nome de Saúde Mental entendemos aqui o conjunto de práticas clínicas, políticas e técnicas vinculadas ao campo dos saberes intitulados de psiquiatria e psicanálise na tradição acadêmica. O que está em questão no campo da saúde mental é a problemática do sujeito e da subjetividade nas suas articulações com o social. São os processos e estratégias de subjetivação, assim como os destinos sociais do sujeito que estão em pauta no campo da saúde mental” (BIRMAN, J.; BEZERRA Jr., B. Saúde Mental. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (Org.). Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80. Rio de Janeiro: Relume Dumará, p. 153, 1994.

serviços? Os CAPS conseguem diminuir o número e a duração de internações psiquiátricas desnecessárias?

Considerando a necessidade de contextualização dessa proposta, o primeiro capítulo foi destinado à delimitação do objeto do estudo, onde se apresentou os aspectos históricos sobre as primeiras intervenções psiquiátricas no Brasil, com destaque para as influências de Ulysses Pernambucano. Essa ênfase deu-se pelo fato de suas obras e idéias terem sido um marco na assistência à Saúde Mental em Pernambuco, com repercussão nacional, e pela atualidade que representam em relação às diretrizes nacionais da Política de Saúde Mental. Seguindo a evolução histórica, apresentou-se o processo da reforma psiquiátrica brasileira e os principais marcos balizadores das mudanças do modelo de atenção à Saúde Mental. Em seguida, dando destaque ao CAPS no cenário da rede de serviços públicos de Saúde Mental, acrescentaram-se as diretrizes que constituem esse tipo de serviço, a evolução da implantação dos mesmos no âmbito nacional e local e a importância dos processos avaliativos, principalmente a partir da visão de todos os atores envolvidos com a instituição, que apontem necessidades e dêem subsídios para melhoria da qualidade da assistência. Dessa forma, o capítulo finaliza com a definição do objeto e objetivos desse estudo.

O segundo capítulo tratou dos aspectos teóricos conceituais, onde se situaram os princípios do SUS como norteadores da política de atenção à Saúde Mental, com ênfase na integralidade da atenção à saúde e na noção de cuidado. Em relação ao modelo de Saúde Mental proposto atualmente, apresentamos as contribuições de Costa-Rosa na definição de dois paradigmas básicos: o modo ou modelo asilar e o modo ou modelo psicossocial. Essas referências foram tomadas como base na discussão dos achados empíricos.

O terceiro capítulo focalizou a trajetória metodológica adotada, com definições e justificativas sobre o método, contexto de investigação, técnicas de pesquisa e estratégia de análise dos achados.

As reflexões sobre os resultados constituíram o quarto capítulo, com a apresentação das três categorias temáticas caracterizadas, a partir da discussão dos achados empíricos à luz dos

referenciais teóricos. A primeira delas - ‘O Cuidado na Atenção Psicossocial – nova chance de recompor a vida’, discutiu o significado das formas de cuidado oferecido no serviço, a compreensão do conceito de doença mental, o ‘Acolhimento’ como uma estratégia do cuidado, a singularidade e o Projeto Terapêutico Individual. A segunda categoria, ‘Práticas intersubjetivas e atividades: relações entre usuários, familiares e profissionais’, abordou a dinâmica das relações entre os sujeitos envolvidos no serviço, com ênfase na participação dos familiares e nas atividades terapêuticas desenvolvidas. Na terceira categoria - ‘Função Avançada e Intersetorialidade – tecendo a rede de atenção psicossocial no território’ destacou-se a função articuladora do serviço na rede de atenção à Saúde Mental do município.

1-DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

Os temas abaixo constituíram o artigo de revisão ‘ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL EM PERNAMBUCO: PERSPECTIVA HISTÓRICA E ATUAL’, aceito para publicação na revista *Neurobiologia*, v. 73, n. 1, 2010 (APÊNDICE A).

1.1- Primeiras intervenções da Psiquiatria no Brasil - Influências de Ulysses Pernambucano

Para que se compreenda o processo de mudanças proposto atualmente na atenção à Saúde Mental, faz-se necessário revisitar os principais aspectos históricos que originaram as práticas nesse campo da saúde e os pressupostos que as fundamentavam, em seu contexto sócio-histórico. Desta maneira, focalizaram-se as particularidades vivenciadas no Estado de Pernambuco.

A chegada da Família Real ao Brasil, em 1808, constitui-se no marco inicial da aplicação de práticas de intervenção voltadas aos desviantes, pois, assim como ocorrera em outras partes do mundo, dá-se no Brasil a necessidade de reordenamento da cidade. Todos os que perambulavam pelas ruas: desempregados, mendigos, órfãos, marginais de todo o tipo e loucos, inicialmente, foram recolhidos a prisões ou celas especiais dos hospitais gerais da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro (COSTA, 2007).

No ano de 1830, a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro publicou um relatório denunciando a situação de abandono dos loucos à própria sorte, e propôs a construção de um Hospício para os alienados, nos moldes europeus, iniciando no Brasil, o processo de assistência aos doentes mentais.

O período que vai da independência do país ao começo do século XX é conhecido como sendo a primeira etapa da Psiquiatria asilar do Brasil, marcada, de início, pela ocupação de enfermarias das Santas Casas pelos doentes mentais. Em 1952 é inaugurado no Rio de Janeiro, o Hospício D. Pedro II e a partir daí, diversas transformações ocorreram no tratamento dos alienados. A Psiquiatria, enquanto especialidade médica autônoma tomou forma e diversas instituições foram criadas no intuito de prestar assistência asilar aos necessitados, tais como no

Rio de Janeiro (1862), Porto Alegre, São João Del Rey, Recife, Salvador e São Luís, caracterizando a institucionalização dos alienados em nome da benemerência e da caridade (BASTOS, 2002; COELHO FILHO, 1983; MEDEIROS, 1999; MIRANDA-SÁ JR, 2007).

O modelo de compreensão e tratamento da doença mental vigente na época tinha como fundamento básico o biologismo organicista alemão (E. Kraepelin) e a prática custodial, assim como o tratamento moral (influência de Ph. Pinel e Esquirol, na França), cujos princípios básicos eram o isolamento, a organização do espaço terapêutico, a vigilância e a distribuição do tempo (COSTA, 2007).

Dentre os processos terapêuticos mais indicados, de acordo com a prática em países mais desenvolvidos, estavam a praxiterapia e a ludoterapia. Oficinas de trabalho, leitura de jornais e de bons livros, assim como alguns jogos (dominó), passeios ao ar livre, mesmo fora do hospício, acompanhados dos guardas; exercícios e práticas religiosas; eram alguns dos meios terapêuticos empregados. No entanto, prevaleceu o caráter institucionalizante, aumentando cada vez mais o número de internos nos hospícios, com instalações precárias e sem as devidas condições de higiene. O tratamento limitava-se à contenção, com o emprego de camisas de força e reclusão nos calabouços, ausência de distração e trabalho para os doentes, constatando-se uma verdadeira decadência nos serviços de assistência e uma volta do hospício, à antiga condição de depósito de doentes (COELHO FILHO, 1983).

Em Pernambuco, o Hospício da Visitação de Santa Isabel foi instalado em Olinda (1864) e substituído em 1883, pelo Hospício de Alienados, a Tamarineira. Assim como aconteceu nos outros hospícios, o Hospital da Tamarineira serviu mais como lugar de exclusão do que como espaço de tratamento dos que ali se encontravam. Em pouco tempo, excedeu sua capacidade de internos numa clara demonstração de falta de eficácia dos métodos de tratamento utilizados. Num cenário de mudanças políticas, no início dos anos 20, Ulysses Pernambucano foi convocado para assumir a direção do Hospital da Tamarineira, onde além de reformas e melhorias materiais, estabeleceu a internação apenas para os quadros agudos, criando, para os demais casos, outros departamentos (BASTOS, 2002; COELHO FILHO, 1983).

As idéias e ações reformistas propostas por Ulysses foram oficializadas através do Decreto nº 26 de 10 de janeiro de 1931, que criou a Divisão de Assistência aos Psicopatas, cujo art. 2º descreveu como a assistência deveria ser organizada (Coelho Filho, 1983, p. 133-5):

Art 2º - A assistência a Psicopatas compreenderá:

I- Serviços para doentes mentais não alienados:

- a) Ambulatório
- b) Hospital aberto

II- Serviços para doentes mentais alienados:

- a) Hospital para doenças agudas
- b) Colônia para doentes crônicos

III- Manicômio Judiciário

IV- Serviço de Higiene Mental:

- a) Serviço de prevenção de doenças mentais
- b) Instituto de Psicologia

Uma das medidas preliminares realizadas por Ulysses Pernambucano foi a redução do número de internos no hospital para 560, quando já havia abrigado mais de 1000, conforme dados levantados por Coelho Filho (1983, p. 123).

O primeiro ambulatório público funcionou no próprio Hospital de Alienados e o serviço ou hospital aberto, foi localizado, inicialmente, no centro da cidade, depois transferido para sede própria, uma casa adaptada que recebeu o nome de Hospital Correia Picanço. Ambos os serviços foram dirigidos pelo Dr. Gildo Neto tendo o Dr. José Lucena como assistente (COELHO FILHO, 1983).

Ocupando uma área de 428 hectares na cidade de Barreiros, a Colônia para doentes crônicos foi inaugurada em 12 de novembro de 1931 e o Dr. Vicente Gomes de Matos foi nomeado diretor desta unidade. A principal função da Colônia era a reabilitação dos doentes mentais pelo trabalho, ou seja, o exercício da praxiterapia, que, se não era exclusividade deste serviço, decerto encontrava nele sua maior preocupação e adequação. Ulysses defendia que as aptidões dos doentes deviam ser consideradas, não os reduzindo às possibilidades de trabalho oferecidas na Colônia, pois uma vez ingressados no trabalho, as perspectivas de retorno dos doentes ao convívio social seria mais viável (COELHO FILHO, 1983).

Sobre a assistência hetero-familiar, Ulysses detalhou esta modalidade de cuidado em várias questões concernentes ao seu funcionamento no regulamento do decreto 26. Entre elas, destinava apoio financeiro a famílias “*com condições de moralidade*” que assumissem doentes que se encontrassem sem família ou por estarem abandonados, desde que assim consentissem (NASCIMENTO, 2007). De acordo com o historiador Heronides Coelho Filho (1983, p. 125), essa estratégia da assistência aos psicopatas, lamentavelmente fracassou, diferentemente dos resultados obtidos com a Colônia.

O Manicômio Judiciário, inspirado no Manicômio do Juqueri-SP, foi criado em setembro de 1931, nas dependências do Hospital de Alienados, diferente do que foi idealizado. Ulysses desejava instalá-lo em terreno próximo ao Hospital, mas o manicômio, sob à direção do Prof. Alcides Codeceira só viria a ser inaugurado em agosto de 1953, no engenho Monjope (COELHO FILHO, 1983).

Considerado um dos maiores expoentes da chamada “Higiene Mental” no contexto brasileiro, Ulysses Pernambucano transformava em obras institucionais concretas uma concepção de psicopatologia e de terapêutica psiquiátricas baseada na idéia de que as condições socioeconômico-culturais específicas, nas quais estava inscrita uma determinada população, eram determinantes no aparecimento dos transtornos mentais próprios àquele grupo humano. Foi criado por ele o primeiro Serviço oficial de Higiene Mental no Brasil, articulado aos demais serviços da Assistência aos Psicopatas, no qual foram realizados diversos inquéritos sociais abrangendo principalmente a família, a escola e o meio social, assim como diversos cursos, entre os quais, o de Psicologia, em 1932; de Neuropsiquiatria Infantil, em 1933; de Higiene Mental, em 1934 e, finalmente, um curso oficial de Higiene Mental na Faculdade de Medicina, em 1935. Em decorrência das ações do Serviço de Higiene Mental houve a fundação da Liga de Higiene Mental, nexa entre a sociedade e o Serviço de Assistência aos Psicopatas. A Liga reuniu médicos, psicólogos, sociólogos, criminalistas e estudiosos de problemas sociais, ampliando dessa forma a investigação sobre as repercussões sociais dos transtornos mentais (COELHO FILHO, 1983; PEREIRA, 2005).

Mesmo tendo recebido orientação clínica de base biológica, Ulysses Pernambucano fez articulações com outros campos do saber, como a Sociologia, Antropologia e Saúde Pública, ampliando a visão sobre a doença mental e investigando os problemas individuais em conexão com a coletividade. A repercussão das reformas empreendidas por Ulysses ultrapassou os limites do Estado e influenciou a criação de um Serviço Nacional de Higiene Mental junto ao Departamento Nacional de Saúde, em 1935 (MELO, 1999).

Todas as ações que ele implementou não foram suficientes para mantê-lo à frente da Assistência a Psicopatas por mais tempo. A sua postura, ao solicitar do governo estadual o repasse de mais verbas para garantir o custeio e a adequada assistência aos doentes mentais do Estado, assim como para a ampliação dos serviços, gerou inimizades e desafetos políticos, que culminaram com o seu pedido de demissão da direção geral da Assistência a Psicopatas (COELHO FILHO, 1983).

Ainda foram obras de Ulysses, a fundação do Sanatório Recife, um estabelecimento particular; a revista *Neurobiologia* (1938); assim como a Sociedade de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental do Nordeste, depois tornada nacional, que reuniu nas décadas de 30 e 40 importantes congressos multiprofissionais em João Pessoa, Aracaju e Natal, embrião da futura Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) (BASTOS, 2002; COELHO FILHO, 1983).

A postura de Ulysses Pernambucano, tanto relativa a questões de ordem teórica quanto ao modo de se portar, de exercer suas atividades e expressar em atos suas concepções teóricas acerca do mundo, influenciou alunos e colaboradores. Daí, ele ser considerado o fundador da Escola Psiquiátrica do Recife, ou como sugere Luiz Salvador Miranda Sá Junior na apresentação do livro ‘História da Psiquiatria em Pernambuco e outras Histórias’ (BASTOS, 2002, p. 9), da Escola Psiquiátrica do Nordeste, “pois seus discípulos e sucessores espalharam-se pelo país, mas estão mais concentrados na região nordeste”. O autor refere que as principais características da Escola de Ulysses podem ser definidas pela *atividade docente, cientificidade rigorosa, largueza e liberdade de visão*, essa última, vista no sentido eclético, de abertura para todas as tendências de pensamento. Dentre os constituintes da Escola estão presentes profissionais que englobaram vários campos do saber, e destacaram-se, entre eles, Gildo Netto, José Lucena, René Ribeiro,

José Otávio de Freitas Júnior, Arnaldo Di Lascio, Luiz Cerqueira – na Medicina; Waldemar Valente, Pedro Cavalcanti (também René Ribeiro, Albino Gonçalves Fernandes) – Antropologia; Anita Paes Barreto, Anita Pereira da Costa, Eulália Fonseca, Sylvio Rabello – Psicopedagogia (BASTOS, 2002; NASCIMENTO, 2007; MIRANDA-SÁ JR, 2007)

Merece destacar, ainda, que o Prof. José Lucena, foi considerado o mais expressivo representante dessa Escola (BASTOS, 2002). Sobre a trajetória da Escola fundada por Ulysses Pernambucano, Nascimento nos diz que,

[...] a linha sucessória na Escola de Psiquiatria do Recife, caminha pelo professor José Lucena, passa pelo professor Galdino Loreto e chega ao professor Othon Bastos, e, durante todo este percurso, mantém, *mutatis mutandi*, a mesma orientação original que a fez nascer e o mesmo gosto compartilhado pelos temas de estudo; respeitados os contextos em que viveram os personagens e nos quais se deram as atuações dos estudiosos citados; configurando uma Escola Pernambucana de Psiquiatria, a Escola de Psiquiatria do Recife (NASCIMENTO, 2007, p.169)

Sendo assim, podemos considerar que as propostas e ações realizadas por Ulysses Pernambucano nas décadas de 30 e 40 do século passado, podem ser consideradas atuais, se tomarmos os princípios e diretrizes que regem a política de Saúde Mental hoje, em nosso país. Ressalte-se que as idéias do mestre Ulysses se verificaram em diversos campos de atuação, seja na educação infantil ou na atenção à Saúde Mental; ações que ainda hoje mantêm sua atualidade. Importante destacar que a sua visão incluía os direitos e cidadania dos doentes; a organização de serviços assistenciais ao doente mental, criando vários tipos de serviços de acordo com a necessidade dos pacientes, e já naquela época, um olhar crítico sobre o papel hegemônico que assumia o hospital psiquiátrico.

Psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, praxiterapeutas (terapeutas ocupacionais), nutricionistas, pesquisadores sociais, trabalhavam nos serviços de saúde mental numa perspectiva de atuação multidisciplinar, acompanhando as evoluções científicas da época. Pregava assistência em diversas modalidades, que incluíam: hospital aberto, ambulatórios, colônias para doentes crônicos (voltadas especificamente para a reabilitação pela ocupação/trabalho), assistência hétero-familiar, visitas domiciliares para o exame de condições sócio-econômicas e de salubridade (BASTOS, 2002; NASCIMENTO, 2007).

Infelizmente, Ulysses morreu precocemente, em 1943, “não viveu o bastante para ver prosperar sua obra nem para assistir à degradação de sua criação” (MIRANDA-SÁ JR, 2007, p. 157), já que o cenário assistencial que se fortaleceu foi centrado no hospital, contrariamente ao que ele vislumbrava.

Em 1941, foram extintas as Divisões de Assistência a Psicopatas existentes nos Estados brasileiros, sendo criado em 1944, o Serviço Nacional de Doenças Mentais, que contava, entre suas atribuições, planejar para todo o território nacional os serviços de assistência e proteção aos psicopatas (OLIVEIRA, 2008).

1.2- Redirecionamento da assistência psiquiátrica brasileira - breve histórico

A hegemonia do modelo centrado no hospital (hospitalocêntrico) na assistência psiquiátrica foi realidade no mundo todo, apesar das denúncias sobre a falta de eficiência e eficácia, baixa qualidade e violação dos direitos humanos advindas da prática manicomial.

Alguns estudos apontaram que o modelo asilar, hospitalocêntrico de atenção aos pacientes psiquiátricos se configurou mais como espaço de exclusão, aniquilando as subjetividades e gerando violência (CASTEL, 1991; FOUCAULT, 1992, 1993; GOFFMAN, 1999).

A partir da II Grande Guerra vimos surgir na Europa e nos EUA uma série de experiências no sentido de transformar a assistência psiquiátrica: na Inglaterra a proposta de Comunidades Terapêuticas, o movimento das Psicoterapias de Grupo; na França, a Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor; as Psiquiatrias Comunitária e Preventiva nos EUA e mais recentemente na Itália, o movimento de Desinstitucionalização (AMARANTE, 1998, 2001).

No Brasil, a década de 60, é marcada por um contexto de mudanças políticas, com ações maciças de privatização na área de assistência à saúde, e em particular, na assistência psiquiátrica. Vimos ocorrer a divisão entre a assistência patrocinada pelo Estado e aquela mantida pela previdência social pública. Essa última, nas palavras de Miranda-Sá Jr (2007, p.157), “se

multiplicou movida única ou predominantemente pela busca de lucro. O doente mental se transformou numa fonte inesgotável de lucro para empresários que viviam dessa condição”. A lógica privatista vigente na época, priorizou a hospitalização psiquiátrica em detrimento de outras experiências, como a assistência ambulatorial que era meta da assistência pública direta para substituir as internações psiquiátricas. Com isso, proliferou desenfreadamente o número de hospitais psiquiátricos no país.

As experiências que ocorreram na Inglaterra, França, Estados Unidos e Itália, influenciaram o processo de reforma da assistência psiquiátrica brasileira. Um exemplo disso foi o projeto de Comunidade Terapêutica realizado na Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade do Recife, em 1964. De acordo com Bastos (1964, p.58), o objetivo desse projeto foi o de empreender a transformação do hospital psiquiátrico clássico em modernas comunidades terapêuticas com a finalidade de reabilitar e reintegrar os doentes internados e uma ‘nova atmosfera psico-socioterápica’ era a principal característica desses serviços, com o incremento das terapêuticas de grupo, em particular, da praxiterapia, dos clubes ou associações de doentes e das psicoterapias coletivas (reuniões da comunidade ou de grupos terapêuticos).

Essas experiências foram relevantes em relação à modificação interior do hospital psiquiátrico, estimulando o comprometimento de todos os componentes envolvidos. As contradições da realidade serviram de mote condutor para as ações terapêuticas recíprocas, assim como a escuta e a discussão franca com os pacientes inclusive sobre questões como a cidadania do doente mental, num momento em que este conceito não estava em pauta. De um modo geral, essas propostas avançaram na discussão sobre as causas externas da enfermidade mental e da reclusão hospitalar, não conseguindo atingir, porém, o problema da exclusão do doente mental (AMARANTE, 2001; TENÓRIO, 2002).

A psiquiatria preventiva ou comunitária que nasceu nos Estados Unidos, no contexto da crise do organicismo mecanicista e no cenário de altas taxas de incidência dos distúrbios mentais e dos custos elevados que as cronificações acarretavam às famílias e ao Estado, demarcou um novo território para a Psiquiatria, no qual a terapêutica das doenças mentais deu lugar à Saúde Mental. A partir da década de 60, o predomínio desse modelo desenvolvido por Gerald Caplan influenciou

de forma significativa a formulação das políticas de Saúde Mental no Brasil e em outros países da América Latina e foi incorporado ao discurso da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Panamericana de Saúde (OPAS), que o prescreveram como proposta para ser seguida pelos países do terceiro mundo (AMARANTE, 2001; KODA, 2002).

Grande ênfase foi dada às ações primárias e secundárias em saúde que deveriam anteceder o surgimento e o desenvolvimento das doenças, buscando tornar o hospital psiquiátrico quase que desnecessário. Por não ser possível definir um agente patogênico para a doença mental, as ações em saúde deveriam incidir em momentos potencialmente problemáticos como a adolescência, envelhecimento, perda de emprego, etc. Uma das conseqüências deste tipo de enfoque foi a dilatação do campo de intervenção psiquiátrica ao meio social, onde a noção de saúde mental estava estreitamente associada ao processo de adaptação social, denotando um padrão de normalidade externo à singularidade do sujeito. Foi com esse modelo que se operou, com maior profundidade, a transformação do objeto da Psiquiatria, que passou a investir na saúde mental ampliando o alcance de sua intervenção para a comunidade (KODA, 2002; TENÓRIO, 2002).

As principais críticas ao preventivismo incidiram sobre o objetivo de medicalizar a ordem social por meio da normatização psiquiátrica, já que a saúde e a doença oscilavam entre os pólos de adaptação e desadaptação social. Ficaria a cargo dos saberes psiquiátrico-psicológicos a definição de um sujeito “ideal”, produzido a partir de mecanismos complexos capazes de controlar e normatizar segmentos sociais pelas mais variadas vias (AMARANTE, 1998, 2001; KODA, 2002; TENÓRIO, 2002).

A crítica mais radical em relação ao método e aos princípios do saber psiquiátrico no trato com a doença mental veio do movimento da Antipsiquiatria, idealizado por um grupo de psiquiatras ingleses (R. Laing, D. Cooper e A. Esterson). Esse movimento emergiu na Inglaterra em meio aos movimentos *underground* da contracultura e a crítica elaborada não foi somente à Psiquiatria, mas à sociedade e ao modelo familiar vigente. A doença mental foi entendida como fato social, político, uma reação a um desequilíbrio no contexto das relações familiares, não

sendo vista pelos adeptos desta corrente, como um estado patológico, dessa forma, a família ocupou o lugar central para a compreensão da doença mental (AMARANTE, 2001).

Sobre esses questionamentos, Bastos (2002, p. 66; 2009, p. 13) argumenta que a Psiquiatria faz interfaces com as ciências biológicas e as ciências do comportamento humano, e é nessa intersecção que se situa seu objeto de estudo, o que o autor chama de ‘fato psiquiátrico ou psicopatológico’. Para o autor (2009, p.13), essa originalidade e peculiaridade do fato psicopatológico, tem levado, historicamente, “ao aparecimento de discursos e posições teórico-doutrinárias extremadas; de excessos e exageros, ora etiopatogênicos, ora terapêuticos em cada uma destas vertentes do saber e da prática psiquiátricas”.

Desta forma, Bastos (2002, p. 173) concorda com Henri Ey, quando afirma que o movimento da Antipsiquiatria foi uma reação salutar e um protesto contra o modelo asilar e o papel repressivo que os psiquiatras podem exercer na sociedade, mas representou também, a negação do fato psicopatológico, contestado como se fosse “uma produção fantasmática dos médicos, substitutos das estruturas sociais patógenas”.

As diversas propostas de transformação da assistência psiquiátrica estiveram contextualizadas sócio-historicamente, portanto, marcadas por interesses, relações entre saberes e poderes, práticas e subjetividades. Nesse sentido, o movimento da Psiquiatria Democrática Italiana trouxe ao cenário político mais amplo a revelação da impossibilidade de transformar a assistência sem modificar o território das relações entre cidadania e justiça. A experiência da doença mental era vista como complexa demais para ser reduzida ao campo do saber médico, sendo necessário entendê-la através de diversos olhares, além daqueles oriundos do saber médico-psicológico (AMARANTE, 2001).

Observou-se, então, que questionamentos éticos fundamentados em pressupostos epistemológicos para além da busca da causalidade orgânica e da cura das doenças mentais possibilitaram a criação de novos dispositivos de cuidado no século XX. O surgimento de correntes teóricas fundamentadas em modelos explicativos que incluíam as dimensões psíquicas e sociais na determinação do processo saúde-doença situou essa questão na complexidade inerente

ao fenômeno saúde. Esse conjunto de transformações teóricas e práticas, por vezes paradoxais, no campo da saúde mental conformaram a Reforma Psiquiátrica brasileira num movimento contra-hegemônico ao modelo hospitalocêntrico (TENÓRIO, 2002).

Portanto, tendo como meta a inserção social dos pacientes, as mudanças devem englobar a relação entre usuários, equipe e familiares, e entre esses e a comunidade. A mudança de papéis, a democratização das instituições e o envolvimento e responsabilização da comunidade devem-se somar aos objetivos técnicos da assistência. O objeto de intervenção torna-se mais complexo, interdisciplinar, e as práticas e saberes tradicionais precisam ser reconstruídos.

A partir do ano de 1980, no cenário de democratização e reformulação do sistema de saúde, as transformações na assistência psiquiátrica passaram a ter maior visibilidade. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em sintonia com a Constituição de 1988, preconizou a universalização do acesso aos serviços de saúde, a integralidade da atenção, a equidade e a hierarquização dos serviços, em um contexto descentralizado e municipalizado. O SUS contemplou em suas diretrizes os princípios da Reforma Psiquiátrica, incluindo o processo de desospitalização e a garantia dos direitos de cidadania dos doentes mentais (AMARANTE, 2001).

O movimento da Reforma Psiquiátrica foi protagonizado por vários atores, entre eles, usuários, familiares, profissionais de saúde mental, políticos, artistas, donos de hospitais psiquiátricos. Os conflitos e paradoxos advindos desse processo, somados a questionamentos éticos fundamentados em pressupostos epistemológicos para além da busca da causalidade orgânica e da cura das doenças mentais levaram a mudanças na política, na legislação e no modelo de atenção à saúde mental, preconizando equipamentos múltiplos para atender à complexidade dos transtornos mentais (AMARANTE, 1996, 1998; TENÓRIO, 2002).

No âmbito da legislação, foi promulgada pelo Congresso Nacional em 6 de abril de 2001, a lei federal da Reforma Psiquiátrica, nº. 10.216, que assegura os direitos e a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais, redireciona o modelo de atenção à saúde mental, propondo a criação de redes de serviços locais, extra-hospitalares, abertos no território. Mesmo antes da aprovação da lei federal, várias leis estaduais provocaram importantes transformações na

legislação de seus Estados e respectivos municípios. No caso de Pernambuco, a lei nº 11.064/94 do deputado Humberto Costa, dispôs sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por outros recursos assistenciais e regulamentou a internação involuntária (BRASIL, 2004c).

A partir do início da década de 90, o Ministério da Saúde publicou um grande número de portarias com a finalidade de fundamentar o processo de redirecionamento do modelo assistencial. Essas portarias estabeleceram as regras básicas para o funcionamento dos serviços de saúde mental, definiram o financiamento dos mesmos e determinaram mecanismos de fiscalização (BRASIL, 2004c).

O modelo assistencial proposto a partir da Reforma Psiquiátrica foi constituído de uma rede de atenção psicossocial, com serviços de base comunitária, com potencial de construção coletiva de soluções capaz de fazer face à complexidade das demandas no território, garantindo também a resolutividade e a promoção de autonomia e cidadania às pessoas com transtornos mentais.

O modelo atual da atenção em Saúde Mental tem como pontos principais: a penetração crescente de uma nova mentalidade no campo psiquiátrico; a permanência continuada de diretrizes reformistas no campo das políticas públicas; a existência de experiências renovadoras com resultados iniciais positivos em todas as regiões do país; a capacidade das experiências anteriores manterem sua vitalidade; os indícios de um novo olhar sobre a “loucura” não mais tão fortemente marcado pelos estigmas do preconceito e do medo (TENÓRIO, 2002).

Ao longo desses 20 anos de SUS e de Reforma Psiquiátrica, diversos avanços foram evidenciados tanto em nível local quanto nacional. Porém, muitos desafios e impasses na gestão de uma rede de atenção em Saúde Mental ainda precisam ser enfrentados, tais como: a forma de alocação de recursos financeiros do SUS e suas repercussões no modelo assistencial proposto para os serviços substitutivos; aumento considerável da demanda em Saúde Mental (especialmente os casos de usuários de álcool e outras drogas, bem como de atenção para crianças e adolescentes); fragilidades em termos de abrangência, acessibilidade, diversificação das ações, qualificação do

cuidado e da formação profissional, bem como um imaginário social calcado no preconceito/rejeição em relação à loucura (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006).

A World Health Organization (WHO), ao analisar o Sistema de Saúde Mental brasileiro, observa que a partir de 2007 houve inversão na hegemonia de gastos públicos com ações de Saúde Mental, com um aumento no financiamento de serviços comunitários quando comparado com os gastos de serviços hospitalares, 51% e 49% respectivamente. Isso é considerado um avanço, já que em 2001, os gastos com ações e programas hospitalares representavam 80% do financiamento das ações de saúde mental (WHO, 2007).

No entanto, Mari (2008, p. 5) nos alerta que no Brasil, os transtornos mentais são responsáveis por 18% da sobrecarga global de doenças no país e contam apenas com 2,5% do orçamento da saúde. A magnitude dessa realidade provoca um grande descompasso entre demanda e disponibilidade de serviços. Em 2007, esse cenário levou o editor da renomada publicação *Lancet* à criação de um comitê executivo internacional encarregado de assessorar governos, organizações não-governamentais, usuários de serviços e seus familiares, no planejamento da ampliação do financiamento e dos recursos assistenciais comunitários, com a finalidade de reduzir o desequilíbrio entre a demanda e a oferta de serviços para o cuidado em saúde mental.

A World Federation for Mental Health (WFMH) lançou programa semelhante, para aprimorar a atenção aos portadores de transtornos mentais e aderiu à filosofia de que o bem estar comunitário flui do bem estar individual, então, mudar a forma como se vê a doença mental e o *ranking* de importância que essa questão ocupa na atenção à saúde é fundamental. Em 2009 foi adotado o tema ‘Saúde Mental na atenção primária: melhorando os tratamentos e promovendo a saúde mental’ por ocasião da Comemoração do Dia Mundial da Saúde Mental (10 de outubro). De acordo com WFMH, é chegado o momento de debater e enfrentar os obstáculos que têm impedido um enfoque integral da atenção à saúde, incluindo todos os aspectos das enfermidades e do bem estar num só sistema de tratamento, reforçando o lema ‘não há saúde sem saúde mental’ (WFMH, 2007).

Afinal, de acordo com Prince et al (2007, p. 859), mundialmente, 14% da sobrecarga global de doenças foi atribuído aos transtornos neuropsiquiátricos, na maior parte devido à natureza crônica incapacitante da depressão e de outros transtornos mentais comuns, abuso de álcool e outras substâncias e psicoses.

Dessa forma, observa-se que os desafios são muitos e a Reforma Psiquiátrica brasileira segue seu curso, precisando avançar no enfrentamento dos problemas, na desconstrução de paradigmas já ultrapassados e no contínuo processo de construção de outro modelo mais eficaz e resolutivo, que se aproxime das diretrizes apontadas pelos organismos internacionais e pela Política Nacional de Saúde. No contexto brasileiro, os CAPS têm merecido especial atenção pelo fato de ter sido delegado a esses serviços o papel de articulador de uma rede de atenção à Saúde Mental.

1.3- História e evolução dos CAPS no cenário da rede de atenção psicossocial

Os CAPS surgem no Brasil a partir de 1986 inspirados nas experiências do hospital-dia na França; das comunidades terapêuticas de Maxwell Jones, na Inglaterra; dos Centros de Saúde Mental dos anos 60, nos Estados Unidos e da Itália, nos anos 70/80 (PITTA, 1994).

Esses serviços foram colocados como a principal estratégia no atendimento de usuários com transtorno mental e inicialmente, foram definidos pela portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992 caracterizando-se como serviços abertos e comunitários com a missão de atender pessoas que sofrem de transtornos mentais graves e persistentes, num dado território, oferecendo atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar por uma equipe multiprofissional, evitando internações e favorecendo a cidadania e a inclusão social dos usuários e de suas famílias. Dez anos depois, o MS publicou a portaria nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002, definindo o funcionamento dos CAPS e categorizando-os por porte e clientela, cujas principais características apresentam-se no quadro abaixo.

Quadro 1: Características dos CAPS de acordo com as diferentes modalidades

Modalidade	Características
CAPS I	-para atender municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes; -equipe mínima:1 psiquiatra ou médico generalista com especialização em saúde mental, 1 enfermeira, 3 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico), 4 profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar ou de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão)
CAPS II	-municípios entre 70 mil e 200 mil habitantes -equipe mínima:1 psiquiatra, 1 enfermeira, 4 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, educador físico ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico), 6 profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão)
CAPS III	-municípios com mais de 200 mil habitantes -equipe mínima:2 psiquiatras, 1 enfermeira, 5 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, educador físico ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico), 8 profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão) -acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 5 leitos, para eventual repouso e/ou observação
CAPSi	-destinados aos atendimentos de criança e adolescentes -equipe mínima:1 psiquiatra, neurologista ou pediatra com especialização em saúde mental, 1 enfermeira, 4 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, educador físico ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico), 5 profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão)
CAPSad	- destinados aos atendimentos de pessoas com transtornos decorrentes do uso e da dependência de substâncias psicoativas -equipe mínima:1 psiquiatra, 1 clínico geral, e os demais profissionais da equipe do CAPS II

Fonte: BRASIL, 2004a

No Brasil, a Política Nacional de Saúde Mental vem investindo esforços no sentido da consolidação e qualificação da rede de atenção à saúde mental, principalmente dos CAPS. A expansão desses serviços está sendo fundamental na mudança do cenário da atenção à saúde mental no país (BRASIL, 2008).

De acordo com dados da Coordenação Nacional de Saúde Mental, o país experimentou ritmos diferentes na expansão de CAPS, com maior dificuldade para os CAPS específicos – CAPS i, CAPS ad e CAPS III. Os CAPS I passaram de 145, em 2002, para 668 em outubro de 2009, e os CAPS II, de 186 passaram para 400, no mesmo período. No total, existem 1467 serviços tipo CAPS cadastrados no país. No entanto, além da expansão, o asseguramento da qualidade do atendimento, com características de serviços abertos territoriais, de atenção diária tem sido o maior desafio (BRASIL, 2007; 2008; 2009a, 2009b).

Outro dado adotado pelo MS que reflete a capacidade de resposta dos serviços para uma população é o indicador CAPS/100.000 hab. Nesse sentido, a Coordenação Nacional de Saúde Mental considera a cobertura muito boa (acima de 0,70), boa (entre 0,50 e 0,69), regular/baixa (entre 0,35 e 0,49), baixa (de 0,20 a 0,34) e insuficiente/crítica (abaixo de 0,20). No país, essa cobertura era de 0,21% em 2002 e passou para 0,60% em outubro de 2009, o que revela a ampliação do acesso. Porém, ela não ocorre de forma homogênea nas diversas regiões do país, nem entre os Estados da mesma região. Como exemplo, apresentamos na tabela 1 os dados referentes à região nordeste, onde se incluem 6 Estados (Alagoas, Bahia, Ceará, Paraíba, Rio Grande do Norte e Sergipe) dos 8 com cobertura CAPS considerada muito boa pelo MS. Nesse cenário, Pernambuco detém o indicador CAPS/100.000 hab. mais baixo em relação aos demais Estados da região (0,46).

Tabela 1 - Rede CAPS por UF da Região Nordeste e Indicador CAPS/100.000 hab. em outubro de 2009.

UF	População	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS Ad	TOTAL CAPS	CAPS/100.000 hab.
AL	3.127.557	33	6	0	1	2	42	0,82
BA	14.502.575	103	30	3	5	13	154	0,72
CE	8.450.527	39	27	3	5	17	67	0,86
MA	6.305.539	35	13	1	3	5	57	0,63
PB	3.742.606	34	9	2	7	6	58	1,12
PE	8.734.194	15	17	1	4	10	47	0,46
PI	3.119.697	21	5	0	1	4	31	0,66
RN	3.106.430	10	10	0	2	5	27	0,71
SE	1.999.374	20	3	3	1	2	29	1,03
BRASIL	189.612.814	668	400	46	112	223	1467	0,60

Fontes: Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS – 2009 e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Estimativa populacional 2008.

Apesar da história de luta por melhorias na assistência e respeito aos direitos dos usuários dos serviços de Saúde Mental, como vimos nas ações implementadas por Ulysses Pernambucano,

o Estado consolidou-se como um dos grandes pólos hospitalocêntricos, semelhante ao que ocorreu nos grandes centros urbanos do país. Porém, no período de 1991 a 2009 reduziu cerca de 50% dos leitos psiquiátricos cadastrados no SUS totalizando atualmente 2.727 (BRASIL, 2009a; COUTO et al, 2001; LEMOS, 1999).

Nesse sentido, Pernambuco apresentou avanços no redirecionamento da assistência, mas ainda mantém um número significativo de leitos psiquiátricos e apresenta muitas dificuldades para efetivar a expansão da rede de serviços substitutivos, haja vista o número de CAPS apresentado acima, assim como a descentralização da atenção à Saúde Mental.

Oliveira (2008), ao discutir os entraves na implementação da Reforma Psiquiátrica no Estado, apontou a falta de vontade política e pouca participação popular aliados a questões relacionadas à saúde coletiva e desequilíbrio entre oferta e demanda, como fatores importantes nesse processo.

Em relação aos Estados que apresentam uma boa cobertura CAPS/100.000 hab., embora os dados nos revelem um aspecto bastante positivo no aumento da acessibilidade, observamos, paradoxalmente, que em alguns deles, nos últimos quatro anos, a redução de leitos psiquiátricos não foi significativa e em Alagoas nenhum leito foi desativado, conforme se observa na tabela 2.

Diante desses dados, questiona-se porque a expansão de serviços de caráter substitutivo ao modelo centrado no hospital, inclusive nos Estados onde a cobertura é considerada boa, não está sendo suficiente para reduzir o número de leitos psiquiátricos de forma mais significativa? Embora a qualidade da assistência não possa ser avaliada apenas pela quantidade de serviços, esses números são importantes para refletirmos sobre o processo de expansão das estratégias substitutivas paralelamente à diminuição dos leitos psiquiátricos, subsidiando estudos que aprofundem a análise do modelo que se pretende implantar.

Tabela 2: Série histórica do nº de leitos e leitos/1000 hab. por UF da região nordeste (de 2006 até junho de 2009)

UF/Ano	2006		2007		2008		2009	
	Nº leitos	Leitos por 1000 hab.						
PE	3248	0,42	3063	0,36	2727	0,31	2727	0,31
AL	880	0,29	880	0,29	880	0,28	880	0,28
RN	760	0,25	747	0,25	747	0,24	747	0,24
PB	749	0,21	749	0,21	699	0,19	691	0,18
SE	380	0,19	380	0,19	320	0,16	320	0,16
MA	822	0,13	822	0,13	662	0,10	662	0,10
CE	1104	0,13	1104	0,14	953	0,11	955	0,11
PI	360	0,12	360	0,12	360	0,12	360	0,12
BA	1107	0,08	1051	0,08	1051	0,07	888	0,06

Fontes: Coordenação Geral de Saúde Mental/CNES-PRH/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, estimativa populacional 2008.

A realidade social possui dimensões quantitativas e qualitativas e o lado quantitativo tem a vantagem de ser palpável, visível, manipulável. Por isso, tem-se a impressão comum de que o mais importante é a garantia da base material. A quantidade de CAPS, de pessoas atendidas nesses serviços, do período de atendimento e outras observações quantificáveis são importantes, mas representam apenas uma dimensão da realidade. Quando se avalia o impacto de determinadas ações ou serviços no estado de saúde de populações ou indivíduos, valendo-se apenas de variáveis objetivas subestima-se a importância da perspectiva da integralidade, presente no ideário do SUS.

Nesse sentido, encontramos na literatura alguns estudos que objetivaram a descrição do perfil da clientela atendida nos serviços substitutivos ao longo dos anos, mas, não esclarecem a eficácia dessa intervenção na vida dos usuários nem contemplam aspectos subjetivos, como a percepção dos usuários acerca da assistência que recebem (ANDREOLI et al., 2004; LIMA; BOTEAGA, 2001).

A adoção de propostas que buscam informação qualitativa, consideram a subjetividade inerente aos processos e relações sociais, que se desenvolvem e se estabelecem na utilização de

serviços e programas (UCHIMURA; BOSI, 2002). Trata-se do reconhecimento da pluridimensionalidade do indivíduo e do processo saúde doença.

A avaliação de serviços de Saúde Mental tem sido estimulada pela OMS nos últimos anos, com o objetivo de garantir a qualidade dos serviços. Os estudos desenvolvidos por Pitta et al., 1995, 1997; Silva Filho et al., 1996, 1998; Bandeira et al., 1999, 2000; Libério, 1999, procuraram criar “novos instrumentos e indicadores de avaliação” capazes de superar os tradicionalmente utilizados pela clínica psiquiátrica como número de consultas, internações ou procedimentos laboratoriais, remissão de sintomas, número de altas, diagnóstico, entre outros, considerados insuficientes para avaliar os serviços criados a partir do processo de reforma psiquiátrica.

De acordo com Pitta, a avaliação no campo da atenção psicossocial introduz algumas especificidades ao campo da avaliação de serviços de saúde em geral na medida em que,

Todos os aspectos objetivos e materiais, mais que em outras áreas, estão atravessados pela intersubjetividade das relações entre usuários, trabalhadores e instituições de saúde, aumentando as dificuldades já presumíveis nos processos de avaliar qualidade em serviços de saúde (PITTA, 1995, p. 448).

A partir de revisão da literatura internacional, Vasconcelos (1995, p. 191-194) observa que a avaliação de serviços em saúde mental pode ser desenhada em função do objeto de estudo e estratégias de pesquisa: estudo da história de serviços psiquiátricos com base em estudos históricos e ênfase em dados qualitativos; estudos de políticas e programas de saúde mental utilizando-se de abordagens tradicionalmente utilizadas na área de saúde em geral; estudos de adequação demanda/resposta que objetivam adaptar os serviços às necessidades da clientela real ou virtual; estudos de avaliação custo-benefício; e avaliação da qualidade dos serviços. O autor conclui que a área de avaliação em saúde mental é complexa e interdisciplinar, aberta a uma multiplicidade de estratégias de pesquisa.

Um estudo multicêntrico realizado entre a Universidade de São Paulo (USP) e outras instituições, testou as propriedades psicométricas da versão brasileira das escalas de avaliação da satisfação de usuários, satisfação e sobrecarga das famílias e satisfação e sobrecarga da equipe de

profissionais, conhecidas como SATIS-BR e IMPACTO-BR, elaboradas pela OMS (BANDEIRA et al., 1999 e 2000; PITTA et al., 1995). Os instrumentos buscam, a partir das perspectivas dos diversos atores envolvidos: usuários, técnicos e familiares, obter dados referentes à: satisfação com a assistência recebida; qualidade de vida de todos os envolvidos na atenção; níveis de autonomia e inserção social dos usuários; condições de trabalho e de vida dos profissionais. Estes estudos ressaltam a importância de considerar a contribuição de grupos e organizações locais, assim como a cultura dos diversos países nos quais as pesquisas são realizadas.

Também utilizando a SATIS-BR, um estudo realizado em cinco CAPS do município do Rio de Janeiro, em 1999, apontou que a preocupação em repensar as práticas cotidianas é um tema recorrente entre as equipes técnicas desses serviços e que considerar essas questões, significa escolher instrumentos sensíveis a estes aspectos. Dessa forma, a experiência dos atores que vivem o dia-a-dia do serviço pode fornecer resultados com maior aproximação da realidade. Ou seja, o interior dos serviços foi apontado como espaço privilegiado para a produção de novas formas de avaliar e a incorporação de variáveis como inserção familiar, no trabalho, na vida cotidiana e a motivação de técnicos, buscam responder ao desafio de criar indicadores sensíveis aos princípios da Reforma Psiquiátrica e úteis ao processo decisório onde ocorre a assistência (LIBÉRIO, 1999).

Um estudo de caso também conduzido num CAPS do Rio de Janeiro, em 2002, destacou a importância da avaliação como um mecanismo que deve fazer parte da gestão dos serviços, ou seja, a avaliação deve, necessariamente, incorporar as dimensões do planejamento, da gestão e do modelo assistencial (ALMEIDA, 2002).

Nessa perspectiva, o processo da reforma psiquiátrica possibilitou que os conceitos de avaliação e de qualidade fossem repensados em um contexto de valorização e respeito à cidadania do doente mental, ganhando destaque o desenvolvimento de metodologias capazes de captar processos em curso e de estabelecer relações entre aquilo que o serviço oferece e o que está definido como esperado de determinada intervenção, ou seja, os resultados que se pretende alcançar.

O interior dos serviços como fonte de observação permite a interação pesquisador-instituição na construção de indicativos que possuam como fonte principal as relações exercitadas na instituição, principalmente no que elas possam construir enquanto ética de inclusão e produção de vida, tais como o conceito de autonomia (WETZEL, 2005; CAMPOS, 2008; MIELKE et al., 2009).

Sobre esse ponto de vista, Berlinck (2009, p. 266) chama à atenção para o fato de que a Reforma Psiquiátrica criou vivências — atividades eminentemente práticas, antes desconhecidas para a Saúde Mental. No entanto, essas vivências correm o risco de circunscreverem-se ao âmbito específico de sua prática, o que criaria uma sub-cultura na sociedade brasileira, levando ao fracasso da mesma Reforma, cujo principal objetivo é a integração do sistema, e não somente de usuários, numa sociedade democrática e cidadã. Dessa forma, o autor sugere que seria necessário criar dispositivos para que tais vivências se transformem em experiências, ou seja, saberes socialmente compartilhados que desenvolvam capacidades de investigação em Saúde Mental.

Sendo assim, este parece ser um campo aberto à inovação no que se refere ao desenvolvimento de metodologias de avaliação que para além de instrumentos meramente burocráticos, possam orientar a prática diária. Aumentar o grau de conhecimento dos processos envolvidos nesses serviços desenvolvendo estudos mais participativos, que envolvam um conhecimento amplo das atividades que caracterizam o cotidiano dos serviços substitutivos talvez seja uma estratégia para distinguir as novas modalidades terapêuticas dos velhos dispositivos manicomiais, além de constituir um instrumento analítico privilegiado, sem o qual corre-se o risco de reproduzir hegemonias e novos enclausuramentos.

1.4- Objeto e Objetivos

As diretrizes políticas oficiais sobre a atenção à Saúde Mental estão definidas, porém a implantação das mesmas dá-se de forma heterogênea e ainda não se pode afirmar que tenham superado o modelo centrado no hospital. Não tem sido rara a experiência de serviços que deveriam operar como substitutivos, mas imprimem uma lógica de funcionamento semelhante ao modelo que se pretende desconstruir. Apesar disso, as transformações advindas do processo da reforma psiquiátrica vêm provocando um impacto na sociedade, de forma, que não se concebe o retrocesso ao modelo anterior, mas sim, a construção e aperfeiçoamento desses espaços como reais estratégias para a mudança.

Entende-se que, olhar para essas práticas cotidianas que acontecem no interior dos serviços, só é possível considerando-se as mudanças que ocorreram no Brasil e no mundo, e que influenciaram as transformações da atenção em Saúde Mental. A transposição dessas mudanças às práticas, entretanto, não ocorre tão facilmente, fazendo-se necessária a utilização de estratégias que atuem como dispositivos que possam potencializar o processo de mudança.

De outra forma, as práticas desenvolvidas nesses novos espaços, constituem-se campo de experimentação oferecendo subsídios para transformações mais amplas, construindo parâmetros para o redirecionamento das ações, constituindo-se também, uma estratégia para influenciar as políticas públicas dessa área.

Diante desse contexto, define-se como **OBJETO** desse estudo o Centro de Atenção Psicossocial, serviço supostamente funcionando nos moldes propostos pela Reforma Psiquiátrica brasileira, cuja diretriz assistencial é a implantação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, com ênfase para o CAPS.

No que diz respeito aos **OBJETIVOS**, estes foram assim definidos:

Geral:

- Analisar a interface entre as ações de cuidado desenvolvidas num Centro de Atenção Psicossocial de Recife e os discursos dos sujeitos envolvidos no serviço em relação aos pressupostos do modelo psicossocial.

Específicos:

- Identificar quais as percepções que são construídas pelos usuários, familiares e profissionais sobre o cuidado desenvolvido no serviço;
- Compreender como as práticas desenvolvidas nessa instituição repercutem na relação entre o serviço e a rede de atenção à Saúde Mental no território;
- Descrever aspectos que interferem na integralidade das ações no serviço e na execução do projeto terapêutico institucional.

2- ASPECTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS

[...] a humanização passa pela radicalidade democrática do Bem comum. Não se Cuida efetivamente de indivíduos sem Cuidar de populações, e não há verdadeira saúde pública que não passe por um atento Cuidado de cada um de seus sujeitos.

José Ricardo de C. M. Ayres

2.1- O Cuidado no âmbito do SUS e suas interfaces com a Saúde Mental

A questão da saúde mental, inserida no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS, está marcada pela busca da construção de novos modelos de atenção influenciados pelo movimento da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2001). Esse modelo, além de prever ações intersetoriais e trabalhos interdisciplinares tem um objetivo mais amplo, que é o da promoção da saúde integralmente. As idéias incorporadas e veiculadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira nasceram no bojo da Reforma Sanitária e guardaram consigo princípios e diretrizes do SUS.

Instituído no Brasil por Lei Federal na década de 90, o SUS regula e organiza em todo o território nacional as ações e serviços de saúde. São princípios do SUS a *universalização* do acesso aos serviços de saúde, a *integralidade* da atenção, a *equidade* e a *hierarquização* dos serviços, em um contexto descentralizado e municipalizado. O *controle social* das ações exercido com representações de usuários, trabalhadores, prestadores de serviço, organizações da sociedade civil e instituições formadoras é outro ponto estruturante dessa política (BRASIL, 1990).

No âmbito das reformas do modelo de atenção à saúde, ao mesmo tempo em que se experimentou notável desenvolvimento científico e tecnológico, as práticas de saúde vêm enfrentando, já há alguns anos, uma sensível crise de legitimação. Como resposta a isso vimos surgir no campo da saúde diversas propostas para sua reconstrução, tais como integralidade, promoção da saúde, humanização, vigilância da saúde, etc. (AYRES, 2004).

No SUS, a Humanização é vista como política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras, e de acordo com o Ministério da Saúde, esse conceito se refere a

[...] valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a *autonomia* e o *protagonismo dos sujeitos*, a *co-responsabilidade* entre eles, o estabelecimento de *vínculos solidários* e a *participação coletiva no processo de gestão* (BRASIL, 2004b, p. 8).

No entanto, Campos (2005, p. 398) nos chama à atenção para o fato de que os princípios gerais ou as diretrizes genéricas de uma política, inclusive no caso do SUS, devem ser

examinados articulados à prática. Neste sentido, o debate sobre Humanização deve contemplar duas dimensões: sua capacidade de produzir novas utopias, mas também o de interferir na prática realmente existente nos sistemas de saúde. Caso contrário, a Humanização seria apenas um movimento tendente a simplificar conflitos e problemas estruturais do SUS ou refletiria uma tendência real do sistema de saúde para desvalorizar o ser humano.

De acordo com o mesmo autor, a Humanização tem relação estreita com dois outros conceitos muito fortes: o de defesa da vida e o de Paidéia.

A defesa da vida é [...] um objetivo permanente, uma meta central a ser buscada por qualquer política ou projeto de saúde. O conceito Paidéia é ainda mais radical, porque nos empurra a pensar modos e maneiras para o desenvolvimento integral dos seres humanos, sejam eles doentes, cidadãos ou trabalhadores de saúde (CAMPOS, 2005, p. 399)

A defesa de uma vida mais longa com a construção de novos padrões de qualidade da vida para sujeitos concretos implica na participação ativa dos usuários, pois, não há saber técnico que realize por si só este tipo de integração. Além disso, a humanização depende da ênfase em valores ligados à defesa da vida, na possibilidade de ampliação do grau de desalienação, na mudança das estruturas, da forma de trabalhar e também das pessoas, na reforma da tradição médica e epidemiológica que consiga combinar a objetivação científica com novos modos de operar decorrentes da incorporação do sujeito e de sua história (CAMPOS, 2005).

Corroborando com essas idéias, Ayres (2004, p. 22) defende que Humanizar significa também transformar as ações assistenciais propriamente ditas, indo além das suas implicações para a formulação das políticas de saúde, para a gestão dos serviços, para a formação e supervisão técnica e ética dos profissionais. Nesse contexto, a noção de Cuidado é importante para iluminar muitos dos desafios conceituais e práticos para a humanização das práticas de saúde. Ela transcende o âmbito técnico do atendimento ou do nível de atenção em saúde, embora represente a materialidade das relações interpessoais que se estabelecem nesse campo. Pode ser concebido como “designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde” (AYRES, 2004, p. 22).

O autor acima acrescenta ainda que, a condição básica para que o Cuidado se estabeleça será a partir do legítimo diálogo, ou seja, poder ouvir e fazer-se ouvir. A esta capacidade de escuta e diálogo tem sido relacionado um dispositivo tecnológico de destacada relevância nas propostas de humanização da saúde: o acolhimento.

A Política Nacional de Humanização (PNH) define Acolhimento como um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram o serviço, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Essa estratégia deve se concretizar no cotidiano das práticas de saúde como uma escuta qualificada, ou seja, escutar a queixa do paciente, identificar riscos e vulnerabilidades aliada à capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço, com responsabilização daquilo que não se pode responder de imediato, mas que é possível direcionar de maneira ética e resolutiva, com segurança de acesso ao usuário (BRASIL, 2006).

O Acolhimento é recurso fundamental para que o outro do cuidador surja positivamente no espaço assistencial, tornando suas demandas efetivas como o norte das intervenções propostas, nos seus meios e finalidades. Não deve ser confundido com recepção ou com pronto-atendimento, “é no contínuo da interação entre usuários e serviços de saúde, em todas as oportunidades em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro, que se dá o acolhimento”, o qual deve ter entre suas qualidades essa capacidade de escuta (AYRES, 2004, p. 22).

Nesse cenário de humanização das práticas de saúde ganha destaque outro conceito também instituído como princípio do SUS, a Integralidade. A ação integral na saúde, na perspectiva de Pinheiro e Guizard (2008, p. 23) é entendida como “o efeito e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo”. Trata-se de um dispositivo político de crítica de saberes e poderes instituídos, por práticas cotidianas e novos arranjos sociais e institucionais em saúde, muitas vezes marcados por conflitos e contradições em defesa da saúde como direito de cidadania.

Apesar desse conceito apontar para a dimensão da organização da assistência, ele tem se caracterizado como um objetivo de difícil apreensão e operacionalização, principalmente devido à dificuldade de traduzi-lo em novas práticas (AYRES, 2009; PINHEIRO; GUIZARD, 2008). De acordo com Pinheiro e Guizard (2008, p. 25) a concretização de um sistema integral não passa pela aplicação exclusiva dos saberes disciplinares já existentes, mas pela construção incessante de “práticas eficazes”.

Como prática social, a Integralidade ganha riqueza e expressão no campo da saúde, à medida que propõe a construção coletiva de realidades sociais, o que demanda uma “perspectiva de aberturas lingüísticas, pluralidade de saberes válidos e normatividades de natureza não-tecnista” (AYRES, 2001, p. 70). Nesse sentido almeja-se um enriquecimento das possibilidades terapêuticas, incluindo soluções heterodoxas para o manejo de situações, vinculadas a situações existenciais, como mais uma alternativa inscrita entre mudanças que podem humanizar as práticas assistenciais.

No âmbito da terapêutica médica, o uso de parâmetros diagnósticos, medicações, doses e combinações podem seguir critérios mais singularizados, distintos do padrão convencional, sempre que o manejo prático da situação particular demonstrar positivamente sua variação em relação a comportamentos esperados. Além disso, outras terapêuticas devem ser pensadas para além do âmbito estrito dos serviços de saúde, embora articulados a ele, tanto em termos de indivíduos quanto de populações.

São exemplos de possibilidades de intervenções orientadas pelo Cuidado em saúde: apoio à escolarização e aquisição de competências profissionais, desenvolvimento de talentos e vocações, atividades físicas e de vivências corporais, atividades de lazer e socialização, promoção e defesa de direitos, proteção legal e policial, integração a ações de desenvolvimento comunitário e participação política. Dessa forma, reconhece-se que aquele usuário, além de apresentar um problema de saúde, traz consigo relações sociais e familiares, uma dada subjetividade que expressa sua história e, portanto, este conjunto deve ser olhado. Ao considerar esses aspectos, trabalha-se com a transferência de conhecimentos para o auto-cuidado, formas diversas de intervir

sobre a subjetividade do usuário, valorizando-o e aumentando sua auto-estima e autonomia (AYRES, 2004; MERHY; FRANCO, 2003).

Isso só será possível garantindo-se um investimento em equipes interdisciplinares nos serviços de saúde, em articulações intersetoriais para o desenvolvimento de ações (saúde, educação, cultura, bem-estar social, trabalho, meio ambiente etc.), e na interação entre horizontes normativos diversos, como por exemplo, os avanços realizados nos diálogos entre saúde e direitos humanos (AYRES, 2004).

Na visão de Mattos (2004, p. 1414), a Integralidade “é exercida por meio de um olhar atento, capaz de apreender as necessidades de ações de saúde no próprio contexto de cada encontro”. Trata-se da possibilidade de articular ações preventivas e assistenciais, o que envolve um duplo movimento por parte dos profissionais: apreender de modo ampliado as necessidades de saúde e analisar o significado para o outro das demandas manifestas e das ofertas que podem ser feitas para responder às necessidades apreendidas, considerando-se tanto o contexto imediato do encontro como o contexto da própria vida do outro.

Porém, um aspecto fundamental nesse contexto de práticas em saúde é a flexibilidade e dinamismo da técnica, ou seja, é preciso que a experiência que se transformou em tecnologia não se cristalize como tal. Nesse sentido, Merhy e Franco (2003, p. 318) chamam a atenção para as relações que são produzidas no ‘trabalho vivo’ em ato, ou seja, trabalho no momento em que este é produzido. Os autores apontam que estas relações podem ser sumárias e burocráticas, cuja assistência se traduz no ato prescritivo, com base no modelo médico-centrado, produtor de procedimentos, as quais são identificadas como tecnologias duras. Por outro lado, podem se dar como relações intercessoras estabelecidas no trabalho em ato, trabalho relacional. A estas, os autores chamam de tecnologias leves, pelo seu caráter relacional, que a coloca como forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado e que devem ser permeáveis à mudança, ao novo, à reconstrução.

Sobre essa dimensão em que operam as interações humanas no trabalho em ato na saúde, Ayres (2004, p. 26) acrescenta que devem estar abertas e sensíveis à interferência do não-técnico,

à sabedoria prática. Para alcançar essa abertura não cabe exatamente uma nova tecnologia, mas talvez a abertura do técnico a essa racionalidade para que possa se beneficiar de práticas sistemáticas de supervisão e discussão de casos, nos serviços e de um modelo de formação de recursos humanos, nas instituições de ensino, nos quais a reflexão sobre os significados éticos, morais e políticos das práticas de saúde seja sempre promovida.

Considerando que as políticas públicas de saúde incorporam as práticas em Saúde Mental no âmbito do SUS, é clara a interface entre Saúde Coletiva e Saúde Mental. No caso específico dos CAPS, observa-se que se constituem de uma estrutura alinhada aos princípios que baseiam os serviços de saúde do SUS: buscam garantir acesso, integralidade e resolutividade, com acolhimento diário da população com transtornos mentais, através de equipe multiprofissional. Mas, o fato de serem designados à função de ordenadores e articuladores da rede de saúde mental traz questionamentos acerca da lógica da hierarquização no âmbito da própria organização do SUS. Os aspectos institucionais dos serviços decorrentes da reforma psiquiátrica, principalmente da emergência dos CAPS, colocam em evidência as inter-relações entre referenciais de ordem epistemológica, ética, clínica e política, o que confere a esses serviços uma particular complexidade (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

2.2. Paradigmas da Atenção Psicossocial:

A noção de campo da Saúde Mental tem sido defendida por vários autores no sentido de ser esse um campo de cuidado, com práticas clínicas, políticas e técnicas vinculadas ao campo dos saberes intitulados de Psiquiatria e Psicanálise na tradição acadêmica, onde o que está em questão é a problemática do sujeito e da subjetividade nas suas articulações com o social (BIRMAN; BEZERRA JR., 1994); e onde se desenvolvem dispositivos e iniciativas ligados a certos agenciamentos da vida naquilo que ela está impedida ou prejudicada pela doença mental e/ou por outras situações de cristalizações clínicas, como usuários de álcool e drogas na “fronteira” do laço social, de alguns níveis de retardo e de neuróticos graves (TENÓRIO; ROCHA, 2007).

Onocko-Campos e Furtado (2005, p. 115) referem-se a uma noção de Saúde Mental que considere a confluência da Psiquiatria, da Psicanálise e da Psicologia, articulados a conhecimentos das Ciências Sociais, no movimento de configuração de um campo de saber de natureza interdisciplinar, que propicie certa relativização de poderes entre categorias profissionais. Essa complexidade que envolve o campo da Saúde Mental possui limites imprecisos e indefinições, o que o torna exatamente por isso bastante propício às experimentações e produção de novas práticas.

Nessa confluência de saberes e práticas a relação com o objeto da Psiquiatria, a doença mental, tem gerado questionamentos e tensionado muitas discussões. A compreensão sobre a doença mental, sua originalidade e constituição como fenômeno biológico, psicológico e sócio-cultural, assim como as diversas abordagens utilizadas no seu tratamento, foram e continuam sendo, objeto de estudo de muitos pesquisadores, de vários campos de saber.

Bastos (2002, p. 65) define como objeto da Psiquiatria o ‘fato psicopatológico’ ou ‘fato psiquiátrico’ e retoma os ensinamentos de Henri Ey, ao caracterizá-lo como a ‘patologia da liberdade’, no sentido da perda liberdade que permite ao indivíduo escolher coerente e deliberadamente o seu modo de agir, auto determinando-se de acordo com a própria vontade. O autor refere-se à quebra dos equilíbrios pessoal e interpessoal que se efetuam nos planos vital (físico, orgânico ou somático), psicossocial (vivenciar e relacionar-se socialmente) e existencial (os valores que adota na sua visão de mundo) que pode gerar situações de sofrimento físico, corporal e desajustamento nos contatos e nas relações interpessoais levando à limitação da própria liberdade individual na escolha dos seus padrões de conduta e ao adoecimento psíquico (Bastos, 2002, p. 182). Essa perda de liberdade é claramente visível em algumas situações da clínica psiquiátrica, como por exemplo, na sintomatologia dos pacientes delirantes; nas queixas de pacientes com pensamentos obsessivos e atos compulsivos; nos comportamentos de dependentes de álcool ou outras drogas, cuja liberdade de abster-se ou interromper a utilização dessas substâncias é comprometida.

Entretanto, a Psiquiatria tem sido alvo de distorções e reducionismos com relação à compreensão e tratamento das doenças mentais, conforme afirma Bastos (2009, p.13). A

supervalorização da ciência presente, na atualidade, na ‘Psiquiatria baseada em Evidências’, o solipcismo e a negação da ciência representada pela anti-psiquiatria configuram distorções da ciência psiquiátrica. Em relação aos reducionismos, o autor aponta o somaticismo ou organicismo da Psiquiatria Biológica; o Psicogeneticismo vinculado à Psicanálise e escolas psicodinâmicas; o Sociogeneticismo, oriundo da Psiquiatria Social e a Psiquiatria Política, sendo que essas duas últimas fortaleceram o surgimento da Antipsiquiatria e influenciaram o surgimento do Movimento Antimanicomial, “teoricamente e de aparência justa”, diz o autor.

Mais recentemente, o campo da Psiquiatria entendido como o campo de práticas institucionais e terapêuticas, está marcado por duas grandes tendências: a Psiquiatria biológica, cuja abordagem da doença mental considera alterações do funcionamento cerebral, bioquímico, verificável experimentalmente e o tratamento é prioritariamente através de fármacos e de algumas psicoterapias tipo cognitivo e, a atenção psicossocial. Essa última é caracterizada por uma ampliação das intervenções no sentido de tratar dos transtornos mentais no próprio meio social e promover as condições para uma existência mais favorável de pessoas portadoras de doença mental grave, com o objetivo de preservar ou resgatar os laços de pertencimento social dos sujeitos (TENÓRIO; ROCHA, 2007).

Atuar no campo da Saúde Mental não significa que se deixe de visar uma certa normalização. Nesse campo, a psicopatologia é referida como “aquilo do psíquico que aparece como dissonante do normal e só por isso especifica um sujeito” (TENÓRIO; ROCHA, 2007, p. 105).

De acordo com os autores acima citados, a clínica que se opera nos serviços de Saúde Mental, leva em consideração os principais tipos de doenças ou transtornos mentais, embora, a categoria paradigmática da Psiquiatria seja a esquizofrenia, uma vez que é a doença que acarreta um prejuízo mais amplo e duradouro na existência do paciente e é também a situação que mais convoca cuidados ampliados da Saúde Mental. As formas clínicas que compõem o campo e objeto da Psiquiatria, atualmente, apresentam-se em pelo menos três grades nosográficas: distinção entre neurose, psicose e perversão, a partir da psicanálise; demência/esquizofrenia, paranóia e Psicose Maníaco Depressiva (PMD), a nosografia Kraepeliniana; e as categorizações

propostas pela Classificação Internacional de Doenças – 10ª Rev. (CID – 10) e Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition (DSM – IV).

O fato da esquizofrenia ter assumido lugar central na nosografia psiquiátrica com relevância para as noções de surto ou crise e de estabilização, segundo Tenório e Rocha (2007, p. 109), levou a adoção da supressão dos fenômenos produtivos (alucinações e delírios) como parâmetro de tratamento. Com isso, produziu-se uma cisão, entre tratar (papel do psiquiatra) e cuidar (função dos demais trabalhadores da saúde mental que cuidam da reabilitação social), ou o seu contrário, quando tratar seria cuidar da reabilitação social e pouca importância se daria à psicopatologia e ao trabalho do psiquiatra.

Essa compreensão fortalece a visão reducionista do processo saúde-doença, reproduzindo relações de trabalho fragmentadas e distanciando o usuário de uma condição mais participativa do seu processo de cuidado.

No contexto brasileiro, a partir da década de 1980, o termo ‘psicossocial’ passou a ser utilizado como “significante para designar novos dispositivos institucionais (Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial, CAPS e NAPS) que aspiram à outra lógica, outra fundamentação teórico-técnica e outra ética, que não mais as do paradigma psiquiátrico” (COSTA-ROSA et al., 2003, p. 19).

As práticas decorrentes da atenção psicossocial são fruto de diferentes movimentos sociais e científicos e de vários campos teóricos. Ressaltam-se os movimentos internacionais que repercutiram diretamente na reforma da assistência à Saúde Mental (psiquiatria de setor e psicoterapia institucional (França); antipsiquiatria e comunidades terapêuticas (Inglaterra); psiquiatria comunitária (EUA) e movimento de desinstitucionalização (Itália) (COSTA-ROSA, 2006, 142).

Além desses, acrescenta-se o pioneirismo das ações de Ulysses Pernambucano implementadas no início do século passado em Pernambuco, já apresentadas anteriormente, que apresentava em suas bases pressupostos de uma atenção psicossocial, uma vez que ele relacionou

as necessidades de tratamento a uma diversidade de estratégias institucionais, considerando as condições socioeconômico-culturais como co-determinantes dos transtornos mentais.

No que diz respeito ao modo ou modelo psicossocial abordado por Costa-Rosa (2006, p. 150), o paradigma que o constitui vai surgindo por diferenciações operadas no modelo hospitalar e/ou asilar, por meio das críticas tanto a sua dimensão ideológica, quanto teórico-técnica e por meio do exercício de outras possibilidades práticas. Esses paradigmas se constituem de quatro parâmetros principais, que são apresentados a seguir:

1. Concepções do 'objeto' e dos 'meios' de trabalho

O modo psicossocial considera fatores políticos e biopsicosocioculturais como determinantes para as doenças, além da dimensão orgânica. A ênfase que se dará a cada um desses fatores varia de acordo com a situação ou problemática particular com que se está atuando. Seus meios básicos de intervenção são as psicoterapias, laborterapias, socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além da medicação.

Nesse modelo, atribui-se grande importância ao sujeito, mobilizando-o como participante principal do tratamento, assim como o grupo familiar e social em que ele está inserido. A consideração de que a doença mental não é um fenômeno exclusivamente individual leva a um deslocamento fundamental das mudanças, do indivíduo para a instituição e o contexto. O tratamento visa a um reposicionamento (*implicação subjetiva*) do sujeito, de tal modo que ele, em vez de sofrer os efeitos dos conflitos e contradições que lhe atingem, passe a reconhecer-se como um dos agentes implicados nesse sofrimento, e como agente da possibilidade de mudanças. O meio de trabalho característico é a equipe interprofissional, superando, em muitos aspectos, o grupo comum de especialistas, buscando encontrar formas de intercâmbio das suas visões teórico-práticas e de suas práticas. Não é suficiente estratificar as ações em prevenção primária, secundária e terciária, mas é necessária uma ação integral na saúde. Os dispositivos institucionais típicos do modo psicossocial são os Centros de Atenção Psicossocial, Hospital-Dia, Ambulatórios de Saúde Mental, Setores para tratamento em Saúde Mental inseridos em hospitais gerais, tais como as unidades psiquiátricas em hospitais gerais.

2. Formas da Organização Institucional

A instituição, como intermediário necessário nos tratamentos psíquicos em saúde coletiva, é onde estão incluídos a caracterização dos fluxos decisórios e de execução, e o modo da divisão do trabalho interprofissional, como elementos determinantes das formas dos vínculos entre instituição e usuários.

O organograma horizontal é a forma de organização institucional pretendida pelo modo psicossocial, respaldado nos pressupostos da reforma sanitária, a partir de 1988, sobretudo pelos princípios da descentralização e propostas de participação popular. No campo da Saúde Mental, as práticas da Reforma Psiquiátrica têm imprimido às suas ações transformações na estrutura dos micropoderes, sobretudo na horizontalização das relações de poder, tanto no seio dos trabalhadores, quanto entre estes e os usuários.

Esta vocação do modo psicossocial origina-se nas práticas da Psicoterapia Institucional e da Comunidade Terapêutica, e é instrumentada por meio das assembléias de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental. O poder decisório será dado pela reunião geral da instituição, conforme o âmbito em que se esteja, valorizando a participação efetiva da clientela e da população. O poder de coordenação é dado em representação, sendo suas funções essenciais coordenar as ações conjuntas e fazer executar, em suas dimensões particulares, as decisões tomadas pelo coletivo.

3. Formas do Relacionamento com a Clientela

No modelo psicossocial, as instituições, através de seus agentes, adquirem o caráter de espaço de interlocução na forma de relacionamento com a clientela, permitindo a colocação em cena da subjetividade e das práticas de intersubjetividade horizontal. Na dimensão de suas ações, a instituição deve superar seu caráter depositário e funcionar como ponto de fala e de escuta da população. Para isso, a organização programática está presente na forma de equipamentos integrais, onde a integralidade é considerada tanto em relação ao território quanto em relação ao ato propriamente terapêutico. A instituição é um foco onde se entrecruzam as diferentes linhas de ação presentes no território e para onde podem convergir as primeiras pulsações da Demanda Social.

4. Concepção dos Efeitos Típicos em Termos Terapêuticos e Éticos

Uma hipertrofia do que se denomina ‘defeitos de tratamento’ (cronificação ou benzodiazepinização, por exemplo), são características, em muitos casos, desse parâmetro no modelo centrado no hospital.

A supressão sintomática também é alcançada no modo psicossocial, porém, não é visada diretamente nem é a meta final. O que se visa diretamente é o ‘reposicionamento subjetivo’, uma vez que se considera a dimensão subjetiva e sociocultural dos sujeitos. Esse ‘reposicionamento’ deve ser pensado na perspectiva de uma ética que se abre para a singularização. Em uma sociedade liberal permeada simultaneamente por uma ideologia individualizante e por um modo capitalista de produção que obstaculiza relações intersubjetivas horizontais é um desafio fazer com que a singularização tanto do trabalhador quanto do usuário, neste contexto, ultrapassem as barreiras individualistas.

Ao colocar a ética na perspectiva da singularização, da horizontalização e interlocução, da implicação subjetiva e sociocultural e ao implementar as cooperativas de trabalho, o modo psicossocial tenta, ao menos interceptar a questão no seu espaço de ação, colocando-se em oposição à adaptação que caracteriza a ética do modelo centrado no hospital.

Costa-Rosa (2006, p. 164) observa ainda, uma tendência à sintonia desses quatro âmbitos e embora tenham sido analisados como se fossem mais ou menos estáticos, eles são formas de metabolização dos polos da contradição essencial no campo das práticas em saúde mental.

Nesse contexto, o campo da Saúde Mental não é propriedade de nenhuma área exclusiva, mas é compartilhado por vários saberes confluentes que hoje se coadunam não apenas em propostas de tratamento, mas de acolhimento, promoção à saúde, qualidade de vida, inserção social, prevenção, etc.

O que se aponta aqui é a não preponderância de um determinado campo de saber, como o psiquiátrico que se centra no conhecimento, tratamento e prevenção das doenças, por exemplo, e

que esteve, historicamente, determinando de forma hegemônica a assistência em Saúde Mental, enquanto que as demais áreas eram vistas como complementares.

Essa questão repercute diretamente no modo de funcionamento das equipes nos serviços de atenção psicossocial, como apontou Costa-Rosa (2006, p. 153). Esse tema, apesar de não ser novo, permanece imprimindo significativa importância no cenário atual de constituição das práticas em saúde mental.

Numa de suas publicações no ano de 1976, Bastos, apontou alguns parâmetros do trabalho em equipe no contexto das práticas em saúde mental consonantes com os autores mais atuais. Para ele, a equipe teria uma composição ampla, variada, de acordo com os campos de atividade e objetivos de ação, considerando-se as peculiaridades dos diversos tipos de serviços oferecidos (hospital psiquiátrico, unidade psiquiátrica de hospital geral, ambulatório, serviço de emergência psiquiátrica, centro comunitário de saúde mental, clínica psiquiátrica infantil, centro de prevenção ao suicídio, entre outros). Na equipe, os profissionais deveriam atuar juntos, lado a lado, e não formando um aglomerado, atuando separadamente e apenas ocupando o mesmo ambiente de serviço. Em relação ao lugar do psiquiatra na equipe, embora o autor não mencione a horizontalidade nas relações entre seus membros, ele afirma que “sua valorização obrigatória, como figura hierárquica isolada, é algo totalmente obsoleto e ultrapassado”. Da mesma forma como aponta o papel dos pacientes e seus familiares, valorizando-os como ‘sujeitos’ do processo terapêutico, opondo-se ao risco da ‘coisificação ou reificação’ do doente mental (BASTOS, 1976, p. 104).

Semelhanças conceituais encontramos em Peduzzi (2001, p. 105), quando a autora define uma tipologia de trabalho em equipe multiprofissional distinguindo ‘equipe agrupamento’ e ‘equipe integração’. A equipe agrupamento seria caracterizada pela fragmentação, com justaposição das ações, o agrupamento dos agentes e uma maior ênfase na especificidade dos trabalhos. Ocorre, também, a complementaridade objetiva dos trabalhos especializados, convivendo com a independência do projeto assistencial de cada área técnica, denotando uma concepção de autonomia plena dos agentes. Já a equipe integração é definida pela articulação das ações e a interação de seus agentes e flexibilidade da divisão do trabalho. Há complementaridade e

colaboração no exercício da autonomia técnica e não há independência dos projetos de ação de cada profissional.

A autora acrescenta ainda que, para o trabalho em equipe ocorrer de forma integrada, é necessária a criação e a manutenção de um espaço continente, onde todos se sintam predispostos às trocas mútuas sobre as vivências angustiantes de seu dia-a-dia profissional, bem como a refletir sobre maneiras de atenuá-las. Um ambiente favorável aos relacionamentos equipe-equipe e equipe-usuário que proporcione a tolerância às frustrações; o suporte das ansiedades, das impotências e dos conflitos decorrentes de rivalidades profissionais e a convivência com as diferenças de atuação profissional.

É nesse sentido que a equipe pode se responsabilizar por uma variedade de possibilidades terapêuticas para o manejo de situações, vinculadas a situações existenciais, construindo práticas assistenciais mais humanizadas.

No entanto, a transposição desses referenciais para o campo das práticas assistenciais, garantindo a oferta e a realização de ações não segregadoras e inclusivas não se dá, simplesmente, através da aceitação racional dos mesmos por parte dos atores envolvidos. Onocko-Campos e Furtado (2005, p. 113) chamam a atenção de que essas diretrizes materializam-se e atualizam-se no contato entre profissionais e usuários, mas questionam até que ponto esse encontro estaria permeado dessas novas concepções.

O tensionamento crítico dos princípios políticos, ideológicos e éticos da Reforma Psiquiátrica pelos diversos atores envolvidos no complexo cenário do cuidado em Saúde Mental, se apresenta como uma possibilidade de aproximação entre a teoria e a prática construída cotidianamente nos serviços.

3- TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Pesquisa é uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota.

Maria Cecília Minayo

3.1- A escolha do método

Considerando que o campo da Saúde Mental apresenta a subjetividade como objeto primordial de sua intervenção, a pesquisa qualitativa se constitui na que mais se coaduna com esse objetivo, uma vez que ela busca interpretar os sentidos da ação dos sujeitos, contextualizando este campo de opiniões e valores às suas condições sociais de produção (DESLANDES, 2008).

De acordo com Deslandes (2008, p.73), a pesquisa qualitativa tem como características a “diversidade de referenciais teóricos e de técnicas e ‘status’ central dado à interpretação do significado das ações sociais”. A autora acrescenta ainda que alguns de seus pressupostos seriam:

- que os sujeitos interpretam constantemente suas experiências;
- que os indivíduos e grupos, por meio de interações cotidianas, nas vivências dentro das instituições sociais, constroem um estoque de referências para suas ações;
- que há um campo de influência (não uma relação imediata) entre valores, concepções, crenças, representações e as ações dos sujeitos.

3.2- Desenho do estudo

Adotou-se para os propósitos deste estudo o desenho metodológico do estudo de caso, aqui entendido, não como o caso de um indivíduo, mas sim de uma organização. Segundo Minayo (2008, p. 164), “os estudos de caso utilizam estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão”. Em geral utilizam múltiplas fontes de informação, incluindo dados secundários (documentos escritos) e primários (diário de campo produzido através de observação participante) articulados com procedimentos mais estruturados, tais como as entrevistas. Através do estudo de caso podemos chegar a uma compreensão abrangente de um grupo ou de uma organização e, ao mesmo tempo, estabelecer uma discussão teórica acerca de aspectos mais gerais de um processo. Dessa forma, procurou-se, compreender como se dá na prática e no cotidiano, a

interface entre a realização das ações do CAPS e os discursos/concepções dos atores envolvidos no serviço, sobre essas ações.

3.3- Contexto da investigação

O Estado de Pernambuco tem 185 municípios distribuídos em XI Regionais de Saúde (GERES). Dos 47 CAPS cadastrados no Estado, cerca de 60% deles localizam-se na I GERES, principalmente na região metropolitana do Recife e esse número representa uma cobertura regular/baixa, já que o indicador CAPS/100.000 hab. é 0,46, embora tenha apresentado o percentual de variação de crescimento em relação a 2007 de 16,28. (BRASIL, 2008; 2009)

A cidade do Recife tem uma população de mais de 1.500.000 e é dividida em seis Distritos Sanitários (DS). A Prefeitura do Recife, através da Secretaria de Saúde, vem consolidando uma rede de cuidados em Saúde Mental, oferecendo tratamento para as pessoas que apresentam algum tipo de transtorno mental. Essa rede é composta de CAPS, ambulatórios de Psicologia e Psiquiatria em Postos de Saúde, hospitais especializados, Residências Terapêuticas, e ações articuladas aos Programas da Atenção Básica (PSF, Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS e Núcleos de Apoio ao Saúde da Família-NASF).

O município abriga cinco hospitais psiquiátricos privados, conveniados com o SUS, e concentra o maior número de leitos psiquiátricos do Estado, ou seja, 1.049 leitos. Sobre a rede de serviços extra-hospitares, Recife tem atualmente 17 CAPS para o cuidado de pessoas com algum tipo de transtorno mental, distribuídos em seis DS (quadro 2), ambulatórios especializados de Psicologia e Psiquiatria localizados em diversas policlínicas, 11 residências terapêuticas e 38 usuários cadastrados no Programa de Volta para Casa recebendo o auxílio reabilitação psicossocial.

Quadro 2: Rede CAPS de Recife até dezembro 2009

Município	População	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS Ad	CAPS/100.000 hab.
Recife	1.549.980	7	1	3	6	1,06

Fonte: Coordenação Municipal de Saúde Mental

O quadro 2 revela que o município apresenta uma cobertura de CAPS considerada muito boa pelo MS (acima de 0,70). Esse dado revela o esforço que o município vem realizando para melhorar a oferta de serviços, atendendo o princípio da acessibilidade preconizado pelo SUS. Mas, a mudança de um modelo de atenção à saúde, não se estabelece apenas com a construção de equipamentos. A transposição de conceitos embaixadores no cotidiano das práticas dos serviços substitutivos ocorre de forma singular, num processo de construção permanente, onde muitos fatores estão envolvidos. Observar como vem acontecendo esse processo no espaço interno dos serviços é o foco desse estudo e para isso selecionamos um dos CAPS da cidade do Recife como campo de observação.

O estudo foi realizado no CAPS Esperança que se localiza no bairro da Tamarineira, DS III. Esse CAPS é o 5º do município de Recife e “nasceu da preocupação em descentralizar a assistência em Saúde Mental e diversificar os métodos terapêuticos, como também a qualidade da atenção nos serviços prestados às pessoas portadoras de transtornos mentais”. É dada prioridade para tratamento às pessoas residentes na área de cobertura do DS III, micro-regiões 3.1 e 3.2, entretanto, é acolhida toda a demanda que chega ao serviço (CAPS ESPERANÇA, 2009, p. 6).

A escolha desse serviço deveu-se ao fato de o mesmo ser campo de diversas atividades acadêmicas, como estágios curriculares, estudos observacionais que originaram Trabalhos de Conclusão de Curso de Graduação e Pós-graduação, campo prático do Programa de Residência em Psiquiatria e outros. Além disso, também foi local de realização do estudo piloto, parte integrante dessa pesquisa.

Com capacidade de atendimento a 45 usuários/dia e seus familiares, o CAPS tem funcionamento diário (de segunda a sexta-feira), da 8:00 às 17:00 horas, em dois turnos de quatro horas e atende pessoas de ambos os sexos, a partir de 15 anos, portadores de distúrbios psiquiátricos – psicóticos e neuróticos graves, em situação de crise, de acordo com o preconizado na portaria GM nº 336/02 (BRASIL, 2004a).

O CAPS Esperança situa-se numa casa de dois pavimentos, em rua pavimentada. No térreo, localiza-se a recepção, sala de triagem, sala de TV, sala dos técnicos com banheiro, banheiro masculino e feminino para usuários, cozinha, sala da administração, farmácia, consultório. Existe um

terraço amplo, com mesas, bancos e cadeiras móveis onde se realizam atividades corporais e grupos de atividades. Na área externa existe uma piscina, mas não está sendo utilizada. No pavimento superior, existem 3 salas para atendimentos de grupo, sendo uma delas para a Terapia Ocupacional, equipada com mesa, cadeiras, armários onde são guardados diversos materiais e bancada de apoio; quarto de repouso e banheiro. A sala da Terapia Ocupacional é pequena e comporta, no máximo 10 usuários à mesa e é a única sala de grupo que não é climatizada, o que dificulta o trabalho. Os demais ambientes são equipados com materiais adequados e observamos boas condições de conservação.

O acesso ao CAPS é considerado fácil, uma vez que se localiza próximo a avenidas de grande fluxo de transporte urbano. A demanda pelo atendimento no serviço pode se dar tanto via encaminhamento do PSF, PACS, serviços ambulatoriais, serviços de emergência, egressos de internação hospitalar, quanto pela procura espontânea da comunidade. A triagem dos usuários é realizada por qualquer técnico de nível superior e consiste na avaliação do usuário através da escuta e observação do comportamento, com a proposta de acolhimento, admitindo ou encaminhando para outros serviços da rede, de acordo com a sua necessidade. Realiza-se diariamente nos dois turnos, exceto nas quintas-feiras pela manhã, quando acontece a reunião técnica.

Como recursos humanos o serviço conta com uma gerente operacional, uma gerente clínica, uma supervisora administrativa e integram a equipe técnica: 2 assistentes sociais, 2 auxiliares administrativos, 2 auxiliares de enfermagem, 2 enfermeiros, 2 médicos psiquiatras, 1 professor de educação física, 2 psicólogos, 3 terapeutas ocupacionais, além de uma equipe de apoio composta pelos auxiliares de serviços gerais e seguranças.

O Projeto Técnico do CAPS Esperança (PTCE) foi elaborado pela equipe que o constituiu, em 2002, e trata da sistematização da proposta de trabalho do serviço. Durante o período de realização da pesquisa, o mesmo estava sendo modificado pelos profissionais que atualmente compõem a equipe técnica do serviço.

O PTCE leva em consideração o Projeto Terapêutico Individual (PTI), que tem o objetivo de garantir uma assistência individualizada, respeitando a singularidade de cada usuário,

personalizando o atendimento de cada pessoa dentro da unidade e fora dela, e propondo procedimentos terapêuticos, segundo suas necessidades. O PTI tem a característica de mutabilidade, haja vista que os usuários podem passar por diferentes fases durante o processo de evolução. Este deve, portanto, ser elaborado de acordo com as necessidades de cada usuário. Ao ser estabelecido, deve constar quem é o técnico de referência (TR).

De acordo com o PTCE, as atividades desenvolvidas no CAPS são as seguintes:

GRUPO BOM DIA / BOA TARDE

Objetivo: Organizar a rotina diária da instituição.

Metodologia: Estes grupos acontecem diariamente, no início dos turnos, com duração de 15 minutos, sob a coordenação do auxiliar de enfermagem, com a participação de todos os usuários presentes. Trata-se de um grupo de acolhimento e informação, que pode, além da comunicação verbal, utilizar recursos audiovisuais.

GRUPO DE APOIO PSICOLÓGICO

Objetivo: Oferecer um espaço de fala que favoreça o desenvolvimento de uma identidade individual e de grupo.

Metodologia: Coordenado pelo psicólogo, este grupo acontece semanalmente, nos dois turnos, tendo duração de uma hora, com um número máximo de 15 usuários, com local e horário definido. Trata-se de um grupo heterogêneo quanto ao diagnóstico, sexo, idade, escolaridade e nível sócio econômico. Estimula a fala através de técnicas e dinâmicas de grupo. Através da escuta, busca acolher o que o usuário tem a oferecer, propiciando condições que garantam a expressão, assim como a reflexão do que é vivido no próprio grupo.

GRUPO CIDADANIA

Objetivo: Contribuir para a formação de uma consciência de cidadania na perspectiva da inclusão social.

Metodologia: O grupo cidadania acontece semanalmente, nos dois turnos. É coordenado pelo profissional de Serviço Social, com duração aproximada de 45 minutos e participação de 15 usuários. São utilizadas técnicas da metodologia de grupo operativo e recursos áudio visuais

(músicas, contos, poemas, textos, noticiários) para facilitar as discussões. As questões trabalhadas neste grupo são referentes à vida cotidiana dos usuários em seu contexto familiar e social, enfocando temas da atualidade, meio ambiente, cultura, direitos, gênero, trabalho, lazer, saúde, entre outros.

GRUPO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Objetivo: Proporcionar um espaço de criação que facilite a reflexão e a reorganização do pensamento, da fala e da ação, ampliando as possibilidades de relações necessárias à vivência dos papéis sociais.

Metodologia: Este grupo é coordenado pelo terapeuta ocupacional. Acontece semanalmente, nos dois turnos, com um número máximo de 15 participantes e tem duração mínima de 1 hora. Existe respeito ao ritmo de cada usuário e, quando necessária, uma atenção individualizada. O instrumento facilitador do grupo é a atividade, que se elabora em cima do material concreto. Existe uma preocupação de durante a execução da atividade se fazer um paralelo com a vida prática do indivíduo.

GRUPO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Objetivo: Oferecer uma compreensão ampliada do processo saúde/doença, reforçando os aspectos relacionados à promoção, prevenção e reabilitação em saúde.

Metodologia: Este grupo acontece semanalmente em cada turno, com duração de uma hora e um número máximo de 15 usuários, sendo coordenado pelo psiquiatra ou enfermeiro e o auxiliar de enfermagem. Neste grupo serão discutidos aspectos referentes ao transtorno mental, abordando aspectos relacionados à sua sintomatologia, uso de psicofármacos e suas implicações (efeitos colaterais etc.), bem como outras formas de tratamento. É um espaço para troca de experiências, buscando discutir aspectos preventivos de outras questões relacionadas à saúde, tais como: IST's/AIDS, dengue, tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial, alcoolismo, dentre outras temáticas, com utilização de reflexões e recursos audiovisuais.

GRUPO MOVIMENTO

Objetivo: Despertar nos usuários o interesse pela prática da atividade física, como fator relevante no tratamento, buscando transformar essa prática em hábito saudável, na perspectiva do bem estar físico, psíquico e social.

Metodologia: O grupo acontece uma vez por semana, em cada turno, com duração de 50 minutos, sob a coordenação do educador físico, contemplando todos os usuários que estiverem no serviço, em condições de participação. São desenvolvidas atividades de cultura corporal e reflexões acerca dos benefícios que a atividade física proporciona.

ATENDIMENTO INDIVIDUAL AO USUÁRIO E/OU FAMÍLIA

Objetivo: Disponibilizar um espaço de escuta individual ao usuário e/ou família/responsável, para aprofundar conteúdos emergentes, visando à construção e desenvolvimento do Projeto Terapêutico Individual.

Metodologia: Este atendimento é realizado sistematicamente pelo TR ou outro técnico, a partir da avaliação das necessidades apontadas pela equipe ou solicitação do usuário, familiar/responsável. Neste, são trabalhadas questões referentes a: relacionamentos interpessoais, familiares e sociais; medicação; adesão ao tratamento e a manutenção do bem-estar físico-sócio-emocional dos usuários.

GRUPO DE FAMILIARES

Objetivo: Oferecer aos familiares um espaço de acolhimento, fala e troca de experiências, ampliando as condições destes se implicarem no processo terapêutico e de inserção social dos usuários.

Metodologia: O grupo de família acontece quinzenalmente, nos dois turnos, com duração de aproximadamente uma hora, sob a coordenação dos profissionais de Serviço Social. São utilizadas técnicas de Grupo Operativo e recursos áudio-visuais (cartazes, músicas). As questões trabalhadas são relacionadas à dinâmica familiar, ao cuidado em Saúde Mental, o tratamento, a rede de cuidados, direitos sociais, entre outros. A partir da escuta e acolhimento das famílias, identificamos suas demandas e buscamos facilitar o acesso à rede assistencial.

GRUPO PROJETO DE VIDA

Objetivo: Trabalhar a autonomia do usuário, estimulando a aquisição ou recuperação das aptidões necessárias para restabelecer laços sociais.

Metodologia: Grupo formado por usuários da modalidade não intensiva, acontece quinzenalmente, com duração de uma hora e meia e um número máximo de 15 participantes, sendo coordenado por técnico de nível superior. Utilizam-se como recursos além da escuta, técnicas de dinâmica de grupo, atividades auto-expressivas, leitura e reflexão, entre outros. As reuniões podem acontecer no espaço do CAPS ou em outros equipamentos da comunidade.

COMEMORAÇÕES FESTIVAS

Objetivo: Fortalecer e resgatar a identidade sócio-cultural dos usuários.

Metodologia: Planejamento de um calendário prévio baseado na cultura regional, enfocando as datas comemorativas como Carnaval, Páscoa, São João, Natal, entre outras. Também são realizadas comemorações internas como aniversariantes do mês, altas, aniversário do CAPS, etc. Estes eventos são abertos para os usuários, familiares e comunidade, com a participação de toda equipe. Podem ser realizados no espaço interno do CAPS ou externamente, em equipamentos sociais.

ASSEMBLÉIA

Objetivo: Estimular e envolver os usuários e profissionais no processo conjunto de avaliação, planejamento e operacionalização do funcionamento do serviço e da assistência prestada.

Metodologia: As assembleias acontecem mensalmente, com a participação de funcionários e usuários do serviço, com uma hora de duração, nas quintas-feiras à tarde, sob a coordenação de um técnico. A pauta é construída com a participação dos presentes, no início da reunião. Os pontos são discutidos e definidos os encaminhamentos. É dado o retorno sobre as pendências e encaminhamentos na assembleia seguinte.

VISITAS DOMICILIARES

Objetivo: Intervir na dinâmica sócio-familiar, buscando compreendê-la e avançar na implicação da família no tratamento.

Metodologia: As visitas são realizadas pelo técnico de referência do usuário, quando consideradas necessárias ao andamento do PTI. Nas áreas cobertas pelo PSF e PACS devem acontecer em parceria com estas equipes, favorecendo o processo de co-responsabilização, através da discussão da problemática observada no contexto sócio-familiar do usuário, das intervenções necessárias e dos devidos encaminhamentos.

FUNÇÃO AVANÇADA DO CAPS:

Objetivo: Favorecer e fortalecer o processo de co-responsabilização do cuidado aos usuários, pela rede de atenção intersetorial existente no território.

Metodologia: As atividades são operacionalizadas através do contato, discussão de casos, encaminhamentos, atendimento conjunto, com técnicos de outros serviços e setores que prestam assistência à população: Assistência Social, Justiça, Educação, Saúde, Cultura, entre outros. Busca-se a definição de condutas norteadas pela intersetorialidade demandada pela complexidade dos casos.

REUNIÃO TÉCNICA

Objetivo: Discutir a clínica e o funcionamento do CAPS a partir da prática interdisciplinar.

Metodologia: As reuniões são coordenadas pela gerente da unidade, nas quintas-feiras, no horário da manhã, com a participação de todos os profissionais e estagiários do serviço. São discutidas questões técnicas, administrativas, projeto terapêutico, casos clínicos (admissões, projeto terapêutico singular, mudanças de modalidade, altas) e planejadas as atividades da unidade. Quinzenalmente, é realizada a supervisão institucional, coordenada por uma psicanalista, a qual media as discussões, buscando garantir a formação dos profissionais.

ESTÁGIO SUPERVISIONADO

Objetivo: Contribuir para a formação de recursos humanos para a área de Saúde Mental, em consonância com a Reforma Psiquiátrica e a atual política de saúde.

Metodologia: Ao ser inserido no serviço, o estagiário recebe informações sobre a rede de saúde mental do município, a articulação com outras unidades de saúde e equipamentos sociais e sobre a metodologia do trabalho no CAPS. Em seguida, o estagiário passa a participar das atividades, inicialmente como observador e posteriormente, quando se sentir apropriado ao trabalho, passa a

atuar de forma ativa. Todo o processo é supervisionado por um preceptor de sua área de formação e por um docente da Universidade ao qual o estudante é vinculado. A carga horária do estágio depende da especificação do curso. É fundamental a participação do estudante na reunião da equipe técnica. No final do estágio o estudante deve apresentar na reunião da equipe técnica, o estudo de um caso que tenha acompanhado. A avaliação do estagiário é feita pelo preceptor, considerando a opinião dos outros técnicos e a auto-avaliação do mesmo.

RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS

Objetivo: Oferecer alternativas de cuidado, substitutivas à internação hospitalar, para pessoas com transtornos mentais, dependentes institucionais e sem vínculos sociais ou familiares que viabilizem sua inserção social.

Metodologia: As residências terapêuticas são coordenadas por um técnico de nível superior, com o apoio da equipe do CAPS. Este técnico, junto com os moradores, planeja as atividades internas, externas e os Projetos Terapêuticos Singulares. São realizadas abordagens individuais e grupais, utilizando técnicas do acompanhamento terapêutico e grupo operativo.

3.4. Participantes do estudo

Os sujeitos da pesquisa foram usuários, familiares e profissionais do CAPS Esperança, selecionados com base nos critérios descritos abaixo.

3.4.1- Critérios de Inclusão:

Foram selecionados para participar da pesquisa os seguintes indivíduos:

- Usuários de quaisquer dos regimes de atendimento do CAPS (intensivo, semi-intensivo ou não intensivo), que apresentaram condições clínicas mínimas de organização mental e capacidade cognitiva, avaliadas pela equipe do CAPS e/ou pelo terapeuta de referência do usuário.
- Familiares cadastrados como responsáveis pelo usuário atendido no CAPS, na relação de um familiar para cada usuário selecionado;

- Profissionais, integrantes da equipe do CAPS, responsáveis pelos atendimentos dos usuários nos programas ou projetos de responsabilidade dessa instituição.

3.4.2- Critérios de Exclusão:

- Usuários que, no período da coleta de dados, apresentaram agudização dos sintomas, avaliados pela equipe do CAPS e não forem recomendados para participação no estudo;
- Profissionais que estavam de férias ou de licença do trabalho, no período da coleta.

3.5- Trabalho de campo

A escolha dos instrumentos de investigação deve estar relacionada à natureza do problema a ser estudado. Nesse caso, utilizou-se observação participante, entrevistas semi-dirigidas e análise documental como meios para obtenção dos dados, estabelecendo um diálogo entre texto e contexto.

Buscando um maior rigor metodológico e com a finalidade de intensificar a expressividade dos dados, seguimos a estratégia de triangulação que, segundo Flick (2004, p. 237), indica uma combinação, um cruzamento de diferentes métodos, informantes, ambientes locais e temporais, múltiplas técnicas de coleta de dados e perspectivas teóricas distintas no tratamento de um fenômeno. Justifica-se pelo fato de que a realidade está continuamente em estado de mudança e, ao se examinar os problemas de diferentes perspectivas metodológicas, diferentes abordagens revelarão aspectos diversos desta realidade. Segundo o autor, a triangulação representa mais uma alternativa para a validação do estudo, uma vez que amplia a profundidade e a consistência nas condutas metodológicas.

A pesquisa de campo utilizou as seguintes estratégias para a coleta de dados:

1ª – Observação Participante

Essa estratégia consiste no fato de o pesquisador mergulhar de cabeça no campo, de ele observar a partir de uma perspectiva de membro, mas, também de influenciar o que é observado graças a sua participação (FLICK, 2004).

Segundo Minayo (2008, p. 273), a importância da Observação Participante é tão significativa que alguns estudiosos a consideram “não apenas uma estratégia no conjunto da investigação, mas como um método em si mesmo, para compreensão da realidade”.

A Observação Participante deve ser entendida como um processo, desenvolvido em fases da observação. A primeira delas é direcionada à aproximação do pesquisador ao grupo social em estudo, quando devem ser trabalhadas as expectativas do grupo em relação à pesquisa, possíveis resistências como a desconfiança e a reticência dos participantes. Na segunda etapa, cabe ao pesquisador elaborar uma visão do conjunto da instituição ou grupo estudado, utilizando-se da análise de documentos oficiais, reconstituição da história do grupo e do local, observação da vida cotidiana, identificação de pessoas-chave que possam ajudar no levantamento de informações sobre o grupo. Os dados devem ser registrados em diário de campo de forma imediata ou o mais breve possível, para evitar perda de informações relevantes. A terceira fase corresponde à sistematização e organização dos dados para, em seguida, proceder-se a análise, que deve informar ao pesquisador a situação real do grupo e sobre a percepção que este possui de seu estado (RICHARDSON, 1999).

Sobre as vantagens e limitações da Observação Participante, Filck (2004, p. 157) apontou a flexibilidade e a apropriabilidade metodológicas ao objeto de estudo como duas vantagens principais desse procedimento. No entanto, nem todos os fenômenos podem ser observados nas situações. São exemplos dessa limitação os processos biográficos, os processos abrangentes de conhecimento e eventos e práticas que ocorrem raramente. Como forma de resolver esses problemas, se integram frequentemente entrevistas dos participantes, as quais permitem o acesso a reservas de conhecimento que são o pano de fundo das práticas que podem ser observadas. Portanto, o conhecimento do pesquisador na observação participante baseia-se apenas, em parte, na observação das ações.

Inicialmente, a reunião de equipe, a assembléia de usuários e o grupo de familiares foram selecionados como espaços prioritários de observação. Tal escolha justificou-se pelo fato de que esses espaços se caracterizavam como atividades coletivas, onde era possível ter acesso aos indivíduos participantes da pesquisa e à dinâmica de funcionamento do CAPS. Ao longo do

período de observação, progressivamente, foram incluídos outros espaços da dinâmica institucional, como triagem, atividades grupais, visitas domiciliares. O período de observação foi de setembro a dezembro de 2008, com frequência média de três períodos por semana (12 horas), totalizando 200 horas.

Utilizou-se um diário de campo para registro das informações recebidas e das impressões da pesquisadora. As anotações foram realizadas em seguida ao período diário da observação e quando possível, ainda durante esse período e objetivaram a descrição das atividades realizadas, os relatos dos participantes sobre o processo da atividade e observações sobre a relação entre usuários, familiares e profissionais no contexto institucional.

2ª - Entrevistas:

Foram realizadas entrevistas semi-dirigidas que, de acordo com Turato (2003, p. 313), significam que a direção pode ser dada alternadamente, pelo pesquisador em alguns momentos, mas com flexibilidade que permita ao entrevistado assumir o comando. Dessa forma, ambos os integrantes da relação têm momentos para dar alguma direção, representando ganho na coleta dos dados segundo os objetivos propostos.

A entrevista parte da elaboração de um roteiro que consiste em enumerar, de forma mais abrangente possível, as questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, advindos da definição do objeto de investigação (MINAYO, 2008).

No período de novembro e dezembro de 2008 entrevistaram-se: 4 profissionais, 2 usuários e 2 familiares. As entrevistas foram mobilizadas pelas seguintes questões:

- Qual a sua opinião sobre o funcionamento do CAPS?
- Como o CAPS vem ajudando usuários e familiares? De que forma?
- O CAPS atende à demanda da população?
- Como a família vem participando das atividades no CAPS?
- Qual a relação entre o CAPS e os outros serviços de saúde mental?

-Que aspectos da assistência no CAPS você acha que precisaria melhorar? Que sugestão você daria?

O número de participantes no estudo foi considerado suficiente no momento em que se observou a reiteração e esgotamento das categorias nos discursos dos entrevistados, com base no critério de saturação, ou seja, quando “o pesquisador entendendo que novas falas passam a ter acréscimos pouco significativos em vista dos objetivos inicialmente propostos para a pesquisa, decide encerrar sua amostragem” (TURATO, 2003, p. 363).

Todos os depoimentos foram gravados em equipamento de áudio (MP3) e ficaram sob a guarda da pesquisadora. Os participantes puderam requerer a escuta ao final da entrevista, estando permitida a retirada ou acréscimo de informações. Na transcrição, para evitar a identificação e preservar o anonimato, os nomes dos participantes foram substituídos. Os iniciados pela letra A são usuários, pela letra B, são familiares e pela letra C são profissionais.

3^a – Pesquisa documental:

Utilizou-se pesquisa documental para complementariedade dos dados e informações acerca do funcionamento e dinâmica do serviço, como registros em livros de atividades, o PTCE e outros documentos e relatórios produzidos pela equipe do CAPS. Esses dados serviram para possíveis contrapontos e associações com os dados colhidos junto aos informantes.

3.6- A entrada no campo

O CAPS Esperança é um local onde a pesquisadora já desenvolveu algumas atividades acadêmicas (supervisão de estudantes em estágio e/ou aula prática), o que num primeiro momento, se constituiu em um elemento facilitador para a entrada no campo. Por outro lado, essa familiaridade poderia ser percebida como um ponto dificultador, uma vez que poderia causar constrangimentos aos profissionais durante as observações e entrevistas, embora esse aspecto não tenha sido revelado.

Os pesquisadores que permanecem muito marginais às atividades diárias do grupo estudado não conseguirão certo tipo de informações, no entanto, a participação intensiva pode tornar impossível o estranhamento de algumas situações. Assim, participar e entrevistar no campo pode ser difícil, tanto para quem trabalha na própria sociedade a que pertence, quanto para quem é estranho à mesma (FLICK, 2004).

Visando minimizar essa dificuldade, solicitou-se à gerente do CAPS permissão para apresentar o projeto da pesquisa à equipe técnica e submetê-lo à apreciação da mesma. A gerente salientou que a observação participante, principalmente do momento da reunião, poderia causar desconforto à equipe, cabendo ao grupo a decisão da autorização do estudo. Acrescentou que era de seu interesse que o estudo se realizasse, mas respeitaria a decisão do grupo técnico.

No dia combinado a pesquisadora foi recebida pelo grupo e apresentada pela gerente à toda a equipe. Historiou-se a motivação para o estudo, a realização das entrevistas do projeto piloto, no CAPS Esperança e em outro CAPS do município, assim como apresentaram-se os objetivos da pesquisa, o percurso metodológico que se pretendia realizar e a autorização para realização do estudo que já havia sido concedida, tanto pelo setor de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde, quanto pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Porém, ainda seria necessária a anuência dos sujeitos/participantes, ou seja, os envolvidos no CAPS, profissionais, usuários e familiares. Justificou-se a importância da observação participante como estratégia necessária, com base na literatura pesquisada e no objetivo do estudo em foco, assim como as entrevistas. Além disso, explicitou-se o porquê da escolha desse serviço, salientando as diversas atividades/parcerias que já eram desenvolvidas com o serviço, aproximando a Universidade com o campo de prática.

Mas, como nos diz Flick,

[...] negociar a entrada em uma instituição é menos uma questão de fornecer informações do que de estabelecer uma relação. Nessa relação, deve-se desenvolver confiança suficiente nos pesquisadores enquanto pessoas e em sua solicitação, para que a instituição – a despeito de todas as reservas – envolva-se na pesquisa. [...] as

discrepâncias de interesses e perspectivas entre os pesquisadores e as instituições em estudo não podem ser, em princípio eliminadas. Podem, contudo, ser minimizadas pelo desenvolvimento da confiança até o ponto de forjar uma aliança de trabalho na qual a pesquisa torne-se possível (FLICK, 2004, p. 72).

Inicialmente, alguns técnicos valorizaram a importância do estudo como contribuição à melhoria da assistência do serviço, assim como à integração com a Universidade. Mas também expressaram preocupação com a observação no espaço da reunião técnica, pelo fato de ser esse, um momento onde se expõem as dificuldades e fragilidades da equipe. Demonstraram receio de que essa observação pudesse comprometer a espontaneidade das pessoas. Outros técnicos posicionaram-se contra a realização da observação durante a reunião, fortalecendo o desconforto gerado por isso, assim como com a possível intervenção da pesquisadora na dinâmica do serviço.

Um dos técnicos sugeriu que a pesquisa acontecesse também em outro serviço, para permitir a comparação dos dados. Após as colocações dos técnicos procurou-se esclarecer as dúvidas. Diante da reação exposta, a gerente solicitou um tempo para a equipe amadurecer a idéia e interrogou sobre a possibilidade de modificar a estratégia de observação, excluindo o espaço da reunião técnica. Salientou-se a compreensão com a preocupação dos técnicos e o desconforto que a pesquisa geraria, porém, reafirmou-se a importância dessa estratégia acrescentando que a exclusão da reunião técnica como espaço de observação inviabilizaria o estudo nesse serviço.

Embora tenha ficado apreensiva com a decisão da equipe, sentiu-se a necessidade de demonstrar firmeza na definição dos espaços cruciais para observação da dinâmica de funcionamento do serviço. Foi, então, acordado um prazo de uma semana para a equipe pensar e decidir sobre o consentimento ou não, para a realização do estudo. Após esse prazo, a gerente informou que, depois de várias discussões a maioria dos técnicos decidiu pela autorização da pesquisa, ficando acertado o início da observação para o dia 4 de setembro de 2008.

Percebeu-se claramente que a anuência não foi unânime, mas sim, da maioria dos técnicos. O primeiro dia de observação foi exatamente o dia de reunião técnica, de forma, que se agradeceu ao grupo a confiança pela permissão para realização do estudo, acrescentando que o consentimento poderia ser retirado em qualquer etapa da pesquisa. Mesmo assim foi desconfortável para ambos, pesquisadora e participantes, os primeiros dias na instituição.

Ao longo dos quatro meses de duração das observações utilizaram-se algumas estratégias para que fôssemos mais naturalmente percebidos no campo. Uma delas foi fazer comentários, colaborando nos assuntos discutidos, tanto nas reuniões, quanto nos intervalos dos atendimentos.

Dessa forma, progressivamente adentrou-se no serviço e o processo da pesquisa foi se concretizando. Temos consciência de que a nossa presença no campo provocou inquietações, mas também promoveu reflexões acerca do processo de trabalho. Esse processo foi mútuo, levando também a ajustes metodológicos e revisões dos parâmetros inicialmente propostos.

3.7- Análise dos dados:

A análise de dados foi realizada com base na Análise de Conteúdo (BARDIN, 2004, p. 25), cujos objetivos são a *superação da incerteza*, quando se questiona se “o que eu percebo na mensagem, estará lá realmente contido? essa visão pessoal pode ser partilhada por outros?” e *enriquecimento da leitura*, quando propicia ultrapassar a percepção imediata para atingir a compreensão e significações e a descoberta de conteúdos latentes.

Bardin designa o termo análise de conteúdo a:

[...] 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) destas mensagens (BARDIN, 2004, p. 37).

Na busca de atingir os significados manifestos e latentes no material qualitativo têm sido desenvolvidas várias técnicas aplicadas à análise de conteúdo, entre elas escolhemos a análise temática. O tema, para Bardin (2004, p. 99), “é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura.”

De acordo com as etapas propostas pela autora, o conjunto dos dados (material das observações e entrevistas) foi inicialmente ordenado, incluindo-se as etapas de transcrição das entrevistas, leitura flutuante, organização dos dados de observação em determinada ordem de acordo com a proposta analítica. Essa ordenação permitiu a constituição de dois ‘*corpus*’ de análise, o material das observações e o das entrevistas.

Análise do material das observações permitiu a configuração de categorias temáticas que tomaram por base aspectos do funcionamento da instituição. O material das entrevistas foi dividido por segmentos dos sujeitos (usuários, familiares e profissionais) e ordenado na grelha de análise (APÊNDICE B). Para cada uma desses informantes realizamos uma leitura flutuante, pareando perguntas e respostas, no sentido de apreender núcleos de sentidos, ou seja, eixos em torno dos quais giravam as falas. Foram realizadas leituras verticais (atravessando as diferentes respostas de cada participante), leituras transversais (confrontando diferentes sujeitos por núcleo de sentido) e leituras dos diários de campo. Essa etapa possibilitou a identificação de categorias empíricas, que após processo de refinamento da análise, com outras leituras verticais e transversais, chegou-se a categorias empíricas finais, fruto do confronto entre as falas das categorias de participantes. A busca de núcleos de significação dos conteúdos analisados considerou as contradições, as similaridades das falas.

A análise final incluiu o confronto entre as categorias temáticas de ambos os materiais (observações e entrevistas), os documentos produzidos pelo serviço e os constructos teóricos embaixadores da atenção à saúde mental e estudos correlatos.

Entendemos também, que nenhuma pesquisa é capaz de apreender a realidade em sua totalidade, o produto final é sempre provisório, de forma que nossos resultados são aproximações, uma representação do real.

3.8- Dimensões Éticas:

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco, conforme of. nº 096/2006 (ANEXO), uma vez que foram contemplados todos os critérios éticos para pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução nº 196/96CNS. A partir da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), foi solicitada anuência do participante. Nos casos dos usuários, como se tratam de sujeitos em maior condição de vulnerabilidade, além do seu próprio consentimento, também foi solicitada assinatura do TCLE pelos familiares (APÊNDICE D). Todas as entrevistas só foram realizadas após assinatura do TCLE.

4- REFLEXÕES SOBRE OS ACHADOS

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais do que um ato; é uma atitude. Portanto abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Leonardo Boff

A dinâmica institucional é muito rica e nela apresentam-se implicados, os fundamentos da clínica e os princípios e diretrizes da política de saúde aos quais os serviços estão submetidos. No cotidiano dos serviços, constantemente, assiste-se ao desenvolvimento de condutas técnicas permeadas pelos ideais de um modelo psicossocial, outra vezes, contradições e paradoxos desse modelo são expressos. Logo, fatores que vão além do desejo de todos os envolvidos com e no serviço se apresentam no dia-a-dia das equipes. O propósito dos próximos capítulos foi o de revelar os possíveis conteúdos percebidos desses encontros e desencontros e a reflexão acerca desses aspectos.

A discussão apresentada tomou por base a noção de Cuidado conforme definida por Ayres (2004) e o conceito a ele relacionado de Integralidade das ações de saúde na perspectiva de produção de práticas do cotidiano como fonte de criatividade, críticas e saberes (PINHEIRO; GUIZARD, 2008). Realizou-se também uma interlocução com autores que desenvolvem conceitos e práticas voltados para o paradigma preconizado pela Reforma Psiquiátrica.

A análise do conteúdo das observações resultou no agrupamento de categorias temáticas que se articularam às categorias que surgiram a partir da análise das entrevistas. Esse processo de articulação evidenciou convergências e divergências entre as perspectivas do observador e dos participantes da pesquisa. Além disso, as categorias também foram analisadas a partir das semelhanças e diferenças que surgiram entre os grupos de participantes (usuários, familiares e profissionais) e complementadas pela análise documental.

Cada categoria temática revelou uma diversidade de aspectos que, para serem melhor explicitados constituíram-se em sub-categorias. Embora sejam aspectos inter-relacionados na dinâmica institucional, os conteúdos foram apresentados separadamente para facilitar a comunicação. As categorias temáticas finais foram: O Cuidado na Atenção Psicossocial – nova chance de recompor a vida; Práticas intersubjetivas e atividades - relações entre usuários, familiares e profissionais; Função Avançada e Intersetorialidade – tecendo a rede de atenção psicossocial no território.

A primeira categoria temática deu origem ao artigo ‘O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL’, que será encaminhado para publicação na revista *Salud Mental* (México) (APÊNDICE E).

4.1- O Cuidado na Atenção Psicossocial – nova chance de recompor a vida

A primeira questão norteadora das entrevistas procurou captar as percepções mais amplas acerca do CAPS, ou seja, a impressão que os sujeitos têm sobre ele, a opinião sobre o serviço. A análise revelou-o como ‘Lugar de cuidado’, com diferentes significados para cada um dos grupos de participantes, como veremos mais adiante. Esses aspectos articulados à dinâmica do funcionamento do serviço, configuraram sub-categorias de análise.

Segundo Ballarin, Carvalho e Ferigato (2009, p. 222), a noção de cuidado em saúde assume diferentes perspectivas, quais sejam: ético-filosófica, técnico-instrumental, política, não havendo, desse modo, uma idéia única acerca desse tema, mas sim, um conjunto de noções que se unem em seus aspectos básicos. No seu sentido ontológico existencial, o cuidado está na essência da existência humana e para o senso comum, cuidado em saúde associa-se ao ato de prestar atenção a um indivíduo de maneira a envolver um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para êxito de um tratamento.

No contexto das práticas de saúde é importante compreender o cuidado a partir de suas diferentes dimensões, sobretudo considerando seu potencial emancipatório, capaz de ajudar os sujeitos envolvidos na relação de cuidado, a construir projetos singulares que efetivamente contribuam para a melhoria da qualidade de vida e de saúde.

Para os usuários, o CAPS foi visto como um local que acolhe e cuida das pessoas que o procuraram para atendimento. Trata-se do reconhecimento de um local onde foram valorizados aspectos que contribuíram para a compreensão do sofrimento decorrente da doença como algo transitório em suas vidas, que precisa de cuidado, mas que é possível recuperação, conforme observamos nos seguintes trechos das entrevistas:

Acho que o CAPS oferece...uma nova chance de recompor a vida, se recompor, voltar às atividades, que ninguém vem parar aqui por acaso. Vem porque realmente necessita (Antonio).

[...] o CAPS pra mim é uma mãe, sabe, é assim... uma capacitação assim muito grande, tanto do CAPS em si, que nos acolhe, como vocês funcionários que trabalham aqui, são excelente, espetacular. [...] você adocece, tem problemas, fica aqui, mas não é aquela coisa que vai marcar você, né. Por exemplo, outras vezes quando eu adoeci, que eu fui pra Dom Vital, fui pra Clínica São José, fui pro Nelson Chaves, quer dizer, isso marca tanto a gente, deixa a gente tão marcada [...] em momento algum o fato de eu estar aqui, ter adoecido, eu vá me sentir louca, doente, que não tem jeito, não. Aqui eu não tenho vergonha de dizer que fiquei no CAPS (Ana).

A doença foi percebida como uma parte da vida dessas pessoas e o sofrimento como um momento de dificuldade, de diferença em relação às pessoas que o cercam, onde a ajuda deve vir no sentido de facilitar a compreensão daquilo que se passa com o sujeito, além de contribuir para que se encontrem respostas eficazes ao problema.

Além disso, os usuários se referiram ao CAPS como um lugar de cuidado socialmente mais aceito, ou seja, que possibilitou pensar e conviver com a doença mental de uma maneira mais inclusiva, diferente do vivenciado principalmente nos hospitais psiquiátricos.

Nesse sentido, relacionou-se a visão dos usuários sobre o cuidado no CAPS, com o que é preconizado na reabilitação psicossocial como tecnologia de cuidado no contexto da Reforma Psiquiátrica, quando a prática institucional redefine-se como um saber fazer que permite considerar o transtorno psíquico como mais um dado na história de um sujeito: um sujeito que vive em determinado território, que estabelece relações sociais, que faz parte de uma determinada família e que é portador de um transtorno severo e persistente que tem repercussões em diferentes aspectos de sua vida (SARACENO, 1999).

Para os familiares, o cuidado apareceu mais em relação à ampliação das estratégias de tratamento, valorizando além da medicação as intervenções psicossociais.

[...] Eu acho o serviço aqui melhor do que a Tamarineira. [...] a minha impressão do serviço, é a melhor possível pelos outros [hospitais] que eu já andei com minha irmã, com tudinho, como eu tô dizendo, esse é o melhor. [...] tem outros atendimentos, além da medicação (Bianca).

[...] Eu acho o seguinte que, a assistência que ela (filha) recebe aqui é muito importante, tanto pela Assistente Social, quanto pela psiquiatria, isso tem influído bastante no comportamento dela, o comportamento dela melhorou bastante compreendeu? [...] Aqui pelo menos tem, ela entra em contato com as pessoas, conversa e tal, e lá não (refere-se ao ambulatório de psiquiatria), é só fazer a consulta, ele passa o medicamento e a pessoa vai embora, eles não ficam observando a parte psicológica, a parte, de digamos assim, de ela se encontrar a si própria também, é só ministrar a medicação, e mesmo particular entendeu, e isso não resolve. E aqui não, aqui ela tem assistência social, é... psicológica, [...] Às vezes ela vem meio afobada e quando sai daqui, sai mais calma, mais tranqüila entende? (Bruno).

Os familiares valorizaram a atenção que foi proporcionada pelos outros profissionais, pela atenção psicossocial, o que demonstrou que eles compreenderam que o tratamento das doenças mentais envolve outras abordagens além do uso da medicação. Trouxeram a necessidade da escuta de seus parentes: “*observar a parte psicológica*” e não reconheceram a existência dessa abordagem no hospital psiquiátrico nem nos ambulatórios de saúde mental.

Nas experiências dos familiares ficou demarcada uma diferença entre o cuidado desenvolvido no CAPS e no hospital psiquiátrico, como se destaca nos relatos abaixo:

[...] porque a Tamarineira é uma coisa séria, porque a pessoa jogava lá, agora não é mais assim, mas era antes, ficava lá, morava lá, tudinho e nada de ficar bom, ficava mais doente ainda, e pronto. Agora já é um atendimento lá também, tem uma urgência, a pessoa vai, toma o remédio, marca tudinho e já envia pra um CAPS, quer dizer já ficou melhor. [...] Deus me livre guarde que o CAPS fosse como ela (Hospital da Tamarineira), porque não adiantava nem internar, porque não dava jeito (Bianca).

[...] o ambiente lá (Hospital da Tamarineira) é muito carregado, só dá pessoas em estado extremo de desequilíbrio, a pessoa ficar ali dentro é..., e ela que tem consciência, que tem....apesar de ser doente, tem curso superior, tem uma formação universitária, ela se sentiu muito constrangida de entrar ali sabe?, Eu acho que não resolve internamento sabe? (Bruno).

O hospital psiquiátrico foi percebido como local em que o tratamento não era eficiente, e uma das características mais evidente nas falas dos familiares foi a forma de relacionamento com a demanda, a reclusão e o isolamento dos pacientes no ambiente hospitalar.

Os familiares falam das histórias de seus parentes, das dificuldades que enfrentam, mas avaliam a internação psiquiátrica como a que “não resolve” (sic). A maioria diz da importância de estar perto, levar para passear, participar de atividades, continuar o tratamento e o remédio depois da alta do CAPS. Alguns familiares têm mais de um parente com transtorno mental, e relatam os desafios desse cuidado. “Internar não resolve, aqui tá melhor”(sic) (Diário de campo, 22/12/08).

É sabido que a doença mental pode levar à perda da liberdade que permite ao indivíduo escolher coerente e deliberadamente o seu modo de agir, no sentido apontado por Bastos (2002, p. 65), e que o cuidado nessas situações pode exigir intervenções mais intensivas (internações breves em hospital geral ou em CAPS III, por exemplo). Porém, mesmo nesses casos, a estratégia de manter a vinculação com os familiares estimula-os à adoção de uma postura mais ativa no tratamento, deslocando-os do papel de objeto das intervenções para o de sujeito de suas ações, co-responsável pelo cuidado do seu parente, o que não se observava nos internamentos hospitalares.

Ayres (2004, p. 22) nos chama a atenção de que a noção de cuidado transcende o âmbito técnico do atendimento ou do nível de atenção em saúde, embora represente a materialidade das relações interpessoais que se estabelecem nesse campo. O autor defende a noção de cuidado para além da remoção ou correção de um problema de saúde, mas como preocupação com a promoção do bem-estar, que ajude qualquer indivíduo a manter o poder de juízo sobre suas necessidades e, conseqüentemente, responsabilizar-se por elas também.

Nesse sentido, os familiares perceberam as variadas intervenções que foram ofertadas pelo CAPS mas, além disso, outros aspectos estão inter-relacionados com a forma como essas ações acontecem na dinâmica do serviço, como veremos mais adiante.

Para os profissionais do serviço, o cuidado relacionou-se à noção de humanização na saúde, valorizando aspectos da relação entre usuários, familiares, técnicos e comunidade, mas ressaltaram-se também dificuldades e a crítica de que ainda precisam avançar nessa prática, como evidenciado nas seguintes falas:

[...] pra mim o CAPS é uma...maneira bem humana de tratar um portador de transtorno mental. [...] Eu acho que só não isolar o individuo dentro de um hospital, quebrando todos os vínculos, com comunidade, com família, eu acho que isso já é uma grande coisa, porque antigamente o hospital servia assim, “eu vou me livrar dele”, na realidade não se livrava, nem se livrava quando a pessoa voltava pra casa com seus problemas. Então eu acho que esse trabalho que a gente faz junto com a família, junto com o responsável, junto com aquele amigo, acho que isso é o grande, o grande diferencial, não quebrar esse vínculo com a vida, com o mundo real [...] Mas eu acho que essa historia dessas articulações também é o que faz a diferença [...] porque eles estão aqui não apenas pra remissão de sintomas, mas também pra ter outra perspectiva de vida (Cristina).

[...] É um local que trata de pessoas com transtorno [...] que acolhe, um local que vai acolher, vai cuidar de pessoas com transtorno (Catarina).

O CAPS, eu acho que tem colaborado para as pessoas que necessitam dele, mais eu acho assim, que tem muito ainda pra avançar, muito (Célia).

O destaque dado ao encontro intersubjetivo, à construção de vínculos entre os profissionais, usuários e familiares, apresentou-se como um diferencial nas ações desenvolvidas no serviço, tanto nos que se construíram internamente, quanto nos já existentes na vida cotidiana de cada um. A maneira “*bem humana de tratar*” foi relacionada à possibilidade de manter, preservar os vínculos sócio-familiares, geralmente fragilizados na convivência com a doença mental.

Observou-se também que, para os profissionais, o cuidado no CAPS não considerou apenas a remissão de sintomas, mas uma perspectiva mais ampliada sobre o sujeito e suas necessidades de (re)composição de laços sociais, que envolveu a participação de familiares e da própria comunidade, consonante ao que se preconiza no modelo psicossocial (COSTA-ROSA, 2006).

Esse significado do cuidado articula-se intimamente à noção de integralidade, na perspectiva que esta impõe um olhar ampliado sobre o homem, a saúde e o cuidado, traduzida na necessidade de múltiplos olhares sobre um dado objeto, assim como, estabelece uma clara interface com outro pressuposto – o da humanização.

Para Bosi e Uchimura (2007, p. 152), humano se refere ao plano das relações intersubjetivas que se processam nas práticas sociais, neste caso, referidas ao campo da saúde, tendo como seu fundamento a capacidade de simbolização e construção de sentidos em relação. Nas palavras das autoras, “o humano se constitui *em relação* e não existe fora desta intersubjetividade. Assim, humanizar significa possibilitar esse (re)encontro, implicando, acolhimento e diálogo”.

Trata-se de uma tomada de posição fundamentalmente ética, a condição ética se dando no contato, na abertura ao outro. Sem acolhimento, não há possibilidade de vínculo; sem vínculo, não há como desenvolver a responsabilização também na pessoa que é assistida.

Mas, o exercício dessa mudança de posição diante do outro exige uma abertura para a discussão e reflexão sobre as práticas. E nesse sentido, a participação do CAPS no processo de formação de novos profissionais o colocou como um campo fértil para a produção de novos saberes e críticas dos já instituídos.

O CAPS foi campo de prática de várias atividades acadêmicas, envolvendo estudantes de vários cursos da área de saúde. Essas experiências mobilizaram críticas ao modelo de atenção em saúde mental, ao lugar do CAPS na produção do cuidado e a problematização dos conceitos que fundamentam a clínica, conforme se observou nos relatos abaixo:

Os estudantes de medicina avaliam suas experiências no CAPS, e colocam questões como: quebra de preconceitos, mudança de visão em relação à doença mental, experiência rica tanto pessoal como profissional para o respeito às diferenças. Também fazem uma crítica em relação às questões sociais dos usuários que comprometem as condições de saúde e as condições da assistência. Referem que o CAPS oferece uma realidade diferente da que eles vivem, e questionam se dessa forma, estimulam-se a autonomia e cidadania dos usuários. A equipe também avalia como positiva a convivência com os estudantes e valoriza isso principalmente, para a formação dos médicos. A supervisora fala sobre a importância da compreensão do sujeito de uma maneira diferente da que o modelo médico costuma ter. Verificar que algumas situações compreendidas como sintoma podem ser situações estruturantes para as pessoas, por isso, nem sempre precisam ser medicadas. Salienta a importância do cuidado principalmente de crianças, para não medicalizar tudo, “relações, algumas palavras, são mágicas, podem melhorar inclusive a bioquímica do corpo” (sic) (Diário de campo, 16/10/08).

Alguns estudantes refletiram sobre os paradigmas acerca da compreensão da doença e do cuidado, outros expressaram críticas a respeito das ações do CAPS. Essas colocações durante as reuniões de equipe possibilitaram a reflexão das atividades e das posturas de cada um, constituindo-se num processo de aprendizagem mútuo. A supervisora institucional estimulou a ampliação da compreensão do adoecer mentalmente, o que era consonante com a proposta de atenção psicossocial defendida pelo serviço.

[...] Na discussão dos casos clínicos a supervisora faz intervenções apontando a diferença entre a lógica médica (que objetiva a remissão dos sintomas e a cura da doença) e a lógica da saúde mental (que visa estabilizar o sujeito e não a cura). Discute aspectos dos casos, do reconhecimento da doença pelos usuários, sua implicação no tratamento e faz questionamentos acerca do diagnóstico (Diário de campo, 13/11/08).

Dessa forma, ressaltou-se que não se tratava de desconsiderar o modelo médico que valoriza o fenômeno psiquiátrico, mas sim, de deslocá-lo do centro do entendimento, ampliando o seu espectro de intervenção para o sujeito. Ao se valorizar a lógica da Saúde Mental o que se pretende é ampliar a noção de saúde-doença, incluindo as várias dimensões do ‘fato psiquiátrico’ (BASTOS, 2002, p. 65), ou seja, sua dimensão somática, psíquica, subjetiva.

Nesse sentido, concordou-se com as autoras Borges e Baptista (2008, p. 465), quando relativizaram o conceito de cura da doença mental, propondo em seu lugar o cuidado a partir de uma ampliação do olhar para o doente, considerando-o como um cidadão de existência complexa, multidimensional, portador de história e construtor de sentidos e valores. Na visão das autoras, se a Psiquiatria, assim como outras especialidades envolvidas no tratamento do transtorno mental, considerar a dimensão política de seu saber, sua insuficiência, e também a incurabilidade de algumas doenças mentais, abriria espaço para buscar o cuidado ao invés da cura, cuidado esse que não pode ser operado exclusivamente pelo psiquiatra, mas por todo profissional do campo da Saúde Mental, pelo meio social e pelo próprio paciente.

No processo de formação profissional a tendência inicial é repetir o referencial aprendido anteriormente e repetido durante anos. Onocko-Campos e Furtado (2005, p. 114) ressaltam que o risco da burocratização e alienação do objeto e objetivo do trabalho é maior nos trabalhadores da saúde mental que nos trabalhadores da saúde em geral pelo fato de a convivência com a doença mental e seus desdobramentos não ser algo simples e fácil. Segundo os autores, essa tem sido a razão pela qual, justamente, as sociedades criaram todas as formas de defesa que hoje tentamos superar.

No entender de Merhy (1998), apesar de todos os trabalhadores de saúde fazerem clínica, há focos de ações entre os profissionais que lhes são próprios nesses modos de trabalhar, marcando suas competências em responder aos problemas colocados. Assim, não basta existir um serviço com um excelente acolhimento se não conseguir responder com os exames necessários para esclarecer certo problema de saúde ou, mesmo sua gravidade, por exemplo. Desse modo, o autor aponta que é necessário, mas não suficiente, que os profissionais estejam totalmente envolvidos com a produção de um espaço acolhedor nas suas relações e nos serviços, pois não

irão contribuir plenamente para a conformação de uma intervenção eficaz se, ao mesmo tempo, não usarem toda, sua sabedoria clínica a serviço do usuário e em defesa de sua vida.

Observou-se que a compreensão sobre a doença mental e seu tratamento permeou a noção do cuidado na perspectiva dos profissionais, usuários e familiares e foi problematizada durante a realização de várias atividades no serviço, revelando consonâncias e contradições em relação às noções de cuidado já apresentadas. Da mesma forma, o sentido do acesso ao CAPS, a noção de acolhimento e da singularidade na abordagem do sujeito estiveram articuladas à categoria do cuidado, e por isso mereceram um aprofundamento, sendo relatadas como sub-categorias. Esses aspectos foram considerados significativos no sentido de que ajudaram na reflexão sobre a dinâmica de funcionamento do serviço.

4.1.1- Compreensão sobre a doença mental– (re)construindo conceitos

Historicamente, o conceito de saúde e doença mental evoluiu e, conseqüentemente, as concepções dos tratamentos e os modelos da atenção à saúde também se modificaram. No contexto contemporâneo, o desafio que está posto ainda é a análise das crenças que sustentam as práticas em saúde mental. Com base nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, espera-se que essas práticas ultrapassem o controle e a anulação da diferença, próprios dos modelos tradicionais da biomedicina e da psicologia clínica, e configurem-se a partir do encontro intersubjetivo, do diálogo, da escuta ética (“atitude psicoterápica”), do compartilhamento de responsabilidades e do compromisso em sua perspectiva sociocultural e política.

Os usuários relatam visões de saúde e doença que envolvem compreensões mais amplas do processo de adoecimento, consideram aspectos individuais da estrutura psíquica, “*nem todo mundo tem aquela fortaleza para superar*”, necessitando de ajuda para lidar com o sofrimento, assim como valorizam “*dons e talentos*” que se sobressaem na vida dos sujeitos independente da doença ou do tratamento, conforme vemos abaixo:

É porque, vêm os problemas, mas nem todo mundo tem aquela fortaleza pra superar, já tem pessoas mais fracas, quando tá com problema precisa ter apoio psicológico, emocional, uma amizade, que também ajuda muito, pronto (Ana).

[...] Existem dons, talentos que não morrem, não tem nada a ver com essa coisa do tratamento, não tem nada a ver com a doença, com a gravidade da dependência da pessoa...Eu mesmo tenho muita dificuldade pra dormir, mas os dons que Deus me deu, de tocar, de louvar, de pregar a palavra dele, de falar a palavra dele, na hora que tiver que fazer isso, eu acho que todos ali são bons [...] Talentos, dons, vem de Deus, uns praticam, outros não (Antônio).

Consonante ao significado de cuidado revelado antes, para os usuários a doença é um aspecto da vida deles, que traz sofrimentos, limitações, impedimentos, mas não o suficiente para resumi-los à identificação com ela. Independente de sua origem, a noção que vai se construindo acerca da doença mental é a de que ela tem a ver com a forma de ser e estar no mundo, ou seja, a estrutura e vulnerabilidades individuais estão em relação direta com o contexto social.

Um exemplo dessa questão foi observado durante alguns grupos de Educação em Saúde, quando os usuários foram estimulados a discutir o tema SAÚDE, de forma que surgiram os seguintes conteúdos:

*[...] alguns usuários começam a falar sobre a higiene corporal, do ambiente, da casa. Falam de suas experiências, do que precisam fazer para ter uma boa higiene e relacionam esse tema com a saúde. Uma das usuárias que se apresentava muito desorganizada psíquicamente começa a dar vários exemplos de receitas caseiras, “quando a gente tem aftas faz bochecho com bicarbonato de sódio e quando tem problemas de estômago, toma um copo de couve com leite batido no liquidificador, pela manhã” (sic). Os outros usuários demonstram interesse pelas suas sugestões, e alguns anotam para si. [...] A técnica que conduz o grupo estimula para discutirem sobre a higiene mental e lembra das atividades em comemoração ao Dia Mundial da Saúde Mental, na praça da Jaqueira. Estimula para que todos participem, diz que *haverão* atividades culturais e de lazer. Os usuários falam da importância da higiene mental para a saúde geral e falam sobre o cuidado com o meio ambiente, como forma de se contribuir para a saúde, tratando o lixo de forma adequada, plantando árvores, etc (Diário de campo, 06/10/08).*

[...] saúde é liberdade; é poder fazer as coisas quando a gente quer; “aqui é diferente, a gente tem de cumprir as atividades, é diferente da nossa casa, que a gente faz as coisas quando a gente quer”; “tomar remédio é uma escravidão” (sic). [...] “saúde é ter atitude, preservar a auto limpeza, é ação diária, tomar banho, se higienizar, usar alimentos saudáveis”; “é primeiro pensar e depois comprar o que você quer”; “remédio pode dar liberdade também”(sic) (Diário de campo, 24/10/08).

Saúde como um processo contínuo de cuidado consigo mesmo, considerando as várias dimensões e necessidades dos sujeitos (autonomia, liberdade, alimentação, higiene e tratamento, inclusive medicamentoso), foi a visão que se destacou nesses registros.

Essa perspectiva de saúde, que preserva a possibilidade de exercer a liberdade relaciona-se com a noção de doença mental abordada por Bastos (2002, p. 65), quando ela (doença mental) é vista como a perda da liberdade, da capacidade de auto determinar-se de acordo com a própria vontade. Dessa forma, a medicação foi vista como uma limitação, no sentido do sujeito necessitar muitas vezes, desse tratamento por tempo indeterminado, uma vez que grande parte das doenças mentais são crônicas, quer pela sua ação libertadora, quando pode funcionar como uma das estratégias de cuidado que ajuda a manter ou recuperar a liberdade. Ou seja, os recursos e estratégias terapêuticas assumem significados diferenciados a partir das experiências subjetivas de cada um, o que exige a ampliação do olhar para as singularidades numa perspectiva de ação integral como defendem Pinheiro e Guizard (2008, p. 23), contrapondo-se à normatização e repetição das práticas de saúde.

Por outro lado, para os familiares a importância de aspectos hereditários no surgimento das doenças mentais tornou-se mais preponderante, evidenciando-se o comprometimento da identidade social dos sujeitos, cuja melhora representa uma recuperação de sua condição humana, “*parece gente*”, “*uma pessoa mais humana*”. Revelaram-se também aspectos sobre a influência das relações interpessoais na condição de saúde.

[...] porque na família do meu pai já teve doença assim, de vim mesmo pra Tamarineira. [...] A minha tia, quando a minha avó morreu, ela também ficou louca [...] foi pra Tamarineira também, nesse tempo só tinha a Tamarineira.[...] As vezes eu tenho medo, será meu Deus, que a gente não pode se impressionar com nada, porque se impressionou a gente fica mal (Bianca).

[...] “*ela está melhor*”, *está com outro aspecto, parece gente*”(sic). “*ela está bem melhor, está uma pessoa mais humana, essa doença é a pior doença que existe na face da terra*”(sic). *Ela diz que quando a irmã está em crise a agride muito. A mãe delas está internada no Hospital Alberto Maia. As irmãs foram separadas quando pequenas por causa da doença da mãe. [...] “a gente em casa acha que ele tá melhor, só fala em arranjar emprego. Ele é daquele jeito por causa da mãe que não soube criar o menino, ela não deixa ele fazer nada”* (sic) (Diário de campo, 24/09/08).

A noção de doença mental como algo definitivo na vida de seus parentes vai se cristalizando à medida que qualquer atitude diferente do usuário é percebida como doença. O preconceito em relação à doença mental construído socialmente contribuiu significativamente para essa idéia, assim como as práticas assistenciais centradas na hospitalização, que favoreceram

a noção do isolamento, fragilizando mais ainda os laços sociais dos sujeitos acometidos pela doença mental.

Essa compreensão da doença mental a partir do processo de objetivação do doente mental, já que ele é visto como o diferente, vai se materializando por meio de repetidas comparações entre o tempo da saúde e o tempo da doença, quando esse último é identificado pelos aspectos negativos impostos pelos comportamentos que despertam o estranhamento e o desconforto (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004).

Durante as reuniões de família, observou-se conteúdos que explicitavam dúvidas quanto à forma dos familiares lidarem com seus parentes, como por exemplo, insegurança quando o usuário sai sozinho; falta de paciência para lidar com a agressividade do usuário; como cuidar quando eles não aceitam a medicação. Mas também constatou-se em outros depoimentos atitudes diferentes como as que ajudaram seus parentes solicitando a participação deles nas tarefas domésticas, “quando eles melhoram, eles voltam a fazer as atividades como antes” (Diário de campo, 20/10/2008).

Em outras atividades realizadas no CAPS observou-se como a noção sobre a doença mental apareceu internalizada, tanto nos usuários e familiares quanto em alguns profissionais, priorizando ainda a concepção organicista assim como, a medicalização ou não dos sintomas esteve associada à melhora ou piora do tratamento. Nos relatos dos participantes também surgiram questões sobre os limites do tratamento, quando as medicações, por exemplo, não fazem o efeito desejado sobre a sintomatologia produtiva (alucinações e delírios).

[...] Uma usuária diz que queria entender porque escuta vozes cujos conteúdos são para fazer algo que ela não deseja. Relata alguns desses episódios, quando ateou fogo na própria casa, esfaqueou o marido, queimou a boca de um dos filhos, em situações de crise anteriores. Sucessivamente, outros usuários vão relatando suas experiências, enfatizando o sofrimento e expressando a ausência de compreensão acerca do fato, do porquê a doença acontece. A técnica que coordena o grupo intervém levando-os à reflexão sobre o momento em que essas situações mais ocorrem, e cita a interrupção do tratamento, principalmente medicamentoso. Os usuários concordam com a profissional, embora um deles, afirme que “as vozes nunca páram” (sic). [...] A residente de enfermagem fez uma colocação explicando que os pensamentos negativos são produzidos por substâncias químicas no cérebro e que por isso deve-se fazer um esforço para produzir pensamentos positivos, para tentar neutralizar os pensamentos negativos (Diário de campo, 15/09/2008).

[...] *“Ele está depressivo, só fala em morrer. Ele se sente muito só, me liga o tempo todo, ele mora só mas tem uma pessoa que toma conta dele, faz tudo, dá até o remédio”*(sic). [...] *“Ele tá melhorando aqui, só pode ser o remédio”* (sic). A estagiária de Serviço Social, que conduz o grupo de familiares, fala que o tratamento envolve várias coisas, o remédio é importante mas não é o único responsável pela melhora (Diário de campo, 24/09/08).

Aqui evidenciou-se a posição de alguns profissionais reforçando, de forma simplista, a visão organicista da doença, mantendo a lógica centrada no uso da medicação com vistas à remissão dos sintomas. Alguns usuários referem que esse entendimento é falho, não dá conta de suas necessidades, já que para alguns “as vozes nunca páram” (sic).

De forma similar aos achados de Rodrigues e Figueiredo (2003, p. 124), constatou-se que as concepções expressas têm como base uma visão reducionista da doença e do adoecer, uma vez que é vislumbrado que a doença está no cérebro, e a pessoa que está doente é destituída de autonomia, de vontade e da sua singularidade. A medicação apareceu como forma hegemônica de tratamento, mas também foram reveladas contradições a seu respeito, como a ineficácia diante de algumas situações e efeitos adversos que trazem mal estar. Dessa forma, evidenciou-se o risco da reprodução de conhecimentos adquiridos e a práxis passou a se constituir na manutenção do estabelecido, sem a criação de novos modelos de intervenção e novas práticas.

Nesse contexto, o conceito de ‘crise’ está relacionado com o entendimento que se tem sobre a doença mental. Como os CAPS são serviços de referência para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, o atendimento de pessoas em situações de crise é comum, e exige da equipe a adoção de estratégias múltiplas na abordagem singular dos casos.

A noção de crise, de acordo com o PTCE (CAPS Esperança, 2009, p. 5) foi apresentada como resultante das relações do ser que sofre, com o meio social no qual está inserido. A proposta do CAPS foi a de intervir nessas situações tentando preservar os laços sociais dos sujeitos, de forma que não venha a excluí-lo do seu contexto social.

Apesar de estar referido à relação do sujeito com o seu meio, observou-se como a concepção organicista, de agudização de sintomas prevaleceu, assim como sua relação com o uso de medicações.

O marido de D. conta a história dela, diz que quando ela está tomando a medicação é uma pessoa “normal”. O problema foi que o médico do ambulatório suspendeu os remédios dela, aí teve outra crise (Diário de campo, 08/10/08).

[...] usuária que está em crise, sem aderir ao tratamento, com comportamento agressivo. Foi realizada visita ao domicílio, mas a usuária resiste e não recebe os técnicos, não há possibilidade de medicação injetável. Orientaram a família para encaminhá-la ao SEP (Diário de campo, 27/11/08).

Em algumas situações de crise que aconteceram no espaço institucional, permeando as relações entre usuários e técnicos, os conflitos foram inevitáveis e revelaram muitas dificuldades no manejo dessas questões. Para os técnicos, questionamentos acerca das condições para intervir numa crise revelaram inquietações e uma realidade de difícil enfrentamento.

[...] É, de descontrole mesmo assim, de uma desorganização muito grande, que a gente vê pessoas completamente desorganizadas aqui, [...] e a gente vê que realmente aqui não tem capacidade de segurar, não tem como, a gente não tem como conter, a gente na verdade não tem como, entendeu? (Catarina).

Quando essas situações se expressam através da agressividade dos usuários, muitas vezes a equipe se fragilizou e transmitiu idéias de exclusão.

[...] a técnica comenta que a situação mobiliza muito, mas acha que se deve entender porque essas agressões estão acontecendo, porque os usuários estão “atuando”. Alguns chegam a falar nas regras de funcionamento do CAPS, como se pudessem “punir” quem transgredisse essa norma, “voltar para casa, por exemplo” (sic). Afinal, o CAPS é lugar de acolhimento à crise? Agressividade faz parte dessa crise? Como lidar com isso? [...] A gerente propõe alguns acordos quando houver situações de agressividade: Atender o usuário individualmente; Levar o caso para supervisão; Comunicar à equipe (Diário de campo, 23/10/08).

A equipe discute as dificuldades diante de situações de atuação dos usuários. Vários aspectos são referidos pelos técnicos de falhas no acolhimento da usuária que podem ter contribuído para o descontrole da mesma. Alguns técnicos perguntam sobre o que fazer para se protegerem da passagem ao ato, atuações dos usuários. A supervisora reflete que isso só é possível se for falado o que está mobilizando a equipe. Vacilos institucionais acontecem, pessoais também, mas eles são permeados pelas implicações de cada um na clínica. Sobre a usuária, coloca que é necessário esclarecer a estrutura, pensar uma outra saída para ela após a alta, além da medicação na modalidade não intensiva; ampliar o campo social que facilite “se ligar lá fora”(sic) (Diário de campo, 30/10/08).

Foi notável o esforço que a equipe e os usuários fizeram no sentido de lidar com essas situações de crise. Nesse contexto, a supervisão mostrou-se como estratégia fundamental para ajudar na compreensão, tanto em relação às dificuldades apresentadas pelos usuários quanto na forma como a equipe interveio, a percepção de limites individuais e institucionais e as possibilidades de cuidado no sentido de não reproduzirem a lógica excludente.

Observou-se também que outras questões concretas, como o pouco suporte de outros serviços mais aparelhados para atender situações de crise, como CAPS tipo III ou unidades psiquiátricas em hospitais gerais na rede de Saúde Mental do município interferem na dinâmica do serviço e colaboram para atitudes que privilegiam a intervenção sobre o sintoma, a doença, em detrimento de ações mais voltadas à construção de projetos singulares com apoio da rede social.

Essas fragilidades institucionais aliadas ao pouco preparo dos profissionais na abordagem psicossocial conferem à prática no CAPS mais dificuldades no acolhimento e intervenção em situações de crise.

Vimos então, como diferentes compreensões acerca da doença mental convivem no mesmo espaço, revelando contradições de uma prática em transformação. Se por um lado os usuários revelaram uma concepção mais ampliada do processo saúde-doença, associando a saúde à condição de liberdade, os familiares e profissionais apresentaram visões e práticas ainda centradas, predominantemente, na concepção organicista e na perspectiva medicalizante dos sintomas.

4.1.2- A construção do Acolhimento no cotidiano do CAPS

A portaria GM nº336/02 define como uma característica do CAPS tipo II “responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território” (BRASIL, 2004a). Nesse sentido, o processo de cuidado no CAPS tem início no momento da chegada do usuário, passando pela sua inserção no serviço até sua reinserção social, sendo essencial, a garantia e efetivação de um

sistema democrático. Para isso, a estratégia do acolhimento da demanda se caracteriza como um de seus pilares.

O acolhimento deve se concretizar no cotidiano das práticas de saúde e como diretriz operacional deve possibilitar a reorganização do processo de trabalho, através de uma escuta qualificada aliada a capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço, com responsabilização daquilo que não se pode responder de imediato, mas que é possível direcionar de maneira ética e resolutiva, com segurança de acesso ao usuário (BRASIL, 2006).

Na proposta do CAPS em estudo, a postura de acolhimento foi definida pela disponibilidade para ouvir, avaliar e dar os encaminhamentos necessários aos usuários e seus responsáveis, a partir da compreensão da situação, considerando a lógica da territorialidade. Os encaminhamentos geralmente se referiram ao atendimento imediato dos casos graves, com caracterização de urgência; realização de triagem e atendimento; encaminhamento das demandas por receituário às unidades de referência, mesmo se tratando de um ex-usuário do CAPS.

A postura de acolhimento esteve presente nas atitudes de alguns técnicos no cotidiano do serviço, porém, foi na estratégia de triagem e avaliação da demanda que ela se caracterizou. Percebeu-se uma preocupação de fazer o encaminhamento implicado, ou seja, buscar soluções alternativas aos casos que não preencheram o critério de territorialidade, responsabilizando-se junto com o usuário e familiares por esse encaminhamento.

Os autores Ballarin, Carvalho e Ferigato (2009, p. 221) reiteram que neste contexto, pressupõe-se que o cuidador assumira uma postura ativa que permita reconhecer o outro na sua liberdade, na sua dignidade e singularidade. Faz-se necessário compreender que a noção de vínculo implica no envolvimento e no encontro de sujeitos e de subjetividades possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal.

A triagem realizou-se diariamente por técnicos de nível superior, com exceção apenas do turno onde aconteceram as reuniões de equipe, quando o serviço ficou fechado para atendimento

ao público. Nas falas dos profissionais, o acolhimento foi reconhecido como uma característica positiva do serviço, porém exigiu esforço da equipe para mantê-lo diariamente.

[...] a gente é referenciado por um serviço que acolhe bem, o pessoal vem e sempre tem uma resposta, é tanto que às vezes o pessoal não gosta, diz que às vezes a gente passa do limite, acolhe quem não devia e aí acaba se chocando com outros serviços, então essa abertura de estar sempre...parece coração de mãe, eu acho que é uma característica daqui também. Mas ainda vejo muita coisa a ser feita (Cláudia).

[...] a gente manter esse nosso serviço, com triagem todo dia, com uma pessoa escalada pra está recebendo quem está precisando ser acolhido, eu acho que esse tem sido um grande desafio, pra gente manter nossas portas abertas diariamente. (Cristina)

Essa questão está relacionada com a garantia de acesso ao serviço e vimos que os profissionais compreenderam isso. Realizar o acolhimento quando a pessoa busca ou expressa necessidade rompe com a lógica da organização burocrática do serviço e responde à necessidade da demanda quando esta se apresenta. Isso torna o serviço mais flexível ao mesmo tempo em que exige aumento do potencial de enfrentamento de situações diversificadas e concretas.

Nesse sentido, os profissionais revelaram dificuldades operacionais, aspectos que interferiram nesse processo de reorganização do trabalho, e conseqüentemente, no resultado do acolhimento da população que procurou o CAPS. Observou-se a crescente demanda que chegou ao serviço em função de problemas em outros serviços da rede, como nos ambulatórios do próprio DS III e distritos vizinhos, elevando a procura pelo atendimento no CAPS. Muitos usuários procuraram o serviço para renovar a receita e apanhar medicamentos, quando isso é atribuição do psiquiatra do ambulatório. Isso gerou uma sobrecarga de trabalho, tanto na realização das triagens quanto repercutiu na dinâmica institucional, pois o médico do CAPS passou a ser solicitado a avaliar os usuários que não foram atendidos no ambulatório, com ênfase na prescrição de medicamentos, por exemplo.

Somaram-se às dificuldades já relatadas o acúmulo de funções e atividades que exigiram dos técnicos flexibilidade para manter as diretrizes assistenciais. Pensar soluções criativas, de coresponsabilização pelas ações no cotidiano dos serviços e das equipes é uma tarefa árdua, pois quase sempre, é mais fácil o serviço adotar estratégias que limitam o acesso dos usuários na instituição.

A prática de estabelecer dias e horários específicos ou limitar o número de pessoas atendidas na triagem não foi adotada pela equipe do CAPS Esperança, embora observou-se que ela existe em outros serviços da rede de saúde mental do município e de outras localidades. O agendamento e marcação de consultas pressupõe que os momentos e os espaços de escuta passam a ser normatizados em dias e horários pré-determinados reduzindo, com isso, o seu potencial como processo de intervenção, pois as necessidades subjetivas dos usuários não são passíveis desse tipo de controle.

Observou-se também que alguns usuários chegaram ao CAPS solicitando serem atendidos pelo psiquiatra. Isso refletiu tanto a visão da população acerca da determinação das doenças, em sua maioria, de ordem biológica, e por conseguinte o tratamento é centrado no médico, como da organização do serviço de saúde, que ainda mantém essa mesma lógica.

Situação como essa pode ser observada e extraída do diário de campo:

[...] Durante a triagem a usuária fala de suas dificuldades e solicita conversar com a psiquiatra, diz que está doente e que precisa de remédios. A técnica que faz a escuta avalia o relato da usuária e argumenta que um espaço de psicoterapia poderia ajudá-la a lidar com seu sofrimento. Discute com a usuária que não seria caso para atendimento no CAPS e sugere a possibilidade de encaminhamento para psicoterapia no ambulatório. Porém, a usuária insiste em conversar com a médica, de forma que a técnica faz os esclarecimentos e a encaminha para a psiquiatra do CAPS (Diário de campo, 16/09/2008).

A partir do que a usuária trouxe como demanda, a profissional tentou sensibilizá-la para outras formas de cuidado, ao mesmo tempo em que respeitou a sua liberdade de ser atendida pela médica. Observou-se também que a equipe sempre discutiu coletivamente os casos admitidos no serviço, como estratégia de ampliação do olhar que embasou as ações de saúde.

Mudar um modelo de atenção corporativo-centrado para um usuário-centrado significa considerar a complexidade do atuar em saúde e a necessária multidisciplinaridade deste agir. A reorganização do processo de trabalho a partir dessa lógica pressupõe deslocar o eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, que se encarrega da construção de vínculos, ao mesmo tempo em que está comprometida e responsabilizada com o acompanhamento do projeto dos usuários. Da mesma forma, exige que se coloque o sujeito num lugar de co-participante do seu tratamento, articulando com ele e seus familiares as possibilidades de cuidado. Quanto à

responsabilização pelas práticas, suas transformações passam pela valorização de novos saberes, pela relação dialógica da equipe entre si e com os usuários e por uma maior responsabilidade política dos gestores (BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2009; MEHRY, 1998).

Nesse ínterim, porém, surgiu um conflito entre acolher a população que procurou atendimento e o risco de desenvolver a centralização dos cuidados, devido a falhas na integralidade entre os serviços da rede. Atentos a esses aspectos, a equipe do CAPS vem realizando algumas ações na tentativa de enfrentar essas dificuldades, como percebeu-se no registro abaixo:

[...] Discutem as dificuldades atuais no acompanhamento dos ambulatórios devido à não renovação dos contratos dos psiquiatras. A médica da Ação Avançada refere que recebeu orientação da Coordenação de Saúde Mental do município para capacitar os médicos dos PSF para acolherem as demandas, como uma estratégia de enfrentamento desse problema, nesse momento. A equipe acha que o CAPS também vai aumentar sua demanda. Alguns técnicos sugerem limitar os dias de triagem, mas outros refletem sobre o significado de criar o que chamam de 'demanda reprimida'. Decidem que vão assumir o compromisso de continuar atendendo todos os usuários que procurarem o CAPS, inclusive aos que seriam do ambulatório, de forma provisória até o início do ano de 2009, quando os profissionais devem ser contratados ou concursados, sendo essa decisão comunicada ao Distrito Sanitário (Diário de campo, 23/10/2008).

Além disso, a equipe planejou outras estratégias para o ano de 2009, com base no relatório de avaliação das suas ações realizada no final do ano de 2008, das quais apontaram-se as seguintes: limitar o número de triagens diárias apenas em dias de sobrecarga vendo a possibilidade de agendamento; escalar um técnico reserva diariamente para realizar a triagem em situações adversas; criar uma planilha sobre o quantitativo de receitas prescritas diariamente para outros serviços, a fim de realizar um levantamento sobre esse aspecto, pensando em novas soluções; realizar o encaminhamento implicado; criar uma roda de conversa entre o PSF e CAPS, otimizando as reuniões de território.

A preocupação com a articulação entre os serviços na rede está presente no PTCE também em relação à triagem, quando após a sua realização o técnico deve elaborar a contra-referência à unidade que solicitou o atendimento, favorecendo assim, a comunicação entre serviços.

4.1.3- Singularidade e Projeto Terapêutico Individual

Outra questão que esteve implícita no contexto do cuidado no CAPS foi a singularidade, presente principalmente nas falas dos profissionais.

[...] tem que individualizar cada um, cada um tem sua história, cada um tem suas questões e cada pessoa que chega aqui, não porque tem um diagnóstico igual com o outro, mas cada um tem sua história de vida . Então eu acho que a gente como profissional tem que procurar entender cada um na individualidade. Eu pelo menos vejo assim, cada questão que é trazida eu acho que você tem que escutar e tentar entender pra poder trabalhar com aquela pessoa. Não é porque uma pessoa tem um mesmo diagnóstico, é igual a outra não, eu não consigo ver assim, que todo mundo é igual não, entendeu? Tem que ver a individualidade de cada um. Pelo menos eu me esforço pra ver (Catarina).

[...] você tratar um por um, João, José, a Maria, como gente, você vê aquele...desmistifica aquela coisa do medo, daquela pessoa não ser igual a você ” (Cristina).

Os profissionais demonstraram a consciência de que é necessário considerar a experiência individual de cada um, que tem de *escutar* para poder *entender* e depois *ajudar*, porém, foi no campo das relações que se verificou, ou não, a tradução desse conceito em prática.

A proposta terapêutica baseada na clínica psicossocial opera com a complexidade do caso clínico, manejando um conjunto heterodoxo de recursos e possibilidades que extrapolam os limites disciplinares, e corporativos. A singularidade do usuário é trabalhada na perspectiva do PTI, que tem o objetivo de garantir uma assistência individualizada, personalizando o atendimento e propondo ações terapêuticas singulares. O PTI tem a característica de mutabilidade, haja vista que os usuários podem passar por diferentes fases durante seu processo de tratamento (CAPS ESPERANÇA, 2009).

A relação do usuário com o serviço não se deu *a priori*, pois os vínculos iniciais são frágeis. Inicialmente foram acordados com o usuário e familiares a proposta terapêutica oferecida pelo CAPS. Os casos admitidos foram apresentados na reunião de equipe para definição do TR, ou seja, o profissional de nível superior que funcionará como elo entre o usuário, a família e a equipe, sendo responsável pelo acompanhamento sistemático e discussão do caso clínico.

Entretanto, apesar de constar como estratégia primária do cuidado oferecido pelo CAPS e aparecer nas falas de profissionais a importância do reconhecimento da individualidade dos usuários, o PTI não vem sendo elaborado e acompanhado de maneira efetiva pela equipe. Essa questão esteve presente nos relatos de profissionais, tanto nas entrevistas quanto nas reuniões de equipe, na discussão de casos clínicos e no relatório de avaliação das ações do CAPS.

[...] a gente tem problemas básicos, a questão do PTI, a essa altura, depois de 6 anos de funcionamento a gente não sabe o que é um PTI, não consegue trabalhar direito com isso (Cláudia).

[...] na hora dessa admissão desse usuário, o PTI, às vezes, não tá sendo muito bem trabalhado, então, essas articulações ficam a desejar (Cristina).

[...] todos os grupos valorizam a possibilidade da atenção individualizada, mas também concordam que têm muitas dificuldades para executar o PTI.[...] diz que estão trabalhando com “um pacote de atividades”, e que não é de fato um planejamento em função das necessidades dos usuários, não há implicação dos mesmos nesse PTI (Diário de campo, 11/12/08).

A construção do PTI pressupõe a definição de quais ações participar, assunção de responsabilidade e compartilhamento de tarefas entre os diferentes atores. Porém, dentro das equipes, as práticas de acompanhamento costumam se concentrar, predominantemente, no TR. Essa redivisão implica na constituição de importantes relações de confiança, mas pode incorrer numa dificuldade de compartilhamento de responsabilidades pelo caso.

[...] na discussão de um caso clínico a supervisora pergunta, qual é o PTI de J.? A TR diz que é vir uma vez por semana, participar dos grupos Cidadania e Educação em Saúde. Ela (supervisora) questiona se essas atividades atendem às necessidades do usuário. Chama a atenção para que as escolhas não atendam as necessidades sociais ou institucionais. O PTI tem de incluir espaços de atividades concretas, espaço para cada usuário mostrar o que sabe e pode fazer, vias concretas intermediando a palavra. É importante produzir conhecimento para elaboração como sujeito. Assim como a intervenção na comunidade, para que o usuário possa ser identificado como produtivo (Diário de campo, 16/10/08).

Esse processo de negociação envolve, também, interesses nem sempre convergentes: o usuário pode resistir ao tratamento e não desejar comparecer ao CAPS; a família pode querer internar; pode haver divergências entre os membros da equipe sobre a melhor conduta ou projeto para o caso (YASUI, 2007).

Para que o cotidiano do trabalho no CAPS seja realmente vivido como lugar de cuidado é necessário uma relação diferente entre o sujeito que sofre e o cuidador que assume o existir

humano em sua complexidade. As estratégias de intervenção que derivam dessa relação se ampliam para a construção de projetos marcados pela diversidade.

Observou-se que a equipe tinha dificuldades para elaborar o PTI, e reproduziam práticas e rotinas institucionais de forma indiferenciada. Esse processo assemelha-se ao das ‘tecnologias duras’ definidas por Merhy e Franco (2003, p. 318), ou seja, reproduzem relações burocráticas, cuja assistência se traduz no ato prescritivo, com base no modelo médico-centrado, produtor de procedimentos. Transformar suas ações burocráticas e prescritivas em ações que favoreçam a produção de novas relações e a construção de projetos de vida mais autônomos exige tanto uma mudança de postura dos profissionais diante dos usuários e familiares quanto uma oferta de espaços e atividades terapêuticas que possibilitem a produção de sentido e de um fazer criativo.

Como estratégia para melhorar a adoção do PTI, a equipe planejou para o ano de 2009 as seguintes ações: definir coletivamente com a equipe e o usuário o PTI e trabalhá-lo ao longo de todo tratamento e organizar uma oficina sobre construção de PTI.

4.2- Práticas intersubjetivas e atividades - relações entre usuários, familiares e profissionais

A segunda categoria de análise foi relativa à percepção da dinâmica de funcionamento do CAPS, mais especificamente sobre a relação entre os atores envolvidos e as atividades utilizadas como meio facilitador desse processo.

Como se discutiu antes, as noções de cuidado e humanização referem-se ao plano das relações intersubjetivas que se processam nas práticas no campo da saúde. Na percepção de usuários e familiares ficou clara a vinculação que existe entre eles e a equipe, onde os aspectos afetivos foram tão valorizados quanto os saberes técnicos que constituem o cuidado na instituição.

O atendimento interno aqui é... é bom, [...] as reuniões, palestras com um e com outro, as amizades aqui...as atividades que a gente faz, é...alguns funcionários que tornam-se como se fosse amigo seu (Antônio).

[...] é uma equipe assim, no CAPS é de servente até a diretora do CAPS, nossa, vocês são demais, vocês não existem não [...] vocês, funcionário aqui do CAPS, vocês fazem de tudo pelo bem estar da gente, sabe...é uma equipe maravilhosa, vocês psicólogos, os assistentes sociais, enfim, toda a equipe do CAPS, nos faz bem, muito bem (Ana).

A atenção das pessoas é muito grande, tanto dos psiquiatras e demais funcionários, todos tem boa vontade no atendimento, na portaria [...] a gente sente uma certa segurança no acompanhamento porque sabe que as pessoas daqui são...cuidam exatamente dessa área psicossocial (Bruno).

Essa dimensão acolhedora que se fez notar entre os diversos funcionários, “de servente até a diretoria”, usuários e familiares, demonstrou que algo se passou nesse nível de relação que antecedeu ao saber e procedimentos técnicos. Esse sentido de relação que usuários e familiares trouxeram aproximou-se da noção de integralidade, apresentada por Pinheiro e Guizard (2008, p. 40), que a “remete antes à noção de cuidado do que à de intervenção”, ou seja, os procedimentos e técnicas tornam-se secundários às relações enquanto instrumento do vínculo, da amizade, da solidariedade produzidos nos encontros entre os sujeitos. Trata-se de direcionar as discussões às práticas resultantes da interação cotidiana das ações e saberes dos sujeitos e distanciá-la da neutralidade do discurso técnico-científico.

Em relação aos profissionais do CAPS, eles se perceberam constituindo uma equipe que funciona de um modo diferenciado, de forma integrada baseada no princípio da interdisciplinaridade, o que tem implicações na qualidade do atendimento prestado.

[...] o atendimento, a qualidade do atendimento, acho que faz a diferença do serviço da gente, entendeu [...] A equipe, em relação à equipe em si, a equipe como um todo mesmo, no conjunto, acho que vai desde a entrada lá e geralmente finaliza aqui (Catarina).

[...] a gente já tem esse olhar em saúde mental, a gente tem esse diferencial, a história da clínica ampliada, trabalho interdisciplinar, eu acho que é muito mais fácil pra gente que já tem essa proposta de trabalhar de forma interdisciplinar [...] tem muitos momentos que a gente consegue fazer essas trocas, muito mais fácil que em outros serviços que a gente vê fora da saúde mental. [...] quando a gente tem um técnico de referência que precisa da ajuda de um colega pra verticalizar algumas questões, na área mesmo, então eu acho que a gente consegue fazer esse trabalho de equipe, e é uma coisa bastante preciosa, porque não é em todo canto que a gente encontra um trabalho de equipe, nesses assim, todos são agentes de saúde mental, mas na hora que precisam aparecer as especificações, as especificidades de cada um, aparecem (Cristina).

Os aspectos de integração entre seus membros e a ampliação do olhar sobre o processo saúde-doença, são importantes na constituição das equipes comprometidas com a mudança do

modelo de atenção à saúde. Porém, esse funcionamento ainda não foi suficiente para possibilitar a transformação da condição de objetivação do sujeito, na perspectiva de fomentar o deslocamento de usuários e familiares de uma posição submissa e receptora para uma mais ativa, com mais autonomia.

Observou-se em algumas situações que o entendimento da ‘escuta dos usuários e familiares’ não se caracterizou em uma relação dialógica, proporcionando aos sujeitos condições de assumir o lugar de protagonista de suas ações, construindo-as conjuntamente e partilhando decisões. Manteve-se a relação hierárquica de responsabilidade com o cuidado, característica do modelo técnico-assistencial, mantendo usuários e familiares como objeto das intervenções dos técnicos. No trecho de entrevista abaixo, evidenciou-se que a equipe escuta, mas quem decidem são os técnicos.

[...] O usuário até é ouvido, assim, a gente tem muito o retorno do usuário que está aqui conosco, mas da família a gente não tem tido muito essa preocupação. [...] mas na informalidade a gente tem esse retorno, e tem sido bastante positivo. Nós temos tido problemas, no momento que a gente chama o familiar ou o responsável pra dar uma alta, porque eles resistem a sair daqui (Cristina).

Também se observou no discurso de outro profissional a crítica a respeito dessa questão, apontando-a como ponto de fragilidade do serviço, o que mostra que o processo de transformação das relações de poder e saber no interior dos serviços é lento.

[...] Eu acho que é outro ponto de fragilidade que a gente ainda tem. A questão dos outros como sujeitos que participam. Você vê que a gente fez a avaliação mas a gente não conseguiu incluir os usuários, algumas pessoas tentaram ouvi-los, mas pra se guiar.[...] Aí a questão do usuário como sujeito, a gente não consegue ainda, tá muito no lugar de objeto. A gente vê isso na questão do projeto terapêutico, na questão da alta, isso é fortíssimo aqui, você decide quando é que ele vai ter alta, pouco tá se incomodando se ele concorda ou não, muitas vezes ele bate o pé, se irrita com o técnico porque ele acha que não é o momento de ter alta, e isso não é respeitado, então a gente ainda não tem isso. Em relação à família, a mesma coisa (Cláudia).

A profissional ainda acrescentou que a situação se reproduz dentro da própria equipe, entre os níveis diferenciados de profissionais, e destacou que essa dificuldade é maior entre os trabalhadores.

[...] os outros profissionais que a gente tem dentro que parecem que não são profissionais, o pessoal de apoio totalmente escanteado em relação às decisões. A gente

tem o pessoal da segurança, recepção, que ainda se envolve um pouco, porque lida com a questão da alimentação que é uma coisa muito importante dentro do CAPS, até pelo perfil dos usuários que a gente tem aqui, isso é um ponto que é bem importante. [...] é muita dificuldade com o motorista, os recepcionistas, a gente tem muitas dificuldades mesmo. Eles não participam, é como um grupo à parte, então assim, esse é outro grande nó, que esse eu tô achando difícil de desatar. Eu acho mais fácil incluir os usuários na hora das decisões que a gente já tem experiência da assembléia, meio desorganizada, mas a gente conseguiu retomar porque tinha morrido, não havia mais assembléia aqui no CAPS, passou um tempão sem haver e a gente conseguiu retomar, mas ainda está muito longe sabe, eu acho muito mais fácil incluir os usuários no poder das decisões, até os familiares é mas fácil você conseguir, do que a participação dos outros profissionais do serviço (Cláudia).

Portanto, as práticas intersubjetivas estão marcadas por uma hierarquização das relações de poder entre usuários e profissionais e entre esses últimos dentro das equipes. A tentativa de transformações dessas práticas tem permeado os processos de mudanças dos modelos assistenciais em saúde mental desde muito tempo, haja vista a produção de Bastos (1976), sobre o tema.

No caso do funcionamento do CAPS Esperança, observou-se como usuários e familiares valorizaram os aspectos afetivos que constituem o vínculo entre eles e os trabalhadores, “do servente até a diretoria”. Embora não seja suficiente, a formação do vínculo afetivo foi valorizado dentro do processo de cuidado oferecido pelo CAPS como um aspecto de humanização das suas práticas. Quanto à equipe, reconheceu-se o esforço dos profissionais no enfrentamento cotidiano da dinâmica institucional, embora ainda seja evidente o distanciamento entre o idealizado e as práticas realizadas no serviço.

Esses aspectos também foram observados durante a realização das atividades terapêuticas propostas pelo serviço, de forma que mereceram um detalhamento, conforme apresentado a seguir.

4.2.1- Atividades terapêuticas:

De acordo com o Projeto Técnico do CAPS, o serviço contempla o desenvolvimento de atividades com o objetivo de favorecer a produção e o estabelecimento dos laços sociais dos

sujeitos. As atividades terapêuticas ocorrem interna e externamente ao CAPS e são coordenadas por membros da equipe técnica. As atividades internas são desenvolvidas através da realização de grupos e atendimentos individuais aos usuários e seus familiares, enquanto que as externas são realizadas no território, construindo ações/intervenções que possibilitem a transformação da cultura do processo saúde-doença. Essas atividades são colocadas como um dispositivo para o projeto terapêutico, ou seja, a atividade não é um fim em si mesma, mas trata-se da criação de espaços de relação, de interação, de constituição de identidades. A maioria das atividades acontecem em grupos, com finalidades variadas, coordenadas, geralmente, por um profissional (CAPS ESPERANÇA, 2009).

Os usuários referiram-se às atividades desenvolvidas no CAPS como estratégias importantes no tratamento lá oferecido.

[...] aí de repente eu quero recair, me deprimir, aí eu venho pra cá, esqueço tudo, acredita que eu esqueço tudo? Esqueço tudo, tudo, conversa com os psicólogos, fazendo as terapias, ai é que você fica boa mesmo (Ana).

[...] aqui a gente tem atividades né, a gente sempre tem atividade, palestra, reunião que...Porque, às vezes, em dia de reunião mesmo a gente fica muito depressivo, e aquela reunião ali, aquela palestra já ajuda, já relaxa mais, então é...o que é idealizado aqui é muito bom pra os usuários (Antônio).

Apesar de constar no PTCE uma relação de atividades grupais variadas, a maioria delas ofereceu mais espaço de escuta e reflexão e poucas atividades concretas e estruturadas intermediando a fala, como oficinas terapêuticas, por exemplo, que possibilita a experimentação do fazer. Encontrou-se registro de realização das oficinas terapêuticas em períodos anteriores que, segundo informações dos gestores do CAPS, foram desativadas por falta de recursos.

A necessidade de retomada dessas atividades no serviço apareceu de forma semelhante nos discursos de familiares e profissionais do CAPS, conforme se observou nos seguintes registros:

[...] se talvez tivesse alguma atividade social aqui dentro entendeu.? Pra elas poderem desenvolver algum trabalho, não sei...desenho, eu vi que tem uma porção na naquela área ali, que eu não sei se é feita aqui ou feita fora (Bruno).

Acho que as oficinas contribuem muito, e eles (usuários) chegaram a pedir, eu acho que se voltarem as oficinas eu acho que vai ficar mais completo o serviço, acho que vai só contribuir com a melhoria, a qualidade do serviço (Catarina).

[...] dinamizar em termos de...algumas propostas como as meninas trouxeram, a questão da pintura, oficina de pintura, eu acho que essa historia de serem mais dinâmicas, de fazer alguma coisa assim...não desprezando a palavra, que eu acho assim, que é uma questão...que no CAPS é preciso trabalhar (Célia).

“A supervisora fez colocações em relação ao projeto terapêutico do CAPS, do trabalho em equipe, das atividades desenvolvidas. Fala da importância da escuta, da palavra, mas acha que os CAPS vêm fazendo um entendimento equivocado acerca da clínica ampliada, com prejuízo nas atividades individuais (especificidade) dos técnicos. Questiona sobre o uso de atividades terapêuticas que possibilitem criar vias concretas intermediando a palavra, que ajude aos sujeitos na produção de conhecimentos sobre si mesmos, sobre suas habilidades. Assim como a intervenção na comunidade, para que o usuário possa ser identificado como produtivo. No final, o que fica claro é a necessidade de incluir, dinamizar as atividades grupais do CAPS (Diário de campo, 11/12/08).

Trata-se de utilizar a ação ou o fazer como mediadores ou instrumentos potencializadores da comunicação e expressão não verbal, cuja produção concreta de vínculos e coisas possam ser significativos e inéditos na vida do sujeito e o ajude no estabelecimento de laços sociais.

Neste tipo de prática, o importante parece ser a exploração processual das singularidades dos acontecimentos que ali se dão, num espaço onde grupos se organizam em torno de uma atividade concreta e em conexão com a instituição a qual estão vinculados (LIMA, 2004).

Embora não existissem de forma estruturada no planejamento de atividades do serviço, as oficinas terapêuticas, por exemplo, observou-se que em algumas atividades grupais, geralmente conduzidas pela terapeuta ocupacional, foram utilizadas outras formas de linguagens e produções, abrindo a possibilidade da criação de novos territórios existenciais. Um exemplo dessa atividade foi a organização pelos usuários, com a participação de técnicos e estagiária, de um coral e um teatro que foram apresentados durante a confraternização de Natal.

Um coral formado por usuários da tarde se apresentou cantando algumas músicas de natal, com acompanhamento de órgão tocado pelo esposo de uma das usuárias. Os usuários estavam orgulhosos do trabalho, pois realizaram ensaios anteriores, demonstrando organização e compromisso com a atividade coletiva. Ao final, agradeceram à equipe do CAPS, pelo apoio e atenção para com eles e desejaram Feliz Natal a todos. Em seguida houve a apresentação do teatro, cujo tema criado por eles foi ‘O verdadeiro sentido do Natal’. Abordaram as dificuldades que cada um vive hoje (não ter dinheiro para fazer compras de Natal, não ter família para passar o Natal, não ter uma casa bonita, etc.) e compararam com o significado do Natal, destacando o nascimento de Cristo, o amor e a solidariedade (Diário de campo, 18/12/08).

A possibilidade de construção de uma história que pudesse ser apropriada pelo sujeito, na tentativa de tecer a trama de significados e de criar linguagens foi o propósito dessa atividade, que como se observou, possibilitou experiências de organização e ajudou na conexão entre o pensamento e a ação.

De uma maneira geral, todos os sujeitos participantes expressaram críticas em relação à ausência de atividades no CAPS, ou seja, os espaços vazios vividos pelos usuários, pela falta mesmo de opção de atividades, principalmente para aqueles que estão na modalidade intensiva, que passam o dia no serviço. Além disso, quando alguma atividade foi cancelada em função da falta do profissional responsável naquele dia ou da superposição de atividades (como cobrir alguém na triagem, por exemplo), os usuários ficaram sem opções de outras atividades.

[...] um pouco mais de atividades aqui dentro, agora eu não sei assim, que tipo de atividade comportaria aqui, pra esse tipo de pessoal, mas um lazer assim, alguma coisa que eles pudessem... por exemplo essa piscina, ela está abandonada durante um bom tempo aí, se ela pudesse voltar a funcionar eu acredito que isso ajudaria muito, distraía eles entendeu?.[...] Mais jogos, eu não sei se tem jogos aqui, dominó, dama, essas coisas [...] esse tipo de entretenimento [...] isso ajudaria muito eles a se distrair porque tem pessoas que ficam aqui quase o dia todo, só vão à noite, chega de manhã e só sai à noite (Bruno).

A técnica comunica que não haverá grupo porque está de sobreaviso na triagem, pois a outra profissional teve de sair para um atendimento na comunidade. [...] Desta forma, os usuários ficam sem outra opção de atividade após o grupo movimento. Alguns passam a ouvir música em som muito alto, outro continua fazendo atividades de limpeza, varrendo ou limpando as áreas externas do CAPS. Soltos, os usuários permanecem apenas aguardando a refeição. Não há revistas ou outros materiais que possam ser oferecidos como opção nem de entretenimento (Diário de campo, 04/11/08).

[...] usuário solicita que o CAPS ofereça mais atividades, como livros, computador, filmes (Diário de campo, 23/10/08).

[...] A técnica salienta que o usuário é referência da manhã, então não participa do grupo à tarde. Fico pensando então por que os usuários ficam no intensivo-dia, se não participam das atividades nos dois períodos?(Diário de campo, 28/10/08).

A liberdade de circulação e a possibilidade de que cada usuário possa traçar o seu caminho, devem encontrar respaldo em alguma coisa que impeça que essa circulação se torne uma atitude ociosa, alienada, sem destino. Não se trata de organizar o espaço de forma a ocupar os usuários todo o tempo, mas de possibilitar locais de encontro, possibilitando formas diversas de intervir sobre a subjetividade do usuário, valorizando-o e aumentando sua auto-estima e autonomia para viver a vida (AYRES, 2004; MERHY; FRANCO, 2003).

Embora as atividades terapêuticas sejam planejadas como espaços específicos de intervenção, o cotidiano do serviço se constitui de muitas outras ações, onde as inter-relações entre usuários, familiares e profissionais são reveladoras de crenças, contradições e conflitos.

Para que o sujeito possa reconhecer-se como um participante ativo, implicado na sua condição de saúde e de doença, é necessário que as ações e relações desenvolvidas no contexto institucional fomentem essa experiência. Espera-se que esse conjunto de atividades possa funcionar como catalizador de territórios existenciais nos quais os usuários possam (re)construir o seu cotidiano (RAUTER, 2006).

A proposta de funcionamento dos CAPS contemplou nas suas diretrizes oficiais e projetos institucionais essa questão, porém, os desafios diários mostraram o quanto a equipe foi levada a driblar esse aspecto, desenvolvendo práticas, muitas vezes, mantenedoras da condição de objetivação do sujeito, como se observou nesses registros:

[...] Durante a reunião técnica surge a questão de participação dos usuários no momento de servir as refeições. Referem que isso tem gerado conflitos entre os usuários, além de outros ganhos para a usuária M., que leva comida para casa como forma de 'pagamento pelo trabalho', e por isso, vem ao CAPS todos os dias, mesmo não sendo os dias dela. Uma das técnicas lembra a dificuldade sócio-econômica de M. e diz ficar constrangida em jogar as sobras das refeições perecíveis no lixo. A gerente aponta o dilema dessas questões, conflitos entre as condutas do CAPS, "jogar fora a comida enquanto tem usuários que passam fome"(sic). [...] Observamos que isso não é consenso no grupo, posições contrárias à participação dos usuários na hora das refeições, "não vai dar certo, vai ter muita sujeira"(sic). [...] A supervisora valoriza a idéia de "retirar o usuário da posição de objeto" e solicita que o grupo reflita sobre essas condutas. A gerente propõe que os técnicos possam experimentar ajudar os usuários a servirem-se nas refeições, e que o assunto volte a ser discutido na próxima reunião (Diário de campo, 18/09/2008).

[...] a técnica comenta que proporcionou que os usuários se servissem durante o almoço, após a chegada do passeio. Diz que a experiência foi muito positiva, todos se serviram sem maiores problemas, inclusive aqueles com maior dificuldade. O mesmo foi observado pela estagiária que participou desse momento, acrescentando que alguns usuários relataram o desejo de que fosse sempre assim. Mesmo com esse relato o grupo não se pronuncia acerca da instituição dessa conduta, vão continuar experimentando esporadicamente. Percebo como algumas decisões são tomadas pelos técnicos com pouca participação dos usuários (Diário de campo, 25/09/2008).

Durante a assembléia um dos usuários sugere que cada usuário poderia ajudar lavando o seu prato, como fazem em outro CAPS que ele conhece. A administradora diz que isso não pode ser colocado como regra, se alguém quiser fazer pode, mas não é obrigado (Diário de campo, 09/10/08).

A questão da participação dos usuários na rotina do CAPS, por exemplo, na limpeza ou no hábito de servir a própria refeição, refletiu a forma como foram vistos em relação à autonomia que precisam ter em suas vidas. Não é raro os profissionais repetirem em suas condutas as estereotípias dos espaços asilares, colocando os usuários como meros espectadores do seu tratamento, aprisionando-os na cultura dos inválidos e incapazes. Contraditoriamente, esperava-se que os usuários agissem com mais autonomia na resolução de seus problemas, mas na prática, não foram envolvidos nas tomadas de decisões, no dia-a-dia do CAPS.

Vimos ainda como essas atitudes podem ser confundidas com assistencialismo, onde há um “pagamento” por aquilo que poderia ser valorizado como uma atitude de responsabilidade do usuário para com ele e com os outros que convivem naquele espaço, assim como acontece na família e na comunidade. A dificuldade sócio-econômica da população é real e precisa ser considerada, mas cabe ao serviço discutir maneiras que ajudem a população a criar formas de enfrentamento, que aumente o poder contratual dos sujeitos estimulando o reconhecimento do valor social de suas habilidades e de seu trabalho.

Algumas atividades que guardam no bojo a intenção de proporcionar a autonomia, ajudar aos usuários nas suas escolhas, podem acabar por desenvolver a institucionalização dos mesmos. Esse problema é de ordem multifatorial, ou seja, o que faz com que o usuário permaneça ‘ligado’ ao CAPS vai desde aspectos da sua condição singular de vulnerabilidade frente às tensões familiares e sociais, a maneiras como a equipe entende essa vulnerabilidade e relaciona-se com esse sujeito, favorecendo o cuidado custodial ou o cuidado emancipatório.

Entretanto, a consciência das contradições sociais permite uma leitura crítica que pode favorecer a emergência de brechas e caminhos alternativos para as novas práticas.

Durante o planejamento de uma das atividades, que já se tornou comum nos espaços de saúde, a realização de bazares com vistas à arrecadação de verbas para a instituição, observou-se como essa atitude que se justificou como benéfica para a população pela oferta de produtos a baixo custo, trouxe também, outro significado nem sempre claro para a equipe.

[...] a funcionária administrativa coloca que ainda não foi realizado nenhum Bazar esse ano e pergunta ao grupo sobre a possibilidade de realizá-lo. Diz que o dinheiro arrecadado pode ser utilizado para lanche dos usuários durante os passeios. Pergunto o que seria esse Bazar. Ela responde que é a venda de objetos doados pelos técnicos, por valores simbólicos, para arrecadar fundos para investir em atividades do CAPS. Os objetos são vendidos aos usuários e familiares. A funcionária sugere que o Bazar seja realizado no Sítio da Trindade, durante a feira de orgânicos, para atingir outro público. Alguns técnicos questionam, pois o público que frequenta a feira de orgânicos não seria o mesmo do bazar, e decidem que será mesmo realizado no CAPS (Diário de campo, 25/09/2008).

Durante a semana essa atividade foi aguardada com ansiedade por alguns usuários. Foram comunicados que os grupos seriam suspensos para que todos pudessem participar. Percebo que alguns usuários e suas famílias examinam os objetos, escolhem, compram ou reservam para apanhar depois. Outros precisam de estímulo para se aproximar. Os técnicos fazem esse papel, ajudando-os nas escolhas, sugerindo peças para eles (Diário de campo, 15/10/2008).

A atividade que se propõem a estimular a aquisição de bens de consumo, poderia também promover reflexões sobre a noção de trabalho e projetos de vida, uma vez que esses aspectos, geralmente, integram o processo de reabilitação psicossocial dos sujeitos adoecidos mentalmente. Para isso, seria fundamental articular essas ações com o espaço social.

Frazão e Arcoverde (2009, p. 293) ao pesquisarem sobre a reinserção social pelo trabalho de usuários de CAPS encontraram que a forma como a pessoa entende a importância do trabalho também pode interferir na estruturação do seu projeto de vida. Nesse sentido, o trabalho foi percebido pelos usuários a partir de uma dimensão objetiva (aquisição de bens de consumo e atividades de lazer) quanto subjetiva (dignidade, condição humana e até mesmo ao papel do usuário no contexto familiar).

Esses achados, reforçam a importância de incluir experiências que valorizam o trabalho, considerando as dimensões à ele relacionadas, no processo de cuidado oferecido no serviço, porém, numa perspectiva que contribua para a autonomia e valorização da cidadania dos usuários e familiares.

O que se observou, no entanto, foi que os usuários não foram envolvidos na organização nem no planejamento de projetos e a possibilidade de ampliar o espaço de intervenção para o meio social sucumbe à burocratização e à comodidade do fazer já instituído, resguardando para os mesmos um espaço próprio, cuja intenção de protegê-los (garantindo que só usuários e seus

familiares tenham acesso aos produtos) os mantém atrelados ao CAPS, contraditoriamente ao pretendido.

Segundo Sanduette (2007, p. 87), ao planejar e realizar projetos, “a ação enseja a reflexão sobre o realizado”. Nessa perspectiva, quando o trabalho é realizado através de projetos, ele suscita aos envolvidos certa autonomia e responsabilidade pelas soluções que precisam ser buscadas; ele transcende ao criador permanecendo na cultura, daí a importância de todos serem envolvidos nas diversas etapas de sua realização.

Estar atento à possibilidade de criação e invenção institucional continuada, cuja processualidade inventiva permitiria evitar cristalizações burocráticas nas ações profissionais, bem como mecanismos de “reificação” ideológica nas práticas cotidianas, constitui-se num desafio diário para as equipes que atuam em CAPS.

4.2.2- A participação dos familiares – co-responsabilização no processo de cuidado

Sobre a participação dos familiares nas atividades do CAPS, consonante com as diretrizes da Política de Saúde Mental, a proposta do serviço considera os familiares como co-partícipes do processo de cuidado, envolvendo-os em ações dentro e fora da instituição. De acordo com o PTCE, a família é compreendida “enquanto grupo de pessoas unidas por um mesmo objetivo sem que, necessariamente, exista um laço de consangüinidade”. Considera-se também que esta família, na maioria das vezes, encontra-se inserida num contexto social excludente, onde a ausência de políticas sociais específicas gera a precariedade das condições de vida e de trabalho, favorecendo o adoecer (CAPS ESPERANÇA, 2009).

O primeiro contato com os familiares no serviço geralmente acontece durante a triagem, quando os mesmos acompanham o usuário ao CAPS. Quando ocorre a admissão do usuário no serviço, os familiares são convidados a participar da ‘Reunião de Família’, um encontro coletivo de frequência quinzenal entre familiares, coordenado por uma Assistente Social. Esse grupo possibilita reflexões sobre as formas de cuidado e promove interação e compartilhamento das

vivências entre os participantes, constituindo um espaço de troca de conhecimento e de experiências, conforme foi percebido na fala dos familiares e nos registros de campo, particularmente das reuniões de familiares.

[...] achei muito interessante, é muito bom porque há interação entre os parentes dos doentes, e isso faz com que haja uma troca de experiência muito grande, e a gente vê o comportamento de cada um e a gente se auto-analisa durante aquele momento ali, vê as pessoas que agem certo, que agem errado entende, e isso ajuda a gente a também se posicionar quanto ao comportamento perante a pessoa que vive conosco (Bruno).

Esse tipo de intervenção com a família corrobora com os registros de Rosa (2005, p. 211), ao referir-se a experiência no Estado do Piauí. As reuniões tornam-se importantes para o familiar, pois muitas vezes são a maneira mais efetiva para tirar suas dúvidas sobre a enfermidade, o cuidado e o diálogo com os profissionais. Geralmente, os CAPS - serviços abertos e comunitários, são desafiados a “implementar práticas diferenciadas com a família, a criar novas tecnologias de abordagem e, sobretudo, a dar visibilidade e valorizar sua condição de provedora de cuidados domésticos”.

Observou-se também que a demanda dos familiares é intensa e o tempo disponibilizado para a escuta não é suficiente. Entre as questões que mais surgem no grupo apontou-se: a dificuldade para lidarem com as situações de crise vividas, com os conflitos familiares emergentes, com a culpa; o isolamento social a que ficam sujeitos, pelas dificuldades materiais da vida cotidiana, pelas complexidades do relacionamento com o doente mental, sua expectativa frustrada de cura, bem como pelo desconhecimento da doença propriamente dita.

Nessa perspectiva, a participação dos familiares é fundamental, a inclusão e valorização do que eles têm a dizer, especialmente quanto a seu próprio sofrimento e o quanto este mobiliza sua vida. Para isso, é necessário considerar sua demanda, para além da objetividade manifesta em suas queixas, geralmente centradas no sintoma do outro, do seu familiar portador de transtorno mental.

[...] quando a pessoa tá assim a gente também fica meio desorientado, a gente começa a fazer coisa errada também entendeu [...] minha mulher agora mesmo tá assim, ficou desgostosa, vive nervosa com tudo, é a convivência com ela (filha), porque ela passa 24h com ela dentro de casa (Bruno).

Os familiares iniciam falando do sofrimento de seus respectivos parentes. Também trouxeram questões relacionadas às suas próprias vidas: “eu também sou portadora de transtorno, tomo remédio controlado”(sic). Outros relataram suas dificuldades pessoais e como isso está interferindo no apoio que precisam dar ao seu familiar usuário do CAPS. A coordenadora do grupo sugeriu para cada um relatar como estão conseguindo lidar com o cuidado de seus familiares. Observou-se que passa a ocorrer uma troca de experiências, onde uns aprendem com os outros. Percebeu-se também que alguns familiares estão com muito sofrimento, precisando de ajuda, e a coordenadora se dispõe a fazer alguns encaminhamentos após a reunião (Diário de campo, 15/09/08).

O aparecimento de uma doença mental no seio de uma família pode levar a uma mudança de rotinas, um conflito de papéis. A família tem que reconstruir sua unidade, aprender a se relacionar com o parente com transtorno mental, com os serviços de saúde mental. A participação da família no tratamento do paciente exige em muitos casos, uma nova organização familiar e aquisição de habilidades que podem, num primeiro momento, modificar o cotidiano dos familiares. Mas, essa co-responsabilidade do familiar no processo de tratamento é de significativa importância, pois ele se torna um parceiro da equipe de saúde nas ações de cuidado, sendo facilitador nas ações de promoção da saúde mental e de inserção do indivíduo em seu meio ((ROSA, 2005; SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

No entanto, os técnicos observaram que para atender a demanda dos familiares há necessidade de aporte teórico na condução do grupo de famílias, como visão sistêmica ou sócio-educativa, por exemplo. Também ressaltam a importância de atendimento individual as famílias, o que só acontecia esporadicamente.

Sobre essa necessidade de capacitação para acompanhar as famílias, principalmente às de baixa renda, no ambiente terapêutico, Rosa (2005, p. 215) comenta que os profissionais podem estar pouco habituados a “entender códigos culturais, lingüísticos e comportamentais que não sejam os de sua classe social, confundindo pobreza econômica e material com pobreza cultural”. A crise psiquiátrica vivida pelo usuário apenas intensifica os dramas vividos pelas famílias, vulnerabilizadas pelo contexto de pobreza e exclusão social, e nesse momento, o grupo familiar costuma mostrar toda sua fragilidade, mas podem também aflorar capacidades que às vezes não se consegue identificar. Nessas circunstâncias, o profissional pode observar a dinâmica familiar e ajudar a encontrar saídas, se possível, junto a uma rede social com oportunidades para obter suporte.

Os familiares reconheceram que o trabalho desenvolvido no CAPS Esperança ajuda na melhora dos seus parentes, mas revelaram dificuldades de inserção social pelo estigma a que os sujeitos com adoecimento mental ficam submetidos, e vêem a permanência deles no serviço como uma possibilidade de mantê-los socialmente ativos.

[...] os familiares avaliam o atendimento no CAPS: “está tudo ótimo, ele gosta muito daqui, controlou a medicação, está mais independente, mas a comunidade o despreza, por isso, ele queria vir mais dias para o CAPS” (sic). [...] “aqui é muito bom, ela gosta muito daqui, aqui tem amigos, sente-se melhor do que em casa. Ela foi internada várias vezes e sofreu muito nos hospitais. Agora ela cuida das coisas dela, gosta dos técnicos, se alimenta bem, a comida do CAPS é boa” sic. Também propõe que ela pudesse vir mais dias ao CAPS (Diário de campo, 24/11/08).

O estigma e o preconceito relacionados à doença mental ainda estão muito presentes em nossa realidade, assim como as ações de inclusão social também são incipientes e não dão conta da demanda. Alguns familiares entenderam que seria oportuno prolongar a permanência dos usuários no serviço, já que no CAPS alguns sentem-se “melhor do que em casa”, o que é agravado pela ausência de atividades fora desse espaço.

Problematizar essas questões junto aos familiares pode ser uma estratégia importante no sentido de colaborar para a desconstrução da lógica da exclusão, criando espaços de interlocução na própria família e na comunidade para ações solidárias e geradoras de cidadania. Da mesma forma, deve-se ficar atento às possibilidades de manejo criativo dessas situações evitando a institucionalização e a centralização do cuidado no interior do serviço.

Para isso, é necessário um maior envolvimento dos familiares em outras ações, dentro e principalmente fora do CAPS, inclusive o atendimento individualizado do núcleo familiar, como proposto no PTCE, pois o mesmo tem sido pouco explorado pela equipe do CAPS, como observou-se na fala da profissional.

[...] tem a reunião de família, um ou outro tem um encontro com o técnico de referência, mas não é uma coisa sistemática, é outra falha da gente, não existe um estímulo para que a família participe das atividades de outro tipo. Só quando tem festa, e olhe lá, que ainda assim é com limite, porque tem de tá de olho no gasto, porque não vai dar, não sei o quê. Então são muitos limites que a gente acaba colocando pra essa família entrar aqui (Cláudia).

De forma semelhante aos achados de Tavares e Souza (2009), constatou-se que transformar os familiares em aliados do tratamento nesse novo modelo de atenção - que não retira o usuário de seu contexto, que se organiza pela instituição da liberdade e pela relação horizontalizada, onde todos (família, usuários, trabalhadores e comunidade) partilham é um problema não superado pela equipe do CAPS Esperança.

Para as autoras acima citadas, “às famílias, não cabe mais acatar as regras, mas sim aliar-se ao tratamento e aos profissionais não cabe mais ditar as regras, mas construir estratégias de participação familiar no tratamento” (TAVARES; SOUZA, 2009, p. 258). De forma que, não se encontram na estrutura social e na política da atenção à Saúde Mental elementos facilitadores desse processo, os quais são denunciadores da contradição que emerge desse novo modelo.

O relatório da avaliação do serviço, realizado em dezembro de 2008, evidenciou alguns dos aspectos aqui discutidos em relação às atividades terapêuticas. O trabalho em equipe, a supervisão institucional, a articulação com a rede de equipamentos sociais e de saúde do Distrito foram apontados como pontos positivos do trabalho desenvolvido pelo CAPS.

Como entraves e problemas na execução de seu projeto institucional, entre outras questões, foram relacionados muitos grupos de fala e reflexão e poucas atividades práticas que favoreçam a experimentação de atividades cotidianas; dificuldades de definir o momento da alta por alguns técnicos; falta de sistematização no atendimento individual aos usuários pelo TR; pouco espaço destinado ao atendimento do núcleo familiar; coordenação de grupos realizada apenas por um técnico; dificuldade de organização do transporte e dos horários dos técnicos para realizar as visitas domiciliares e passeios terapêuticos. Mais especificamente em relação às ações de inclusão social, os técnicos referiram: a falta de profissionais na modalidade não-intensiva; longa permanência de alguns usuários na modalidade não-intensiva; reunião de família coordenada por técnicos que desconhecem os casos do não intensivo; ausência de outras estratégias de cuidado (oficinas terapêuticas, projeto de geração de renda, centros de convivência) e de inclusão social (atividades comunitárias) e número reduzido de articulações com o restante da rede, como as principais dificuldades no funcionamento do serviço.

Esses aspectos da articulação sócio-comunitária constituíram-se na terceira categoria de análise, apresentada a seguir.

4.3- Função Avançada e Intersetorialidade – tecendo a rede de atenção psicossocial no território

Nessa terceira categoria analítica prevaleceu a percepção dos profissionais do serviço, provavelmente devido ao fato de existir um movimento maior dos técnicos no sentido de buscar articular as ações do serviço com o território. Contudo, nos registros de campo se identificou participações de familiares e usuários nessas ações, de forma que se procurou contemplá-las no conjunto dos conteúdos analisados.

O CAPS também atua através de ações preventivas que se realizam em parceria com o PSF, PACS, Unidades de Referência (UR), serviços oferecidos pela rede e recursos oferecidos pelas comunidades (território), com o objetivo de identificar as situações de risco de crise e agir sobre as mesmas em caráter preventivo, inserindo o usuário nas diferentes instâncias sociais.

A atuação fundamenta-se na lógica da desinstitucionalização, visando desmistificar o transtorno mental e ampliar os conceitos de saúde, doença e tratamento, para que a promoção à saúde contemple questões relacionadas à saúde mental. Neste sentido, o usuário, sua família e a comunidade, tendo como base o dever do Estado, são atores fundamentais na construção coletiva do processo de reabilitação (CAPS ESPERANÇA, 2009).

Fortalecer o processo de co-responsabilização do cuidado aos usuários, pela rede de atenção intersetorial existente no território exigiu do CAPS uma série de atividades extra-muros. Buscou-se a definição de condutas norteadas pela intersetorialidade demandada pela complexidade dos casos e foram operacionalizados contatos que visaram: discussão de casos, encaminhamentos, atendimento conjunto com técnicos de outros serviços e setores que prestaram assistência à população, como a Assistência Social, Justiça, Educação, Saúde, Cultura, entre outros.

O município de Recife adotou a estratégia de uma mini-equipe chamada de Equipe de Ação Avançada (EAA), para dar suporte às ações de saúde mental no território. No caso do DS III, onde localiza-se o CAPS Esperança, essa equipe é composta de três profissionais (uma psiquiatra e duas psicólogas) que são responsáveis pelo acompanhamento dessas ações de forma articulada envolvendo os três CAPS do distrito.

Durante as reuniões de equipe e supervisão que aconteceram no CAPS se observou a discussão e programação de ações entre a EAA e a equipe do serviço, conforme o registro de campo:

Alguns casos estavam sendo discutidos e algumas visitas a domicílio que seriam realizadas nesse dia. Também estavam presentes duas técnicas da EAA, que fazem o monitoramento dos casos na comunidade, junto com o PSF. Relataram a importância do acolhimento, da escuta ampliada, fizeram associação com o que foi abordado na supervisão clínica. Pareceu-me um trabalho integrado às necessidades da comunidade, às particularidades dos sujeitos e suas famílias e possíveis encaminhamentos nessa realidade (Diário de campo, 09/09/08).

Existem atividades no domicílio que são da responsabilidade da equipe técnica do CAPS e outras que são da EAA. Quando o usuário já está vinculado ao serviço cabe ao TR e outros profissionais a visita domiciliar, quando necessária. Quando a demanda é do PSF ou da comunidade, a EAA é quem visita.

Na percepção dos profissionais do serviço a realização dessas atividades tem deixado a desejar. Relatam que falta um projeto que dê sustentação às ações intersetoriais, e dessa forma, o CAPS tem apresentado muitas dificuldades para dar conta dessa intersetorialidade, como observou-se nas seguintes falas:

[...] a questão das atividades de inclusão social que a gente tá zerado, a gente não tem, apesar de todo o esforço de botar o pé para fora mas parece que tem um ímã puxando pra dentro, [...] a questão do não intensivo que eu acho um ponto, um tema pra ser mais explorado no CAPS, porque não está funcionando, precisa de mais apoio, precisa de mais reforço para poder funcionar melhor. [...] às vezes a gente faz algumas articulações, mas não existe um projeto mesmo que invista nisso. [...] participa de algumas reuniões de rede, que é o CRAS que organiza e é uma oportunidade muito boa que a gente tá tendo, que está acompanhando, tá as representantes desde as unidades de saúde até as ONGs, grupos da comunidade organizada (Cláudia).

[...] então eu acho que a gente precisa estar articulando cada vez mais com a rede, não só com a rede de saúde, mas de uma forma geral, a educação, lazer, esporte, entre outras

coisas. Eu acho que a gente tem deixado muito a desejar, mas por conta de uma demanda grande, interna, uma equipe bastante enxuta, então, eu acho que a gente ainda deixa a desejar...É o que a gente chama da ação avançada do CAPS, no território, não apenas com aquelas pessoas que estão conosco, mas que fazem parte da nossa abrangência de atuação (Cristina).

A demanda por ações no interior do serviço foi apontada como fator que dificultou a saída dos profissionais para acompanhar as ações no território. Além disso, observou-se que nem todos os profissionais se vêm atuando na função avançada, como colocado no seguinte trecho da entrevista da profissional:

[...] eu posso até fazer algumas visitas aos usuários que eu sou TR, mas eu não preciso sair daqui pra outro lugar pra ver que alguém mudou em alguma coisa, eu acho que aqui mesmo a gente tá vendo isso no dia-a-dia. Essa mudança, através da fala, das expressões, das mudanças que às vezes acontecem com eles aqui. Então eu acho assim, não necessariamente, eu preciso ir lá pra ver....Até mesmo porque eu tenho pavor dessa história, assim, de precisar sair, ir lá ver. [...] Eu vejo assim, que há um esforço para que isso aconteça, mas às vezes eu vejo também que existem bloqueios, que não é nem da pessoa, assim da própria pessoa mesmo, não é porque a pessoa tem má vontade, às vezes é um bloqueio...como a gente fala da singularidade do usuário, a gente também tem nossa singularidade (Célia).

Apesar de o CAPS já ter sido criado a partir de princípios e diretrizes que o colocam como articulador de uma rede de estratégias psicossociais voltadas para o território, a concretização dessa prática não se institui facilmente. A construção das práticas cotidianas e novos arranjos sociais e institucionais em saúde é muitas vezes, marcada por conflitos e contradições. Exige dos profissionais flexibilidade e determinação na busca de várias soluções, a partir das demandas singulares dos usuários. O que cada profissional consegue construir articulando soluções no contexto sócio-cultural dos sujeitos, contribui para transformar os encontros em práticas mais humanizadas (DELFINI et al., 2009).

Catalisar soluções no espaço social e interstitucional foi mais um desafio enfrentado pelos profissionais do CAPS. Os entraves apontados disseram respeito à capacidade das instituições de receber e lidar de forma inclusiva com as necessidades dos usuários dos serviços de Saúde Mental, assim como, a condição de acompanhamento desses usuários pelos técnicos do serviço, conforme se observou nos registros a seguir:

[...] a impressão que dá é que existe um boicote em relação aos usuários que a gente encaminha porque eles nunca conseguem a vaga. E o pior é que quando eles

conseguem, eles não acompanham, a gente não consegue monitorar, e é o que mais a escola pede, que a gente monitore junto com o professor pra estar minimizando as dificuldades que vão ocorrer (Cláudia).

[...] a técnica diz que o usuário compõe músicas (repers) e que são de conteúdo significativo, coerentes e atuais. Outros técnicos concordam que o usuário tem essa habilidade para trabalhar com música. Discute-se a possibilidade de encaminhá-lo para algum projeto social onde esse conteúdo possa ser aproveitado e valorizado. Pergunto se o CAPS faz articulações com outras Secretarias municipais, projetos de inclusão social. Falam que já tentaram encaminhá-lo para cursos profissionalizantes mas não foi possível devido à ausência de documentos. A assistente social diz que tem de haver possibilidades de inclusão dessa clientela com as peculiaridades que lhes são cabidas, pois esse ingresso formal vai inviabilizar a participação deles (Diário de campo, 08/10/08).

Na dinâmica do serviço foi comum a realização de ações conjuntas, envolvendo a participação de técnicos do CAPS e da EAA, como pode-se verificar no seguinte exemplo :

[...] sobre o papel do CAPS nessa situação de negação ao tratamento pelo usuário. Como ela (usuária) não está agressiva, a polícia não vai atender a solicitação da família para uma remoção até a emergência psiquiátrica, nem o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) também. Seria caso para isso? Um dos técnicos argumenta que cabe à família esse papel. A técnica que está acompanhando o caso relata a fragilidade dos familiares, a irmã é doente e saiu de casa para evitar conflito com a usuária. O irmão trabalha e só chega em casa à noite, ela está ficando só. “Insisto que esse não é o papel do CAPS, deve-se fazer um relatório e enviar ao PSF” (sic). Outra profissional lembra que a usuária chegou a ser admitida no CAPS, mas não aderiu, só veio uma vez, tomou medicação e interrompeu em seguida. Acrescenta que essas situações são da responsabilidade de todos os serviços do território e às vezes, se situam num lugar que ela chama “terra de ninguém”(sic). Ela acha que não é caso de internamento, que não adiantaria chamar a polícia nem o SAMU. A técnica da Ação Avançada sugere orientar os familiares sobre algumas condutas e se dispõe a colaborar (Diário de campo, 25/09/08).

Lidar com situações como essa, que exigem dos técnicos estratégias não convencionais de abordagem, se constituiu numa inquietante experiência no cotidiano do serviço, com momentos de conflito entre os técnicos. A lógica técnico-assistencial ainda em vigor na maioria das instituições de saúde, insentaria provavelmente o CAPS da responsabilidade de agir junto a essa usuária e sua família, já que a mesma encontrava-se no seu espaço domiciliar e negava-se a procurar o tratamento. Vimos que, apesar de existirem ambivalências na equipe com relação à responsabilização com essa usuária, prevaleceu a adoção de medidas conjuntas com a EAA, PSF, familiares, embora tenha-se reconhecido os limites institucionais diante das demandas, como a dificuldade de remoção dos usuários em situação de crise até o serviço de emergência psiquiátrica, por exemplo.

Nesse contexto, concordou-se com Ayres (2004, p. 26) quando o autor afirma que, o que cada profissional de saúde conseguir disseminar de seu fazer interdisciplinar, intersetorial, já é um avanço em relação à pluralidade de soluções possíveis, considerando a singularidade dos casos, ampliando assim as possibilidades de transformação da prática.

A articulação com outros equipamentos da rede de saúde e comunitária é essencial para a integralidade da atenção. A ampliação das possibilidades de cuidado pressupõe uma pluralidade de saberes e soluções variadas, cujas possibilidades terapêuticas incluem soluções para o manejo de situações, vinculados a situações existenciais, como mais uma alternativa inscrita entre mudanças que podem humanizar as práticas assistenciais (AYRES, 2001; PINHEIRO; GUIZARD, 2008).

Outro exemplo da função avançada do CAPS, diz respeito ao acompanhamento dos usuários egressos de hospitais de longa permanência que estão no Programa de Volta Para Casa ou morando em Residências Terapêuticas (RT), ambas estratégias de desinstitucionalização implementadas pelo MS (BRASIL, 2003). Durante a visita a um usuário egresso de hospital de longa permanência observou-se como esse acompanhamento vem acontecendo no cotidiano do serviço:

[...] seguimos para a residência de um usuário egresso de 26 anos de internação em um hospital de longa permanência, e que mora com a família em bairro da área de abrangência do CAPS, sem cobertura de PSF. A técnica comenta que se trata de usuário que não tem comparecido ao CAPS, apenas o pai vai apanhar a medicação quinzenalmente. Encontramos o usuário sentado na sala, fumando, na presença da mãe e a técnica o aborda dizendo sentir a falta dele no CAPS. Ele diz que não sai de casa, fica ouvindo música e assistindo TV. A mãe, também usuária de outro CAPS diz que ele não ajuda em casa. Estimulamos para que ele ajudasse ao pai, pois é o único que faz o trabalho doméstico. Não deseja sair da casa, nem para ir ao CAPS pegar os remédios. [...] Acordamos a ida ao CAPS para consulta com o médico (Diário de campo, 24/09/08).

Essa ação ampliada de cuidado envolvendo a responsabilização com as pessoas com história de transtornos mentais moradores no território vem sendo desenvolvida com muitas dificuldades pela equipe do CAPS. Embora se reconheça a necessidade, questões de ordem operacional, como o transporte para a realização das visitas e o número de técnicos no CAPS para tantas funções, comprometem a realização de atividades na comunidade e no domicílio dos usuários.

O suporte técnico às RT é outra ação que cabe a equipe do CAPS, através de abordagens individuais e grupais, utilizando técnicas do acompanhamento terapêutico e grupo operativo. As RT são alternativas de cuidado, substitutivas à internação hospitalar, para pessoas com transtornos mentais, dependentes institucionais e sem vínculos sociais ou familiares que viabilizem sua inserção social. Esses serviços são coordenados por um técnico de nível superior, com o apoio da equipe do CAPS. Cabe ao técnico, junto com os moradores, planejar as atividades internas, externas e os Projetos Terapêuticos Singulares.

No caso da RT do DS III, a técnica que a coordena faz parte da equipe do CAPS Esperança. Durante as reuniões técnicas da equipe se observou alguns relatos de como essa articulação aconteceu, do efeito e repercussões de interações positivas entre os serviços, e de como o trabalho foi reconhecido.

Durante a reunião de avaliação com os cuidadores das RT foi afirmado que, em outros Distritos os técnicos das RT ficam sós para responder por tudo, “aqui não, a equipe se envolve e responde pela RT também” (sic) (Diário de campo, 11/09/08).

A médica da equipe de desospitalização do Hospital José Alberto Maia procurou o CAPS para falar sobre dois casos da área do DS III, referência do CAPS Esperança, no sentido de construir estratégias de articulação com as famílias para facilitar o retorno dos pacientes às suas casas (Diário de campo 1/12/08).

A própria equipe avaliou como positivos os contatos com as equipes do PSF que acompanham os usuários admitidos no CAPS, assim como a articulação com outros serviços (EAA, Conselho Tutelar, equipe do Hospital Ulysses Pernambucano). Porém, apontaram que o CAPS nem sempre fez a contra-referência no encaminhamento dos usuários para o PSF após a alta do CAPS, o que representou um dos entraves no funcionamento do serviço. Outras questões como, dificuldades de integração com o ambulatório além do número reduzido de profissionais especializados nesse serviço e poucas ações na comunidade também foram relatadas como impedições ao bom funcionamento do CAPS.

De uma maneira geral as fragilidades observadas no funcionamento do CAPS Esperança encontraram-se consonantes às de outros CAPS, como nos do município de Campinas, verificado nos estudos de Onocko-Campos (2009). Entre essas fragilidades destacaram-se: práticas que ainda mantêm o usuário como objeto das intervenções; pouco aprofundamento do grau de

democratização das instituições públicas e das parceiras na rede e o isolamento do CAPS com relação à rede.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

[...] não há amanhã sem projeto, sem sonho, sem utopia, sem esperança, sem o trabalho de criação e desenvolvimento de possibilidades que viabilizem a sua concretização. É neste sentido que tenho dito em diferentes ocasiões que sou esperançoso não por teimosia, mas por imperativo existencial.

Paulo Freire

Considerando os objetivos do estudo, apontam-se as seguintes considerações finais:

- A interface entre as ações de cuidado desenvolvidas no CAPS Esperança e os discursos dos sujeitos envolvidos no serviço revelou consonâncias e divergências em relação ao modelo psicossocial, movimento característico do processo de transformação do modelo assistencial.
- De forma consonante aos pressupostos do modelo psicossocial verificou-se que na visão dos usuários, o serviço promoveu ações que contribuiriam para uma mudança acerca da compreensão do sofrimento oriundo da doença mental como manifestações transitórias em suas vidas, que precisam de cuidado, mas que são passíveis de recuperação. A noção de saúde foi vista como um processo contínuo de cuidado consigo mesmo, considerando as várias dimensões e necessidades dos sujeitos (autonomia, liberdade, alimentação, higiene e tratamento, inclusive medicamentoso) e se mostrou vinculada à capacidade de liberdade interior, ou seja, à condição do sujeito escolher coerente e deliberadamente o seu modo de agir e implicar-se nas possibilidades de cuidado. Nesse sentido, as estratégias terapêuticas ganham sentido a partir da singularidade das experiências existenciais.
- Para os familiares, o cuidado mostrou-se relacionado às possibilidades de intervenção psicossocial, a partir do trabalho em equipe, articulado com a família e o meio social. Os familiares valorizaram e participaram das atividades no serviço, reconhecendo que o cuidado lá desenvolvido ajudou na recuperação de seus parentes em tratamento. No entanto, diferentemente da concepção preconizada pelo modelo psicossocial, a compreensão preponderante acerca da doença mental foi a de algo definitivo na vida de seus parentes, que vai se cristalizando à medida que qualquer atitude diferente do usuário é percebida como doença e que compromete a identidade social dos mesmos.
- O CAPS, como um local de práticas humanizadas, foi a percepção dos profissionais sobre o serviço, e o vínculo entre seus atores (profissionais, usuários e familiares) e a comunidade foi considerada a mola propulsora do cuidado na perspectiva da integralidade

da atenção. Observou-se que o cuidado no CAPS, na percepção dos técnicos, não considerou apenas a remissão de sintomas, mas uma perspectiva mais ampliada sobre o sujeito e suas necessidades de re(composição) de laços sociais, que envolveu a participação de familiares e da própria comunidade, consonante ao que se preconiza no modelo psicossocial. Essas experiências também serviram como campo de observações e de práticas para vários estudantes em processo de formação, de forma que, o serviço se expôs à fertilidade de novas idéias e à críticas ao saber e ao fazer instituídos. Entretanto, contraditoriamente, constatou-se também, atitudes de cuidado ainda relacionadas ao controle e à manutenção de usuários e familiares numa posição de objeto, própria das intervenções dos modelos tradicionais custodiais.

- As articulações com a rede de saúde e sócio-comunitária representaram um grande desafio para o serviço. As ações desenvolvidas, embora insuficientes, demonstraram o esforço contínuo da equipe para atingir o propósito de função avançada do CAPS. A demanda por ações no interior do CAPS, o fato de que nem todos os profissionais se vêem atuando na função avançada, a dificuldade de outras instituições em receber e lidar de forma inclusiva com os usuários foram fatores que prejudicaram a intersetorialidade e a efetivação da rede de atenção psicossocial, na visão dos técnicos do serviço.
- A análise das percepções, das relações e do contexto a respeito do cuidado evidenciou várias fragilidades que foram apresentadas principalmente pelos profissionais, que interferiram na integralidade das ações e na execução do projeto técnico do CAPS: as práticas que não estimulam a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, mantendo-os numa relação de objeto das intervenções técnicas; falta capacitação continuada para os profissionais; falta integração entre os equipamentos sócio-comunitários e de saúde e, por consequência, o isolamento e a centralização do cuidado no CAPS, que pode levar à repetição do modelo que se quer desconstruir.
- Considerou-se como limite metodológico o fato de que esse estudo não se propõe a reproduzir a realidade do serviço, mas apresentá-la de maneira aproximada, considerando que a realidade torna-se acessível através de diferentes perspectivas sobre os fenômenos.

Da mesma forma, não foi possível generalizar esses resultados, apesar de haverem semelhanças entre esses achados e o de outros estudos.

RECOMENDAÇÕES

A sustentação da reforma da assistência à Saúde Mental implica em investimentos técnico, político, científico e ético. Desta forma, para a construção do cuidado, tão importante quanto investir na reflexão e transformação relativas às características das interações interpessoais nos atos assistenciais, é debruçar-se, cada vez mais, sobre as raízes e significados biopsicossociais das diferentes formas de adoecer mentalmente, em sua condição de obstáculos coletivamente postos ao bem estar humano e, de forma articulada, das tecnologias e serviços disponíveis para sua superação.

A apropriação do campo teórico-conceitual da reforma do modelo de atenção à saúde e sua repercussão na atenção à Saúde Mental ainda é incipiente, inclusive no processo atual de formação dos profissionais. Desta forma, a relação ensino-serviço construída consonante aos princípios da humanização e integralidade das ações deve ser uma premissa básica de responsabilização pela busca das melhorias necessárias ao SUS, mais especificamente, em relação a atenção à Saúde Mental. Nesse sentido, a supervisão institucional também tem participação significativa no estímulo da reflexão dos referenciais clínicos, políticos e éticos que embasam as ações referendadas pela política de Saúde Mental, por isso, merece ser fortalecida na dinâmica de organização dos serviços.

Destacou-se por fim, a necessidade de aprofundamento das questões levantadas, ampliando a discussão para o contexto da atenção à Saúde Mental do município e do Estado, numa responsabilização compartilhada de gestores, trabalhadores, usuários, instituições de ensino, pela construção de um sistema de saúde eficiente, que resgate a tradição histórica de nosso Estado. Quem sabe, um resgate movido pelo ideário e realizações de enfoque psicossocial de Ulysses Pernambucano, tão atuais ainda hoje, nos fortaleça no desafio diário da construção da integralidade e humanização das práticas de Saúde Mental.

REFERÊNCIAS:

- ALMEIDA, P. F. O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços em saúde mental: um estudo de caso do Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa/RJ. 2002. 137 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 299-316, jul/dez 2006.
- AMARAL, M. A. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 288-295, 1997.
- AMARANTE, P. **O Homen e a Serpente. Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- _____. (Org.). **Psiquiatria Social e reforma psiquiátrica**. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
- _____. (Coord.). **Loucos pela Vida. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- AMARANTE, P.; CARVALHO, A. L. Avaliação de qualidade dos novos serviços de Saúde Mental: em busca de novos parâmetros. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 52, p. 74-82, 1996.
- ANDREOLI, S. B. et al. Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 836-844, 2004.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 117-120, fev. 2000.
- _____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, p. 63-72, 2001.
- _____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas em saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.13, p.16-29, 2004.
- _____. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 11-23, 2009.
- BALLARIM, M. L. G. S.; CARVALHO, F. B.; FERIGATO, S. H. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 218-224, 2009.

BANDEIRA, M. Reinserção de doentes mentais na comunidade: fatores determinantes das rehospitalizações. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 491-8, 1993.

BANDEIRA, M. et al. Escalas da OMS de avaliação da satisfação e da sobrecarga em serviços de saúde mental: qualidades psicométricas da versão brasileira. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 6, p. 233-244, 1999.

_____. Escalas brasileiras de avaliação da satisfação (SATIS-BR) e da sobrecarga (IMPACTO-BR) da equipe técnica em serviços de saúde mental. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 4, p. 105-115, 2000.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3ª ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BASTOS, O. Esboço de Comunidade Terapêutica em unidade psiquiátrica de um hospital universitário. **Neurobiologia**, Recife, v. 27, n. 1, p. 57-71, 1964.

_____. Reflexões acerca da equipe psiquiátrica e peculiaridades de sua composição. **Neurobiologia**, Recife, v. 39, n. 2, p. 103-110, 1976.

_____. **História da Psiquiatria em Pernambuco e outras Histórias**. São Paulo: Lemos Editorial, 2002. p. 326

_____. Ciência e Ética em Psiquiatria. **Neurobiologia**, Recife, v. 72, n. 1, p. 11-16, 2009.

BERLINCK, M. T. La reforma psiquiátrica brasileña: perspectivas y problemas. **Salud Mental**, México, v. 32, n. 4, p. 265-267, Jul-Ago, 2009.

BIRMAN, J.; BEZERRA Jr., B. Saúde Mental. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (Org.). **Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80**.ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 1998. p. 41-72.

BORGES, C.F.; BAPTISTA, T.W.F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 456-468, fev., 2008.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde?. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.1, p. 150-153, 2007.

BRASIL. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Manual do Programa De Volta para Casa**. Brasília, DF, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2004**. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

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

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

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 5**, ano III, nº 5. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2008. Disponível em: <www.saude.gov.br> e <www.saude.gov.br/bvs/saudemental>. Acesso em: 11 fev 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 6**, ano IV, nº 6. Informativo eletrônico. Brasília: junho de 2009a. Disponível em: <www.saude.gov.br> e <www.saude.gov.br/bvs/saudemental>. Acesso em: 6 jul 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – N° CAPS por tipo e UF**. Brasília: outubro de 2009b. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/capsporuf.pdf>>. Acesso em: 1 dez 2009.

CAMPOS, F. C. B. **O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos**. 2000. 177 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface (Botucatu)**. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 398 - 400, 2005.

CAMPOS, G. W. S. Produção de conhecimento, avaliação de políticas públicas em saúde mental: notas reflexivas. In: ONOCKO-CAMPOS, R. et al (Org). **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental – Desenho participativo e efeitos da narratividade**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 97-102.

CAPS ESPERANÇA. **Projeto Técnico do CAPS Esperança**. Recife, 2009.

CARVALHO, A. M. T.; AMARANTE, P. Forças, Diferenças e Loucura: pensando para além do princípio da clínica. In: AMARANTE, P. (Org). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 41-52.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1991.

COELHO FILHO, H. **A Psiquiatria no país do açúcar**. 2ª ed. João Pessoa: União, 1983.

COLVERO, L.A.; IDE, C.A.C.; ROLIM, M.A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 197-205, 2004.

COSTA, J.F. **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 141-168.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 13-44.

COUTO, G. et al. A experiência de Pernambuco na área de reabilitação psicossocial. In: PITTA A. (Org). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001.

DELFINI, P.S.S. et al. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio na construção de um novo saber. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1483-1492, 2009.

DESLANDES, S. F. Notas sobre a contribuição da sociologia compreensiva aos métodos qualitativos de avaliação. In: ONOCKO CAMPOS, R. et al (Org). **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental – Desenho participativo e efeitos da narratividade**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 68-77.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1992.

_____. **História da loucura**. 3ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1993.

FRAZÃO, I. S; ARCOVERDE, A. C. B. Reinserção social pelo trabalho no campo da saúde mental: com a palavra, o usuário. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 82, p. 283-289, maio/ago. 2009.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 6ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1999.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – 2003**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 09 jan. 2006.

LEMOS, J.M. Saúde mental em Pernambuco: reforma psiquiátrica. **Neurobiologia**, v. 62, n. 1, p. 31-34, 1999.

LIBÉRIO, M. **Estudo de Satisfação com os CAPS da Cidade do Rio de Janeiro: ouvindo seus atores principais**. 1999. f. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

LIMA, E. A. Oficinas, Laboratórios, Ateliês, Grupos de Atividades: Dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In: COSTA, C. M. e FIGUEIREDO, A. C. **Oficinas terapêuticas em saúde mental - sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004, p. 59 - 81.

LIMA, M. C.; BOTEGA, N. J. Hospital-dia: para quem e para quê? **Rev Bras Psiquiatr**, v. 23, n. 4, p. 195-199, 2001.

KODA, M. Y. **Da negação do manicômio a construção de um modelo substitutivo: o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial**. 2002. 186f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set-out, 2004.

MARI, J. J. Não há Saúde sem Saúde Mental. *Psiquiatria Hoje*. Jornal da Associação Brasileira de Psiquiatria, Rio de Janeiro, ano XXX, n. 5, p. 4-5, 2008.

MEDEIROS, T. Psiquiatria e Nordeste: um olhar sobre a história. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, n. 3, set. 1999. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 jun. 2009.

MELO, W. Ulysses Pernambucano: o enamorado da liberdade. In: JACÓ-VILELA, A. M., JABUR, F., RODRIGUES, H. B. C. (Org). **Clio-psyché: histórias da psicologia no Brasil**. Rio de Janeiro: UERJ, NAPE, 1999. Disponível em:
<<http://www.cliopsyche.uerj.br/livros/cliol1/livrocliol1.htm>>. Acesso em: 15 jun. 2009.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MERHY, E. E. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público**. São Paulo: Xamã, 1998, p. 1-13.

MERHY E.E.; FRANCO T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set./dez. 2003.

MIELKE, F. B. et al. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, p. 159-164, 2009.

MINAYO M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO M.C.S. e DESLANDES, S. F. **Caminhos do pensamento: Epistemologia e Método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MIRANDA-SÁ JR, L. S. Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 156-158, 2007.

NASCIMENTO, B. M. M. **A Escola de Psiquiatria do Recife: fundação e 1ª sucessão - de Ulysses Pernambucano a José Lucena.** 2007. 230 f. Dissertação (Mestrado em Neuropsiquiatria) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

ODA, A. M. G. R.; PICCININI, W.; DALGALARRONDO, P.; Juliano Moreira (1873–1933): Founder of Scientific Psychiatry in Brazil. **Am J Psychiatry**, v. 162, n. 4, p. 666, April 2005.

OLIVEIRA, J. R. **Políticas públicas de saúde mental e reforma psiquiátrica em Pernambuco (1991-2001).** 2008. 148 f. Dissertação (Mestrado em História) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

ONOCKO-CAMPOS, R.; FURTADO, J. P. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para as práticas nos novos serviços. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v.8, n.1, p. 109-122, 2005.

_____. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação de rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.5, p. 1053-1062, 2006.

ONOCKO-CAMPOS, R. Pesquisa avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, jan.-abr. 2009. Disponível em: <http://www.cbsm.org.br/artigos/artigos/23_Rosana_Onocko.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2009.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

PEREIRA, M.E.C. Ulysses Pernambucano e a questão da “Higiene mental”. **Rev. Latinoam. Psicop. Fund.**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 123-129, 2005.

PINHEIRO, R.; GUIZARD, F. L. Cuidado e Integralidade: por uma Genealogia de Saberes e Práticas no Cotidiano. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. (Org.). **Cuidado: as Fronteiras da Integralidade.** Rio de Janeiro: CEPES/UERJ, ABRASCO, 2008. p. 23-38.

PITTA, A. M. F. Os Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação? **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 12, p. 647-654, 1994.

_____. Qualidade de serviços de saúde mental: desafios para a epidemiologia. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 6, p. 313-321, 1996.

_____. Caracterização da população atendida em um ambulatório de saúde mental no município de São Paulo durante uma semana típica. In: VENANCIO, A.T.; LEAL, E.M. e DELGADO, P. G. (Orgs). **O campo da Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: Te Corá. 1997. p. 375-403.

PITTA, A. et al.. Determinantes da qualidade de serviços de saúde mental em municípios brasileiros – Estudo da satisfação com os resultados das atividades desenvolvidas por pacientes, familiares e trabalhadores dos serviços. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 44, n.9, p. 441-452, 1995.

PRINCE et al. No health without mental health. **The Lancet**, v. 370, n. 9590, p. 859 - 877, September, 2007.

RAUTER, C. Oficinas para Quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade**. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 267-277.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

RODRIGUES, C. R.; FIGUEIREDO, M. A. C. Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 8, n. 1, p. 117-125, Apr. 2003.

ROSA, L. C. S. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 205-218, dez. 2005.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-59.

SANDUVETTE, V. Sobre Como e Por Que Construir, (Re)Construir e Avaliar Projetos Terapêuticos nos Centros de Atenção Psicossocial. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 83-100, 2007.

SARACENO, B. Libertando Identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Té Corá, 1999

SARACENO, B.; FRATTURA L.; BERTOLOTE, J. M. Evaluation of psychiatric services: hard and soft indicators. In: WHO. **Innovative approaches in service evaluation** (Doc: WHO/MNH/MND/93.19). Geneva, WHO, 1993.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, Mar. 2008.

SILVA FILHO, J. F. et al. Avaliação de qualidade de serviços de saúde mental no Município de Niterói – RJ – A satisfação dos usuários como critério avaliador. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 45, n.7, p. 393-402, 1996.

TAVARES, R.C.; SOUSA, S.M.G. Os Centros de Atenção Psicossocial e as possibilidades de inovação das práticas em Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 82, p. 252-263, maio/ago., 2009.

TENÓRIO F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciência, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

TENÓRIO, F.; ROCHA, E. C. A psicopatologia como elemento da atenção psicossocial. In: SILVA FILHO, J. F. (Org.) **Psicopatologia hoje**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2007. p. 103-118.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M.L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, 2002.

VASCONCELOS, E. Avaliação de serviços no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica: revisão de metodologias e estratégias de pesquisa. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 189-197, 1995.

WETZEL, C. **Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo**. 2005. 290 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

WORLD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH. 2007. Disponível em:
<<http://www.wfmh.org/00WorldMentalHealthDay.htm>>. Acesso em: 19/09/2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO-AIMS Report On Mental Health System in Brasil**. WHO and Ministry of Health, Brasília, Brasil, 2007.

YASUI, S. CAPS: estratégia de produção de cuidado e de bons encontros. In: PINHEIRO, R. et al (Org). **Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007. p. 155-167.

APÊNDICE A – Artigo e revisão

ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL EM PERNAMBUCO: PERSPECTIVA HISTÓRICA E ATUAL

MENTAL HEALTH IN PERNAMBUCO: HISTORICAL AND CURRENT POSITION

Vera Lúcia Dutra Facundes¹, Othon Bastos², Maria Gorete Lucena de Vasconcelos³, Ivo de Andrade Lima Filho⁴

RESUMO :

O fim do século XIX e o início do século XX esteve marcado pela institucionalização dos alienados e por denúncias de maus tratos nos hospitais psiquiátricos. A reforma da Assistência a Psicopatas de Pernambuco implementada por Ulysses Pernambucano, a partir dos anos 30 do século passado trouxe mudanças importantes no cenário da saúde mental da época. Apesar do avanço de suas idéias elas não se constituíram em modelo hegemônico assistencial. Todavia, permanecem atuais sendo parte constituinte das diretrizes nacionais da atenção à saúde mental. Através de revisão da literatura analisamos o redirecionamento da assistência em saúde mental em Pernambuco, a partir da década de 90 do século XX. O estudo mostra que houve redução progressiva dos leitos psiquiátricos e implantação de uma rede de serviços extra-hospitalares, estando a maioria desses serviços concentrados na região metropolitana do Recife. Consideramos que a expansão da rede de serviços substitutivos ainda é insuficiente, assim como as ações que visam à reabilitação psicossocial dos pacientes. Faz-se necessário um maior investimento e uma participação mais efetiva dos diversos setores políticos e técnico-assistenciais responsáveis pela construção de um sistema de saúde eficiente, que resgate a tradição histórica de nosso Estado.

Descritores: Políticas Públicas de Saúde, Serviços de Saúde Mental, Desinstitucionalização

SUMMARY:

The end of 19th and the beginning of 20th centuries were marked by the mentally ill “institutionalization” in establishments like “Asylums”. The reformation of Mental Health Assistance in Pernambuco took place in the fourth decade of the 20th century, by Ulysses Pernambucano and brought very important changes in that policy. Although the advance of his ideas and works, they were not accepted as an hegemonic model. However, they still belong to the current mental health policies. Since the “nineties” (20th century), there was gradually a reduction of the psychiatric beds and creation of a net of extra-hospital services. The great majority of these services were concentrated in the metropolitan region of Recife. The expansion of this net is still insufficient, which make more difficult patients’ psychosocial rehabilitation. The mental health assistance in our State needs more investments of the authorities, in agreement with its psychiatric history.

Uniterms: Health Public Police, Mental Health Services, Desinstitucionalization

¹Profa. Assistente do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pernambuco. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco.

²Prof. Emérito da UPE e Prof. Titular de Psiquiatria das Universidades Estadual e Federal de Pernambuco.

³Profa. Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo.

⁴Prof. Adjunto do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pernambuco. Doutor em Linguística pela Universidade Federal de Pernambuco.

INTRODUÇÃO:

-Aspectos históricos da assistência psiquiátrica em Pernambuco

Para que se compreenda o processo de mudanças proposto atualmente na atenção à saúde mental, faz-se necessário revisitar os principais aspectos históricos que originaram as práticas nesse campo da saúde e os pressupostos que as fundamentavam, em seu contexto sócio-histórico. Desta maneira, focalizaremos as particularidades vivenciadas em Pernambuco, ao longo dos últimos 150 anos.

O período que vai da independência do país ao começo do século XX é conhecido como sendo a primeira etapa da psiquiatria asilar do Brasil, marcada, de início, pela ocupação de enfermarias das Santas Casas pelos doentes mentais. Assim aconteceu na capital do Reino, Rio de Janeiro (1862), seguiu-se em Porto Alegre, São João Del Rey, Recife, Salvador e São Luís. Era a institucionalização de alienados em nome da benemerência e da caridade. (6,15)

Segundo Costa (16), o modelo de compreensão e tratamento da doença mental vigente na época, tinha como fundamento básico o biologismo organicista alemão (E. Kraepelin) e a prática asilar, assim como o tratamento moral (influência de Ph. Pinel e Esquirol, na França), cujos princípios básicos eram o isolamento, a organização do espaço terapêutico, a vigilância e a distribuição do tempo.

Em Pernambuco, o Hospício da Visitação de Santa Isabel foi instalado em Olinda (1864) e substituído em 1883, pelo Hospício de Alienados, a Tamarineira. (15, 23, 25)

Assim como aconteceu nos outros hospícios, o Hospital da Tamarineira serviu mais como lugar de exclusão do que como espaço de tratamento dos que ali se encontravam. Em pouco tempo, excedeu sua capacidade de internos numa clara demonstração de falta de eficácia dos métodos de tratamento utilizados. Num cenário de mudanças políticas, no início dos anos 30, Ulysses Pernambucano foi convocado para assumir a direção do Hospital da Tamarineira, onde além de reformas e melhorias materiais, estabeleceu a internação apenas para os quadros agudos, criando, para os demais casos, outros departamentos, conforme consta no Decreto nº 26 de 10 de janeiro de 1931, que criou a Divisão de Assistência aos Psicopatas. (15)

Uma das medidas preliminares realizadas por Ulysses foi a redução do número de internos no hospital para 560, quando já havia abrigado mais de 1000, conforme dados levantados por H. Coelho Filho. (15)

O primeiro ambulatório público funcionou no próprio Hospital de Alienados e o serviço ou hospital aberto, foi localizado, inicialmente, no centro da cidade, depois transferido para sede própria, uma casa adaptada que recebeu o nome de Correia Picanço. Ambos os serviços foram dirigidos pelo Dr. Gildo Neto tendo o Dr. José Lucena como assistente. (15)

Ocupando uma área de 428 hectares na cidade de Barreiros, a Colônia para doentes crônicos foi inaugurada em 12 de novembro de 1931 e o Dr. Vicente Gomes de Matos foi nomeado diretor desta unidade. A principal função da Colônia era a reabilitação dos doentes mentais pelo trabalho, ou seja, o exercício da praxiterapia, que, se não era exclusividade deste serviço, decerto encontrava nele sua maior preocupação e adequação. Ulysses defendia que as aptidões dos doentes deviam ser consideradas, não os reduzindo às possibilidades de trabalho oferecidas na Colônia, pois uma vez ingressados no trabalho, as perspectivas de retorno dos doentes ao convívio social seria mais viável. (15)

Sobre a assistência hetero-familiar, Ulysses detalhou esta modalidade de cuidado em várias questões concernentes ao seu funcionamento no regulamento do decreto 26. Entre elas, destinava apoio financeiro a famílias “*com condições de moralidade*” que assumissem doentes que se encontrassem sem família ou por esta abandonados, desde que assim consentissem. (15)

De acordo com o historiador Heronides Coelho Filho (15), essa estratégia da assistência aos psicopatas, lamentavelmente fracassou, diferentemente dos resultados obtidos com a Colônia.

O Manicômio Judiciário, inspirado no Manicômio do Juqueri-SP, foi iniciado em setembro de 1931, nas dependências do Hospital de Alienados, diferente do que foi idealizado. Ulysses desejava instalá-lo em terreno próximo ao Hospital, mas o manicômio, sob à direção do Prof. Alcides Codeceira só viria a ser inaugurado, contudo, em agosto de 1953, no engenho Monjope. (15).

O primeiro Serviço oficial de Higiene Mental no Brasil foi organizado por Ulysses Pernambucano, articulando-o aos demais serviços da Assistência aos Psicopatas. Foram realizados diversos inquéritos sociais abrangendo principalmente a família, a escola e o meio social, assim como diversos cursos, entre os quais, os de Psicologia, em 1932; de Neuropsiquiatria Infantil, em 1933; de Higiene Mental, em 1934 e, finalmente, um curso oficial de Higiene Mental na Faculdade de Medicina, em 1935. Em decorrência das ações do Serviço de Higiene Mental houve a fundação da Liga de Higiene Mental, nexa entre a sociedade e o Serviço de Assistência aos Psicopatas. A Liga reuniu médicos, psicólogos, sociólogos, criminalistas e

estudiosos de problemas sociais, ampliando dessa forma a investigação sobre as repercussões sociais dos transtornos mentais. (15)

Mesmo tendo recebido orientação clínica de base biológica, Ulysses Pernambucano fez articulações com outros campos do saber, como a Sociologia, Antropologia e Saúde Pública, ampliando a visão sobre a doença mental e investigando os problemas individuais em conexão com a coletividade. A repercussão das reformas empreendidas por Ulysses ultrapassou os limites do Estado e influenciou a criação de um Serviço Nacional de Higiene Mental junto ao Departamento Nacional de Saúde, em 1935. (24)

Todas as ações que implementou não foram suficientes para mantê-lo à frente da Assistência a Psicopatas por mais tempo. A sua postura, ao solicitar do governo estadual o repasse de mais verbas para garantir o custeio e a adequada assistência aos doentes mentais do Estado, assim como para a ampliação dos serviços, gerou inimizades e desafetos políticos, que culminaram com o seu pedido de demissão da direção geral da Assistência a Psicopatas. (15)

Ainda foram obras de Ulysses, a fundação do Sanatório Recife, um estabelecimento particular; a revista *Neurobiologia* (1938); assim como a Sociedade de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental do Nordeste, depois tornada nacional, que reuniu nas décadas de 30 e 40 importantes congressos multiprofissionais em João Pessoa, Aracaju e Natal, embrião da futura Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). (15)

A postura de Ulysses Pernambucano, tanto relativa a questões de ordem teórica quanto ao modo de se portar, de exercer suas atividades e expressar em atos suas concepções teóricas acerca do mundo, influenciou alunos e colaboradores. Daí, ele ser considerado o fundador da Escola Psiquiátrica do Recife, ou como sugere Luiz Salvador Miranda Sá Junior na apresentação do livro ‘História da Psiquiatria em Pernambuco e outras Histórias’ (6), da Escola Psiquiátrica do Nordeste, “pois seus discípulos e sucessores espalharam-se pelo país, mas estão mais concentrados na região nordeste”. O autor refere que as principais características da Escola de Ulysses podem ser definidas pela *atividade docente, cientificidade rigorosa, largueza e liberdade de visão*, essa última, vista no sentido eclético, de abertura para todas as tendências de pensamento. Dentre os constituintes da Escola estão presentes profissionais que englobaram vários campos do saber, e destacam-se, entre eles, Gildo Netto, José Lucena, René Ribeiro, José Otávio de Freitas Júnior, Arnaldo Di Lascio, Luiz Cerqueira – na Medicina; Waldemar Valente, Pedro Cavalcanti (também René Ribeiro, Albino Gonçalves Fernandes) – Antropologia; Anita

Paes Barreto, Anita Pereira da Costa, Eulália Fonseca, Sylvio Rabello – Psicopedagogia. (6, 25, 26).

Merece destacar, ainda, que José Lucena, é considerado o mais expressivo representante dessa Escola (4), e sobre a trajetória da Escola fundada por Ulysses Pernambucano, Nascimento (26:169), nos diz que

...a linha sucessória na Escola de Psiquiatria do Recife, caminha pelo professor José Lucena, passa pelo professor Galdino Loreto e chega ao professor Othon Bastos, e, durante todo este percurso, mantém, *mutatis mutandi*, a mesma orientação original que a fez nascer e o mesmo gosto compartilhado pelos temas de estudo; respeitados os contextos em que viveram os personagens e nos quais se deram as atuações dos estudiosos citados; configurando uma Escola Pernambucana de Psiquiatria, a Escola de Psiquiatria do Recife.

Sendo assim, podemos considerar que as propostas e ações realizadas por Ulysses Pernambucano nas décadas de 30 e 40 do século passado, podem ser consideradas atuais, se tomarmos os princípios e diretrizes que regem a política de Saúde Mental hoje, em nosso país. Ressalte-se, que as idéias do mestre Ulysses, se verificaram em diversos campos de atuação, seja na educação infantil ou na atenção à saúde mental; ações que ainda hoje mantêm sua atualidade. Importante destacar que a sua visão incluía os direitos e cidadania dos doentes; a organização de serviços assistenciais ao doente mental, criando vários tipos de serviços de acordo com a necessidade dos pacientes, e já naquela época, um olhar crítico sobre o papel hegemônico que assumia o hospital psiquiátrico. Psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, praxiterapeutas (terapeutas ocupacionais), nutricionistas, pesquisadores sociais, trabalhavam nos serviços de saúde mental numa perspectiva de atuação multidisciplinar, acompanhando as evoluções científicas da época. Pregava assistência em diversas modalidades, que incluíam: hospital aberto, ambulatórios, colônias para doentes crônicos (voltadas especificamente para a reabilitação pela ocupação/ trabalho), assistência hétero-familiar, visitas domiciliares para o exame de condições sócio-econômicas e de salubridade. (6, 26).

Infelizmente, Ulysses morreu precocemente, em 1943: “...não viveu o bastante para ver prosperar sua obra nem para assistir à degradação de sua criação” (25: 157), já que o cenário assistencial que se fortaleceu foi centrado no hospital, contrariamente ao que ele vislumbrava.

Em 1941, foram extintas as Divisões de Assistência a Psicopatas existentes nos Estados brasileiros, sendo criado em 1944, o Serviço Nacional de Doenças Mentais, que contava, entre

suas atribuições, planejar para todo o território nacional os serviços de assistência e proteção aos psicopatas (27).

-Processo de redirecionamento da assistência psiquiátrica brasileira

A hegemonia do modelo centrado no hospital (hospitalocêntrico) na assistência psiquiátrica foi realidade no mundo todo, apesar das denúncias sobre a falta de eficiência e eficácia, baixa qualidade e violação dos direitos humanos advindas da prática manicomial.

Alguns estudos apontaram que o modelo asilar, hospitalocêntrico de atenção aos pacientes psiquiátricos se configurou mais como espaço de exclusão, aniquilando as subjetividades e gerando violência. (14, 18, 19)

A partir da II Grande Guerra vimos surgir na Europa e nos EUA uma série de experiências no sentido de transformar a assistência psiquiátrica: na Inglaterra a proposta de Comunidades Terapêuticas, o movimento das Psicoterapias de Grupo; na França, a Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor; as Psiquiatrias Comunitária e Preventiva nos EUA e mais recentemente na Itália, o movimento de Desinstitucionalização.(2)

No Brasil, os anos 60, foram marcados por um contexto de mudanças políticas, com ações maciças de privatização na área de assistência à saúde, e em particular, na assistência psiquiátrica. Vimos ocorrer a divisão entre a assistência patrocinada pelo Estado e aquela mantida pela previdência social pública. Essa última, nas palavras de Miranda-Sá Jr (25: 157), “se multiplicou movida única ou predominantemente pela busca de lucro. O doente mental se transformou numa fonte inesgotável de lucro para empresários que viviam dessa condição”. A lógica privativista vigente na época, priorizou a hospitalização psiquiátrica em detrimento de outras experiências, como a assistência ambulatorial que era meta da assistência pública direta para substituir as internações psiquiátricas. Com isso, proliferou desenfreadamente o número de hospitais psiquiátricos no país.

As experiências que ocorreram na Inglaterra, França, Estados Unidos e Itália, influenciaram o processo de reforma da assistência psiquiátrica brasileira. Um exemplo disso foi o projeto de Comunidade Terapêutica realizado na Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade do Recife, em 1964. De acordo com Bastos (3), o objetivo desse projeto foi o de empreender a transformação do hospital psiquiátrico clássico em modernas comunidades terapêuticas com a finalidade de reabilitar e reintegrar os doentes internados. Uma “nova

atmosfera psico-socioterápica” (3: 58) era a principal característica desses serviços, com o incremento das terapêuticas de grupo, em particular, da praxiterapia, dos clubes ou associações de doentes e das psicoterapias coletivas (reuniões da comunidade ou de grupos terapêuticos).

Essas experiências foram relevantes em relação à modificação interior do hospital psiquiátrico, estimulando o comprometimento de todos os componentes envolvidos. As contradições da realidade serviram de mote condutor para as ações terapêuticas recíprocas, assim como a escuta e a discussão franca com os pacientes inclusive sobre questões como a cidadania do doente mental, num momento em que este conceito não estava em pauta. De um modo geral, essas propostas avançaram na discussão sobre as causas externas da enfermidade mental e da reclusão hospitalar, não conseguindo atingir, porém, o problema da exclusão do doente mental. (2, 28)

A psiquiatria preventiva ou comunitária que nasceu nos Estados Unidos, no contexto da crise do organicismo mecanicista e no cenário de altas taxas de incidência dos distúrbios mentais e dos custos elevados que as cronificações acarretavam às famílias e ao Estado, demarcou um novo território para a Psiquiatria, no qual a terapêutica das doenças mentais deu lugar à Saúde Mental. A partir da década de 60, o predomínio desse modelo desenvolvido por Gerald Caplan influenciou de forma significativa a formulação das políticas de Saúde Mental no Brasil e em outros países da América Latina e foi incorporado ao discurso da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Panamericana de Saúde (OPAS), que o prescreveram como proposta para ser seguida pelos países do terceiro mundo. (2, 20)

Grande ênfase foi dada às ações primárias e secundárias em saúde que deveriam anteceder o surgimento e o desenvolvimento das doenças, tornando o hospital psiquiátrico desnecessário. Por não ser possível definir um agente patogênico para a doença mental, as ações em saúde deveriam incidir em momentos potencialmente problemáticos como a adolescência, envelhecimento, perda de emprego, etc. Uma das conseqüências deste tipo de enfoque foi a dilatação do campo de intervenção psiquiátrica ao meio social, onde a noção de saúde mental estava estreitamente associada ao processo de adaptação social, denotando um padrão de normalidade externo à singularidade do sujeito. (20, 28)

As principais críticas ao preventivismo incidiram sobre o objetivo de medicalizar a ordem social por meio da normatização psiquiátrica, já que a saúde e a doença oscilavam entre os pólos de adaptação e desadaptação social. Ficaria a cargo dos saberes psiquiátrico-psicológicos a definição de

um sujeito ideal, produzido a partir de mecanismos complexos capazes de controlar e normatizar segmentos sociais pelas mais variadas vias. (2, 20, 28)

A crítica mais radical em relação ao método e aos princípios do saber psiquiátrico no trato com a doença mental veio do movimento da Antipsiquiatria, idealizado por um grupo de psiquiatras ingleses (R. Laing, D. Cooper e A. Esterson). A Antipsiquiatria emergiu na Inglaterra em meio aos movimentos *underground* da contracultura. A crítica elaborada não foi somente à Psiquiatria, mas à sociedade e ao modelo familiar vigente. A loucura foi entendida como fato social, político, uma reação a um desequilíbrio no contexto das relações familiares, não sendo vista pelos adeptos desta corrente, como um estado patológico. A família ocupou o lugar central para a compreensão da loucura. (2)

Sobre esses questionamentos, Bastos (4, 5, 6) argumenta que a Psiquiatria faz interfaces com as ciências biológicas e as ciências do comportamento humano, e é nessa intersecção que se situa seu objeto de estudo, o que o autor chama de ‘fato psiquiátrico ou psicopatológico’. Para o autor, a originalidade e a peculiaridade do fato psicopatológico está situada na intersecção do biológico ou somático, do psicológico e do sociocultural, o que tem levado, historicamente, “ao aparecimento de discursos e posições teórico-doutrinárias extremadas; de excessos e exageros, ora etiopatogênicos, ora terapêuticos em cada uma destas vertentes do saber e da prática psiquiátricas”. (4, 5, 6) Desta forma, Bastos concorda com Henri Ey, quando afirma que o movimento da Antipsiquiatria foi uma reação salutar e um protesto contra o modelo asilar e o papel repressivo que os psiquiatras podem exercer na sociedade, mas representou também, a negação do fato psicopatológico, contestado como se fosse “uma produção fantasmática dos médicos, substitutos das estruturas sociais patógenas”(6: 173).

As diversas propostas de transformação da assistência psiquiátrica estiveram contextualizadas sócio-historicamente, portanto, marcadas por interesses, relações entre saberes e poderes, práticas e subjetividades. Nesse sentido, o movimento da Psiquiatria Democrática Italiana trouxe ao cenário político mais amplo a revelação da impossibilidade de transformar a assistência sem modificar o território das relações entre cidadania e justiça. Para Basaglia, um dos principais idealizadores da reforma da assistência psiquiátrica italiana, a experiência da doença mental seria complexa demais para ser reduzida ao campo do saber médico. Dessa forma buscou entendê-la através de diversos olhares, além daqueles oriundos do saber médico-psicológico. (2)

Observou-se, então, que questionamentos éticos fundamentados em pressupostos epistemológicos para além da busca da causalidade orgânica e da cura das doenças mentais possibilitaram a criação de novos dispositivos de cuidado no século XX. O surgimento de correntes teóricas fundamentadas em modelos explicativos que incluíam as dimensões psíquicas e sociais na determinação do processo saúde-doença, situou essa questão na complexidade inerente ao fenômeno saúde. Esse conjunto de transformações teóricas e práticas, por vezes paradoxais, no campo da saúde mental conformaram a Reforma Psiquiátrica brasileira num movimento contra-hegemônico ao modelo hospitalocêntrico (28).

A partir do ano de 1980, no cenário de democratização e reformulação do sistema de saúde, as transformações na assistência psiquiátrica passaram a ter maior visibilidade. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em sintonia com a Constituição de 1988, preconizou a universalização do acesso aos serviços de saúde, a integralidade da atenção, a equidade e a hierarquização dos serviços, em um contexto descentralizado e municipalizado. O SUS contemplou em suas diretrizes os princípios da reforma psiquiátrica, incluindo o processo de desospitalização e a garantia dos direitos de cidadania dos doentes mentais. (2)

O movimento da Reforma Psiquiátrica foi protagonizado por vários atores, entre eles, usuários, familiares, profissionais de saúde mental, políticos, artistas, donos de hospitais psiquiátricos. Os conflitos e paradoxos advindos desse processo, somados a questionamentos éticos fundamentados em pressupostos epistemológicos para além da busca da causalidade orgânica e da cura das doenças mentais levaram a mudanças na política, na legislação e no modelo de atenção à saúde mental, preconizando equipamentos múltiplos para atender à complexidade dos transtornos mentais. (2, 28)

No âmbito da legislação, foi promulgada pelo Congresso Nacional em 6 de abril de 2001, a lei federal da Reforma Psiquiátrica, nº. 10.216, que assegura os direitos e a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais, redireciona o modelo de atenção à saúde mental, propondo a criação de redes de serviços locais, extra-hospitalares, abertos no território. Mesmo antes da aprovação da lei federal, várias leis estaduais provocaram importantes transformações na legislação de seus Estados e respectivos municípios. No caso de Pernambuco, a lei nº 11.064/94 do deputado Humberto Costa, dispôs sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por outros recursos assistenciais e regulamentou a internação involuntária. (8)

A partir do início da década de 90, o Ministério da Saúde publicou um grande número de portarias (8) com a finalidade de fundamentar o processo de redirecionamento do modelo assistencial. Essas portarias estabeleceram as regras básicas para o funcionamento dos serviços de saúde mental, definiram o financiamento dos mesmos e determinaram mecanismos de fiscalização.

O modelo assistencial proposto a partir da reforma psiquiátrica é constituído de uma rede de atenção psicossocial, com serviços de base comunitária, com potencial de construção coletiva de soluções e capaz de fazer face à complexidade das demandas no território. Além disso, também deve garantir a resolutividade e a promoção de autonomia e cidadania às pessoas com transtornos mentais.

Ao longo desses 20 anos de SUS e de reforma psiquiátrica, diversos avanços foram evidenciados tanto em nível local quanto nacional. Porém, muitos desafios e impasses na gestão de uma rede de atenção em saúde mental ainda precisam ser enfrentados, como: a forma de alocação de recursos financeiros do SUS e suas repercussões no modelo assistencial proposto para os serviços substitutivos; aumento considerável da demanda em saúde mental (especialmente os casos de usuários de álcool e outras drogas, bem como de atenção para crianças e adolescentes); fragilidades em termos de abrangência, acessibilidade, diversificação das ações, qualificação do cuidado e da formação profissional, bem como um imaginário social calcado no preconceito/rejeição em relação à loucura.(1)

Examinemos como esse processo vem acontecendo no contexto local do Estado de Pernambuco.

-A construção do modelo de atenção psicossocial em Pernambuco a partir de 1990

As reformas, fruto da mobilização dos atores sociais engajados no resgate da cidadania dos portadores de doença mental, ganharam mais visibilidade em Pernambuco no início da década de 90, com a criação de uma série de medidas e estratégias para a implantação de uma política de atenção à saúde mental nos moldes preconizados nacionalmente. A aprovação da Lei Estadual da Reforma Psiquiátrica nº 11.064 em 1994, referendou o processo de transformação da assistência em saúde mental no Estado. (15, 19)

Pernambuco, apesar da história de luta por melhorias na assistência e respeito aos direitos dos usuários dos serviços de saúde mental, como vimos nas ações implementadas por Ulysses

Pernambucano, consolidou-se como um dos grandes pólos hospitalocêntricos, semelhante ao que ocorreu nos grandes centros urbanos do país. O Estado apresentou grandes avanços no redirecionamento da assistência, mas ainda mantém um número significativo de leitos psiquiátricos e apresenta muitas dificuldades para efetivar a expansão e descentralização da atenção à saúde mental.

No período de 1991 a 2009, Pernambuco reduziu cerca de 50% dos leitos psiquiátricos cadastrados no SUS (gráfico 1) e três hospitais privados foram fechados.

INSERIR GRÁFICO 1

No final de 1994, no contexto da municipalização, a Secretaria de Saúde da Cidade do Recife assumiu a gestão de cadastro-programação-controle e avaliação dos hospitais psiquiátricos privados conveniados com o SUS, que existiam no município. (19)

Dos quatorze hospitais psiquiátricos existentes, três são públicos. Os hospitais públicos passaram por várias reformas e tentativas de redirecionamento da assistência. Foram palcos de algumas iniciativas inovadoras, como as que aconteceram no Hospital Ulysses Pernambucano (antigo Hospital da Tamarineira) com a criação do Hospital-dia Espaço-Azul, o Lar Abrigado para pacientes com longo período de internamento, o Centro de Atividades Terapêuticas (CAT) onde são desenvolvidas atividades e oficinas artísticas visando fortalecer os laços culturais e sociais dos pacientes, entre outras. No Hospital Colônia Alcides Codeceira, em Igarassú, foi criado um “lar operativo” e oficinas terapêuticas e no Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos, em Barreiros, por ser o único serviço de saúde mental da região, também foi implantado o atendimento ambulatorial. (15)

De acordo com a Gerência de Atenção à Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde (GASAM/SES), algumas dessas iniciativas foram desativadas, como foi o caso do ambulatório no Hospital de Barreiros, e outras sofreram transformações, configurando-se em outros serviços, municipalizados, como preconiza a legislação pertinente.

Os hospitais privados conveniados com o SUS somam onze unidades, sendo que oito delas estão na região metropolitana do Recife. Dos 2.727 leitos psiquiátricos do Estado, 81,62% estão em hospitais localizados em municípios da Região Metropolitana do Recife (Recife, Olinda, Camaragibe, Igarassú), reforçando o caráter centralizador da assistência ainda em curso.

Embora Pernambuco ainda ocupe o segundo lugar no ranking nacional em relação a concentração de leitos psiquiátricos/1000hab por Estado, de acordo com dados da Coordenação

Geral de Saúde Mental (10), quando analisamos os dados da assistência hospitalar dos últimos quatro anos (tabela 1), constatamos que o Estado reduziu de 0,42 para 0,31 o número de leitos/1000 hab, mostrando um impacto maior do que o observado nos demais Estados da região nordeste. Isso sugere que, o processo da reforma psiquiátrica, no que tange a redução de leitos psiquiátricos leva em consideração a complexidade e os desafios específicos que surgem quando se fecham hospitais e têm-se que referenciar os pacientes lá internados, principalmente os de longa permanência. Observamos ainda que, os demais Estados do nordeste não tinham grande concentração de leitos, o que nos leva a hipotetizar que nesses contextos não foram vivenciados, tal como em Pernambuco, os mesmos desafios para substituir as internações psiquiátricas por estratégias de cuidado extra-hospitalares.

INSERIR TABELA 1

Sobre os leitos psiquiátricos em hospitais gerais, estes estão distribuídos na capital: Hospital Geral Otavio de Freitas (trinta) e Hospital das Clínicas/UFPE (dez) e no interior: Ibimirim (três), Serrita (três) e Salgueiro (cinco), totalizando cinquenta e um leitos. Estes leitos, que deveriam funcionar articulados aos CAPS III, às emergências gerais e aos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas, oferecendo acolhimento integral ao paciente em crise, em diálogo com outros dispositivos de referência para o usuário, não vêm dando conta desse papel. São insuficientes e alguns, como é o caso dos leitos do Hospital Geral Otávio de Freitas, apresentam características asilares, tanto do ponto de vista estrutural como assistencial, semelhantes a dos hospitais psiquiátricos especializados.

Em 2007, a reformulação das emergências e regulação da Saúde Mental no Estado, foi tema de um Seminário, articulado entre municípios, Estado e MS. Esse evento produziu o plano estadual de urgência/emergência, cuja meta era implantar uma rede regionalizada e hierarquizada de urgência/ emergência no Estado (PES 2008-2011, 2009)². Algumas ações foram desenvolvidas, como pactuação com os municípios para criar ou transformar CAPS II em tipo III; sensibilização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU para o atendimento e resgate das pessoas em situações de crise. Mas retrocessos também aconteceram, como a desativação do serviço de emergência psiquiátrica do Hospital Geral Otávio de Freitas, após um incêndio nas suas instalações no início de 2009. A concentração do atendimento de emergência

² Plano Estadual de Saúde 2008-2001, aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde através da resolução nº 420, publicada no Diário Oficial do Estado em 26 de fevereiro de 2009.

psiquiátrica no Hospital Ulysses Pernambucano (SEP-HUP) foi adotada, inicialmente, como medida provisória, porém, permanece até hoje, contrariando as diretrizes do atual modelo de atenção à saúde mental. Além do SEP-HUP existe apenas um CAPS tipo III, com capacidade para acolhimento noturno das situações de crise.

A rede de serviços extra-hospitalares cresceu substancialmente nos últimos anos, principalmente os serviços tipo CAPS (gráfico 2).

INSERIR GRÁFICO 2

De acordo com o índice CAPS/100mil hab que o Ministério da Saúde utiliza para avaliar a cobertura populacional pelos serviços, Pernambuco tem 0,46, ou seja, cobertura regular/baixa (11). Ressaltamos que, dos seis Estados que apresentam cobertura considerada muito boa pelo MS (acima de 0,70), quatro estão na região nordeste (Alagoas, Ceará, Paraíba e Sergipe). Embora esses dados nos revelem um aspecto bastante positivo no aumento da acessibilidade, observamos, paradoxalmente, que em alguns desses Estados, nos últimos quatro anos, a redução de leitos psiquiátricos não foi significativa e em Alagoas nenhum leito foi desativado, conforme já discutimos anteriormente. Este fato leva-nos a questionar porque a expansão de serviços de caráter substitutivo ao modelo hospitalocêntrico, inclusive nos Estados onde a cobertura é considerada boa, não está sendo suficiente para reduzir o número de leitos psiquiátricos de forma mais significativa. Embora a qualidade da assistência não possa ser avaliada apenas pela quantidade de serviços, esses números são importantes para refletirmos sobre o processo de expansão das estratégias substitutivas paralelamente à diminuição dos leitos psiquiátricos.

Na figura 1, podemos observar a distribuição territorial dos CAPS em Pernambuco. Verificamos que a expansão dos serviços atinge dez das onze Gerências Regionais de Saúde (GERES), mas há concentração da maioria deles na 1ª GERES, onde localizam-se os municípios da região metropolitana do Recife.

INSERIR FIGURA 1

Sobre a integralidade da atenção em saúde mental no âmbito da Atenção Básica, é importante observar que, de acordo com o Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS, em 2008, o percentual da população pernambucana coberta por Equipes de Saúde da Família (ESF) correspondeu a 68%. (5) A capital Recife, com mais 1.500.000,00 hab tinha em 2008, 220 ESF, o que permite uma cobertura de 50,1% da população. (10)

Salienta-se ainda que, o Estado tem 48% de seus municípios com menos de 20.000 habitantes e, de acordo com a portaria/GM nº 336/2002 (6), não há recomendação para instalação de CAPS nessas localidades, de maneira que a atenção à saúde mental deverá ser oferecida preferencialmente pela atenção básica e ambulatorial. No entanto, o que se observa é que a maioria desses municípios oferece apenas o atendimento ambulatorial com ênfase na medicalização dos problemas.

A qualificação dos profissionais responsáveis pela atenção à saúde mental nos municípios do Estado é um desafio, principalmente para os que trabalham na atenção básica, pois, de uma maneira geral, são pouco preparados para a abordagem da população com transtornos mentais. Estima-se que uma grande parte das pessoas com queixas psicossomáticas, uso abusivo de álcool e drogas, dependência de benzodiazepínicos, transtornos de ansiedade menos graves, etc, procuram atendimento na atenção básica. (PES 2008-2011, 2009)³. Esse processo favorece ao encaminhamento da população aos grandes centros, comprometendo os laços sociais e familiares desses usuários e facilitando mecanismos de exclusão.

Em relação às estratégias de desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos de longa permanência hospitalar, o último levantamento da Coordenação Geral de Saúde Mental (11) apontou que Pernambuco tem quatorze Residências Terapêuticas (RT) em funcionamento e mais dez em processo de implantação, totalizando oitenta e nove moradores e conta ainda com cento e cinco beneficiários do Programa de Volta para Casa. Sobre as iniciativas de inclusão pelo trabalho, dezoito experiências são registradas nesses dados. De acordo com levantamento realizado pela GASAM/SES, do total de leitos psiquiátricos em 2009, cerca de 1.280 são ocupados por pacientes de longa permanência (PLP). Sendo assim, observamos que o número de pessoas beneficiadas nas ações de desinstitucionalização é muito aquém da necessidade do Estado, já que existem mais de mil moradores nos hospitais psiquiátricos, com perfis diferenciados para as modalidades de cuidados oferecidas.

Embora reconheçamos os avanços e o impacto que essas transformações provocaram na sociedade, a reforma psiquiátrica pernambucana ainda não foi capaz de se efetivar, semelhante ao que acontece nos demais Estados da federação, principalmente na perspectiva da descentralização e municipalização, universalização e equidade da assistência, seus princípios norteadores,

³ Essa avaliação refere-se ao diagnóstico situacional simplificado elaborado pela GASAM/SES para o planejamento da Linha de Ação: Políticas Específicas/Saúde Mental do Plano Estadual de Saúde 2008-2001.

Oliveira (25), ao discutir os entraves na implementação da reforma psiquiátrica no Estado, apontou a falta de vontade política e pouca participação popular aliados a questões relacionadas á saúde coletiva e desequilíbrio entre oferta e demanda, como fatores importantes nesse processo.

Mas essas questões não parecem ser características apenas locais ou regionais.

A World Health Organization, ao analisar o Sistema de Saúde Mental brasileiro, observa que a partir de 2007 houve inversão na hegemonia de gastos públicos com ações de saúde mental, com um aumento no financiamento de serviços comunitários quando comparado com os gastos de serviços hospitalares, 51% e 49% respectivamente. Isso é considerado um avanço, já que em 2001, os gastos com ações e programas hospitalares representavam 80% do financiamento das ações de saúde mental. (27)

No entanto, Mari (20) nos alerta que no Brasil, os transtornos mentais são responsáveis por 18% da sobrecarga global de doenças no país e contam apenas com 2,5% do orçamento da saúde. A magnitude dessa realidade provoca um grande descompasso entre demanda e disponibilidade de serviços. Em 2007, esse cenário levou o editor da renomada publicação *Lancet* à criação de um comitê executivo internacional encarregado de assessorar governos, organizações não-governamentais, usuários de serviços e seus familiares, no planejamento da ampliação do financiamento e dos recursos assistenciais comunitários, com a finalidade de reduzir o desequilíbrio entre a demanda e a oferta de serviços para o cuidado em saúde mental.

Observamos que há consonância entre os diversos setores políticos- técnicos-assistenciais sobre o impacto que os problemas relacionados aos transtornos mentais acarreta na vida da população. No entanto, isso não tem sido suficiente para garantir as condições necessárias a efetividade das ações de cuidado em nenhum nível de governo.

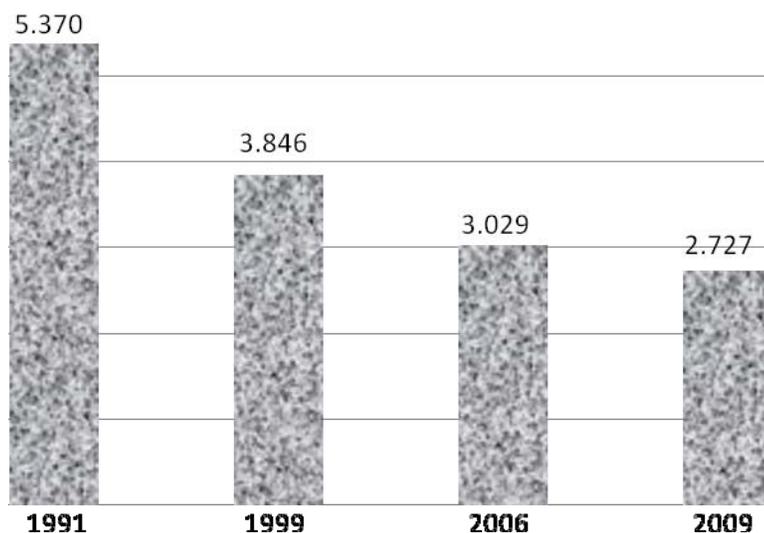
Os desafios para a desinstitucionalização da loucura requisitam uma complexidade de fatores administrativos, financeiros, organizacionais, teóricos, técnicos, afetivos, subjetivos, enfim, uma gama de questões que influenciam na velocidade de implantação e na qualidade dos serviços no âmbito da reforma psiquiátrica.

Acrescentamos ainda a singularidade do campo da saúde mental, que engloba dentre outros aspectos a subjetividade, complexifica a análise de políticas, programas e serviços nesse setor e reforçam o desafio de integrar diferentes perspectivas em avaliação. Pensar a qualidade de assistência considerando apenas a análise de dados quantitativos, nesse contexto, pode nos levar à compreensão de apenas uma das faces desse processo, de forma, que esse é um limite desse

estudo. Seria necessário aprofundá-lo, considerando variáveis qualitativas que integrem também a perspectiva da população usuária dos serviços, seus familiares e profissionais, para que a qualidade da assistência seja melhor discutida.

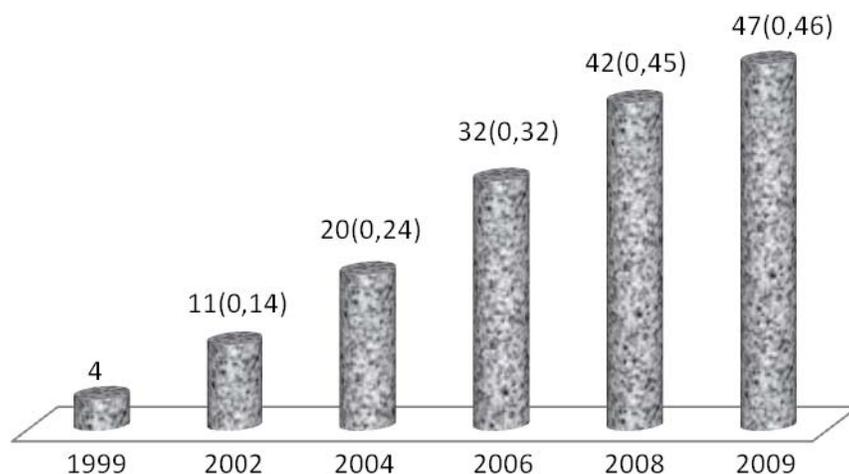
Destacamos por fim, Pernambuco como Estado paradoxal, movido pelo ideário e realizações de Ulysses Pernambucano, que influenciou a formação de várias gerações de psiquiatras, seus sucessores na Escola Psiquiátrica do Recife, assim como outros profissionais da área, e pela forte implicação do modelo privatista que favoreceu o crescimento de uma assistência psiquiátrica de princípios e práticas contrários, através da “psiquiatrização dos problemas sociais” e da chamada “indústria de leitos” (6: 30). Esse paradoxo, influenciou tanto a psiquiatria como o campo da saúde mental, quanto é fator a ser considerado na reversão do modelo de assistência no Estado. Os dados discutidos nesse artigo marcam esse paradoxo de forças contrárias, já presentes em Pernambuco desde a época de Ulysses Pernambucano e atuais ainda hoje.

Gráfico 1: Histórico da redução de leitos psiquiátricos/SUS em PE de 1991 a junho de 2009



Fontes: Coordenação Geral de Saúde Mental/CNES-PRH; Gerência de Atenção à Saúde Mental/Secretaria Estadual de Saúde; COUTO et al, 2001; LEMOS, 1999.

Gráfico 2: Série histórica do nº de CAPS e indicador CAPS/100mil hab. em PE até junho de 2009



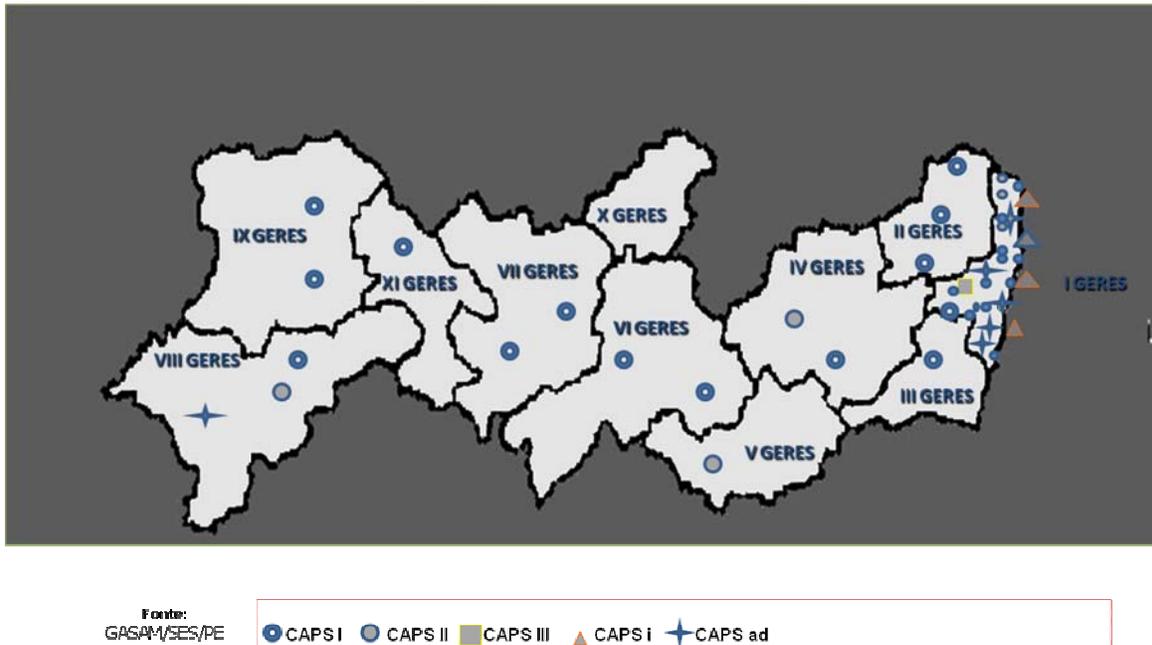
Fontes: Coordenação Geral de Saúde Mental/CNES-PRH; Gerência de Atenção à Saúde Mental/Secretaria Estadual de Saúde; LEMOS, 1999.

Tabela 1: Série histórica do nº de leitos e leitos/1000 hab por UF da região nordeste (de 2006 até junho de 2009)

UF/Ano	2006		2007		2008		2009	
	Nº leitos	Leitos por 1000 hab.						
PE	3248	0,42	3063	0,36	2727	0,31	2727	0,31
AL	880	0,29	880	0,29	880	0,28	880	0,28
RN	760	0,25	747	0,25	747	0,24	747	0,24
PB	749	0,21	749	0,21	699	0,19	691	0,18
SE	380	0,19	380	0,19	320	0,16	320	0,16
MA	822	0,13	822	0,13	662	0,10	662	0,10
CE	1104	0,13	1104	0,14	953	0,11	955	0,11
PI	360	0,12	360	0,12	360	0,12	360	0,12
BA	1107	0,08	1051	0,08	1051	0,07	888	0,06

Fontes: Coordenação Geral de Saúde Mental/CNES-PRH/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, estimativa populacional 2008.

Figura 1: Distribuição territorial por tipo de CAPS, em PE, até junho de 2009



REFERÊNCIAS

1. Alverga, A. R.; Dimenstein, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, jul/dez 2006; 10 (20): 299-316.
2. Amarante P. Loucos pela Vida. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.
3. Bastos O. Esboço de Comunidade Terapêutica em unidade psiquiátrica de um hospital universitário. *Neurobiologia*, 1964, 27 (1): 57-71.
4. _____. Agreements and Disagreements in Pysiquiatry. *Neurobiologia*, 2008; 70: (1-4), 9-17, 2007.
5. _____. Ciência e Ética em Psiquiatria. *Neurobiologia*, 2009; 72 (1): 11-16.

6. _____. História da Psiquiatria em Pernambuco e outras Histórias. São Paulo: Lemos Editorial, 2002.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica-Consolidado histórico de cobertura da Saúde da Família - 2008. [acessado em 2009 Jul 23]; Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>
8. _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Legislação em Saúde Mental 1990-2004. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
9. _____. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados, ano I, nº 2. Informativo eletrônico. Brasília: janeiro-julho de 2006. [acessado em 2009 Jul 06]; Disponível em: www.inverso.org.br/index.php/.../12206.html
10. _____. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 3, ano I, nº 3. Informativo eletrônico. Brasília: dezembro de 2006. [acessado em 2009 Jul 06]; Disponível em: www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental
11. _____. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 4, ano II, nº 4. Informativo eletrônico. Brasília: agosto de 2007. [acessado em 2009 Jul 22]; Disponível em: www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental
12. _____. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 5, ano III, nº 5. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2008. [acessado em 2009 Fev 11]; Disponível em: www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental
13. _____. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 6, ano IV, nº 6. Informativo eletrônico. Brasília: junho de 2009. [acessado em 2009 Jul 06]; Disponível em: www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental
14. Castel R. A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. 2ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1991.

15. Coelho Filho H. A Psiquiatria no país do açúcar. 2ª ed. João Pessoa: Editora União; 1983.
16. Costa JF. História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. 5ª ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.
17. Couto G, Medeiros A, Miranda S, Pinheiro MA, Uchôa R, Fonseca AMS, Viana R. A experiência de Pernambuco na área de reabilitação psicossocial. In: Pitta A. (org). Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo, Hucitec, 2001.
18. Foucault M. História da loucura. 3ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1993.
19. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. 6ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1999.
20. Koda MY. Da negação do manicômio a construção de um modelo substitutivo: o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial. [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo: Instituto de Psicologia; 2002.
21. Lemos JM. Saúde mental em Pernambuco: reforma psiquiátrica. Neurobiologia 1999; 62(1): 31-34.
22. Mari JJ. Não há Saúde sem Saúde Mental. Psiquiatria Hoje. Jornal da Associação Brasileira de Psiquiatria 2008; ano XXX (5): 4-5.
23. Medeiros T. Psiquiatria e Nordeste: um olhar sobre a história. Rev. Bras. Psiquiatr. [periódico na Internet]. 1999 Set [acessado em 2009 Jun 15] ; 21(3): 177-177. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000300010&lng=pt. doi: 10.1590/S1516-44461999000300010.
24. Melo W. Ulysses Pernambucano: o enamorado da liberdade. In: Jacó-Vilela AM, Jabur F, Rodrigues HBC. (org). Clio-psyché: histórias da psicologia no Brasil. Rio de Janeiro:

- UERJ, NAPE, 1999. [acessado em 2009 Jun 15]; Disponível em: <http://www.cliopsyche.uerj.br/livros/cli1/livrocli1.htm>
25. Miranda-Sá JR LS. Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. *Rev Psiquiatr RS* 2007; 29(2), 156-158.
26. Nascimento BMM. A Escola de Psiquiatria do Recife: fundação e 1ª sucessão - de Ulysses Pernambucano a José Lucena. [Dissertação]. Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco: Curso de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento; 2007.
27. Oliveira JR. Políticas públicas de saúde mental e reforma psiquiátrica em Pernambuco (1991-2001). [Dissertação]. Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco: Curso de Pós-Graduação em História; 2008.
28. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, 2002; 9(1):25-59.
29. World Health Organization. WHO-AIMS Report On Mental Health System in Brasil. WHO and Ministry of Health, Brasília, Brasil, 2007.

APÊNDICE B - Modelo da grelha de análise

Questão Norteadora	Transcrição das Falas			Núcleos de Sentido	Trechos da Entrevista			Codificação (Confronto I)	Subcategorias (Confronto II)	Categoria Central/Temáticas (Confronto Final)
	E1	E2	En		E1	E2	En			
1.										
2.										Síntese (Contextualização)

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: Centros de Atenção Psicossocial: Percepções dos usuários, familiares, profissionais e gerentes

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo com o objetivo de identificar sua opinião sobre o atendimento realizado pelo CAPS. Trata-se de um projeto de pesquisa desenvolvido no Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da UFPE. O trabalho solicita sua participação voluntária para uma entrevista, com perguntas sobre sua experiência no CAPS. Os depoimentos serão gravados em equipamento de áudio, na qual você poderá requerer a escuta ao final da entrevista, estando permitida a retirada ou acréscimo de informações.

Embora este estudo não ofereça riscos físicos às pessoas nele envolvidas, você poderá sentir-se constrangido em responder alguma questão. Visando reduzir esse desconforto, as entrevistas serão realizadas em local privado e será mantido o anonimato das informações. Você tem o direito de aceitar ou não participar da pesquisa e pode desistir ou anular o seu consentimento em qualquer fase da entrevista.

Os benefícios do estudo se estendem a todos os participantes e espera-se poder contribuir para avaliação do funcionamento e das atividades do serviço, buscando dessa forma, a melhoria da qualidade da assistência.

Qualquer dúvida ou problema que venha ocorrer durante este estudo, você poderá entrar em contato com a pesquisadora através do telefone citado abaixo.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

Testemunha

Testemunha

Pesquisadora: Prof^ª Vera Lúcia D. Facundes. Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da UFPE, (81) 2126- 8539 ou 9978-9957.

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para usuários

Título do Projeto: Centros de Atenção Psicossocial: Percepções dos usuários, familiares, profissionais e gerentes

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo com o objetivo de identificar sua opinião sobre o atendimento realizado pelo CAPS. Trata-se de um projeto de pesquisa desenvolvido no Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da UFPE. O trabalho solicita sua participação voluntária para uma entrevista, com perguntas sobre sua experiência no CAPS. Os depoimentos serão gravados em equipamento de áudio, na qual você poderá requerer a escuta ao final da entrevista, estando permitida a retirada ou acréscimo de informações.

Embora este estudo não ofereça riscos físicos às pessoas nele envolvidas, você poderá sentir-se constrangido em responder alguma questão. Visando reduzir esse desconforto, as entrevistas serão realizadas em local privado e será mantido o anonimato das informações. Você tem o direito de aceitar ou não participar da pesquisa e pode desistir ou anular o seu consentimento em qualquer fase da entrevista, sem qualquer prejuízo para o seu tratamento no CAPS.

Os benefícios do estudo se estendem a todos os participantes, espera-se poder contribuir para avaliação do funcionamento e das atividades do serviço, buscando dessa forma, a melhoria da qualidade da assistência. Qualquer dúvida ou problema que venha ocorrer durante este estudo, você poderá entrar em contato com a pesquisadora através do telefone citado abaixo.

<hr/> Assinatura do participante	<hr/> Assinatura do familiar/responsável
<hr/> Assinatura da pesquisadora	<hr/> Testemunha
<hr/> Testemunha	

Pesquisadora: Prof^a Vera Lúcia D. Facundes. Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da UFPE, (81) 2126- 8539 ou 9978-9957.

APÊNDICE E – Artigo original

**O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL****EL CUIDADO EN SALUD MENTAL: LA EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE
ATENCIÓN PSICOSOCIAL**

Vera Lúcia Dutra Facundes¹, Othon Bastos², Maria Gorete Lucena de
Vasconcelos³

¹Profa. Assistente do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pernambuco. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco-Brasil.

E-mail: verafacundes@yahoo.com.br Telefone (fax):005581-21268590

²Prof. Emérito da Universidade de Pernambuco, Prof. Titular de Psiquiatria das Universidades Estadual e Federal de Pernambuco e Prof. do Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco.

³Profa. Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco e do Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O aumento dos problemas relacionados às doenças mentais é uma realidade mundial. A World Health Organization (WHO) e a World Federation Mental Health (WFMH) têm chamado a atenção para a necessidade de implementação de políticas de saúde consonantes a essa realidade. No Brasil, o modelo assistencial proposto a partir da reforma psiquiátrica foi constituído de uma rede de atenção psicossocial, com serviços de base comunitária. Nesse contexto, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm merecido especial atenção pelo fato de ter sido delegado a esses serviços o papel de articulador de uma rede de atenção à Saúde Mental.

OBJETIVOS: Este artigo tem por objetivo analisar as percepções que são construídas pelos sujeitos que compõem o CAPS sobre as ações de cuidado desenvolvidas no contexto institucional.

SUJEITOS E MÉTODO: Esse trabalho é parte de uma pesquisa qualitativa realizada através das técnicas de observação participante, entrevistas com usuários, familiares e profissionais do CAPS e análise documental. Utilizou-se análise de conteúdo das informações e foram respeitados os procedimentos éticos previstos na resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisa (CONEP) acerca da pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: A categoria temática 'O cuidado na Atenção Psicossocial - nova chance de recompor a vida' evidenciou as percepções mais amplas acerca do CAPS, com destaque para a sub-categoria 'Compreensão sobre a doença mental-(re)construindo conceitos'. O cuidado no âmbito da atenção à Saúde Mental a partir do modelo psicossocial se constrói por avanços, contradições e paradoxos de uma clínica permeada por ideais políticos, científicos, sociais e éticos. Esse complexo de saberes e valores, onde se inserem as práticas em Saúde Mental, caracteriza o interior dos serviços e o contexto territorial onde ele se localiza. De forma consonante aos pressupostos do modelo

psicossocial observou-se que para os usuários, o serviço promoveu ações que contribuíram para uma mudança acerca da compreensão do sofrimento oriundo da doença mental como manifestações transitórias em suas vidas, que precisam de cuidado, mas que a recuperação é possível. A noção de saúde foi vista como um processo contínuo de cuidado consigo mesmo, considerando as várias dimensões e necessidades dos sujeitos (autonomia, liberdade, alimentação, higiene e tratamento, inclusive medicamentoso) e se mostrou articulada à capacidade de liberdade interior, ou seja, a condição do sujeito escolher coerente e deliberadamente o seu modo de agir e implicar-se nas possibilidades de cuidado. As estratégias terapêuticas ganham sentido a partir da singularidade das experiências existenciais. Na percepção dos familiares, o cuidado mostrou-se relacionado às possibilidades de intervenção psicossocial, a partir do trabalho em equipe, articulado com a família e com o meio social, diferente das experiências anteriormente vividas no ambiente do hospital psiquiátrico. No entanto, a doença mental foi compreendida como algo concreto e definitivo, que compromete a identidade social dos sujeitos. De outro modo, o CAPS como um local de práticas humanizadas foi a percepção dos profissionais sobre o serviço, onde o vínculo entre seus atores (profissionais, usuários e familiares) e a comunidade foi considerada a mola propulsora do cuidado na perspectiva da integralidade da atenção. Observou-se que o cuidado no CAPS, não considerou apenas a remissão de sintomas, mas uma perspectiva mais ampliada sobre o sujeito e suas necessidades de re(composição) de laços sociais, que envolveu a participação de familiares e da própria comunidade, consonante ao que se preconiza no modelo psicossocial. Entretanto, constatou-se também, atitudes de cuidado ainda relacionadas ao controle e à manutenção de usuários e familiares numa posição de objeto, próprias das intervenções

dos modelos tradicionais custodiais. CONCLUSÕES: Por um lado observou-se que os sujeitos expressam uma concepção mais ampliada do processo saúde-doença, associando a saúde à condição de liberdade e atividades institucionais de caráter psicossocial. No entanto, também se observaram percepções e ações ainda centradas, predominantemente, na concepção organicista e na perspectiva medicalizante dos sintomas, revelando contradições de uma prática em transformação. Considerou-se como limite metodológico o fato de que esse estudo não se propõe a reproduzir a realidade do serviço, mas apresentá-la de maneira aproximada. Da mesma forma, não foi possível generalizar esses resultados, apesar de haverem semelhanças entre esses achados e o de outros estudos. A sustentação da reforma da assistência em Saúde Mental passa pelo investimento técnico, político, científico e ético. Desta forma, para a construção das bases do cuidado em saúde mental, tão fundamental quanto investir na transformação relativas às características das interações interpessoais nos atos assistenciais, é debruçar-se, cada vez mais, sobre as raízes e significados biopsicossociais das diferentes formas de adoecer mentalmente, acrescidos de forma articulada, das tecnologias e serviços disponíveis para sua superação.

Descritores: Saúde Mental; Políticas Públicas de Saúde; Serviços Comunitários de Saúde Mental

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El aumento de los problemas relacionados con las enfermedades mentales es una realidad mundial. La World Health Organization (WHO) y la World Federation Mental Health (WFMH) han llamado la atención sobre la necesidad de implementación de políticas de salud que respondan a esa realidad. En Brasil, el modelo asistencial propuesto a partir de la reforma psiquiátrica se construyó a través de una red de atención psicosocial, con servicios de base comunitaria. En ese contexto, los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) han merecido especial atención por el hecho de haberse otorgado a dichos servicios el papel de articulador de una red de atención a la Salud Mental. **OBJETIVOS:** Este artículo tiene por objeto analizar las percepciones elaboradas por los sujetos que forman parte del CAPS con respecto a las acciones de cuidado llevadas a cabo en el contexto institucional. **SUJETOS Y MÉTODO:** Este trabajo es parte de una investigación cualitativa realizada a través de las técnicas de observación participante, entrevistas con usuarios, familiares y profesionales del CAPS y análisis documental. Se empleó el análisis de contenido de las informaciones y se respetaron los procedimientos éticos previstos en la resolución n° 196/96 del *Consejo Nacional de Pesquisa* (CONEP) con relación a las investigaciones con seres humanos. **RESULTADOS Y DISCUSIÓN:** La categoría temática 'El cuidado en la Atención Psicosocial - nueva oportunidad de rehacer la vida' reveló percepciones más amplias acerca del CAPS, haciendo especial hincapié en la apartado 'Comprensión sobre la enfermedad mental - (re)construyendo conceptos'. El cuidado en el ámbito de la atención a la salud mental a partir del modelo psicosocial se construye por avances, contradicciones y paradojas de una clínica permeada por ideales políticos, científicos, sociales y éticos. Este complejo de

saberes y valores, donde se insertan las prácticas en Salud Mental, caracteriza el interior de los servicios y el contexto territorial donde se localiza. De acuerdo con los presupuestos del modelo psicosocial, se observó que, para los usuarios, el servicio promovió acciones que contribuyeron hacia un cambio acerca de la comprensión del sufrimiento originado por la enfermedad mental, como manifestaciones transitorias en sus vidas, que precisan de cuidado, pero cuya recuperación es posible. La noción de salud fue concebida como un proceso continuo de cuidado consigo mismo, considerando las diversas dimensiones y necesidades de los sujetos (autonomía, libertad, alimentación, higiene y tratamiento, incluso medicamentoso) y se reveló articulada a la capacidad de libertad interior, o sea, a la condición de que el sujeto escoja coherente y deliberadamente su modo de actuar y de implicarse en las posibilidades de cuidado. Las estrategias terapéuticas toman sentido a partir de la singularidad de las experiencias existenciales. En la percepción de los familiares, el cuidado apareció relacionado con las posibilidades de intervención psicosocial, a partir del trabajo en equipo, relacionado con la familia y con el medio social, a diferencia de las experiencias anteriores vividas en el ambiente del hospital psiquiátrico. Sin embargo, la enfermedad mental fue concebida como algo concreto y definitivo, que compromete la identidad social de los sujetos, en virtud de la concepción psiquiátrica actual, de base organicista. Por otro lado, el CAPS fue concebido como local de prácticas humanizadas, en la percepción de los profesionales sobre el servicio, en cuyo seno el vínculo entre sus actores (profesionales, usuarios y familiares) y la comunidad se consideró como el punto clave propulsor del cuidado en la perspectiva de la atención integral, por más que también se hayan observado actitudes de atención relacionadas aún con los modelos tradicionales de custodia de la

biomedicina y de la psicología clínica. CONCLUSIONES: Por un lado, se observó que los sujetos expresan una concepción más amplia del proceso salud-enfermedad, asociando la salud a la condición de libertad y a actividades institucionales de carácter psicosocial. No obstante, también se observaron percepciones y acciones centradas aún, de forma predominante, en la concepción organicista y en la perspectiva medicamentosa de los síntomas, lo que revela contradicciones de una práctica en proceso de transformación. Fue considerado como límite metodológico el hecho de que el presente estudio no pretende reproducir la realidad del servicio, sino presentarla de forma aproximada. De este modo, no fue posible generalizar los resultados, a pesar de que se produjeron semejanzas entre los datos aquí hallados y los de otros estudios. La sustentación de la reforma de la asistencia en salud mental pasa por la inversión técnica, política, científica y ética. De esta forma, para la construcción de las bases del cuidado en salud mental, tan fundamental como invertir en la reflexión y transformación relativas a las características de las interacciones interpersonales en los actos asistenciales, es profundizar, cada vez más, en el estudio de las raíces y significados biopsicosociales de los procesos de enfermedad en su condición de obstáculos colocados colectivamente al bienestar humano, de forma articulada, con las tecnologías y servicios disponibles para su superación.

Descriptores: Salud Mental; Políticas Públicas de Salud; Servicios Comunitarios de Salud Mental

1-INTRODUÇÃO

O aumento dos problemas relacionados às doenças mentais é uma realidade mundial, com 14% da sobrecarga global de doenças atribuída aos transtornos neuropsiquiátricos, na maior parte devido à natureza crônica incapacitante da depressão e de outros transtornos mentais comuns, abuso de álcool e outras substâncias e psicoses. A World Health Organization (WHO) e a World Federation Mental Health (WFMH) têm chamado a atenção para a necessidade de implementação de políticas de saúde consonantes a essa realidade (PRINCE et al, 2007).

O Brasil vive um processo de mudança do modelo de atenção à Saúde Mental, implementando ações no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) influenciadas pelo movimento da reforma psiquiátrica brasileira. O modelo se embasa numa legislação em Saúde Mental iniciada no ano de 1990, com a Declaração de Caracas, aprovada na Conferencia Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde, uma lei federal (nº 10.216) promulgada em 2001, uma série de outras leis estaduais e portarias ministeriais que definem o redirecionamento da política de Saúde Mental (AMARANTE, 2001; BERLINCK, 2009, BRASIL, 2004).

Os conflitos e paradoxos advindos desse processo situaram a ruptura ao paradigma do modo asilar e hospitalocêntrico instaurando um Modelo Psicossocial de cuidado que tem como objetivo a promoção da atenção integral aos indivíduos que sofrem de transtornos mentais, considerando fatores políticos e biopsicosocioculturais como determinantes para as doenças. Esse modelo é constituído por uma rede de atenção psicossocial, com serviços de base comunitária, com potencial de construção coletiva de soluções capaz de fazer face à complexidade das demandas no território. Além disso, também deve garantir a resolutividade e a promoção de autonomia e cidadania às pessoas

com transtornos mentais. Nesse contexto, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm merecido especial atenção pelo fato de ter sido delegado a esses serviços o papel de articulador dessa rede (COSTA-ROSA, 2006; AMARANTE, 2001).

As diretrizes políticas oficiais sobre a atenção à Saúde Mental estão definidas, porém a implantação das mesmas dá-se de forma heterogênea e ainda não se pode afirmar que tenham superado o modelo centrado no hospital. O processo da Reforma Psiquiátrica vem provocando um impacto na sociedade, de forma, que não se concebe o retrocesso ao modelo anterior, mas sim, a ampliação e aperfeiçoamento dos CAPS como reais estratégias para a mudança. Tomando por pressuposto a noção de integralidade das ações de saúde na perspectiva de Pinheiro e Guizard (2008) como "o efeito e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo", este artigo tem por objetivo analisar as percepções que são construídas pelos sujeitos que compõem o CAPS sobre as ações de cuidado desenvolvidas no contexto institucional.

2-MÉTODOS:

Esse trabalho é parte de uma pesquisa qualitativa, de perspectiva crítico-analítica, realizada em um CAPS tipo II, classificado de acordo com a portaria ministerial nº 336/2002 (BRASIL, 2004). O serviço localiza-se no município de Recife que tem uma população de mais de 1.500.000hab. e conta com 17 CAPS integrando a rede de cuidados em Saúde Mental, além de ambulatórios, hospitais especializados, Residências Terapêuticas e ações articuladas aos Programas da Atenção Básica.

O estudo foi conduzido em 2008 e foram empregadas 200 horas de observação participante, registradas em diário de campo e realizadas entrevistas com trabalhadores, usuários e seus

familiares, sendo respeitados os procedimentos éticos previstos acerca da pesquisa envolvendo seres humanos. Foi utilizada análise documental⁴ para complementação dos dados e buscando um maior rigor metodológico e com a finalidade de intensificar a expressividade dos dados, seguiu-se a estratégia de triangulação segundo Flick (2004).

A análise de dados foi realizada com base na Análise de Conteúdo (BARDIN, 2004).

3-RESULTADOS E DISCUSSÃO:

A temática 'O Cuidado na Atenção Psicossocial - nova chance de recompor a vida' revelou as percepções mais amplas acerca do CAPS, com diferentes significados para cada um dos grupos de participantes.

Segundo Ballarin, Carvalho e Ferigato (2009), a noção de cuidado em saúde assume diferentes perspectivas, quais sejam: ético-filosófica, técnico-instrumental, política, não havendo, desse modo, uma idéia única acerca desse tema, mas sim, um conjunto de noções que se unem em seus aspectos básicos. No seu sentido ontológico existencial, o cuidado está na essência da existência humana e para o senso comum, cuidado em saúde associa-se ao ato de prestar atenção a um individuo de maneira a envolver um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para êxito de um tratamento.

No contexto das práticas de saúde é importante compreender o cuidado a partir de suas diferentes dimensões, sobretudo considerando seu potencial emancipatório, capaz de ajudar os sujeitos envolvidos na relação de cuidado, a construírem projetos

⁴ Os documentos utilizados foram: o **Projeto Técnico do CAPS Esperança (PTCE), escrito em 2002 e revisado pela equipe técnica do CAPS em 2009**, Relatório da avaliação interna do CAPS realizada em dezembro de 2008 e registros em livros e outros documentos do serviço.

singulares que efetivamente contribuam para a melhoria da qualidade de vida e de saúde.

Para os usuários, o CAPS foi percebido como um local que acolhe e cuida das pessoas que o procuraram para atendimento, onde foram valorizados aspectos que contribuíram para a compreensão do sofrimento decorrente da doença como algo transitório em suas vidas, que precisa de cuidado, mas que a recuperação é possível, conforme se observou nas entrevistas:

Acho que o CAPS oferece...uma nova chance de recompor a vida, se recompor, voltar às atividades, que ninguém vem parar aqui por acaso. Vem porque realmente necessita (Antonio).

[...] você adocece, tem problemas, fica aqui, mas não é aquela coisa que vai marcar você. [...] em momento algum o fato de eu estar aqui, ter adoecido, eu vá me sentir louca, doente, que não tem jeito, não. Aqui eu não tenho vergonha de dizer que fiquei no CAPS (Ana).

A doença foi percebida como uma parte da vida dessas pessoas e o sofrimento como um momento de dificuldade, de diferença em relação às pessoas que o cercam, onde a ajuda deve vir no sentido de facilitar a compreensão daquilo que se passa com o sujeito, além de contribuir para que se encontrem respostas eficazes ao problema.

Além disso, os usuários se referiram ao CAPS como um lugar de cuidado socialmente mais aceito, ou seja, que possibilitou pensar e conviver com a doença mental de uma maneira mais inclusiva, diferente do vivenciado principalmente nos hospitais psiquiátricos.

Nesse sentido, relacionou-se o cuidado no CAPS com o que é preconizado na reabilitação psicossocial como tecnologia de cuidado no contexto da reforma psiquiátrica, quando a prática institucional redefine-se como um saber fazer que permite considerar o transtorno psíquico como mais um dado na história de

um sujeito: um sujeito que vive em determinado território, que estabelece relações sociais, que faz parte de uma determinada família e que é portador de um transtorno severo e persistente que tem repercussões em diferentes aspectos de sua vida (SARACENO, 1999).

Para os familiares, o cuidado apareceu mais em relação à ampliação das estratégias de tratamento, valorizando além da medicação as intervenções psicossociais.

[...] a minha impressão do serviço, é a melhor possível pelos outros [hospitais] que eu já andei com minha irmã, com tudinho, como eu tô dizendo, esse é o melhor. [...] tem outros atendimentos além da medicação (Bianca).

[...] a assistência que ela (filha) recebe aqui é muito importante, tanto pela Assistente Social, quanto pela psiquiatria, isso tem influído bastante no comportamento dela, [...] ela entra em contato com as pessoas, conversa e tal, e lá não (refere-se ao ambulatório de psiquiatria), é só fazer a consulta, ele passa o medicamento e a pessoa vai embora, eles não ficam observando a parte psicológica, a parte, de digamos assim, de ela se encontrar a si própria também(Bruno).

Os familiares valorizaram a atenção que foi proporcionada pelos outros profissionais, pela atenção psicossocial, o que demonstrou que eles compreenderam que o tratamento das doenças mentais envolve outras abordagens além do uso da medicação. Trouxeram a necessidade da escuta de seus parentes e não reconheceram a existência dessa abordagem no hospital psiquiátrico nem nos ambulatórios de saúde mental.

Nas experiências dos familiares ficou demarcada uma diferença entre o cuidado desenvolvido no CAPS e no hospital psiquiátrico, como se destaca nos relatos abaixo:

[...] porque a Tamarineira⁵ é uma coisa séria, porque a pessoa jogava lá, agora não é mais assim, mas era antes, ficava lá, morava lá, tudinho e nada de ficar bom, ficava mais doente ainda e pronto(Bianca).

O hospital psiquiátrico foi percebido como local em que o tratamento não era eficiente, e uma das características mais evidente foi a forma de relacionamento com a demanda, a reclusão e o isolamento dos pacientes no ambiente hospitalar. Alguns familiares falam sobre a importância de estar perto, participar de atividades, continuar o tratamento e o remédio depois da alta do CAPS.

É sabido que a doença mental pode levar à perda da liberdade que permite ao indivíduo escolher coerente e deliberadamente o seu modo de agir, no sentido apontado por Bastos (2002), e que o cuidado nessas situações pode exigir intervenções mais intensivas (internações breves em hospital geral ou em CAPS tipo III, por exemplo). Porém, mesmo nesses casos, manter a vinculação com os familiares estimula-os à adoção de uma postura mais ativa no tratamento, deslocando-os do papel de objeto das intervenções para o de sujeito de suas ações, co-responsável pelo cuidado do seu parente, diferente do observado nos internamentos hospitalares.

Ayres (2004) nos chama a atenção de que a noção de cuidado transcende o âmbito técnico do atendimento ou do nível de atenção em saúde, embora represente a materialidade das relações interpessoais que se estabelecem nesse campo. O autor defende a noção de cuidado para além da remoção ou correção de um problema de saúde, mas como preocupação com a promoção do bem-estar, que ajude qualquer indivíduo a manter o poder de juízo sobre suas

⁵ O Hospital da Tamarineira é um dos primeiros hospitais psiquiátricos públicos do país. Fundado em 1883 teve Ulysses Pernambucano como o seu dirigente nos anos 30 e 40 do século passado. Atualmente, o hospital é chamado de Hospital Ulysses Pernambucano.

necessidades e, conseqüentemente, responsabilizar-se por elas também.

Nesse sentido, os familiares perceberam as variadas intervenções que foram ofertadas pelo CAPS, mas a participação efetiva dos mesmos depende de outros aspectos inter-relacionados à forma como essas ações acontecem na dinâmica do serviço os quais veremos mais adiante.

Para os profissionais, o cuidado relacionou-se à noção de humanização na saúde, valorizando aspectos da relação entre usuários, familiares, técnicos e comunidade, mas ressaltaram-se também dificuldades e a crítica de que ainda precisam avançar nessa prática, conforme surgiu nas entrevistas:

[...] o CAPS é uma...maneira bem humana de tratar um portador de transtorno mental. [...] Eu acho que só não isolar o indivíduo dentro de um hospital, quebrando todos os vínculos, com comunidade, com família, eu acho que isso já é uma grande coisa, [...] Então eu acho que esse trabalho que a gente faz junto com a família, junto com o responsável, junto com aquele amigo, acho que isso é o grande diferencial [...] porque eles estão aqui não apenas pra remissão de sintomas, mas também pra ter uma outra perspectiva de vida (Cristina).

O CAPS, eu acho que tem colaborado para as pessoas que necessitam dele, mais eu acho assim, que tem muito ainda pra avançar, muito (Célia).

O destaque dado ao encontro intersubjetivo, à construção de vínculos entre os profissionais, usuários e familiares, apresentou-se como um diferencial nas ações desenvolvidas no serviço, tanto nos que se construíram internamente, quanto nos já existentes na vida cotidiana de cada um. A maneira "*bem humana de tratar*" foi relacionada à possibilidade de manter, preservar os vínculos sócio-familiares, geralmente fragilizados na convivência com a doença mental.

Observou-se também que, para os profissionais, o cuidado no CAPS não considerou apenas a remissão de sintomas, mas uma

perspectiva mais ampliada sobre o sujeito e suas necessidades de re(composição) de laços sociais, que envolveu a participação de familiares e da própria comunidade, consonante ao que se preconiza no modelo psicossocial (COSTA-ROSA, 2006).

Esse significado do cuidado articula-se intimamente à noção de integralidade, na perspectiva que esta impõe um olhar ampliado sobre o homem, a saúde e o cuidado, traduzida na necessidade de múltiplos olhares sobre um dado objeto, assim como, estabelece uma clara interface com outro pressuposto - o da humanização (PINHEIRO e GUIZARD, 2008).

Mas, o exercício dessa mudança de posição diante do outro exige uma abertura para a reflexão sobre as práticas. E nesse sentido, a participação do CAPS no processo de formação de novos profissionais o colocou como um campo fértil para a produção de novos saberes e críticas dos já instituídos.

O CAPS foi campo de prática de várias atividades acadêmicas, envolvendo estudantes de vários cursos da área de saúde. Essas experiências mobilizaram críticas ao modelo de atenção em saúde mental, ao lugar do CAPS na produção do cuidado e a problematização dos conceitos que fundamentam a clínica, conforme se observou nos relatos abaixo:

Os estudantes de medicina avaliam suas experiências no CAPS, e colocam questões como: quebra de preconceitos, mudança de visão em relação à doença mental, experiência rica tanto pessoal como profissional para o respeito às diferenças. Também fazem uma crítica em relação às questões sociais dos usuários que comprometem as condições de saúde e as condições da assistência. Referem que o CAPS oferece uma realidade diferente da que eles vivem, e questionam se dessa forma, estimulam-se a autonomia e cidadania dos usuários. A equipe também avalia como positiva a convivência com os estudantes e valoriza isso principalmente, para a formação dos médicos (Diário de campo, 16/10/08).

Essas colocações durante as reuniões de equipe possibilitaram a reflexão das atividades, das posturas de cada um e à crítica acerca da compreensão da doença mental, apontando a

diferença entre a lógica médica (que objetiva a remissão dos sintomas e a cura da doença) e a lógica da saúde mental (que visa estabilizar o sujeito e não a cura), o que era consonante com o modelo de atenção psicossocial.

Dessa forma, ressaltou-se que não se tratava de desconsiderar o modelo médico que valoriza o fenômeno psiquiátrico, mas sim, de deslocá-lo do centro do entendimento, ampliando o seu espectro de intervenção para o sujeito doente. Ao se valorizar a lógica da Saúde Mental o que se pretende é ampliar a noção de saúde-doença, incluindo as várias dimensões do 'fato psiquiátrico' (BASTOS, 2002), ou seja, sua dimensão somática, psíquica, subjetiva.

Nesse sentido, Borges e Baptista (2008) relativizaram o conceito de cura da doença mental, propondo em seu lugar o cuidado a partir de uma ampliação do olhar para o doente, considerando-o como um cidadão de existência complexa, multidimensional, portador de história e construtor de sentidos e valores. Para as autoras, se a Psiquiatria, assim como outras especialidades envolvidas no tratamento do transtorno mental, considerar a dimensão política de seu saber, sua insuficiência, e também a incurabilidade de algumas doenças mentais, abriria espaço para buscar o cuidado ao invés da cura, cuidado esse que deve ser operado por todo profissional do campo da Saúde Mental, pelo meio social e pelo próprio paciente.

No processo de formação profissional a tendência inicial é repetir o referencial aprendido anteriormente e repetido durante anos. Onocko-Campos e Furtado (2005) ressaltam que o risco da burocratização e alienação do objeto e objetivo do trabalho é maior nos trabalhadores da Saúde Mental que nos trabalhadores da saúde em geral pelo fato de a convivência com a doença mental e seus desdobramentos não ser algo simples e fácil. Segundo os autores, essa tem sido a razão pela qual, justamente, as

sociedades criaram todas as formas de defesa que hoje tentamos superar.

Observou-se que a compreensão sobre a doença mental e seu tratamento permeou a noção do cuidado na perspectiva dos profissionais, usuários e familiares e foi problematizada durante a realização de várias atividades no serviço, revelando consonâncias e contradições em relação às noções de cuidado já apresentadas. Considerou-se essa questão significativa uma vez que ajudou na reflexão sobre a dinâmica do serviço, e por isso, mereceu um aprofundamento.

- Compreensão sobre a doença mental-(re)construindo conceitos:

Historicamente, o conceito de saúde e doença mental evoluiu e, conseqüentemente, as concepções dos tratamentos e os modelos da atenção à saúde também se modificaram. No contexto contemporâneo, o desafio que está posto ainda é a análise das crenças que sustentam as práticas em Saúde Mental. Com base nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, espera-se que essas práticas ultrapassem o controle e a anulação da diferença, próprios dos modelos tradicionais da biomedicina e da psicologia clínica, e configurem-se a partir do encontro intersubjetivo, do diálogo, da escuta ética ("atitude psicoterápica"), do compartilhamento de responsabilidades e do compromisso em sua perspectiva sociocultural e política.

Os usuários apresentam compreensões mais amplas do processo de adoecimento, consideram aspectos individuais da estrutura psíquica, necessitando de ajuda para lidar com o sofrimento, assim como valorizam "*dons e talentos*" que se sobressaem na vida dos sujeitos independente da doença ou do tratamento, conforme vemos abaixo:

É porque, vêm os problemas, mas nem todo mundo tem aquela fortaleza pra superar, já tem pessoas mais fracas, quando

tá com problema precisa ter apoio psicológico, emocional, uma amizade, que também ajuda muito, pronto (Ana).

[...] Existem dons, talentos que não morrem, não tem nada a ver com essa coisa do tratamento, não tem nada a ver com a doença, com a gravidade da dependência da pessoa [...] Talentos, dons, vem de Deus, uns praticam, outros não (Antônio).

Consonante ao significado de cuidado revelado antes, para os usuários a doença é um aspecto da vida deles, que traz sofrimentos, limitações, impedimentos, mas não o suficiente para resumi-los à identificação com ela. Independente de sua origem, a noção que vai se construindo acerca do adoecimento mental é a de que ela tem a ver com a forma de ser e estar no mundo, ou seja, a estrutura e vulnerabilidades individuais estão em relação direta com o contexto social.

Um exemplo dessa questão foi observado durante alguns grupos de Educação em Saúde, quando os usuários foram estimulados a discutir o tema SAÚDE, de forma que surgiram os seguintes conteúdos:

[...]Uma das usuárias que se apresentava muito desorganizada psiquicamente começa a dar vários exemplos de receitas caseiras, "quando a gente tem aftas faz bochecho com bicarbonato de sódio e quando tem problemas de estômago, toma um copo de couve com leite batido no liquidificador, pela manhã" (sic). Os outros usuários demonstram interesse pelas suas sugestões, e alguns anotam para si. [...] falam da importância da higiene mental para a saúde geral e sobre o cuidado com o meio ambiente, como forma de se contribuir para a saúde, tratando o lixo de forma adequada, plantando árvores, etc. (Diário de campo, 06/10/08).

[...] saúde é liberdade; é poder fazer as coisas quando a gente quer; "aqui é diferente, a gente tem de cumprir as atividades, é diferente da nossa casa, que a gente faz as coisas quando a gente quer"; "tomar remédio é uma escravidão" (sic). [...] "saúde é ter atitude, preservar a auto limpeza, é ação diária, tomar banho, se higienizar, usar alimentos saudáveis"; "é primeiro pensar e depois comprar o que você quer"; "remédio pode dar liberdade também"(sic) (Diário de campo, 24/10/08).

Saúde como um processo contínuo de cuidado consigo mesmo, considerando as várias e necessidades dos sujeitos (autonomia,

liberdade, alimentação, higiene e tratamento, inclusive medicamentoso), foi a visão que se destacou nesses registros.

Essa perspectiva de saúde, que preserva a possibilidade de exercer a liberdade relaciona-se com a noção de doença mental abordada por Bastos (2002), quando ela (doença mental) é vista como a perda da liberdade, da capacidade de auto determinar-se de acordo com a própria vontade. Dessa forma, a medicação foi vista como uma limitação, no sentido do sujeito necessitar muitas vezes, desse tratamento por tempo indeterminado, uma vez que grande parte das doenças são crônicas, quanto pela sua ação libertadora, quando pode funcionar como uma das estratégias de cuidado que ajuda a manter ou recuperar a liberdade. Ou seja, as estratégias terapêuticas assumem significados diferenciados a partir das experiências subjetivas de cada um, o que exige a ampliação do olhar numa perspectiva de ação integral como defendem Pinheiro e Guizard (2008), contrapondo-se à normatização e repetição das práticas de saúde.

Por outro lado, para os familiares a importância de aspectos hereditários no surgimento das doenças mentais tornou-se mais preponderante, evidenciando-se o comprometimento da identidade social dos sujeitos, cuja melhora representa uma recuperação de sua condição humana. Revelaram-se também aspectos sobre a influência das relações interpessoais na condição de saúde.

[...] porque na família do meu pai já teve doença assim, de vim mesmo pra Tamarineira. [...] A minha tia, quando a minha avó morreu, ela também ficou louca [...] foi pra Tamarineira também, nesse tempo só tinha a Tamarineira.[...] Às vezes eu tenho medo, será meu Deus, que a gente não pode se impressionar com nada, porque se impressionou a gente fica mal (Bianca).

[...] "ela está melhor", está com outro aspecto, parece gente"(sic). "ela está bem melhor, está uma pessoa mais humana, essa doença é a pior doença que existe na face da terra"(sic)(Diário de campo, 24/09/08).

A noção de doença mental como algo definitivo na vida de seus parentes vai se cristalizando à medida que qualquer atitude diferente do usuário é percebida como doença. O preconceito em relação à doença mental construído socialmente contribuiu significativamente para essa idéia, assim como as práticas assistenciais centradas na hospitalização, que favoreceram a noção do isolamento, fragilizando mais ainda os laços sociais dos sujeitos acometidos pela doença mental.

O processo de objetivação do doente mental, já que ele é visto como o diferente vai se materializando por meio de repetidas comparações entre o tempo da saúde e o tempo da doença, quando esse último é identificado pelos aspectos negativos impostos pelos comportamentos que despertam o estranhamento e o desconforto (COLVERO, IDE, ROLIM, 2004).

Durante as reuniões de família, observaram-se conteúdos que explicitavam dúvidas quanto à forma dos familiares lidarem com seus parentes, como por exemplo, insegurança quando o usuário sai sozinho; falta de paciência para lidar com a agressividade do usuário; como cuidar quando eles não aceitam a medicação. Mas também se constatou em outros depoimentos atitudes diferentes como as que ajudaram seus parentes solicitando a participação deles nas tarefas domésticas, "quando eles melhoram, eles voltam a fazer as atividades como antes" (Diário de campo, 20/10/2008).

Em outras atividades realizadas no CAPS observou-se como a noção sobre a doença mental apareceu internalizada nos usuários, familiares e alguns profissionais, priorizando ainda a concepção organicista, assim como, a medicalização ou não dos sintomas esteve associada à melhora ou piora do tratamento. Nos relatos dos participantes também surgiram questões sobre os limites do tratamento, quando as medicações, por exemplo, não fazem o efeito desejado sobre a sintomatologia produtiva (alucinações e delírios).

[...] Uma usuária diz que queria entender porque escuta vozes cujos conteúdos são para fazer algo que ela não deseja. Outros usuários vão relatando suas experiências, enfatizando o sofrimento e a ausência de compreensão acerca do fato, do porquê a doença acontece. A técnica que coordena o grupo intervém levando-os à reflexão sobre o momento em que essas situações mais ocorrem, e cita a interrupção do tratamento, principalmente medicamentoso. Os usuários concordam com a profissional, embora um deles afirme que "as vozes nunca páram" (sic). [...] A residente de enfermagem fez uma colocação explicando que os pensamentos negativos são produzidos por substâncias químicas no cérebro e que por isso deve-se fazer um esforço para produzir pensamentos positivos, para tentar neutralizar os pensamentos negativos (Diário de campo, 15/09/2008).

A posição de alguns profissionais reforça, de forma simplista, a visão organicista da doença, mantendo a lógica centrada no uso da medicação com vistas à remissão dos sintomas. Alguns usuários denunciaram que esse entendimento é falho, não dá conta de suas necessidades em algumas situações, já que "as vozes nunca páram" (sic), além de alguns efeitos adversos que trazem mal estar. Dessa forma, evidenciou-se o risco da reprodução de conhecimentos adquiridos e a práxis passou a se constituir na manutenção do estabelecido, sem a criação de novos modelos de intervenção e novas práticas.

De forma similar aos achados de Rodrigues e Figueiredo (2003), constatou-se que as concepções expressas têm como base uma visão reducionista da doença e do adoecer, uma vez que é vislumbrado que a doença está no cérebro, e a pessoa que está doente é destituída de autonomia e da sua singularidade.

Se por um lado os usuários revelaram uma concepção mais ampliada do processo saúde-doença, associando a saúde à condição de liberdade, os familiares e profissionais apresentaram visões e práticas ainda centradas, predominantemente, na concepção organicista e na perspectiva medicalizante dos sintomas, revelando contradições de uma prática em transformação.

4. CONCLUSÕES

O cuidado no âmbito da atenção à saúde mental a partir do modelo psicossocial vem se construindo por avanços, contradições e paradoxos de uma clínica permeada por ideais políticos, científicos, sociais e éticos. Na percepção dos usuários, o serviço promoveu ações que contribuíram para uma mudança acerca da compreensão da doença mental, articulando-a a capacidade de liberdade interior, ou seja, à condição do sujeito escolher coerente e deliberadamente o seu modo de agir, auto determinando-se de acordo com a própria vontade. Nesse sentido, as estratégias terapêuticas ganham sentido a partir da singularidade das experiências existenciais, de forma consonante aos pressupostos do modelo psicossocial.

Para os familiares, o cuidado evidenciou-se a partir do trabalho em equipe, articulado com a família e com o meio social, diferente das experiências anteriormente vividas no ambiente do hospital psiquiátrico. No entanto, a doença mental foi compreendida como algo concreto e definitivo, que compromete a identidade social dos sujeitos.

O CAPS como um local de práticas humanizadas foi a percepção dos profissionais sobre o serviço, e o vínculo entre seus atores (profissionais, usuários e familiares) e a comunidade foi considerada a mola propulsora do cuidado na perspectiva da integralidade da atenção. Entretanto, constatou-se também, atitudes de cuidado ainda relacionadas ao controle e à manutenção de usuários e familiares numa posição de objeto, própria das intervenções dos modelos tradicionais custodiais.

Considerou-se como limite metodológico o fato de que esse estudo não se propõe a reproduzir a realidade do serviço, mas apresentá-la de maneira aproximada considerando que a realidade torna-se acessível através de diferentes perspectivas sobre os fenômenos. Da mesma forma, não foi possível generalizar esses

resultados, apesar de haverem semelhanças entre esses achados e o de outros estudos.

A sustentação da reforma da assistência em saúde mental passa pelo investimento técnico, político, científico e ético. Desta forma, para a construção das bases do cuidado em saúde mental, tão fundamental quanto investir na transformação relativas às características das interações interpessoais nos atos assistenciais, é debruçar-se, cada vez mais, sobre as raízes e significados biopsicossociais das diferentes formas de adoecer mentalmente, acrescidos de forma articulada, das tecnologias e serviços disponíveis para sua superação.

REFERÊNCIAS

1. Prince et al. No health without mental health. The Lancet 2007; 370(9590): 859 - 877.
2. Amarante P. (Coord.). Loucos pela Vida. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2nd Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001
3. Berlinck MT. La reforma psiquiátrica brasileña: perspectivas y problemas. Salud Mental 2009; 32(4):265-267.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Legislação em Saúde Mental 1990-2004. 5th Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
5. Costa-Rosa A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. En: Amarante P. (eds). Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. 1st Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
6. Pinheiro R, Guizard FL. Cuidado e Integralidade: por uma Genealogia de Saberes e Práticas no Cotidiano. En: Pinheiro R, Mattos R (eds). Cuidado: as Fronteiras da Integralidade. 4th Ed. Rio de Janeiro: CEPES/UERJ, ABRASCO; 2008.
7. Flick U. Uma introdução à pesquisa qualitativa. 2nd Ed. Porto Alegre: Bookman; 2004
8. Bardin L. Análise de conteúdo. 3rd Ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
9. Ballarin MLGS, Carvalho FB, Ferigato SH. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. O Mundo da Saúde 2009;33(2):218-224.

10. Saraceno B. Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 1st Ed. Minas Gerais: Te Corá; 1999.
11. Bastos O. História da Psiquiatria em Pernambuco e outras Histórias. 1st Ed. São Paulo: Lemos Editorial; 2002.
12. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas em saúde. Saúde Soc 2004;13:16-29.
13. Borges CF, Baptista TWF. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. Cad. Saúde Pública 2008;24(2):456-468.
14. Onocko-Campos R, Furtado JP. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para as práticas nos novos serviços. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. 2005;8(1):109-122.
15. 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.
16. Rodrigues CR, Figueiredo MAC. Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. Estud. psicol. (Natal) 2003;8(1):117-125.

ANEXO – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N.º 096/2006-CEP/CCS

Recife, 06 de julho de 2006.

Registro do SISNEP FR – 94113

CAAE – 0079.0.172.000-06

Registro CEP/CCS/UFPE N.º 081/06

Título: **“Centros de Atenção Psicossocial: Representações Sociais dos usuários, familiares e profissionais.”**

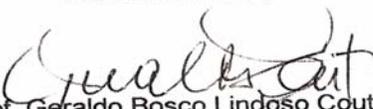
Pesquisador Responsável: Vera Lúcia Dutra Facundes

Senhora Pesquisadora:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco CEP/CCS/UFPE registrou e analisou, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe, aprovando-o e liberando-o para início da coleta de dados em 05 de julho de 2006.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável deverá apresentar relatório anual da pesquisa .

Atenciosamente,


Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/CCS/UFPE

A

Doutoranda Vera Lúcia Dutra Facundes

Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento – CCS/UFPE